

Plan de mesures d'urgence et de mobilisation en santé publique

Une approche tous risques pour Montréal



Québec 

Plan de mesures d'urgence et de mobilisation en santé publique – Une approche tous risques pour Montréal

est une production de la Direction régionale de santé publique
du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Date

Octobre 2024

Adresse

1560, rue Sherbrooke Est
Pavillon J.A. De Sève
Montréal (Québec) H2L 4M1
<https://www.drspmtl.ca>

Ce document est destiné au personnel de la DRSP, à ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à ses partenaires intersectoriels

Coordination

Simon Bilodeau, Conseiller-cadre, Bureau des mesures d'urgence en santé publique

Recherche et rédaction

Simon Bilodeau, Conseiller-cadre, Bureau des mesures d'urgence en santé publique
Joanie Gagnon, APPR, Bureau des mesures d'urgence en santé publique

Collaboration interne

Mylène Drouin, M.D., Directrice régionale de santé publique de Montréal
David Kaiser, M.D., Directeur Médical adjoint
Mireille Gaudreau, Adjointe à la directrice et projets transversaux

Environnement urbain et santé des populations, Direction régionale de santé publique de Montréal

Anne Pelletier, Cheffe de service
Sidonie Pénicaut, M.D., Responsable médicale
Chérine Zaim, M.D., Médecin conseil
Mélanie Tailhandier, APPR

Santé au travail, Direction régionale de santé publique de Montréal

Ophélie Jacob, Cheffe de service
Frédérique Brouillard, M.D., Responsable médicale
Tahar Bennabi, Infirmier clinicien
Sarah Mélissa Jane Abraham, APPR – Toxicologue
Geneviève Fournier-Tremblay, Cheffe de secteur

Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique de Montréal

Caroline Dubeau, APPR

Jean-Philippe Proulx, Infirmier clinicien assistant au supérieur immédiat

Katherine Crowe, cheffe de service

Nicolas Sheppard-Jones, M.D., Responsable médical

Jeunesse 0-25, Direction régionale de santé publique

Lilian Montano, cheffe de service

Rachel Pagé, infirmière clinicienne

Alexandre Duguay, infirmier clinicien

Coordination régionale des mesures d'urgence, de la sécurité civile et accès réseau, Direction des services généraux et partenariats urbains

Catherine Maillet, cheffe de service

Direction des communications et affaires juridiques

Marie-Josée Thibert, conseillère en communication

Références et bibliographie

Marie-Christine Pitre, APPR, Projets transversaux

Révision linguistique et mise en page

Julie Lachapelle, Agente administrative, Projets transversaux

Notes

En conformité avec la Charte d'engagement sur l'inclusion des personnes de la diversité sexuelle et de genre adoptée par le Comité de direction du CCSMTL le 22 juin 2021, ce document est rédigé autant que possible de façon inclusive.

Ce rapport est disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.drspmtl.ca>

© Gouvernement du Québec, 2024

ISBN 978-2-550-98660-7 (En ligne)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

Bibliothèque et Archives Canada, 2024

Liste des acronymes

BMU	Bureau des mesures d'urgence en santé publique
CAAM	Comité aviseur antiterrorisme de Montréal
CAMIT	Comité aviseur en maladies infectieuses Montréal-Trudeau
CCMU	Centre de coordination des mesures d'urgence
CCSMTL	CIUSSS du Centre-Sud de l'Île de Montréal
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
CRMUSCAR	Coordination régionale des mesures d'urgence, de la sécurité civile et de l'accès réseau
CSC	Centre de sécurité civile
DGSP	Direction générale de santé publique
DNSP	Directeur national de santé publique
DRSP	Direction régionale de santé publique
ÉN	Établissements non fusionnés
EUSP	Environnement urbain et santé des populations
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSP	Loi sur la santé publique
LSST	Loi sur la santé et les services sociaux
LSST	Loi sur la santé et sécurité au travail
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MATO	Maladie à traitement obligatoire
MIASE	Maladie infectieuse à surveillance extrême
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MUSC	Mesures d'urgence et sécurité civile
OSCCAM	Organisation de sécurité civile et de continuité des activités de Montréal
ORSC	Organisation régionale de sécurité civile
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCMI	Prévention et contrôle des maladies infectieuses
PNSC	Plan national de sécurité civile du Québec
PPI	Plan particulier d'intervention

RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SaJe	Santé jeunesse
SAMU	Section antiterrorisme et mesures d'urgence du service de police de la ville de Montréal
SEPVMU	Santé environnementale et parcours de vie en milieu urbain
SIM	Service des incendies de Montréal
SPVM	Service de police de la Ville de Montréal
ISS	Inégalités sociales de santé
USMI	Urgences sanitaires en maladies infectieuses
USSAT	Urgences sanitaires en santé au travail

Table des matières

1. Introduction	1
1.1 La nécessité d'une planification des mesures d'urgence en santé publique	1
1.2 Les bases de la santé publique.....	2
2. L'organisation des mesures d'urgence	8
2.1 Au niveau provincial	8
2.2 Au niveau régional	9
2.3 Au niveau local	11
3. L'organisation de la DRSP en mesure d'urgence	13
3.1 La vision des mesures d'urgence à la DRSP.....	13
3.2 Principes.....	13
3.3 Les équipes de mesures d'urgence de la DRSP	13
3.4 Les équipes d'urgence de la DRSP	14
4. Les risques et la gestion des risques en santé publique	18
4.1 Les risques à la santé de la population.....	18
4.2 L'analyse et la priorisation des risques en santé publique	19
4.3 La gestion des risques	20
4.4 Types de plans	20
5. Le fonctionnement en mesure d'urgence de santé publique	22
5.1 Les 4 Niveaux de la gestion des urgences de santé publique.....	22
5.2 Veille et activités courantes.....	24
5.3 Alerte	27
5.4 Intervention.....	39
5.5 Rétablissement	45
6. Amélioration continue.....	46
7. Conclusion	47
Bibliographie	48
Annexe 1 : Liste des principales définitions	50
Annexe 2 Les 4 phases de la sécurité civile	53

