Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Création d'un système de soins de santé résilient, prêt à l'action

Exigences provinciales de base pour contrer les menaces infectieuses, y compris celle du virus Ebola

18 juillet 2016

Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Pour obtenir un exemplaire du présent rapport, appelez la :

Ligne INFO, au 1 866 532-3161 | ATS 1 800 387-5559

Table des matières

Liste d'acronymes 7
Lettre du ministre de la Santé et des Soins de longue durée 9
Résumé 10
Introduction 13
Santé et sécurité au travail, prévention et contrôle des infections 14
Étapes de planification 15
La résilience du système de soins de santé, signe d'une préparation améliorée 15
Exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses 17
Évaluation des risques organisationnels 18
Hiérarchie des mesures de contrôle 19
Élimination 19
Mesures techniques 19
Mesures administratives 20
Équipement de protection individuelle 21
Cours et formation 22
Hôpitaux et services paramédicaux désignés 24
Évaluation continue de l'efficacité 24
Listes de vérification détaillées du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses 24
Mécanismes de responsabilisation et suivi du rendement 25
Loi sur la santé et la sécurité au travail 25
Suivi du rendement 25
Intensification des interventions 26
Modèle d'intervention hospitalière à trois paliers 26
Activation du modèle d'intervention hospitalière à trois paliers 27
Partenaires du système de soins de santé 28
Mise en œuvre et adaptation du modèle d'intervention hospitalière à trois paliers 30
Désactivation du modèle d'intervention hospitalière à trois paliers 30
Évaluation régionale des risques 31
Services de coordination et de soutien à l'échelle provinciale 32
Accroissement de la capacité de pointe 33
Conclusion et prochaines étapes 35
Création d'un système résilient, prêt à l'action 35
Annexe A – Hôpitaux : Liste de vérification du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses 37
Annexe B – Services paramédicaux : Liste de vérification du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses 41
Annexe C – Organismes de soins primaires : Liste de vérification du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses 45
Annexe D – Bureaux de santé publique : Liste de vérification du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses 47

Page blanche intentionnelle.

Création d'un système de soins de santé résilient, prêt à l'action

Exigences provinciales de base pour contrer les menaces infectieuses, y compris celle du virus Ebola

Page blanche intentionnelle.

Liste d’acronymes

Acronyme	Signification
CCPMI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses
CIIA	chambre d’isolement des infections aéroportées
CMOU	Centre ministériel des opérations d’urgence
EPI	équipement de protection individuelle
ERO	évaluation des risques organisationnels
ERR	évaluation régionale des risques
LHIN	réseau local d’intégration des services de santé
LPPS	*Loi sur la protection et la promotion de la santé*
LSST	*Loi sur la santé et la sécurité au travail*
MERS-CoV	coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient
MHC	médecin hygiéniste en chef
MVE	maladie à virus Ebola
PCI	prévention et contrôle des infections
POE	personne faisant l’objet d’une enquête
RLISS	réseau local d’intégration des services de santé
SRAS	syndrome respiratoire aigu sévère
SST	santé et sécurité au travail
TS	travailleuse ou travailleur de la santé

Page blanche intentionnelle.

Lettre du ministre de la Santé et des Soins de longue durée

Voici treize ans déjà que le système de soins de santé de l'Ontario a été confronté à la flambée du syndrome respiratoire aigu sévère, ou SRAS. Grâce à l'ingéniosité des services de santé publique et au dévouement des travailleuses et travailleurs de la santé, qui ont surmonté d'énormes pressions et fourni des efforts au-delà de toute attente, nous avons réussi à gérer cette crise majeure. Cet épisode a toutefois révélé des failles dans notre système et très clairement souligné la nécessité de revoir la manière dont nous faisons face aux menaces infectieuses.

Forts des leçons de la flambée du SRAS en 2003, nous disposons aujourd'hui en Ontario d'un système public de soins de santé parmi les meilleurs au monde, à même de prévoir les menaces infectieuses, de s'y préparer et d'y faire face. Aussi robuste que ce système revitalisé puisse être, il y a toutefois toujours moyen de l'améliorer. Il est absolument essentiel que notre système de soins de santé continue d'apprendre, de s'adapter et d'évoluer afin d'optimiser sa capacité d'intervention proactive, sa réactivité et son fonctionnement. En effet, la transmission de la maladie à virus Ebola (MVE) à deux travailleuses de la santé à Dallas, au Texas, en octobre 2014, a rappelé aux responsables du monde entier, si besoin était, combien il est difficile de soigner des personnes atteintes de la MVE ou d'autres maladies infectieuses.

La prise en charge par un hôpital d'une personne atteinte de la MVE suppose que les médecins et autres soignants qui s'en occupent connaissent parfaitement bien les mesures de prévention et de contrôle des infections et celles de santé et de sécurité au travail et soient capables de prendre ces mesures tout en fournissant les soins requis à la personne en question. En octobre 2014, l'Ontario a renforcé sa capacité de gérer tout cas de MVE susceptible de se présenter sur son territoire, et ce, afin de mieux protéger la santé et la sécurité de l'ensemble de sa population, y compris ses travailleuses et travailleurs de la santé. Je tiens à remercier les travailleuses et travailleurs de la santé dévoués de l'ensemble de la province qui ont contribué à la mise en œuvre de ces mesures. Ce sont leurs efforts qui ont permis de protéger la santé et la sécurité de toute la population de l'Ontario. L'heure est venue de mettre à profit nos efforts collectifs de planification : le plan que voici constitue la prochaine étape de la création d'un système de soins de santé résilient, prêt à l'action et donc capable de gérer les futures menaces infectieuses.

La sécurité de l'ensemble des Ontariennes et des Ontariens, et surtout de ceux et celles qui travaillent dans notre système de soins de santé, est ma principale priorité et je suis résolu à faire le nécessaire pour que ce système soit résilient et prêt à l'action.

Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée,
D^{r} Eric Hoskins

Résumé

Création d'un système résilient, prêt à l'action

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« le ministère ») a pris l'engagement d'appuyer et d'améliorer les réseaux, les structures, les compétences et la culture nécessaires pour maintenir la capacité d'intervention immédiate et pour protéger les travailleuses et travailleurs de la santé (TS) comme l'ensemble de la population de l'Ontario contre les menaces infectieuses.

L'adoption des directives du médecin hygiéniste en chef (MHC) relatives à la MVE avait fixé de nouveaux critères de référence concernant l'état de préparation et la capacité d'intervention du système de soins de santé. Bien que la flambée de ce virus en Afrique de l'Ouest soit terminée, il importe de ne pas oublier les leçons qui ont pu en être tirées ces dernières années. C'est pourquoi le présent plan établit des exigences de base relatives à la capacité d'intervention du système de soins de santé qui permettront aux TS et aux organismes de soins de santé de se préparer aux menaces infectieuses à venir et d'y faire face et de les gérer de façon efficace grâce à un processus intégré et résilient.

Le présent plan, soit la première étape de ce processus, comporte trois parties.

Exigences de base

Les exigences de base concernant la capacité du système de soins de santé à contrer les menaces infectieuses sont fondées sur les leçons tirées de la planification antérieure menée en Ontario pour faire face à la MVE. Elles n'éliminent en rien la nécessité d'établir des lignes directrices supplémentaires quant à la manière de gérer des menaces infectieuses spécifiques. Les exigences de base incluent :

- l'exécution annuelle par tous les organismes de soins de santé d'une évaluation des risques organisationnels (ERO);
- la détermination et la mise en œuvre de mesures de prévention et de protection en fonction de la hiérarchie des mesures de contrôle :
    - élimination;
    - mesures techniques (c.-à-d. conception des installations, obstacles structurels, établissement de mesures de prévention et de contrôle des infections, etc.);
    - mesures administratives (c.-à-d. installation de panneaux, processus d'établissement de rapports, gestion des déchets, etc.);
    - équipement de protection individuelle;

- cours et formation pour les TS;
- évaluation continue des mesures de prévention et de protection.

Suivi du rendement et responsabilisation

La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST) fournit le cadre juridique permettant de fournir des lieux de travail sains et sécuritaires en Ontario. Le ministère collabore étroitement avec le ministère du Travail pour veiller au respect de la LSST et de ses règlements d'application.

La LSST énonce les droits et les devoirs des différentes parties dans un lieu de travail. Elle établit la marche à suivre concernant les dangers dans le lieu de travail et prévoit les modalités d'application de la loi lorsque les parties du lieu de travail ne s'y conforment pas volontairement.

Le ministère encourage les employeurs à suivre les recommandations formulées dans le présent plan de même qu'à respecter leurs obligations aux termes de la LSST et de ses règlements d'application, et ce, en menant leurs propres inspections et vérifications internes, de concert avec leur comité mixte sur la santé et la sécurité au travail et leurs délégués à la santé et à la sécurité, s'ils en ont.

Lors de la seconde étape du processus, le ministère pourra mettre au point des indicateurs de rendement en regard desquels le système de soins de santé devra rendre compte du respect des exigences de base établies ici. Il rendra ainsi le système de soins de santé ontarien plus transparent et responsable, tout en améliorant les processus susceptibles de renforcer la sécurité des patients.

Paliers d'intervention

Confronté à la menace infectieuse liée à la MVE, le ministère a mis au point un cadre d'intervention hospitalière à trois paliers afin que le système de soins de santé de l'Ontario soit prêt à prendre en charge les patients susceptibles d'être infectés par le virus Ebola. Les hôpitaux de la province assument l'une des trois responsabilités suivantes : traitement, analyses ou dépistage. En cas de menace infectieuse majeure en Ontario, le ministère enjoindra au Centre ministériel des opérations d'urgence (CMOU) d'assurer les services de coordination et de soutien requis à l'échelle provinciale. Il pourrait alors avoir recours à des solutions telles qu'un modèle d'intervention hospitalière à trois paliers de sorte que le système de soins de santé puisse prendre en charge convenablement les personnes soupçonnées d'être infectées, celles qui font l'objet d'une enquête et celles dont l'infection est confirmée. Cette façon de procéder vise à réduire l'exposition du public et des fournisseurs de soins de santé à la menace infectieuse et donc leur risque d'infection grâce à des modalités d'accès aux établissements et aux spécialistes des soins de santé les plus appropriées et efficaces possibles.