Liste des figures

FIGURE 1 : LE CADRE DES DETERMINANTS DE LA SANTE DU MSSS.....	3
FIGURE 2 : LA MISSION SANTE A MONTREAL.....	9
FIGURE 3 : LA COLLABORATION EN MESURES D'URGENCE DE SANTE PUBLIQUE A MONTREAL.....	14
FIGURE 4 : LES FONCTIONS DE SANTE PUBLIQUE ET LES MESURES D'URGENCE	23
FIGURE 5 : LES MECANISMES D'ALERTE	28
FIGURE 6 : LES MECANISMES D'ALERTE – PARTIE 1.....	30
FIGURE 7 : LES MECANISMES D'ALERTE – PARTIE 2.....	31
FIGURE 8 : LES MECANISMES D'ALERTE – PARTIE 3.....	32
FIGURE 9 : LES MECANISMES D'ALERTE – PARTIE 4.....	33
FIGURE 10 : LE CYCLE DE COORDINATION	36
FIGURE 11 : CELLULE.S OPERATIONNELLE.S	37
FIGURE 12 : CELLULE DE COORDINATION	37
FIGURE 13 : CELLULE EXECUTIVE	38
FIGURE 14 : PLAN DE MOBILISATION	40
FIGURE 15 : PLAN DE MOBILISATION – PARTIE 1	41
FIGURE 16 : PLAN DE MOBILISATION – PARTIE 2	41
FIGURE 17 : PLAN DE MOBILISATION – PARTIE 3	42
FIGURE 18 : MECANISMES DE MOBILISATION ET COMMUNICATION AUPRES DES EQUIPES DE SANTE PUBLIQUE TERRITORIALES EN COMPLEMENTARITE AUX COORDONNATEURS MESURES D'URGENCE ET SECURITE CIVILE	44

1. Introduction

1.1 La nécessité d'une planification des mesures d'urgence en santé publique

Dans les dernières années, on remarque une augmentation du nombre d'urgences et une possible juxtaposition des urgences ayant des impacts sur la santé de la population, que ce soit d'origine infectieuse ou environnementale. Par ailleurs, celles-ci deviennent de plus en plus complexes et variées. Dans les prochaines années, les changements climatiques risquent d'accentuer cette croissance des urgences de santé publique. La pandémie de COVID-19 a démontré que les effets de ces urgences se font ressentir à tous les niveaux de la population et que les impacts sont non seulement sanitaires, mais elles aggravent les inégalités sociales de santé (Drouin et al., 2022).

Le présent « Plan de mesures d'urgence et de mobilisation en santé publique – Une approche tous risques pour Montréal » vise à structurer la réponse aux urgences de santé publique à Montréal en collaboration avec l'ensemble de ces acteurs et avec la population montréalaise. Il a aussi pour objectif d'informer les partenaires de la santé publique sur la gestion des urgences sanitaires à Montréal. Ce plan contient donc une mise en contexte sur la santé publique, les différentes fonctions de santé publique, les partenaires intersectoriels, les partenaires du réseau de la santé et les équipes d'urgence de la direction régionale de santé publique (DRSP). Il présente finalement les mécanismes d'alerte, le plan de mobilisation et le cycle de coordination dans un contexte d'urgence sanitaire.

1.1.1 L'apport du réseau de santé publique montréalais

La pandémie a fait ressortir l'importance d'une meilleure préparation aux urgences et d'une coordination entre les différentes équipes de la direction régionale de santé publique dans la réponse aux urgences afin de miser sur les forces de tous (Drouin et al., 2022). Une collaboration étroite avec l'ensemble du réseau de santé publique impliquant une contribution spécifique des équipes territoriales de santé publique est aussi essentielle.

Le réseau de santé publique montréalais consiste en une direction régionale de santé publique (DRSP), logée dans le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) et des équipes territoriales réparties dans les cinq CIUSSS et la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, qui œuvrent au quotidien pour préserver et améliorer la santé de la population de l'île de Montréal.

1.1.2 L'apport des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

Le réseau de santé publique ne pourrait pas accomplir seul cette mission ; l'action intersectorielle et les partenariats sont essentiels à l'action de santé publique. Le réseau de santé publique travaille en étroite collaboration avec les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, notamment les

cinq CIUSSS, les cinq établissements non fusionnés de la région, les groupes de médecine familiale et les pharmacies communautaires. De plus, la collaboration avec les partenaires intersectoriels comme les partenaires de sécurité civile au niveau régional et au niveau provincial facilite les actions dans l'ensemble des phases de la gestion des urgences. Les équipes de santé publique peuvent aussi compter sur l'apport de la CNESST dans le cadre d'intervention relevant de la santé au travail. Pour finir, le milieu communautaire est aussi un partenaire essentiel pour les différentes équipes de santé publique.

1.1.3 L'apport de la population montréalaise

Afin de maximiser les actions de santé publique en contexte d'urgence, il est nécessaire de collaborer avec la population de la région montréalaise. Pour ce faire, les équipes de la DRSP entretiennent des relations durables avec de nombreux organismes communautaires œuvrant dans une grande variété de domaines. La DRSP cultive aussi une culture de participation citoyenne pour alimenter les réflexions et pour orienter la prise de décision particulièrement auprès des communautés vulnérables ou discriminées. La participation citoyenne a pour but de travailler avec les populations pour améliorer les interventions de santé publique à la fois en situation d'urgence et en temps normal (Lebel et al., 2020). De plus, les équipes de santé publique territoriale travaillent de concert avec différents organismes et groupes sociaux de leurs territoires respectifs afin de favoriser une meilleure santé par des actions spécifiques aux différentes communautés et à leurs besoins.

Les instances municipales comme le service de la diversité et de l'inclusion sociale et les arrondissements ont aussi des liens privilégiés avec les communautés et les groupes sociaux. Le milieu communautaire et les interventions à l'échelle des quartiers en collaboration avec les regroupements qui forment le tissu social des quartiers sont d'une grande importance pour la santé publique. En contexte d'urgence, ces différents liens peuvent être des leviers très puissants pour mobiliser et pour communiquer avec la population montréalaise et ainsi favoriser sa résilience de même que la protection de sa santé.

1.1.4 Le cadre du plan

Ce plan se base sur l'axe 4 du Programme national de santé publique du Québec qui regroupe les actions relatives à *la gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires* (MSSS, 2015, p. 53-57). Il répond aux objectifs du Plan d'Action Régional Intégré de la DRSP, notamment de la fiche 4,2 *Préparation et réponse aux urgences majeures* (DRSP, 2023). Il s'appuie également sur les normes d'Agrément Canada qui exige qu'une direction de santé publique maintienne un plan de mobilisation des ressources à jour et présente des structures connues de gestion des urgences de santé publique. Ce plan, qui se veut plus englobant, permet aussi une préparation aux aléas jamais vus ou imaginés.

1.2 Les bases de la santé publique

Cette section vise à définir de façon générale la santé publique pour ensuite définir les urgences de santé publique.

Selon la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux : « Les services de santé et les services sociaux visent à favoriser l'amélioration, le maintien et le recouvrement de la santé physique, mentale et psychosociale et du bien-être des personnes ainsi que la prévention de leur détérioration, entre autres en agissant sur des déterminants de la santé et du bien-être.

Ils visent également à favoriser l'adaptation, la réadaptation, l'intégration sociale ou la réintégration sociale des personnes.

Enfin, les services de santé et les services sociaux visent à atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être entre les différents groupes de la population et entre les différentes régions. » (Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux. RLRQ c. 34, art. 2.).

Cette citation définit la santé de façon plus large que la vision classique qui représente la santé comme étant l'absence de maladie. Elle est donc affectée par différents facteurs qui sont nommés les déterminants de la santé.

1.2.1 Les déterminants de la santé

Le cadre des déterminants de la santé du MSSS établit que la santé est influencée par une grande variété de composantes touchant de multiples facettes des personnes et de leur environnement (Émond et al., 2010). Ceux-ci peuvent être rassemblés en 4 catégories illustrées par des cercles concentriques qui représentent ce cadre :

- **Les caractéristiques individuelles des personnes,**
- **Les milieux de vie dans lesquels elles évoluent,**
- **Les systèmes qui constituent la société**
- **Le contexte global**

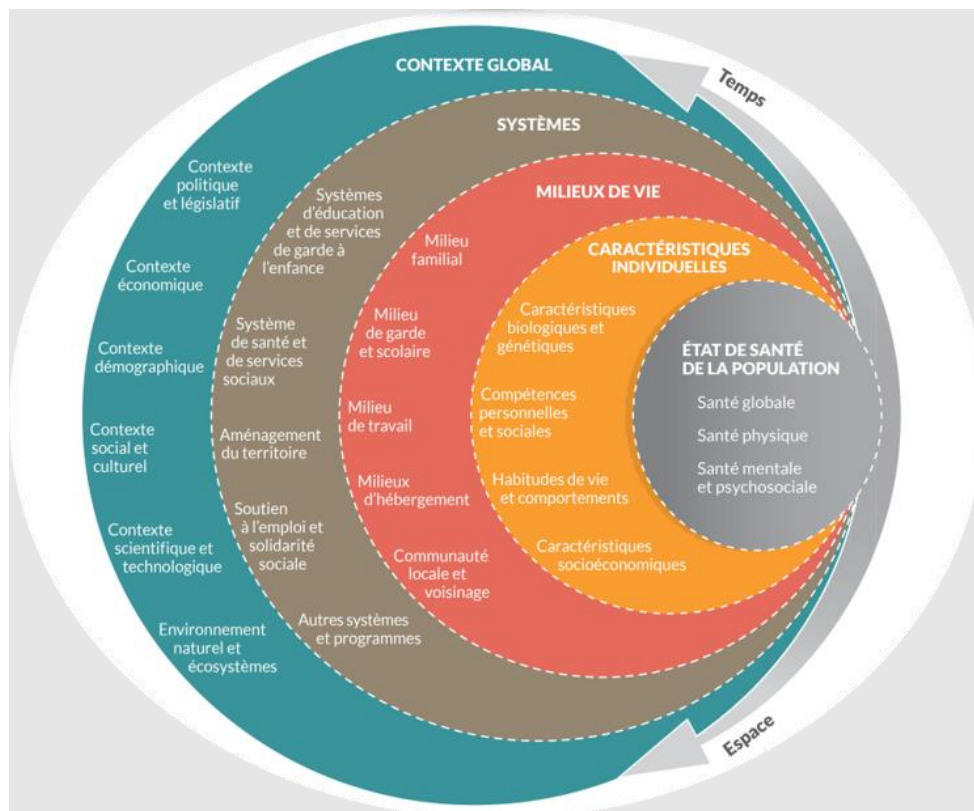


FIGURE 1 : LE CADRE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DU MSSS

Ces déterminants varient au sein d'une même population et affectent donc la santé des individus de façons différentes. Ces différences entraînent des inégalités sociales de santé (ISS), c'est-à-dire un écart évitable au niveau de l'état de santé des personnes créé par des différences au sein de la société. Il est nécessaire aussi de parler d'intersectionnalité, puisque certaines personnes sont affectées par plusieurs inégalités en même temps, qu'elles soient causées par des déterminants structurels ou autre. Ainsi, les personnes seront affectées différemment par les différents enjeux de santé publique, notamment les urgences sanitaires (OMS, 2010).

Un exemple d'inégalités sociales de santé :

Les personnes habitant dans des quartiers ayant peu ou pas d'espaces verts seront plus vulnérables aux périodes de chaleur que les personnes habitant dans un quartier avec une végétation abondante. Ces personnes cumulent généralement plusieurs risques puisqu'elles sont moins favorisées d'un point de vue autant économique que social.

- Elles seront plus exposées puisque les quartiers minéralisés sont aussi souvent plus défavorisés
- Elles seront plus à risque de complication (itinérance, aînés vulnérables) puisqu'elles sont exposées à plusieurs risques.
- Elles auront moins de capacité d'appliquer les mesures de prévention

1.2.2 Les fonctions de santé publique

La santé publique a pour mission d'améliorer la santé de la population en agissant sur ces facteurs tout en visant à réduire les ISS. Le programme national de santé publique 2015-2025 décrit les 4 fonctions de santé publique permettant d'agir sur les déterminants de la santé (MSSS, 2015). Bien que la fonction de protection soit la fonction la plus associée aux situations d'urgence, les autres fonctions peuvent aussi être utilisées en contexte d'urgence en fonction de la situation.

- **La protection de la santé de la population** permet de détecter tôt et d'évaluer les situations qui présentent des risques pour la santé attribuable à des agents biologiques, chimiques ou physiques, notamment par l'exercice d'une vigie continue, contrôler ces risques lorsqu'ils représentent une menace pour des individus, des groupes ou la population, ainsi que participer à la conception et à la mise en place de mesures d'urgence en collaboration avec divers partenaires.
- **La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants** a pour but d'éclairer la prise de décision dans le secteur de la santé et des services sociaux, ainsi que dans les autres secteurs d'activité qui agissent sur la santé, en répondant à des besoins d'information sur l'état de santé et de ses déterminants, de même qu'informer la population sur son état de santé.
- **La promotion de la santé de la population** a pour objectif d'influencer positivement les déterminants de la santé, de façon à permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé, par l'amélioration de leurs conditions et de leurs modes de vie.
- **La prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes** vise à agir le plus précocement possible afin de réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes et leurs conséquences, ainsi que détecter tôt les signes hâtifs de problèmes (p. ex. : des maladies chroniques et infectieuses) pour contrer ces derniers, lorsque cela est pertinent.

1.2.3 Le mandat de la directrice régionale de santé publique de Montréal

La directrice régionale de santé publique de la région de Montréal, en vertu de l'article 95 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de service sociaux (*Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*. RLRQ, c. 34, art. 95), est mandatée par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour :

- Gérer **le plan d'action régional de santé publique** prévu par la Loi sur la santé publique ;
- **Informers la population** de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou des recherches nécessaires à cette fin ;
- Identifier les **situations susceptibles de mettre en danger la santé** de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection ;
- Assurer une **expertise en santé publique** et de conseiller Santé Québec sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable ;

- Identifier les situations où une **action intersectorielle** s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il l'estime approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

La directrice de santé publique est également responsable de confier tout mandat au chef ou à la cheffe de département clinique de santé publique.