L'activation d'un modèle d'intervention hospitalière à trois paliers aurait aussi des répercussions sur une variété d'autres partenaires du système de soins de santé, parmi lesquels figurent les services paramédicaux, les bureaux de santé publique et les

organismes de soins primaires. En pareil cas, les réseaux locaux d'intégration des services de santé pourraient être chargés de procéder, de concert avec d'autres partenaires, à une évaluation régionale des risques pour déterminer, d'une part, ceux auxquels est exposé le système de soins de santé local et, d'autre part, les éventuelles lacunes que pourrait présenter la protection des TS à l'échelle régionale. Ils pourraient par ailleurs être amenés à collaborer avec l'ensemble des hôpitaux (y compris ceux qui assurent des services de dépistage) pour établir la capacité de gestion des menaces infectieuses et examiner différentes mesures au sein du système de soins de santé, telles que la mise en œuvre d'algorithmes pour les aiguillages vers des hôpitaux affectés aux analyses et au traitement.

Lorsque survient une menace infectieuse, le déploiement de stratégies pour gérer l'éventuelle flambée d'une maladie devrait débuter à l'échelle locale et inclure la mise à contribution coordonnée des ressources et systèmes existants. Si une flambée infectieuse est telle que les ressources et systèmes existants sont insuffisants pour la gérer, le ministère pourrait devoir envisager d'autres solutions.

Enfin, la décision de désactiver un modèle d'intervention hospitalière à trois paliers appartient au ministère, qui la prend en consultation avec une variété de partenaires du système de soins de santé.

Conclusion et prochaines étapes

L'Ontario a pris des mesures importantes pour améliorer la capacité de notre système de soins de santé de réagir à des menaces infectieuses et continuera d'œuvrer progressivement à la création d'un système de soins de santé durable et résilient.

L'Ontario renforcera sa préparation en s'attachant à choisir les hôpitaux et les services paramédicaux désignés, à préciser les rôles et responsabilités de base, à renforcer les structures de surveillance et d'alerte, à mettre au point des outils pouvant faciliter le dépistage passif courant et, enfin, à clarifier et appuyer les politiques relatives aux menaces infectieuses dans les lieux de travail et l'exécution d'une ERO. Le ministère envisagera également l'établissement de mesures du rendement additionnelles correspondant aux exigences de base énoncées dans le présent plan par souci d'améliorer la transparence et la responsabilisation.

L'Ontario renforcera la résilience de son système de soins de santé en concentrant ses efforts sur des activités allant dans ce sens, notamment en saisissant les occasions d'utiliser une variété d'outils et de ressources (p. ex. la publication de guides, l'organisation de cours et d'activités de formation, la constitution de réserves de matériel ou encore l'adoption de pratiques exemplaires et de méthodes de communication) pour renforcer la capacité du système à contrer des menaces infectieuses.

Introduction

Ces dernières années, le système de soins de santé de l'Ontario a entrepris des activités de préparation afin de contrer un vaste éventail de menaces infectieuses, telles que la MVE, le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), le virus de la grippe aviaire A (H7N9) et le virus de la grippe pandémique.

La flambée de la MVE en Afrique de l'Ouest de 2014 à 2016 en particulier a montré la rapidité avec laquelle une épidémie peut se propager et présenter des défis majeurs, faute d'un solide système de soins de santé capable d'intervenir de façon rapide et intégrée. De son origine en Guinée en décembre 2013, cette flambée s'est vite propagée aux pays voisins, soit le Libéria et la Sierra Leone, et, dans une bien moindre mesure, au Mali, au Nigéria et au Sénégal. Au début d'août 2014, l'Organisation mondiale de la Santé déclarait que la MVE était une urgence de santé publique de portée internationale.

Dans un monde essentiellement sans frontières et en constante évolution, des facteurs tels que les voyages internationaux, la migration, la densité démographique accrue, les déplacements de populations et le changement climatique augmentent les probabilités de menaces infectieuses. L'Ontario doit donc préserver et continuer de renforcer sa capacité de gérer ces menaces et de s'y adapter, dans l'immédiat comme dans l'avenir.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« le ministère ») a élaboré le plan *Création d'un système de soins de santé résilient, prêt à l'action* afin de contribuer au maintien de l'état de préparation des réseaux, des structures, des compétences et de la culture de manière à protéger les TS de même que l'ensemble de la population ontarienne. Le présent plan, qui s'adresse aux hôpitaux, aux services paramédicaux, aux organismes de soins primaires et aux bureaux de santé publique, établit les exigences de base auxquelles le système de soins de santé doit répondre pour être prêt à intervenir dès le moment où la province est aux prises avec une menace infectieuse.

Ce qu'il faut savoir…

Le médecin hygiéniste en chef a annulé les directives sur la MVE.

Le présent plan établit des exigences de base plus strictes pour le système de santé afin de garantir un état de préparation global en Ontario face à une menace infectieuse.

La conformité à ces exigences de base sera assurée par des mesures de responsabilisation (dont l'élaboration constituera l'étape 2 du processus lancé par le plan).

Le présent plan permettra aux TS et aux organismes de soins de santé de se préparer aux menaces infectieuses et d'y réagir de manière efficace. Il favorisera par ailleurs l'intégration du savoir acquis durant la flambée de la MVE de manière à continuer d'adapter et de renforcer notre degré de préparation. Le plan que voici ouvre la voie à la création d'un système de soins de santé résilient, prêt à l'action et capable de gérer les menaces infectieuses futures ou grandissantes.

Pour les besoins du plan provincial…

On entend par « menace infectieuse » une maladie infectieuse d'importance pour la santé publique qui peut :

- **se propager en Ontario, au pays ou dans le monde et causer de très nombreux cas de maladie;**
- **avoir une incidence majeure sur le système de santé provincial.**

Elle se caractérise par la possibilité :

- de causer de très nombreux cas de maladie;
- de poser un risque pour les travailleuses et travailleurs de la santé et de nuire aux populations vulnérables;
- d'être difficile à prévenir;
- d'être difficile à traiter.

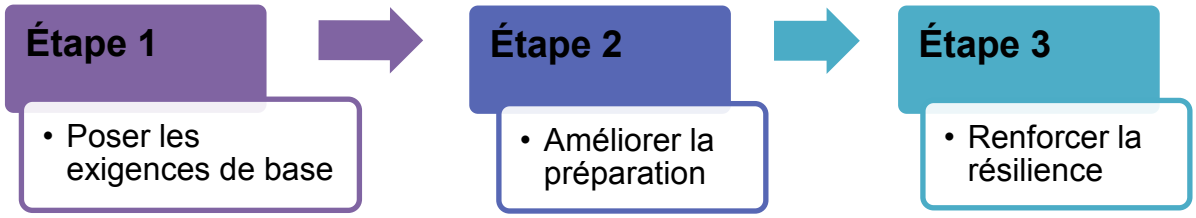
Santé et sécurité au travail, prévention et contrôle des infections

Le présent plan reconnaît l'impératif de veiller à la sécurité des lieux de travail au sein du système de soins de santé de manière à protéger les TS, leurs clients ou patients et leurs visiteurs. Le fait que deux infirmières d'un hôpital de Dallas aient été exposées au virus de la MVE lors de sa récente flambée alors qu'elles s'occupaient d'un patient infecté a rappelé qu'il est important de maintenir de robustes pratiques tant de prévention et de contrôle des infections (PCI) que de santé et de sécurité au travail (SST). Cet incident a également mis en lumière la possibilité de failles dans la gestion des menaces infectieuses et la nécessité de maintenir l'état de préparation de notre système de soins de santé afin qu'il demeure résilient et toujours prêt à l'action. Les employeurs du secteur de la santé sont invités à tenir compte des recommandations formulées dans le présent plan concernant la SST lorsqu'ils élaborent les précautions raisonnables à prendre pour l'application de la LSST. Ils devraient considérer leur comité mixte sur la santé et la sécurité au travail ou leurs délégués à la santé et à la sécurité (le cas échéant) comme de précieuses ressources et les consulter régulièrement au sujet de la mise au point des précautions.

Étapes de planification

La création d'un système de soins de santé résilient et prêt à l'action se fera en trois étapes, le présent plan étant la première. Ces trois étapes sont les suivantes (voir la figure 1).

Figure 1 : Étapes de planification



Étape 1 – Poser les exigences de base : Cette étape consiste à établir les exigences de base auxquelles le système de soins de santé doit satisfaire s'il veut demeurer en état de préparation avancée pour contrer des menaces infectieuses. Le ministère collaborera avec le ministère du Travail en vue de promouvoir la conformité à la LSST et à ses règlements d'application.

Étape 2 – Améliorer la préparation : Cette étape consistera à renforcer davantage les structures, les capacités et les compétences pour réduire les risques et améliorer l'état de préparation du système de santé. Le ministère pourra aussi établir des mesures du rendement précises correspondant aux exigences de base énoncées dans le présent plan afin de faciliter l'évaluation du processus et ainsi d'améliorer l'uniformité, la transparence et la responsabilisation.