La directrice exerce, en outre, toute autre fonction qui lui est confiée par la Loi sur la santé publique.

1.2.4 Les urgences de santé publique

Dans certaines circonstances, les risques ou les menaces à la santé de la population peuvent avoir une ampleur ou des conséquences sévères (voir section sur les [principaux risques](#)). Ceux-ci peuvent avoir des impacts au niveau individuel en entraînant des maladies par exemple. L'impact peut aussi avoir lieu au niveau communautaire ou social en causant de l'isolement, en altérant les structures de soutien ou d'autres structures communautaires. Pour finir, les impacts de ces menaces peuvent se faire ressentir au niveau populationnel en altérant l'accès aux services essentiels (santé, éducation, nourriture) et infrastructure nécessaires (route, eau, communication) au fonctionnement d'une société.

Une urgence de santé publique peut être définie comme une situation qui présente un risque significatif pour la santé de la population ou d'un sous-groupe de celle-ci et qui nécessite une réponse rapide ou immédiate. Dans beaucoup de cas, ces situations nécessitent une mobilisation de ressources et/ou un besoin de coordination additionnelle. Dans une situation d'urgence, les autorités de santé publique peuvent mettre à contribution l'ensemble des fonctions de santé publique pour mettre en place des mesures de prévention et de protection pour minimiser l'impact de l'événement et pour renforcer la résilience de la population touchée.

1.2.5 Contexte législatif - Loi sur la santé publique

Au Québec, différentes législations encadrent les activités de santé publique, y compris celles effectuées dans le cadre de mesures d'urgence, comme la Loi sur la santé publique (LSP) qui accorde divers pouvoirs et responsabilités aux autorités de santé publique pour remplir leur mandat de protection de la santé de la population (*Loi sur la santé publique*. RLRQ. S-2.2). La section suivante est une revue sommaire des principales dispositions de la LSP relatives aux mesures d'urgence sanitaires.

Il est toutefois important de noter que les équipes de la DRSP interviennent également en vertu d'autres lois et règlements dans le cadre de leur travail, comme la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ. S-4.2) et la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) (*Loi sur la santé et la sécurité du travail*. RLRQ S-2.1).

Pouvoirs et responsabilités des Directeurs et directrices de santé publique (DSPu)

Les DSPu assurent l'application des directives nationales dans leurs régions et le déploiement des mesures du volet santé publique de la mission santé sur leurs territoires. Conformément à la Loi sur la santé publique (LSP), ceux-ci possèdent différents pouvoirs et responsabilités en cas de menace à la santé de la population afin de protéger cette dernière. La prochaine section présente un aperçu de certains de ces pouvoirs :

Mener des enquêtes épidémiologiques (*Loi sur la santé publique*. RLRQ. c. 60, art. 96-115)

Obtenir des échantillons d'air ou de toute substance, plante, animal ou autre chose (art. 100 al.5)

Exiger de tout directeur d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un département de médecine de laboratoire, privé ou public, qu'il transmette à l'Institut national de santé publique du Québec ou à un autre laboratoire tout échantillon ou culture qu'il juge nécessaire aux fins de son enquête (al. 7)

Obtenir des renseignements personnels ou des documents et renseignements confidentiels. (al. 8).

Ordonner certaines mesures pour protéger la population dans le contexte d'une enquête épidémiologique si une menace s'avère réelle. Par exemple, ordonner :

« La désinfection, la décontamination ou le nettoyage d'un lieu ou de certaines choses et donner des directives précises à cet effet » ;

« À une personne de respecter des directives précises pour éviter toute contagion ou contamination » ;

« La cessation d'une activité ou la prise de mesures de sécurité particulières si c'est cette activité qui est une source de menace pour la santé de la population ».

Déployer le plan de mobilisation des ressources en santé publique et dans les établissements de santé de son territoire – pouvoir partagé avec le DNSP (*Loi sur la santé publique*. RLRQ. c. 60, art. 12, 97, 117)

Pouvoirs et responsabilités du ministre

Selon le cas, le ministre peut aussi être directement impliqué dans la réponse à une urgence sanitaire. Celui-ci pourrait :

Coordonner l'action de la réponse à l'urgence sanitaire (orientations, directives, etc.) dans certaines situations (ex. : si une menace à la santé de la population touche plus d'une région). Le DNSP assiste alors le ministre dans cette responsabilité (art. 116).

Mobiliser les ressources des établissements de santé et de services sociaux nécessaires pour répondre à la situation si le DNSP ou le DSPu d'une région lui en fait la demande (art. 117)

Le régime d'état d'urgence sanitaire en vertu de la LSP

Il est important de distinguer les urgences sanitaires du **régime d'état d'urgence sanitaire** en vertu de la LSP. Le régime d'état d'urgence sanitaire peut être déclaré par le gouvernement dans des circonstances très précises (art. 118) et octroie au gouvernement des pouvoirs exceptionnels (art. 123). Il s'agit d'un mécanisme de dernier recours si une menace grave et imminente se présentait et que les pouvoirs habituels de la santé publique n'étaient pas suffisants pour assurer la protection de la santé de la population. La seule fois où l'état d'urgence sanitaire a été déclaré au Québec est lors de la pandémie de COVID-19.

Il est important de noter que même lorsque l'état d'urgence est déclaré, les directeurs régionaux de santé publique maintiennent leurs pouvoirs habituels.

2. L'organisation des mesures d'urgence

Cette section définit les partenaires et instances de concertations impliqués en mesure d'urgence ainsi que les rôles et responsabilités de chacun.

2.1 Au niveau provincial

2.1.1 Ministère de la sécurité publique (MSP)

En situation de sinistre, la réponse gouvernementale est coordonnée par le ministère de la Sécurité publique (MSP) tel que décrit dans le Plan national de sécurité civile (PNSC) (OSCO, 2023). Le PNSC définit les missions (terme désignant les différents besoins lors de sinistres) au niveau provincial ainsi que les ministères et organismes responsables de celles-ci. Plusieurs missions existent, mais la santé publique s'intègre dans la mission santé.

2.1.2 Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Au niveau provincial, le MSSS est responsable de la mission Santé qui représente l'ensemble des activités du réseau de la santé et des services sociaux, les services préhospitaliers d'urgence et la santé publique. Plusieurs directions participent à la réponse gouvernementale et la Direction générale de la santé publique du MSSS peut être amenée à collaborer pour tout ce qui touche la santé publique.

2.1.3 Direction générale de la santé publique (DGSP)

La DGSP est une des directions du MSSS qui a pour fonction de coordonner les différentes actions de santé publique au niveau provincial. Le directeur ou la directrice nationale de santé publique est sous-ministre adjoint et est responsable de mettre en place les actions qui lui sont attribuées dans la LSP en collaboration avec les directeurs régionaux et directrices régionales de santé publique.