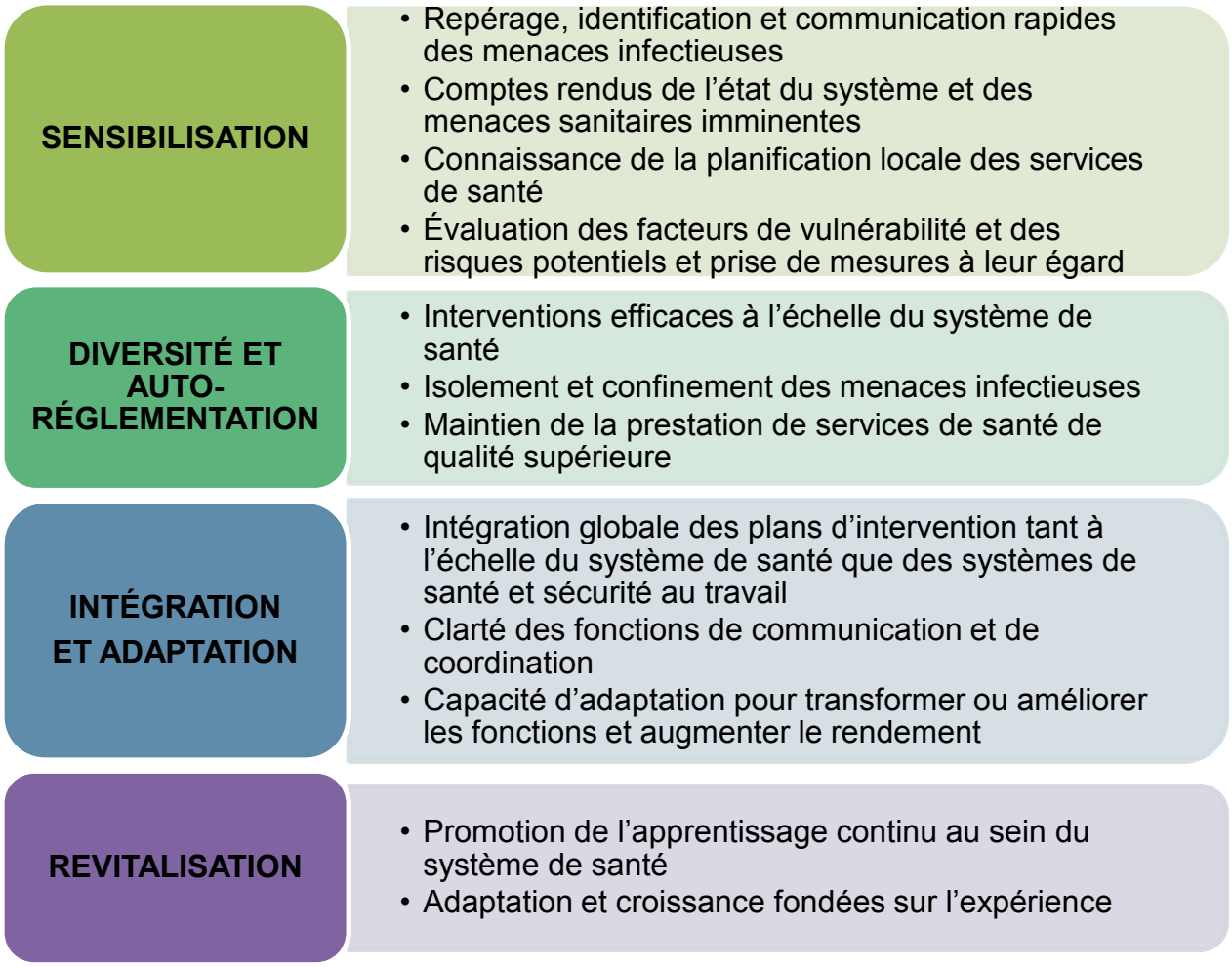
Étape 3 – Renforcer la résilience : Cette étape mettra l'accent sur la résilience à l'échelle du système de santé et notamment sur les interdépendances qui existent entre les secteurs et sur les possibilités de planification et de coordination concertées afin de gérer les facteurs de vulnérabilité potentiels et de réduire les risques. Des investissements à long terme dans les ressources et le renforcement des capacités du système de santé seront examinés en vue d'assurer la viabilité.

La résilience du système de soins de santé, signe d'une préparation améliorée

Forts des leçons tirées des préparatifs pris en Ontario face à la menace que présentait la MVE, le ministère a décidé de créer un système de soins de santé plus résilient et

davantage prêt à l'action de manière à pouvoir relever les défis associés aux futures menaces infectieuses. Cette démarche se fera par étapes et visera les caractéristiques et résultats suivants pour le système de soins de santé et sa capacité d'intervention (voir la figure 2).

Figure 2 : Caractéristiques et résultats visés pour un système de soins de santé résilient



La prochaine section du rapport présente une série d'exigences de base visant à aider le système de soins de santé de l'Ontario à se préparer à contrer toute menace infectieuse susceptible de peser sur la province. Bon nombre des mesures exigées reflètent divers aspects de la théorie de résilience. Le ministère étudiera d'autres aspects de la résilience dans le contexte de la préparation aux menaces infectieuses au cours des prochaines étapes de mise en œuvre du plan.

Exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses

La présente section résume, à grands traits, les mesures de base importantes attendues des hôpitaux, services paramédicaux, organismes de soins primaires et bureaux de santé publique pour préparer le système de soins de santé aux menaces infectieuses qui pourraient survenir en Ontario. Elle est complétée par une série de listes de vérification (voir les annexes A, B, C et D) qui précisent les mesures à prendre par les différents intervenants.

Les employeurs doivent eux aussi se conformer aux dispositions applicables de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST) et de ses règlements d'application.

Les ressources ci-après pourront s'avérer utiles pour planifier au mieux les mesures visant, d'une part, à prévenir et contrôler les infections et, d'autre part, à assurer la santé et la sécurité au travail :

- Guide de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*
- Page Web du ministère du Travail sur la prévention et le contrôle des infections
- *Guide à l'intention des comités mixtes sur la santé et la sécurité et des délégués à la santé et à la sécurité au travail* publié par le ministère du Travail
- *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé* établies par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)
- La norme *CAN/CSA-Z94.4-F11 – Choix, utilisation et entretien des appareils de protection respiratoire* de l'Association canadienne de normalisation[1]

Les exigences de base n'éliminent en rien la nécessité d'établir des lignes directrices additionnelles quant à la manière de gérer des menaces infectieuses spécifiques. Les organismes concernés devront toujours se reporter et se conformer aux orientations et consignes données par la province et prendre, au besoin, des mesures additionnelles, au-delà des exigences de base, pour contrer des menaces infectieuses spécifiques.

En cas de menace infectieuse spécifique, le ministère pourra donner des consignes provinciales additionnelles, tout comme le médecin hygiéniste en chef pourra publier des directives à l'intention des organismes ou autres fournisseurs de soins de santé pour améliorer leur état de préparation ou leurs interventions et pour renforcer certains éléments d'une importance particulière face à la menace qui se présente.

Les principales exigences de base établies dans le présent plan sont les suivantes :

[1] Veuillez noter que ce plan comprend des renvois aux documents de tierces parties à titre d'information seulement. Le gouvernement de l'Ontario n'a aucun contrôle sur le contenu de ces documents et n'est pas en mesure de confirmer que les renseignements sont exacts et à jour.

- l'évaluation des risques organisationnels (ERO);
- la détermination et la mise en œuvre des mesures de prévention et de protection en fonction de la hiérarchie des mesures de contrôle :
    - élimination;
    - mesures techniques;
    - mesures administratives;
    - équipement de protection individuelle (EPI);
- les cours et la formation pour les TS;
- l'évaluation continue de l'efficacité.

Évaluation des risques organisationnels

L'ERO est une évaluation qu'effectue un organisme pour déterminer les risques (internes et externes) auxquels il est susceptible d'être exposé, la probabilité que ces risques se présentent de même que les répercussions qu'ils pourraient avoir. Une telle évaluation permet aussi d'établir si le niveau de risque est acceptable ou si des mesures de contrôle des risques s'imposent.

Les organismes de soins de santé doivent effectuer une ERO pour déterminer leurs risques d'exposition à une menace infectieuse et de possible transmission à *toutes* les personnes qui utilisent leurs locaux ou leurs véhicules. Les organismes doivent effectuer leur ERO en consultation avec leur comité mixte sur la santé et la sécurité au travail et leurs délégués à la santé et à la sécurité, s'ils en ont, de même qu'avec leurs équipes chargées de la santé et sécurité au travail ou encore de la prévention et du contrôle des infections, s'ils se sont dotés de telles équipes.

Les organismes devraient par ailleurs faire leur ERO une fois par année et doivent la répéter s'il y a lieu, par exemple en regard d'une menace infectieuse spécifique[2]. Cette évaluation doit établir l'efficacité tant des mesures de contrôle qui ont été prises que de la mise en œuvre de la hiérarchie de ces mesures pour prévenir la propagation d'une menace infectieuse.

[2] Pour de plus amples renseignements concernant des menaces infectieuses particulières, veuillez vous reporter à l'annexe N du document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* publié par le CCPMI.

Hiérarchie des mesures de contrôle

La hiérarchie des mesures de contrôle permet de systématiquement choisir les mesures de prévention et de protection les plus efficaces pour éliminer ou réduire la présence de risques dans un lieu de travail, y compris les agents infectieux. Les mesures de contrôle incluent, en ordre dégressif d'efficacité et de priorité : l'élimination, les mesures techniques, les mesures administratives et l'EPI. Même si, bien souvent, une combinaison de ces mesures sera nécessaire, il s'agit d'avoir recours à la mesure la plus élevée dans la hiérarchie avant d'envisager l'utilisation d'une ou de plusieurs mesures inférieures.

Il appartient à un employeur de veiller à l'optimisation des mesures de contrôle qui s'avèrent efficaces.

Élimination

La mesure de contrôle la plus élevée dans la hiérarchie est l'élimination d'une source potentielle d'exposition à un danger. Si l'élimination s'avère impossible, d'autres mesures de contrôle doivent être mises en œuvre.

Mesures techniques

Les mesures techniques portent sur la conception ou la modification du milieu de travail et de l'équipement qui y est utilisé afin de réduire au minimum le risque associé à un danger qu'il est impossible d'éliminer. Ces mesures soit réduisent un danger à sa source, soit établissent une barrière entre les TS et le danger. Selon les résultats de l'ERO, elles peuvent porter sur la conception des locaux et des installations, sur les systèmes de ventilation, sur la circulation de l'air ambiant [p. ex. dans une chambre d'isolement des infections aéroportées (CIIA)], sur l'installation à des endroits appropriés de distributeurs de désinfectants pour les mains à base d'alcool et de lavabos réservés au lavage des mains ou encore sur la création de barrières physiques pour séparer les patients dans des chambres à plusieurs lits ou des salles d'attente.