2.1.4 L'institut National de Santé publique du Québec (INSPQ)

L'INSPQ a pour mission de soutenir le MSSS et les directions de santé publique dans la mission de santé publique. À ce titre, l'INSPQ peut être appelé à effectuer des recommandations en contexte d'urgence touchant la santé publique. L'INSPQ peut notamment être sollicité pour obtenir une expertise scientifique dans des contextes où des connaissances spécialisées sont nécessaires afin de soutenir la réponse régionale ou provinciale.

2.2 Au niveau régional

2.2.1 La mission Santé à Montréal

À Montréal, **l'équipe de la Coordination régionale des mesures d'urgence, sécurité civile et accès réseau (CRMUSCAR) du CCSMTL** a obtenu, en 2015, un mandat du MSSS pour assurer le volet « coordination » de la mission Santé, lui conférant ainsi un *leadership* régional en sécurité civile pour Montréal.

Urgences-santé est responsable d'assurer la réponse des services préhospitaliers d'urgence. Elle a donc la charge de cette portion de la mission Santé en contexte de sécurité civile. Elle est aussi une source d'information importante pour plusieurs équipes de la DRSP de Montréal, car elle leur fournit des indicateurs sanitaires importants et contribue au signalement de menaces à la santé.

La DRSP de Montréal est responsable de la branche santé publique de la mission Santé. Cette branche représente entre autres les actions de vigilie, d'enquête et de protection. L'ensemble des équipes du réseau de santé publique montréalais peuvent être amenées à contribuer en fonction des besoins.

Le volet transversal des communications de la mission Santé est assuré par **le Service des communications et du marketing du CCSMTL**. Cette équipe a la responsabilité des communications populationnelles reliées à la santé publique et au réseau de la santé. Afin d'assurer une cohérence des messages, elle agit en collaboration avec les équipes des communications des autres établissements montréalais et celles des partenaires de sécurité civile, dont celle d'Urgences-santé. Cette équipe soutient la direction régionale de santé publique (santé publique) et la CRMUSAR (accès aux services et volet psychosocial) dans leurs mandats d'informer la population, que ce soit par des publications sur les réseaux sociaux, des entrevues dans les médias, des conférences de presse ou tout autre mode de communication. La diffusion organisationnelle (par établissement) se fait selon les moyens internes locaux à la suite de l'arrimage régional/local et dans le respect des mécanismes et règles en vigueur dans les établissements.



FIGURE 2 : LA MISSION SANTE A MONTREAL

La CRMUSCAR s'assure aussi de coordonner la réponse du réseau de la santé montréalaise en contexte de mesures d'urgence et de sécurité civile. Le réseau de la santé montréalais comporte

5 CIUSSS et 5 établissements non fusionnés :

- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ;
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal ;
- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal ;
- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal ;
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ;
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal ;
- Centre universitaire de santé McGill ;
- Centre hospitalier universitaire Ste-Justine ;
- Institut de cardiologie de Montréal ;
- Institut Philippe-Pinel.

2.2.2 La direction régionale de la sécurité civile et de la sécurité incendie de Montréal-Laval (DRSCSI-ML) et l'organisation régionale de la sécurité civile (ORSC)

La direction régionale de la sécurité civile de Montréal-Laval est l'instance régionale du MSP, relevant du sous-ministériat à la sécurité civile et de la sécurité incendie. Elle a pour mandat d'accompagner l'ensemble des ministères et organismes ainsi que les municipalités du territoire dans les quatre sphères de la sécurité civile et de répondre aux avis ministériels sur les sujets en sécurité civile (aménagement du territoire, etc.) Elle a également le mandat de coordonner la table de l'Organisation régionale de la sécurité civile (ORSC).

L'ORSC est l'instance de concertation et de coordination en sécurité civile entre les ministères et organismes d'une région administrative. Elle sert principalement à échanger sur des besoins et enjeux de sécurité civile propres à la région et à optimiser la réponse gouvernementale lors de sinistre, en plus d'agir en soutien aux municipalités.

Elle réalise son mandat de manière autonome, tout en harmonisant ses actions aux orientations prises au niveau national par l'Organisation de sécurité civile du Québec (OSCQ). L'ORSC est présidée par la directrice ou le directeur régional de la sécurité civile et de la sécurité incendie du MSP et qui agit à titre de coordonnatrice ou coordonnateur régional de la sécurité civile. Elle est composée de l'ensemble des ministères et organismes présents sur le territoire jouant un rôle en sécurité civile.

2.2.3 Organisation de sécurité civile et de continuité des affaires de Montréal

À Montréal, la coordination de la gestion des risques majeurs et de la continuité des affaires est sous la responsabilité du Centre de sécurité civile (CSC) du Service de sécurité incendie (SIM) et sous l'autorité du directeur de sécurité incendie de Montréal et Coordonnateur de la sécurité civile de Montréal.

Dans le cadre de ses activités, le CSC soutient le Coordonnateur dans la coordination de l'Organisation de sécurité civile et de continuité des affaires de Montréal (OSCCAM). L'OSCCAM rassemble des missions de sécurité civile qui peuvent être prises en charge par différents services municipaux (SPVM, SIM, Service de l'Eau, Service de la diversité et de l'inclusion sociale, Affaires

publiques et protocole, etc.) ou par des organisations externes (Urgences-santé, CRMUSCAR, DRSP, STM, etc.). En situation d'urgence, le Centre de sécurité civile peut recommander l'activation d'un Plan particulier d'intervention (PPI) ou du Plan de sécurité civile de Montréal si aucun PPI n'existe. En fonction des besoins, ils peuvent convoquer une conférence téléphonique ou convoquer certains responsables de mission à se déplacer sur place au Centre de coordination des mesures d'urgence (CCMU). Ces rencontres permettent une coordination intersectorielle des actions en mesure d'urgence et permet un meilleur arrimage entre les porteurs des différentes missions.

2.2.4 Comité aviseur antiterroriste de Montréal

Le comité aviseur antiterroriste de Montréal (CAAM) rassemble plusieurs partenaires de sécurité civile, dont la DRSP, la CRMUSCAR, Urgences-santé, le SIM, le centre de sécurité civile, la DRSCSI-ML, la STM et plusieurs autres. Ce comité, sous la responsabilité de la section antiterrorisme et mesures d'urgence (SAMU) du SPVM, a pour objectif d'améliorer l'état de préparation des intervenants montréalais pour faire face à un acte terroriste. Lors d'une situation potentiellement criminelle, il peut mobiliser l'ensemble des partenaires membres afin d'assurer une expertise-conseil et de permettre la transmission d'informations afin que chaque organisation puisse assurer sa mission. Le CAAM mobilisera les partenaires dans un contexte criminel ou potentiellement criminel où le SPVM assure la coordination de l'événement.