Les barrières physiques peuvent protéger les TS dans des aires telles que la zone de triage, le service des urgences ou encore l'aire d'accueil des patients hospitalisés ou des consultations externes (p. ex. pour les analyses de laboratoire ou l'imagerie diagnostique). Les organismes de soins de santé qui ont des aires d'accueil (p. ex. les cliniques et les services des urgences) devraient y ériger des barrières structurelles appropriées pour protéger les TS chargés du triage initial, comme l'indique l'ERO.

Une barrière structurelle convenable répond aux critères suivants : est imperméable, est transparente, est facile à nettoyer et désinfecter (ce qui comprend tout dispositif de communication, tel qu'un microphone ou un filtre), permet la communication dans les deux sens sans exposition directe possible à du sang ou à d'autres liquides organiques et est suffisamment haute et large pour empêcher tout contact physique et le passage

de gouttelettes ou d'éclaboussures. Une telle structure peut prendre la forme d'un panneau transparent ou fait de verre plastique ou encore d'une cabine fermée permettant aux TS et aux patients de se parler.

La prise de mesures techniques ne sera pas toujours possible, auquel cas les employeurs du secteur de la santé doivent mettre l'accent sur les mesures administratives et l'EPI. Le recours à des mesures administratives et à de l'EPI appropriés ne sera envisagé qu'après l'évaluation des mesures techniques et de leur efficacité, le cas échéant.

Il appartient à un employeur de veiller à l'optimisation des mesures de contrôle qui s'avèrent efficaces.

Mesures administratives

Les mesures administratives visent à modifier les méthodes de travail ou à instaurer de nouvelles méthodes afin de prévenir l'exposition à un agent infectieux et sa transmission. Les plus importantes mesures administratives à envisager pour contrer des menaces infectieuses sont énoncées un peu plus bas. Les organismes de soins de santé doivent avoir établi des mesures administratives qui reflètent les résultats de leur ERO et qui tiennent compte de la présence ou non de mesures environnementales ainsi que de leur efficacité.

La mise par écrit de mesures administratives est prescrite par l'article 9 du Règl. de l'Ont. 67/93, Établissements d'hébergement et de soins de santé, pris en vertu de la LSST pour tous les établissements assujettis à ce règlement. Les pratiques habituelles peuvent être améliorées lorsque se présente une menace infectieuse pour tenir compte de l'augmentation des risques.

Selon les résultats de l'ERO et l'organisme concerné, les mesures administratives qui peuvent être incorporées aux programmes de prévention et aux politiques mises par écrit sont les suivantes :

- obligation pour les TS qui sont atteints d'une maladie infectieuse de le signaler à leur employeur et de rester à la maison;
- consignes sur la manière d'effectuer une évaluation des risques au point de service;
- protocole d'hygiène des mains;
- consignes de nettoyage et de désinfection;
- consignes sur la façon de revêtir et de retirer l'EPI;
- exigences en matière de cours et de formation;
- programme de protection respiratoire;
- gestion des déchets et utilisation de récipients pour déchets biomédicaux;

- affiches sur le dépistage passif courant établies dans des langues adaptées à la clientèle de l'organisme, protocoles de dépistage actif (déclenchés sur un ordre local ou provincial, y compris les protocoles des centres de répartition des ambulances);
- isolement (les organismes doivent pouvoir isoler des patients dans une chambre d'isolement des infections aéroportées, une chambre individuelle ou une aire privée en fonction des résultats de l'ERO);
- recours à des affiches pour signaler les aires présentant un risque accru (p. ex. salles d'isolement et laboratoires analysant des échantillons sensibles) et empêcher les gens qui circulent dans l'établissement d'y pénétrer;
- présentation de rapports, p. ex. ceux qui sont exigés par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS) et la LSST;
- gestion des dépouilles humaines;
- utilisation appropriée de tout équipement spécialisé (p. ex. selon les spécifications du fabricant);
- planification d'analyses de laboratoire courantes et spécialisées en cas de menace infectieuse soupçonnée ou confirmée (y compris le prélèvement, le transport et l'analyse d'échantillons ou de spécimens de laboratoire, selon les besoins).

Équipement de protection individuelle

L'EPI disponible dans un établissement et pour lequel les membres du personnel de celui-ci sont bien formés doit convenir dans les circonstances déterminées par l'ERO et il doit être sélectionné en fonction des résultats de l'ERO, des conditions ambiantes dans le lieu de travail et de la présence ou non de mesures techniques et administratives ainsi que de l'efficacité de ces mesures.

Les cours doivent respecter ou dépasser les exigences énoncées dans la LSST et dans son règlement d'application, le Règl. de l'Ont. 67/93, Établissements d'hébergement et de soins de santé, s'il y a lieu.

Les organismes de soins de santé devraient maintenir une réserve d'EPI et veiller à ce qu'elle soit disponible en tout temps dans leurs cliniques et autres aires où l'on peut raisonnablement s'attendre à ce que des types précis d'EPI s'avèrent nécessaires. En outre, ils doivent s'assurer que leurs TS ont accès à de l'EPI approprié dans des tailles variées et en quantité suffisante. Selon l'organisme concerné, l'EPI pourrait inclure :

- des masques à usage unique (jetables) résistant aux liquides;
- des respirateurs N95 à usage unique (jetables);
- des écrans faciaux complets à usage unique (jetables), avec ou sans lunettes de protection;
- des gants à usage unique (jetables);

- une protection imperméable complète du corps;
- des appareils de protection respiratoire à épuration d'air motorisés, en particulier dans les hôpitaux qui seront vraisemblablement désignés comme hôpitaux affectés aux analyses ou au traitement lors d'une intensification des interventions face à une menace infectieuse (voir Modèle d'intervention hospitalière à trois paliers.

Au moment de choisir des respirateurs pour la protection contre une exposition à des particules mises en suspension dans l'air, il faut confirmer la transmissibilité dans l'air et le potentiel infectieux de ces particules. Le recours à des respirateurs N95 ou des appareils de protection respiratoire à épuration d'air motorisés devrait être conforme à un programme de protection respiratoire qui prévoit la formation des TS sur l'utilisation de ces dispositifs ainsi qu'une vérification de l'ajustement de ceux-ci avant qu'ils ne soient portés.

Cours et formation

Les organismes de soins de santé doivent former les TS sur les dangers dans leur lieu de travail et les mesures de contrôle appropriées concernant les menaces infectieuses et ils doivent renouveler cette formation de façon périodique. Les cours et la formation visent à assurer la protection de la santé et de la sécurité de toutes les personnes qui utilisent les locaux et les véhicules d'un organisme de soins de santé, en particulier les TS qui sont susceptibles d'être exposés à des personnes soupçonnées d'être infectées, à celles qui font l'objet d'une enquête ou à celles dont l'infection est confirmée. Les cours doivent respecter ou dépasser les exigences énoncées dans la LSST et dans son règlement d'application, le Règl. de l'Ont. 67/93, Établissements d'hébergement et de soins de santé, s'il y a lieu.

Selon les résultats de l'ERO, les organismes devraient :

- s'assurer que leurs cours et programmes de formation reflètent les pratiques exemplaires en la matière;
- s'assurer que leurs cours et programmes de formation abordent les risques clés repérés par leur ERO;
- déterminer les TS qui courent un risque accru d'exposition à des menaces infectieuses, satisfaire en priorité leurs besoins en matière de cours ou de formation et renouveler leur formation à intervalles réguliers;
- organiser des exercices et des tests de pratique pour les TS qui courent un risque accru d'exposition;
- prévoir une formation sur :
    - les symptômes et modes de transmission des maladies infectieuses;
    - l'observation des pratiques de base et les précautions additionnelles;

- les composantes clés du plan de l'organisme pour contrer les menaces infectieuses (s'il y a lieu);
- la manière d'effectuer une évaluation des risques au point de service;
- le but et l'importance de l'EPI;
- la sélection, l'utilisation et les limites de l'EPI, y compris la manière de le revêtir et de le retirer;
- la vérification de l'ajustement de l'EPI et son inspection pour repérer d'éventuels dommages;
- le recours à des observateurs spécialement formés pour s'assurer que l'EPI est revêtu et enlevé comme il faut;
- l'élimination sécuritaire des objets acérés;
- les composantes clés de la LSST;
- les pratiques d'isolement, y compris le recours à une CIIA, s'il y a lieu;
- les protocoles de dépistage;
- la production des rapports exigés, y compris à la suite d'un incident;
- les exigences en matière de nettoyage et de désinfection;
- la gestion des déchets;
- la gestion des dépouilles humaines;
- la gestion des échantillons ou spécimens de laboratoire;
- la bonne utilisation du matériel ou de l'équipement;
- le recours approprié aux mesures de contrôle techniques;
- l'hygiène des mains;

- consigner les processus et les résultats pour les cours et programmes de formation, y compris la vérification des connaissances et de leur application;
- consigner la formation régulière du personnel des laboratoires sur le transport des substances dangereuses.

Hôpitaux et services paramédicaux désignés

Les hôpitaux et les services paramédicaux qui sont désignés à l'avance pour assurer la gestion des maladies infectieuses devront aussi satisfaire aux exigences suivantes :

- offrir une formation à intervalles réguliers de même que des exercices et des tests de pratique trimestriels;
- effectuer un examen régulier de la planification de l'interopérabilité des hôpitaux, des services paramédicaux et des bureaux de santé publique.

Évaluation continue de l'efficacité

Les organismes doivent entreprendre des évaluations de l'efficacité de leurs mesures de contrôle. Ils doivent également consigner ces processus conformément à leur responsabilité générale de diligence raisonnable.

Listes de vérification détaillées du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses

Le ministère a créé une série de listes de vérification détaillées destinées à aider différents groupes de fournisseurs (c.-à-d. les hôpitaux, les services paramédicaux, les organismes de soins de santé primaires et les bureaux de santé publique) à maintenir un état de préparation de base pour contrer les menaces infectieuses. Reportez-vous aux annexes ci-dessous pour obtenir d'autres renseignements :

- Annexe A – Hôpitaux : Liste de vérification du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses
- Annexe B – Services paramédicaux : Liste de vérification du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses
- Annexe C – Organismes de soins primaires : Liste de vérification du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses
- Annexe D – Bureaux de santé publique : Liste de vérification du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses

Mécanismes de responsabilisation et suivi du rendement

Pour s'assurer du respect des exigences de base énoncées plus haut, le ministère collaborera avec ses partenaires du système de soins de santé à l'éventuelle élaboration de mécanismes de responsabilisation additionnels à l'étape 2 du processus lancé par le présent plan.

Loi sur la santé et la sécurité au travail

Les inspectrices et inspecteurs du ministère du Travail veillent au respect de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST), laquelle fournit le cadre juridique régissant la santé et la sécurité dans les lieux de travail. Ces inspectrices et inspecteurs peuvent examiner la documentation prescrite par la LSST. Leur rôle est d'inspecter les lieux de travail afin de vérifier que ceux-ci sont en conformité avec la LSST comme avec ses règlements d'application et que les conditions de travail qu'ils offrent sont sécuritaires. La LSST met à leur disposition différents outils d'application de la loi. Lorsque leurs inspections révèlent des contraventions à la LSST ou à ses règlements, les inspectrices et inspecteurs prennent les mesures d'application nécessaires, selon le cas, lesquelles peuvent aller de la délivrance d'ordonnances à l'éventuel dépôt d'accusations.

Suivi du rendement

Le ministère encourage les employeurs à veiller à l'application des recommandations énoncées dans le présent plan et au respect de leurs obligations aux termes de la LSST et de ses règlements d'application en procédant à leurs propres inspections et vérifications internes. Les employeurs devraient considérer leur comité mixte sur la santé et la sécurité au travail et leurs délégués à la santé et à la sécurité (le cas échéant) comme de précieuses ressources et donc les faire participer pleinement à ce processus (ou les consulter à son égard) afin de tirer parti de leurs compétences.

Lors de la seconde étape du présent processus, le ministère pourra mettre au point des indicateurs de rendement en regard desquels le système de soins de santé devra rendre compte de sa conformité aux exigences de base établies ici. Ces indicateurs pourraient rendre le système de soins de santé ontarien plus transparent et responsable, tout en servant d'incitatifs à l'amélioration du rendement et de la sécurité des patients.

Intensification des interventions

Modèle d'intervention hospitalière à trois paliers

Lorsqu'une situation pourrait avoir des répercussions majeures sur le système de soins de santé, la province peut être amenée à apporter son soutien et à coordonner les interventions. Face à l'émergence d'une menace infectieuse majeure en Ontario, il faut tenir compte de la nature de la maladie, de ses modes de transmission, des exigences en matière de prévention et de contrôle des infections, du nombre de personnes qui nécessiteront des soins et, enfin, des besoins en soins cliniques.

Armé de ces renseignements, le ministère pourra faire appel au Centre ministériel des opérations d'urgence (CMOU) et activer un modèle tel que le modèle d'intervention hospitalière à trois paliers[3] pour faire en sorte que le système de soins de santé soit bien prêt à gérer les personnes soupçonnées d'être infectées, les personnes qui font l'objet d'une enquête (POE) et celles dont l'infection est confirmée. Selon les circonstances, il pourra s'avérer nécessaire pour le ministère de modifier davantage les rôles afin de s'assurer que le fonctionnement et le rendement du modèle correspondent bien à ce qui est requis pour gérer la menace infectieuse.

Conformément à ce modèle, les hôpitaux de l'Ontario pourront se voir attribuer l'un des trois rôles suivants :

- **Traitement :** Certains hôpitaux seront désignés pour gérer les personnes soupçonnées d'être infectées, les POE et les personnes dont l'infection est confirmée et notamment pour organiser les analyses de laboratoire visant à vérifier la présence de l'agent infectieux, selon les besoins.
- **Analyses :** Certains hôpitaux seront désignés pour gérer uniquement les personnes soupçonnées d'être infectées et les POE et notamment pour organiser les analyses de laboratoire visant à vérifier la présence de l'agent infectieux, selon les besoins.
- **Dépistage :** Tous les autres hôpitaux que le ministère n'aura pas officiellement désignés comme responsables du traitement ou des analyses seront considérés comme des hôpitaux responsables du dépistage. Ces hôpitaux font une première évaluation des patients ambulatoires, isolent et évaluent les personnes soupçonnées d'être infectées et, enfin, organisent le transfert des POE par les

[3] Remarque : Ce modèle se rapporte aux mesures provinciales. Il ne s'oppose en rien à la planification locale par l'entremise de mécanismes existants, tels que les protocoles locaux d'évitement suivis par les services d'ambulances ou les schémas d'aiguillage vers des services spécialisés destinés à la gestion de l'exposition aux risques et à l'utilisation optimale des ressources locales.

services paramédicaux vers un hôpital responsable du traitement ou des analyses pour que les analyses appropriées soient effectuées[4].

Cette façon de procéder vise à réduire l'exposition du public et des fournisseurs de soins de santé à la menace infectieuse, et donc leur risque d'infection, en prévoyant les modalités d'accès les plus appropriées et efficaces possibles aux établissements et aux spécialistes des soins de santé. Le modèle d'intervention à trois paliers clarifie la répartition des rôles et responsabilités essentiels afin de faciliter les efforts de planification locaux et de veiller à ce que le système de soins de santé demeure capable de fournir les soins qu'il faut, quand il le faut et où il le faut. La souplesse du modèle d'intervention à trois paliers permet de modifier le nombre d'hôpitaux désignés en fonction des besoins d'intervention.

Activation du modèle d'intervention hospitalière à trois paliers

Le ministère peut décider d'activer un modèle d'intervention hospitalière à trois paliers, en consultation avec une variété de partenaires du système de soins de santé, dans les circonstances ci-dessous :

- une évaluation des risques a déterminé qu'il existe un risque élevé concernant une maladie donnée, celui-ci pouvant inclure une infectiosité majeure, un fort taux de mortalité, des difficultés liées au traitement et à la prévention ou encore des répercussions sur les populations vulnérables;
- une évaluation des risques a déterminé qu'il existe des lacunes dans les connaissances ou les renseignements concernant la maladie en question, lesquelles nécessitent, en application du principe de précaution[5], que celle-ci soit considérée comme une maladie présentant un risque élevé en attendant que de plus amples renseignements puissent être obtenus;
- tous les hôpitaux ne disposent pas des installations ou d'une infrastructure offrant des capacités spécifiques suffisantes (p. ex. en ce qui concerne les différents degrés d'isolement des patients) pour pouvoir assurer les fonctions de traitement ou d'analyses en lien avec une maladie infectieuse donnée;

[4] En règle générale, les hôpitaux responsables du dépistage ne devraient pas effectuer d'analyses de laboratoire sur des POE pour d'autres affections cliniques. Toutefois, si un hôpital responsable du dépistage dispose des procédures permettant d'effectuer de telles analyses en toute sécurité, il peut entreprendre des analyses visant à déceler d'autres maladies curables, en consultation avec le bureau de la santé publique et les laboratoires de Santé publique Ontario. Cette intervention est d'une importance particulière pour les affections à l'égard desquelles la rapidité du diagnostic est primordiale.

[5] Le médecin hygiéniste en chef prend en considération le principe de précaution s'il est d'avis qu'une maladie infectieuse ou transmissible s'est ou peut s'être déclarée et, en pareil cas, il peut publier une directive sur la santé et la sécurité des travailleurs et notamment sur l'utilisation de vêtements, de matériel ou d'appareils de protection. Voir le paragraphe 77.7 (2) de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

- tous les hôpitaux ne disposent pas, en quantité suffisante, des connaissances ou des compétences spécifiques nécessaires (p. ex. sur le plan du nombre de spécialistes des maladies infectieuses);
- la nécessité de l'intervention du système de soins de santé a été établie à l'échelle provinciale ou nationale en raison de la portée nationale ou mondiale d'une menace infectieuse;
- la constatation que le système de soins de santé a beaucoup de difficulté à faire face à une maladie infectieuse faute de disposer des capacités, des compétences spécialisées ou autres en quantité suffisante sans que des mesures extraordinaires soient prises pour les mettre à sa disposition;
- un niveau de préoccupation ou de perception du risque dans la population qui est tel que l'on peut observer des comportements susceptibles de nuire au bon fonctionnement du système de soins de santé, par exemple :
    - une demande de soins mal avisée (p. ex. des personnes qui se présentent à un service des urgences plutôt qu'à un établissement de soins primaires ou vice-versa) ou encore l'abstention de la demande, autrement dit, des personnes qui ne se font pas soigner alors qu'elles sont malades;
    - une demande de soins émanant de personnes bien portantes qui s'inquiètent pour rien et qui créent ainsi des pressions inutiles sur le système de soins de santé.

Partenaires du système de soins de santé

L'activation d'un modèle d'intervention hospitalière à trois paliers, le cas échéant, aura aussi des répercussions sur les autres partenaires du système de soins de santé, y compris les services paramédicaux, les bureaux de santé publique, les fournisseurs de soins de santé primaires, pour n'en citer que quelques-uns. Le tableau ci-après énumère quelques-unes de ces répercussions (voir la figure 3).