2.2.5 Le comité aviseur maladies infectieuses Montréal-Trudeau

Le comité aviseur maladies infectieuses Montréal-Trudeau (CAMIT) a été créé à la suite de l'adoption de la Loi sur la mise en quarantaine (*Loi sur la mise en quarantaine* (L.C. 2005, ch. 20) et la création du Service de la quarantaine (Gouvernement du Canada, 2023). L'objectif principal de ce service était de répondre aux exigences du Règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la santé publié en 2005 (Gouvernement du Canada, 2023b).

Le comité consultatif est constitué de professionnels de l'Agence de la santé publique du Canada (service de la quarantaine), d'Aéroport de Montréal (gestionnaires, Services des incendies), de l'Agence des services frontaliers du Canada, du SPVM, de la CRMUSCAR, d'Urgences-santé et d'un professionnel de la DRSP de Montréal. Un représentant de la Direction générale de santé publique du MSSS peut aussi être invité au comité lorsque requis.

Son objectif est de soutenir et conseiller le service de la quarantaine lors de situation impliquant des maladies transmissibles pouvant représenter une menace pour Montréal ou le Québec. Ce comité permet également aux intervenants de paliers gouvernementaux différents de s'arrimer ensemble pour assurer une meilleure réponse en situation problématique à l'aéroport en lien avec des cas de santé publique graves (par exemple, tout le travail effectué durant l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) de 2014 à 2016 ou encore lors de la pandémie de COVID-19). Le comité a aussi été sollicité au fil des ans pour aider le service de la quarantaine à planifier des exercices pour se préparer à des cas de santé publique grave qui traverseraient les frontières aériennes, maritimes ou terrestres du Québec/Canada.

2.3 Au niveau local

Tous les établissements du réseau montréalais possèdent une coordination des mesures d'urgence et de sécurité civile (MUSC) responsable de coordonner les réponses d'urgence au sein de l'établissement. Les coordinations MUSC des CIUSSS ont aussi la responsabilité de coordonner et de

déployer les actions de sécurité civile relevant de la mission Santé sur leur territoire (Ex. : Déploiement d'équipe de soutien psychosocial en situation de sinistre).

Chaque CIUSSS possède aussi une Direction territoriale de santé publique responsable de certaines activités de santé publique sur leur territoire. Il faut noter que la Clinique Communautaire Pointe-St-Charles a une responsabilité de santé publique sur le territoire de Pointe-St-Charles. En contexte d'urgence, les équipes de santé publique territoriale contribuent à l'intervention, notamment par leur connaissance du territoire et de la population de même que par leurs liens avec les organismes communautaires et autres partenaires locaux. Ces équipes jouent un rôle clé dans la mobilisation de la population montréalaise et des organismes communautaires au sein des différents quartiers de Montréal.

Par ailleurs, les équipes de santé publique territoriales et leurs partenaires au sein des CIUSSS (Vaccination, prévention et contrôle des infections (PCI), première ligne, etc.) peuvent être mis à contribution en contexte d'urgence de santé publique en déployant des services sur le terrain comme des cliniques de dépistage et de vaccination mobile dans des milieux en éclosions, mobilisation de l'équipe de santé publique scolaire pour soutenir les écoles touchées par une menace de santé publique, etc.

3. L'organisation de la DRSP en mesure d'urgence

3.1 La vision des mesures d'urgence à la DRSP

Afin de faire preuve d'agilité et se mobiliser rapidement et de façon coordonnée, l'organisation des mesures d'urgence à la DRSP de Montréal est construite autour d'une vision qui dirige l'ensemble des travaux :

- Que **la population montréalaise développe sa résilience** par sa participation active à la préparation et à la gestion des mesures d'urgence ;
- Que la DRSP de Montréal se démarque par son **approche aux mesures d'urgence axée sur l'équité et la solidarité** tout en considérant les forces des individus, des communautés et des partenaires ;
- Que les différentes équipes qui contribuent à la préparation aux mesures d'urgence en santé publique portent une vision commune et travaillent dans **une logique de co-responsabilité et de co-construction**.

3.2 Principes

L'organisation des mesures d'urgence à la DRSP de Montréal est basée sur 3 principes de base :

- **Les paliers opérationnel, tactique et stratégique sont toujours impliqués** en situation d'urgence, mais à des intensités d'implication différente. Des enjeux peuvent devoir être adressés par l'ensemble de ces paliers ;
- Les mesures d'urgence sont une **responsabilité organisationnelle**, qui s'appuie sur la mobilisation des expertises et des liens naturels de chaque équipe de l'organisation ;
- **La communication et la transparence sont la clé** de la prise de décision efficace à tous les niveaux.

3.3 Les équipes de mesures d'urgence de la DRSP

Le travail des équipes de la DRSP en contexte d'urgence est ancré dans les meilleures pratiques et les forces de la population montréalaise ainsi que des partenaires, internes et externes. Les équipes incarnent la collaboration afin que les interventions de santé publique soient adaptées aux besoins et caractéristiques de la population montréalaise.

Au sein de la DRSP, plusieurs équipes sont appelées à gérer des situations urgentes. Le travail en mesure d'urgence est donc une responsabilité commune et plusieurs équipes sont responsables d'effectuer des liens dans leurs secteurs respectifs et avec leurs partenaires. Cinq équipes ont un mandat spécifique de préparation aux urgences sanitaires :

- Le Bureau des mesures d'urgence en santé publique (BMU) a un mandat transversal ;
- Le service Urgences Sanitaires en Maladies infectieuses (USMI) ;
- Le service Urgences Sanitaires en Santé au Travail (USSAT) ;
- Le service Santé Jeunesse (SaJe) ;
- Le service santé environnementale et parcours de vie en milieu urbain (SEPVMU).

Le diagramme ci-dessous représente la collaboration entre ces équipes et le reste des équipes de la DRSP. Cette relation s'inscrit dans un travail de collaboration avec les équipes des CIUSSS et avec les partenaires intersectoriels et la population montréalaise.

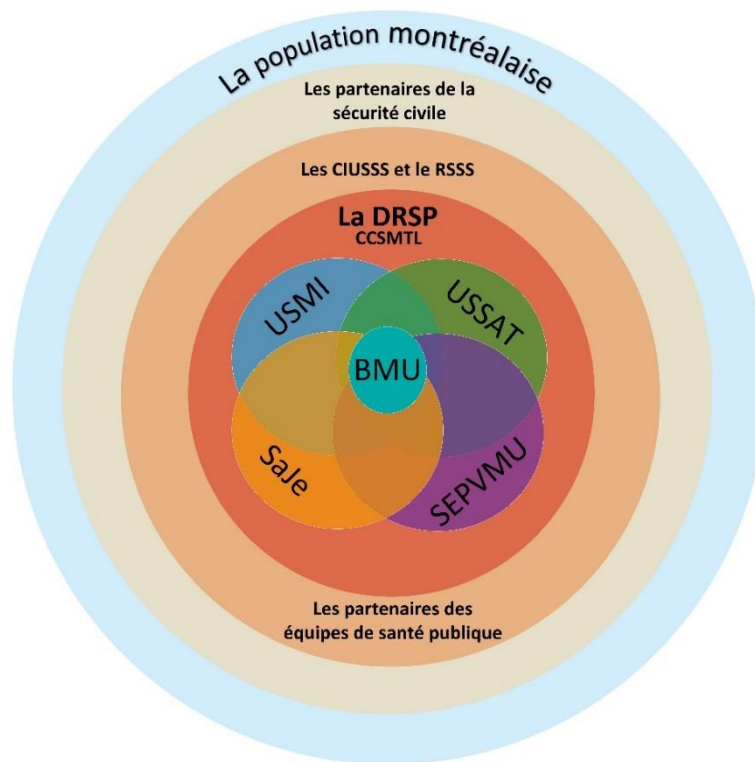


FIGURE 3 : LA COLLABORATION EN MESURES D'URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE À MONTRÉAL

3.4 Les équipes d'urgence de la DRSP

3.4.1 Le bureau des mesures d'urgence en santé publique (BMU)

Le BMU a été créé en 2022 dans le but de répondre aux besoins mis en relief par la COVID-19 et les expériences antérieures de mobilisation ainsi que de se donner la capacité de travailler dans un contexte de crises multiples et entrecroisées. Le BMU est logé au sein de l'équipe « Projets transversaux » afin de faciliter les interactions avec l'ensemble des équipes de la DRSP, il travaille en complémentarité avec les équipes thématiques qui portent des expertises spécifiques.

Le travail du BMU vise à ce que la DRSP exerce un leadership régional caractérisé par la confiance, la présence, la proactivité, l'écoute et l'inclusivité, et ce, dans les quatre dimensions des mesures

d'urgence (prévention, préparation, intervention et rétablissement). Le BMU incarne la collaboration, promeut l'innovation et s'assure que les interventions de santé publique sont adaptées aux besoins et caractéristiques de la population montréalaise. Le travail en mesure d'urgence se fait en collaboration constante et en complémentarité avec une multitude de partenaires intersectoriels.

Le BMU soutient les équipes de plusieurs façons :

- Soutien la coordination des situations d'urgence à la DRSP ;
- Collaboration dans la liaison avec la CRMUSCAR, le réseau de la santé et les partenaires de sécurité civile ;
- Soutien aux arrimages avec les partenaires régionaux et suprarégionaux ;
- En collaboration avec l'équipe en leadership, mobilisation des cellules de coordination et exécutive ;
- Animation de la cellule exécutive ;
- Soutien à la préparation organisationnelle aux urgences.

3.4.2 Urgences sanitaires en maladies infectieuses

Le service Urgences Sanitaires en maladies infectieuses (USMI) fait partie de la coordination Prévention et Contrôle des Maladies infectieuses (PCMI). PCMI mène des activités de vigie, de protection et de prévention en lien avec les maladies infectieuses et les surdoses.

Créé en octobre 2020 principalement en réponse aux besoins en gestion des cas, contacts et éclosions de COVID-19, le service USMI a depuis élargi sa mission afin de coordonner la préparation aux urgences sanitaires au sein du secteur PCMI en outillant les différents services avec des ressources et des connaissances propres aux mesures d'urgence, et en maintenant une capacité de soutien continue qui est polyvalente et adaptée aux besoins des services PCMI. Le tout en tenant compte de l'impact disproportionné des urgences sanitaires en maladies infectieuses sur les inégalités sociales de santé et les plus vulnérables, incluant les impacts collatéraux des USMI et des mesures de contrôle.

Pour ce faire, le service :

- Participe à la préparation aux urgences sanitaires en collaboration avec les autres instances de la DRSP (pas de changement) ;
- Maintien une capacité d'appoint polyvalente qui permettent une prise en charge rapide et efficace à une variété de Maladies à déclaration obligatoire (MADOs), incluant les maladies infectieuses à surveillance extrême (MIASEs). Ces maladies sont définies à la section 4.1 les risques à la santé de la population ;
- Assure un soutien transversal aux autres équipes PCMI en faisant preuve d'agilité opérationnelle et de collaborations étroites

3.4.3 Service Santé Jeunesse

Le service Santé Jeunesse (SaJe) fait partie de la coordination Jeunesse 0-25 ans. La coordination Jeunesse 0-25 ans intervient en prévention et promotion de la santé dès la grossesse jusqu'à 25 ans. Elle développe des outils, des ateliers et des programmes pour les tout-petits, les jeunes et leurs parents. Dans ce contexte, elle travaille en partenariat avec les instances intersectorielles telles que

les services de garde éducatifs à l'enfance, les milieux scolaires et communautaires ainsi que le réseau de la santé et des services sociaux.

Les activités de l'équipe SaJe sont surtout concentrées en prévention et contrôle des infections (PCI) dans les services de garde éducatifs à l'enfance (SGÉE), les halte-garderie communautaires, les milieux scolaires, les centres de formation générale aux adultes et de formation professionnelle, les collèges, les cégeps, les universités et les camps d'été.

Dans le cadre de ses différents mandats, le service Santé Jeunesse assure entre autres les activités suivantes :

- Soutien clinique de 2e ligne aux milieux jeunesse et expertise-conseil dans la gestion des cas et des éclosions de maladies infectieuses non MADO et mesures PCI ;
- Production d'outils d'informations vulgarisés et adaptés aux milieux jeunesse et à la population ;
- Révision et rédaction d'articles scientifiques en lien avec les mesures PCI pour les MI dans les milieux de garde et d'enseignement ;
- Partage de données de surveillance en lien avec les maladies infectieuses non MADO ;
- Promotion des bonnes pratiques de prévention en santé ;
- Promotion de la vaccination chez les 0-25 ans et les femmes enceintes ;
- Offre de formation adaptée en maladies infectieuses et PCI pour les professionnels de première ligne œuvrant en PCI ainsi que pour les directions des SGÉE ;
- Production et diffusion de recommandations adaptées aux milieux jeunesse et leur clientèle en lien avec les mesures d'urgence et les changements climatiques ;
- Coordination de divers mandats transversaux jeunesse.

3.4.4 Service Santé environnementale et parcours de vie en milieu urbain

Le service Santé environnementale et parcours de vie en milieu urbain (SEPVMU) fait partie de la coordination Environnement urbain et santé des populations (EUSP). La coordination EUSP contribue activement à des environnements urbains sains et favorables à la santé des populations et des communautés. La coordination EUSP s'ancre dans des partenariats clés et des approches de santé publique diversifiées pour éliminer les inégalités sociales de santé tout en assurant une participation active de la population à titre de collaborateur.