Figure 3 : Répercussions sur les autres partenaires du système de soins de santé

Services paramédicaux	• Lors de la création d'un modèle d'intervention hospitalière à trois paliers, le ministère chargera des **services paramédicaux désignés** du transport des patients dont l'infection est confirmée, y compris du transport entre un hôpital responsable des analyses et un autre responsable du traitement, de même que du transfert des patients rapatriés entre un aéroport international et un hôpital responsable du traitement. Les autres services paramédicaux (non désignés) pourront aussi jouer un rôle important pour le transport de patients dont l'infection est soupçonnée et de POE.
Bureaux de santé publique	• Lors de la création d'un modèle d'intervention hospitalière à trois paliers, le ministère pourra confier à ces bureaux une variété de **tâches liées à la santé publique**. Il pourra, p. ex. leur demander de faire un suivi de personnes ayant voyagé dans des pays touchés par une maladie infectieuse, d'aider à transporter les personnes asymptomatiques vers un hôpital d'analyses ou de traitement, d'aider les hôpitaux à déterminer si une personne soupçonnée d'être infectée devrait être soumise à des analyses, de diffuser de l'information sur leur territoire, etc. La province précisera la nature exacte de ces tâches dans des documents d'orientation ou des directives.
Organismes de soins de santé primaires	• Lors de la création d'un modèle d'intervention hospitalière à trois paliers, le ministère pourra charger ces organismes d'**examiner les patients pour dépister des maladies infectieuses spécifiques** et de collaborer avec leur bureau de santé publique pour organiser le transfert des patients soupçonnés d'être infectés vers un hôpital approprié en vue d'une évaluation plus poussée par une ou un spécialiste des maladies infectieuses.
Autres partenaires	• Lors de la création d'un modèle d'intervention hospitalière à trois paliers, un grand nombre d'autres partenaires du système de santé seront en principe **appelés à appuyer les interventions de la province** face à l'émergence d'une menace infectieuse (p. ex. Santé publique Ontario, RLISS, Services ontariens des soins aux malades en phase critique, ministère du Travail et forces de l'ordre). Leurs rôles et responsabilités seront examinés plus en détail lors des prochaines étapes de la mise en œuvre du présent plan.

Mise en œuvre et adaptation du modèle d'intervention hospitalière à trois paliers

Une fois que le ministère décide d'activer le modèle d'intervention hospitalière à trois paliers, la mise en œuvre de ce modèle se fait suivant soit les orientations que le ministère pourra donner à l'échelle provinciale, soit les directives que le médecin hygiéniste en chef (MHC) pourra donner aux organismes et fournisseurs de soins de santé. Les orientations provinciales seront fondées sur les circonstances particulières d'une menace infectieuse et les résultats d'une évaluation des risques qui pèsent sur la province. Pareillement, la désignation par le ministère de certains hôpitaux comme hôpitaux responsables du traitement ou des analyses sera faite en fonction des résultats des évaluations des risques pesant sur la province et sur ses différentes régions de même que des consultations avec les partenaires clés.

Après son activation, le modèle d'intervention hospitalière à trois paliers devra, dans certaines circonstances être adapté, et peut-être plus d'une fois, afin de tenir compte de l'évolution des besoins du système de soins de santé pour la gestion d'une menace infectieuse tout en garantissant l'accès aux soins médicaux. À titre d'exemple, il pourra s'avérer nécessaire d'activer ou de désactiver différents hôpitaux à différents moments en vue de faire l'usage le plus judicieux possible des ressources disponibles et notamment de les déployer la où le besoin se fait le plus sentir, de garantir l'accès à des services spécialisés, etc. Ces adaptations pourront aussi avoir des répercussions sur d'autres partenaires du système de soins de santé (p. ex. les services paramédicaux, les bureaux de santé publique, les organismes de soins de santé, etc.).

Le ministère s'attend par ailleurs à ce que tous les hôpitaux respectent les exigences de base énoncées dans le présent plan lorsque le modèle d'intervention hospitalière à trois paliers n'est pas activé.

Désactivation du modèle d'intervention hospitalière à trois paliers

Le ministère prend la décision de désactiver le modèle d'intervention hospitalière à trois paliers, en consultation avec une variété de partenaires du système de soins de santé, dans les circonstances ci-dessous :

- le risque cesse d'exister (p. ex. une épidémie est déclarée terminée ou la propagation de la maladie est enrayée);
- le risque est descendu à un niveau tel que les nouveaux cas d'infection ne sont que sporadiques ou individuels et présentent peu de danger à plus grande échelle;
- de nouveaux renseignements ou données probantes sont obtenus et les résultats d'une évaluation des risques révèlent que les précautions requises ne

sont pas aussi importantes que celles qui ont été prises jusque-là suivant le principe de précaution, faute de renseignements fiables;

- une intervention efficace est découverte ou mise au point (p. ex. un vaccin ou un traitement);
- le système de soins de santé est capable d'absorber les activités requises pour gérer la maladie en question avec ses capacités opérationnelles courantes, sans besoin de mesures spéciales;
- le ministère a déterminé que les activités requises pour gérer la maladie en question ne sont plus considérées comme spéciales ou urgentes et que le système de soins de santé peut les absorber avec ses capacités opérationnelles courantes;
- une maladie a pris la forme d'une endémie en Ontario et le système de soins de santé doit adopter de nouvelles normes de pratiques pour y faire face, ce qui pourra inclure, en l'occurrence, le maintien de façon permanente de certaines procédures d'aiguillage vers des spécialistes.

Évaluation régionale des risques

Lors de l'activation du modèle d'intervention hospitalière à trois paliers, le ministère demandera aux RLISS d'effectuer, en collaboration avec d'autres partenaires, une évaluation régionale des risques (ERR) pour déterminer quels risques courent les systèmes de soins de santé locaux et quelles lacunes la protection des TS peut présenter à l'échelle d'une région. Cela supposera une collaboration avec l'ensemble des hôpitaux (y compris ceux qui sont chargés du dépistage) pour évaluer la capacité de gérer des menaces infectieuses, et ce, en tenant compte des interactions au sein du système de soins de santé (liées notamment au recours à des algorithmes pour les aiguillages vers des hôpitaux affectés aux analyses et au traitement). En ce qui concerne ces interactions, les RLISS doivent prendre en considération les risques liés au transport et les distances à parcourir, surtout pour les hôpitaux en région éloignée.

Survol de l'évaluation régionale des risques

Les RLISS doivent tenir compte (au moins) des facteurs suivants lors d'une ERR :

- la capacité des hôpitaux à gérer les maladies infectieuses;
- les hypothèses de transport et les risques potentiels pour les hôpitaux situés dans des lieux éloignés ou vulnérables;
- la durée du transport et les risques qu'il présente pour les services paramédicaux et les autres partenaires du système de soins de santé (p. ex. les établissements d'accueil);
- la disponibilité de moyens de transport par voie aérienne ou terrestre;
- la capacité de diagnostic et de transport;
- la nécessité de prévoir plus de mesures, d'équipement ou de ressources pour réduire les risques courus par les TS dans des circonstances particulières;
- l'existence d'un plan de mesures d'urgence garant de la capacité d'adaptation du système local dans l'éventualité où les hypothèses retenues s'avèreraient erronées.

Les risques relevés grâce à l'ERR seront pris en considération au moment de décider s'il y a lieu de planifier des mesures additionnelles, par exemple une protection améliorée des TS lorsque le transfert de patients chez lesquels on soupçonne une infection est retardé ou encore lorsqu'une communauté est particulièrement vulnérable parce qu'elle accueille souvent des personnes originaires de régions touchées par une maladie infectieuse. Les établissements de soins de santé devront prendre des mesures pour gérer les risques relevés. Le ministère déterminera à quel moment une ERR sera requise en fonction des résultats d'une évaluation provinciale des risques.

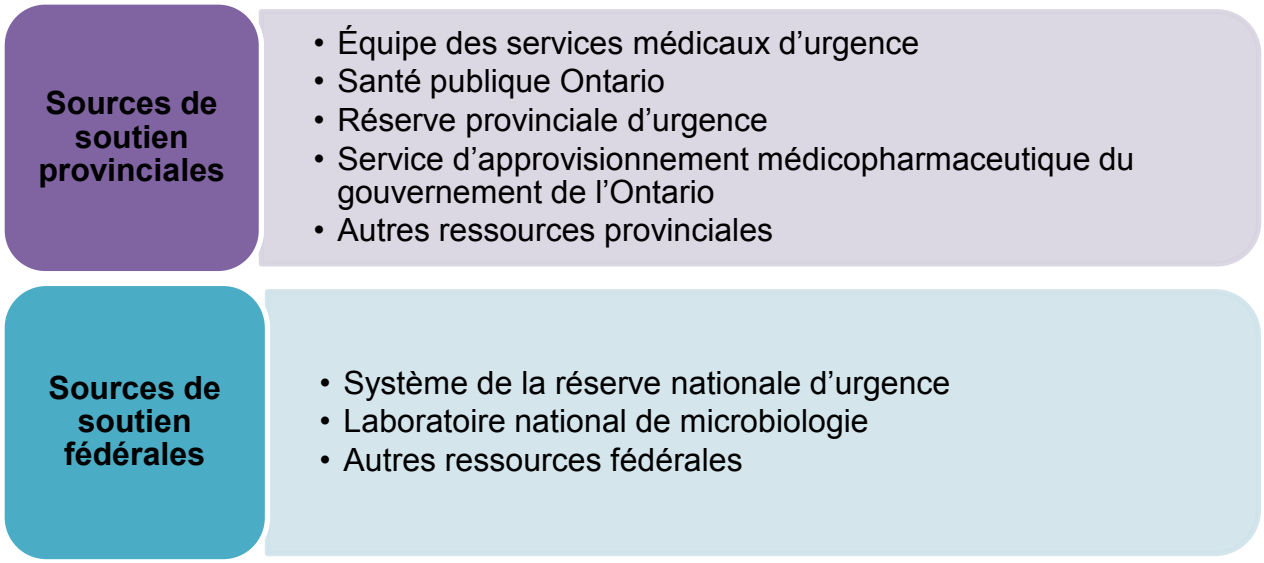
Services de coordination et de soutien à l'échelle provinciale

Si le ministère active un modèle d'intervention hospitalière à trois paliers pour contrer une menace infectieuse, il demande également au Centre ministériel des opérations d'urgence (CMOU) d'assurer les services de coordination et de soutien requis à l'échelle provinciale. Le CMOU collaborera avec tous les ordres de gouvernement et les partenaires du système des soins de santé et leur communiquera des renseignements,

y compris les documents d'orientation de la province et les directives du médecin hygiéniste en chef, s'il y a lieu.

Dans l'éventualité d'une menace infectieuse grave, le CMOU facilitera l'accès des partenaires du système de santé aux ressources provinciales ou fédérales par l'entremise des structures décisionnelles existantes. Les sources de soutien provinciales et fédérales qui pourront être mises à contribution pour appuyer les efforts d'intervention, en fonction du profil de risque et de l'aide dont le système de soins de santé pourrait avoir besoin pour gérer la situation ou les perturbations qu'elle engendre, sont les suivantes (voir la figure 4) :

Figure 4 : Sources de soutien provinciales et fédérales



Accroissement de la capacité de pointe

L'une des répercussions possibles d'une menace infectieuse est que la capacité courante du système de soins de santé subisse des pressions indues en raison de la demande additionnelle que la menace engendre. Quelles que soient les raisons pour lesquelles une telle situation se présente, et elles peuvent varier, elles obligent le système de soins de santé à accroître sa capacité de pointe.

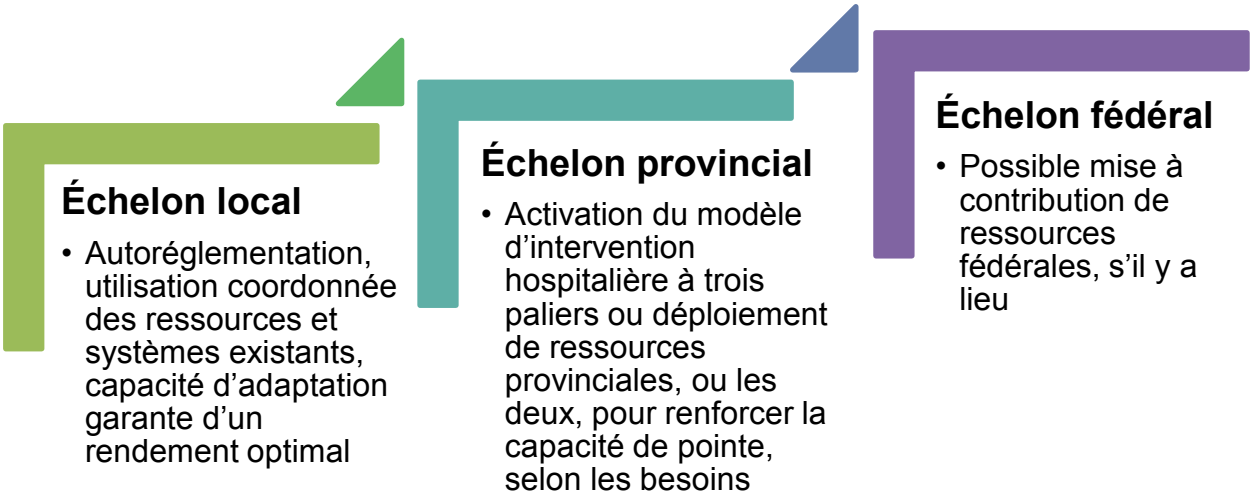
La gestion d'une subite hausse de la demande débute à l'échelle locale. Les stratégies locales à mettre en œuvre à cet égard incluent l'utilisation coordonnée des ressources et systèmes existants tels que :

- les stratégies de gestion de la capacité de pointe des services des urgences des hôpitaux qui sont déployées pour faire face à la situation initiale ou à la perturbation engendrée;
- les outils des services paramédicaux susceptibles d'appuyer la gestion de la capacité de pointe des services des urgences;

- la pleine utilisation de l'ensemble des membres des professions de la santé réglementées et leur utilisation élargie, s'il y a lieu [les fournisseurs de soins de santé pourraient envisager le recours judicieux à des étudiantes ou étudiants (p. ex. sous la supervision d'un membre d'une profession de la santé réglementée) durant les périodes de forte demande];
- la mise à contribution des RLISS pour évaluer la capacité et la viabilité des systèmes de soins de santé locaux, renforcer la capacité de pointe des services aux malades en phase critique et coordonner la gestion des services d'urgence locaux;
- les attentes formulées dans le Plan de gestion de la capacité de pointe des Services ontariens des soins aux malades en phase critique à l'égard des hôpitaux et des RLISS concernant leur capacité de fournir de tels soins et d'autres politiques pertinentes.

Si les ressources et les systèmes existants sont insuffisants pour gérer l'intensification de la demande, le ministère peut être amené à envisager d'autres solutions, telles que l'activation du modèle d'intervention hospitalière à trois paliers, l'apport de ressources provinciales (p. ex. des fournitures et de l'équipement) et l'aide de l'Équipe des services médicaux d'urgence (ESMU). Si la demande excède la capacité de pointe augmentée des ressources provinciales, il pourrait y avoir lieu de faire appel à l'aide du gouvernement fédéral (voir la figure 5).

Figure 5 : Accroissement graduel de la capacité de pointe



Conclusion et prochaines étapes

Création d'un système résilient, prêt à l'action

La flambée de la MVE en Afrique de l'Ouest s'est avérée plus difficile à gérer que toute autre en raison de sa portée, de son ampleur et de sa complexité. Elle a rendu évidente la nécessité de disposer d'un système de soins de santé robuste et capable d'intervenir de façon rapide et intégrée. L'Ontario a pris des mesures importantes pour améliorer la capacité de notre système de soins de santé de réagir à des menaces infectieuses et continuera d'œuvrer progressivement à la création d'un système de soins de santé viable et résilient.

POINTS CLÉS

1. Le ministère a établi dans le présent plan des exigences de base relatives à la préparation à contrer les menaces infectieuses.
2. L'un des principaux objectifs du plan est la création d'un système de santé résilient et capable de faire face aux menaces infectieuses et de s'adapter aux circonstances à mesure qu'elles évoluent.
3. La mise en œuvre du plan se fera de façon progressive.
4. Le ministère collaborera avec le ministère du Travail pour aider les employeurs à s'acquitter de leurs obligations aux termes de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* concernant les menaces infectieuses.

Page blanche intentionnelle.

Annexe A – Hôpitaux : Liste de vérification du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses

Les renseignements ci-dessous indiquent les exigences de base concernant les mesures à prendre en matière de préparation aux menaces infectieuses.

Évaluation des risques organisationnels (ERO)

- ☐ Exécution d'une ERO, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité au travail, les délégués à la santé et la sécurité (s'il y en a), l'équipe de santé et de sécurité au travail de même que l'équipe de prévention et de contrôle des infections, afin d'établir les risques d'exposition à une menace infectieuse
- ☐ Répétition de l'ERO une fois par année et réévaluation de ses résultats accompagnée d'un plan d'action, s'il y a lieu

Élimination

- ☐ Élimination des risques, si possible

Mesures techniques

- ☐ Barrières structurelles appropriées pour protéger les TS qui s'occupent du triage des patients dans les aires d'accueil (p. ex. dans les cliniques et les services des urgences)
- ☐ Chambres d'isolement des infections aéroportées (CIIA), s'il y a lieu

Mesures administratives

- ☐ Cours et formation (voir plus bas les mesures de base à prévoir)
- ☐ Consignes sur la manière d'effectuer une évaluation des risques au point de service
- ☐ Nettoyage et désinfection
- ☐ Consignes sur la manière de revêtir et de retirer l'équipement de protection individuelle (EPI)
- ☐ Gestion des déchets et utilisation de récipients à déchets biomédicaux
- ☐ Dépistage passif au moyen d'affiches (dans les langues appropriées, selon l'organisme)

- ☐ Dépistage actif (déclenché sur un ordre local ou provincial)
- ☐ Isolement (obligation de pouvoir isoler quelqu'un dans une CIIA, une chambre individuelle ou une aire privée en fonction des résultats de l'ERO)
- ☐ Recours à des affiches pour empêcher les gens qui circulent dans un établissement de pénétrer dans les aires présentant un risque accru (p. ex. salles d'isolement et laboratoires analysant des échantillons sensibles)
- ☐ Présentation de rapports (p. ex. ceux qui sont exigés par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*)
- ☐ Gestion des dépouilles humaines
- ☐ Utilisation appropriée de tout équipement spécialisé (p. ex. selon les spécifications du fabricant)
- ☐ Processus de prélèvement, de transport et d'analyse d'échantillons de laboratoire de même que formation sur le transport de substances dangereuses, selon les besoins
- ☐ Programme de protection respiratoire

EPI

- ☐ EPI sélectionné en fonction des résultats de l'ERO et des conditions ambiantes dans le lieu de travail en tenant compte des mesures techniques et administratives mises en œuvre, le cas échéant, et de l'efficacité de celles-ci
- ☐ Maintien et disponibilité en tout temps d'une réserve d'EPI au point de service
- ☐ Accès à l'EPI approprié dans des tailles variées et en quantité suffisante

Cours et formation

- ☐ Basés sur les résultats de l'ERO
- ☐ Repérage des TS qui courent un risque accru d'exposition à des menaces infectieuses, satisfaction prioritaire de leurs besoins en matière de cours ou de formation et renouvellement de la formation à intervalles réguliers
- ☐ Exercices et tests de pratique pour les TS qui courent un risque accru d'exposition
- ☐ Formation sur :
    - ☐ les symptômes et modes de transmission des maladies infectieuses
    - ☐ l'observation des pratiques de base et les précautions additionnelles
    - ☐ les composantes clés du plan de l'organisme pour contrer les menaces infectieuses (s'il y a lieu)
    - ☐ la manière d'effectuer une évaluation des risques au point de service
    - ☐ la sélection, l'utilisation et les limites de l'EPI, y compris la manière de le revêtir et de le retirer

- ☐ le but et l'importance de l'EPI
- ☐ la vérification de l'ajustement de l'EPI et son inspection pour repérer d'éventuels dommages
- ☐ le recours à des observateurs spécialement formés pour s'assurer que l'EPI est revêtu et enlevé comme il faut, en fonction des résultats de l'ERO
- ☐ l'élimination sécuritaire des objets acérés (s'il y a lieu)
- ☐ les composantes clés de la LSST
- ☐ les pratiques d'isolement, y compris le recours à une CIIA, s'il y a lieu
- ☐ les protocoles de dépistage
- ☐ la production des rapports exigés
- ☐ les exigences en matière de nettoyage et de désinfection de même que de gestion des déchets
- ☐ la gestion des dépouilles humaines
- ☐ la gestion des échantillons ou spécimens de laboratoire
- ☐ la bonne utilisation du matériel ou de l'équipement
- ☐ le recours approprié aux mesures de contrôle techniques
- ☐ l'hygiène des mains
- ☐ les autres mesures ou procédures pertinentes

- ☐ Consignation des processus et des résultats pour les cours et les programmes de formation
- ☐ Procédures de laboratoire relatives à la manutention d'échantillons et au transport de substances dangereuses

Évaluation

- ☐ Exécution et consignation d'évaluations de l'efficacité des mesures de contrôle

Page blanche intentionnelle.

Annexe B – Services paramédicaux : Liste de vérification du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses

Les renseignements ci-dessous indiquent les exigences de base concernant les mesures à prendre en matière de préparation aux menaces infectieuses.

Évaluation des risques organisationnels (ERO)

- ☐ Exécution d'une ERO, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité au travail, les délégués à la santé et la sécurité (s'il y en a), l'équipe de santé et de sécurité au travail de même que l'équipe de prévention et de contrôle des infections, afin d'établir les risques d'exposition à une menace infectieuse
- ☐ Répétition de l'ERO une fois par année et réévaluation de ses résultats accompagnée d'un plan d'action, s'il y a lieu

Élimination

- ☐ Élimination des risques, si possible.

Mesures techniques

- ☐ Barrières structurelles appropriées pour protéger les ambulanciers paramédicaux, en fonction de l'ERO

Mesures administratives

- ☐ Cours et formation (voir plus bas les mesures de base à prévoir)
- ☐ Consignes sur la manière d'effectuer une évaluation des risques au point de service
- ☐ Nettoyage et désinfection
- ☐ Consignes sur la manière de revêtir et de retirer l'équipement de protection individuelle (EPI)
- ☐ Gestion des déchets et utilisation de récipients à déchets biomédicaux
- ☐ Dépistage actif (déclenché sur un ordre local ou provincial, y compris les protocoles de dépistage des centres de répartition des ambulances)
- ☐ Isolement (obligation de pouvoir isoler quelqu'un en fonction des résultats de l'ERO)

- ☐ Présentation de rapports (p. ex. ceux qui sont exigés par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*)
- ☐ Gestion des dépouilles humaines
- ☐ Utilisation appropriée de tout équipement spécialisé (p. ex. selon les spécifications du fabricant)
- ☐ Programme de protection respiratoire

EPI

- ☐ EPI sélectionné en fonction des résultats de l'ERO, des conditions ambiantes dans le lieu de travail ainsi que des mesures techniques et administratives mises en œuvre, le cas échéant, et de l'efficacité de celles-ci
- ☐ Maintien et disponibilité en tout temps d'une réserve d'EPI au point de service

Cours et formation

- ☐ Basés sur les résultats de l'ERO
- ☐ Repérage des TS qui courent un risque accru d'exposition à des menaces infectieuses, satisfaction prioritaire de leurs besoins en matière de cours ou de formation et renouvellement de la formation à intervalles réguliers
- ☐ Exercices et tests de pratique pour les TS qui courent un risque accru d'exposition
- ☐ Formation sur :
    - ☐ les symptômes et modes de transmission des maladies infectieuses
    - ☐ l'observation des pratiques de base et les précautions additionnelles
    - ☐ les composantes clés du plan de l'organisme pour contrer les menaces infectieuses (s'il y a lieu)
    - ☐ la manière d'effectuer une évaluation des risques au point de service
    - ☐ la sélection, l'utilisation et les limites de l'EPI, y compris la manière de le revêtir et de le retirer
    - ☐ le but et l'importance de l'EPI
    - ☐ la vérification de l'ajustement de l'EPI et son inspection pour repérer d'éventuels dommages
    - ☐ le recours à des observateurs spécialement formés pour s'assurer que l'EPI est revêtu et enlevé comme il faut, en fonction des résultats de l'ERO
    - ☐ l'élimination sécuritaire des objets acérés (s'il y a lieu)
    - ☐ les composantes clés de la LSST
    - ☐ les pratiques d'isolement, y compris le recours à des enceintes de confinement à pression négative, s'il y a lieu
    - ☐ les mesures et procédures

- ☐ les protocoles de dépistage
- ☐ la production des rapports exigés
- ☐ les exigences en matière de nettoyage et de désinfection de même que de gestion des déchets
- ☐ la gestion des dépouilles humaines
- ☐ la gestion des échantillons ou spécimens de laboratoire
- ☐ la bonne utilisation du matériel ou de l'équipement
- ☐ le recours approprié aux mesures de contrôle techniques
- ☐ l'hygiène des mains

☐ Consignation des processus et des résultats pour les cours et les programmes de formation.

Évaluation

☐ Exécution et consignation d'évaluations de l'efficacité des mesures de contrôle

Page blanche intentionnelle.

Annexe C – Organismes de soins primaires : Liste de vérification du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses

Les renseignements ci-dessous indiquent les exigences de base concernant les mesures à prendre en matière de préparation aux menaces infectieuses.

Évaluation des risques organisationnels (ERO)

- ☐ Exécution d'une ERO, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité au travail, les délégués à la santé et la sécurité (s'il y en a), l'équipe de santé et de sécurité au travail de même que l'équipe de prévention et de contrôle des infections, afin d'établir les risques d'exposition à une menace infectieuse
- ☐ Répétition de l'ERO une fois par année et réévaluation de ses résultats accompagnée d'un plan d'action, s'il y a lieu

Élimination

- ☐ Élimination des risques, si possible

Mesures techniques

- ☐ Barrières structurelles appropriées pour protéger les TS (p. ex. dans les cliniques), s'il y a lieu

Mesures administratives

- ☐ Cours et formation (voir plus bas les mesures de base à prévoir)
- ☐ Consignes sur la manière d'effectuer une évaluation des risques au point de service
- ☐ Nettoyage et désinfection
- ☐ Consignes sur la manière de revêtir et de retirer l'équipement de protection individuelle (EPI)
- ☐ Gestion des déchets et utilisation de récipients à déchets biomédicaux
- ☐ Dépistage passif au moyen d'affiches (dans les langues appropriées, selon l'organisme)
- ☐ Dépistage actif (déclenché sur un ordre local ou provincial)

- ☐ Isolement (obligation de pouvoir isoler quelqu'un dans une chambre individuelle ou une aire privée en fonction des résultats de l'ERO)
- ☐ Présentation de rapports (p. ex. ceux qui sont exigés par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*)

EPI

- ☐ EPI pour le lieu de travail de l'organisme de soins primaires sélectionné en fonction des résultats de l'ERO, des conditions ambiantes dans le lieu de travail ainsi que des mesures techniques et administratives mises en œuvre, le cas échéant, et de l'efficacité de celles-ci
- ☐ Maintien et disponibilité en tout temps d'une réserve d'EPI au point de service

Cours et formation

- ☐ Basés sur les résultats de l'ERO
- ☐ Repérage des TS qui courent un risque accru d'exposition à des menaces infectieuses, satisfaction prioritaire de leurs besoins en matière de cours ou de formation et renouvellement de la formation à intervalles réguliers
- ☐ Formation sur :
    - ☐ les symptômes et modes de transmission des maladies infectieuses
    - ☐ l'observation des pratiques de base et les précautions additionnelles
    - ☐ le processus de dépistage des patients infectés
- ☐ Consignation des processus et des résultats pour les cours et les programmes de formation

Annexe D – Bureaux de santé publique : Liste de vérification du respect des exigences de base pour la préparation aux menaces infectieuses

Les renseignements ci-dessous indiquent les exigences de base concernant les mesures à prendre en matière de préparation aux menaces infectieuses.

Évaluation des risques organisationnels (ERO)

- ☐ Exécution d'une ERO, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité au travail, les délégués à la santé et la sécurité (s'il y en a), l'équipe de santé et de sécurité au travail de même que l'équipe de prévention et de contrôle des infections, afin d'établir les risques d'exposition à une menace infectieuse
- ☐ Répétition de l'ERO une fois par année et réévaluation de ses résultats accompagnée d'un plan d'action, s'il y a lieu

Élimination

- ☐ Élimination des risques, si possible

Mesures techniques

- ☐ Barrières structurelles appropriées pour protéger le personnel du bureau de santé publique (s'il y a lieu)

Mesures administratives

- ☐ Cours et formation (voir plus bas les mesures de base à prévoir)
- ☐ Consignes sur la manière d'effectuer une évaluation des risques au point de service
- ☐ Nettoyage et désinfection
- ☐ Consignes sur la manière de revêtir et de retirer l'équipement de protection individuelle (EPI)
- ☐ Gestion des déchets et utilisation de récipients à déchets biomédicaux
- ☐ Présentation de rapports (p. ex. ceux qui sont exigés par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*)
- ☐ Processus de surveillance des voyageurs revenant de régions touchées par une maladie (selon les consignes provinciales), organisation du transport de personnes symptomatiques vers un hôpital affecté au traitement ou aux analyses

et détermination de la nécessité de soumettre ou non une personne soupçonnée d'être infectée à des analyses

EPI

- ☐ EPI sélectionné en fonction des résultats de l'ERO, des conditions ambiantes dans le lieu de travail ainsi que des mesures techniques et administratives mises en œuvre, le cas échéant, et de l'efficacité de celles-ci
- ☐ Maintien et disponibilité en tout temps d'une réserve d'EPI au point de service

Cours et formation

- ☐ Basés sur les résultats de l'ERO
- ☐ Repérage des TS qui courent un risque accru d'exposition à des menaces infectieuses, satisfaction prioritaire de leurs besoins en matière de cours ou de formation et renouvellement de la formation à intervalles réguliers
- ☐ Formation sur :
    - ☐ les symptômes et modes de transmission des maladies infectieuses
    - ☐ l'observation des pratiques de base et les précautions additionnelles
- ☐ Consignation des processus et des résultats pour les cours et les programmes de formation

Page blanche intentionnelle.

Ontario