Le service SEPVMU :

- Assure la vigie, l'évaluation et la gestion des risques et l'influence des politiques publiques en lien avec les enjeux de santé environnementale associés entre autres à l'eau, les sols, la qualité de l'air, le bruit, la chaleur et la salubrité des logements.
- Participe à la gestion de signalements et de maladies à déclaration obligatoire (MADO).
- Évalue l'impact de projets du cadre bâti sur la santé de la population en participant aux processus du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE) et aux évaluations d'impacts.
- Participe aussi à la gestion de toutes les mesures d'urgence environnementales.

3.4.5 Secteur Urgences sanitaire en santé au travail

Le secteur Urgences sanitaires en santé au travail (USSAT) fait partie de la direction adjointe de santé au travail. Son mandat est de veiller à la protection de la santé des travailleurs et à la préparation des milieux de travail à différents urgences sanitaires. Les interventions sont réalisées de manière paritaire en soutenant les milieux de travail en fonction des caractéristiques de ceux-ci et des risques d'exposition des différents groupes de travailleurs.

Les activités spécifiques de l'équipe comprennent, entre autres :

- La réalisation d'enquêtes épidémiologiques en milieux de travail ;
- L'évaluation des risques dans les milieux de travail (ex. : prises de mesures et visites terrain) ;
- Des interventions de sensibilisation, de soutien à la préparation et la réponse aux urgences sanitaires ;
- La réponse aux demandes de services des partenaires et des milieux de travail.

Le secteur USSAT prend en charge différents risques et aléas, notamment :

- Les risques liés aux changements climatiques et aux événements météorologiques extrêmes (ex. : chaleur extrême, inondations, altération de la qualité de l'air extérieur) ;
- Les menaces infectieuses émergentes et ré-émergentes (ex. : COVID-19, rougeole) ;
- Les accidents industriels (ex. : incendies, déversements de produits dangereux).

4. Les risques et la gestion des risques en santé publique

4.1 Les risques à la santé de la population

Selon la loi sur la santé publique, les maladies représentant le plus de risques à la population doivent être signalées à la direction de santé publique (*Loi sur la santé publique*. RLRQ c. 60, art. 79-82). Dans ces **maladies à déclaration obligatoire (MADO)**, il y a aussi deux sous-catégories soit les maladies à traitement obligatoire (MATO) et les maladies infectieuses à surveillance extrême (MIASE). Il y a seulement une MATO soit la tuberculose, mais il y a plusieurs MIASE comme le botulisme et l'Ebola. Les MADO représentent des risques à la santé de la population menant à des interventions de la part des équipes de santé publique.

Il existe aussi certains risques qui ne figurent pas sur ces listes, mais qui peuvent représenter des menaces à la santé de la population et nécessiter des mesures de santé publique. On peut penser notamment aux événements climatiques extrêmes ou aux actes criminels. Par ailleurs, les milieux de travail amènent leur part de risques pour la santé des travailleurs. Certains sont des risques auxquels seuls les travailleurs sont exposés tels que l'exposition à des substances chimiques ou physiques dans certaines industries par exemple. Cependant, les risques affectant la population générale affectent souvent aussi les milieux de travail. On peut notamment penser aux vagues de chaleur, à une épidémie de maladie infectieuse ou à certains risques industriels qui pourraient toucher à la fois la population et les travailleurs.

Les principaux risques et menaces à la santé de la population qui nécessitent des interventions d'urgence des autorités de la santé publique peuvent être classés en trois grandes catégories : **biologiques, chimiques et physique.**

4.1.1 Risques biologiques

Plusieurs maladies infectieuses ne représentent pas un grand risque pour la population et donc elles ne sont pas surveillées par la santé publique. Cependant, il existe des risques biologiques qui peuvent représenter des menaces à la santé de la population et ceux-ci sont classés dans les différentes listes des MADO, MATO ou MIASES. Par ailleurs, comme dans le cas de la pandémie de COVID-19, il peut arriver qu'une menace émergente ne fasse pas partie de ces listes, mais qu'elle entraîne des impacts nécessitant une prise en charge par les équipes de santé publique. Les maladies infectieuses peuvent

être classées selon le type de pathogène, le mode de transmission, les symptômes et conséquences sur la santé, etc.

4.1.2 Risques chimiques

Une exposition de la population aux produits chimiques peut entraîner des impacts variables sur la santé de la population selon le profil du produit, la durée d'exposition, la quantité de produits, le type d'exposition, etc. Ces risques peuvent être présents dans l'environnement (eau, air, sol) ou bien dans certains milieux de travail. Ils peuvent entraîner des symptômes aigus ou chroniques et peuvent aussi entraîner la morbidité ou la mortalité. Certaines expositions à des produits chimiques figurent aussi sur la liste des MADO. Par exemple, une contamination de l'eau potable à des produits chimiques pourrait entraîner des impacts à la santé de la population.

4.1.3 Risques physiques

On peut aussi retrouver des risques physiques. Dans cette catégorie, il y a notamment les événements climatiques extrêmes comme les inondations, les vagues de chaleur, les incidents industriels ou criminels et même les incidents radiologiques. Plusieurs de ces risques sont pris en charge par les instances de sécurité civile, mais ils ont tout de même avoir un impact à la santé. Par exemple, lors d'un épisode de chaleur extrême en 2018, plusieurs décès liés à la chaleur ont été recensés (Kaiser et al, 2019).

4.2 L'analyse et la priorisation des risques en santé publique

Lorsque les équipes de la DRSP sont informées d'un risque à la santé de la population, elles procèdent à l'analyse et à la gestion des risques. À ce sujet, les documents « *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence* » (INSPQ, 2016) et « *le Cadre d'interprétation et de gestion des signalements en santé publique* » (MSSS, 2019) développent l'ensemble des étapes à mettre en place.

Tout d'abord, il y a les étapes de planification et de cadrage qui permettent aux intervenants de préparer leur analyse de risque et de prendre en compte le contexte derrière la situation. Ensuite vient la phase d'analyse du risque qui peut être divisée en plusieurs étapes :

- **Identification des dangers ;**
- **Caractérisation des dangers ;**
- **Évaluation de l'exposition ;**
- **Caractérisation des risques.**

Afin de prioriser les différents risques sur le territoire et de réaliser une préparation en conséquence, la DRSP se base sur plusieurs informations. Pour commencer, elle se base sur une connaissance historique des différents événements ayant eu lieu. Par exemple, les vagues de chaleur ayant frappé Montréal de façon régulière justifient un plan précis à cet aléa de même que des documents explicites aux enjeux sanitaires reliés aux inondations. Par ailleurs, les projections climatiques pour Montréal incitent la DRSP à augmenter son niveau de préparation pour ces risques.

Du côté infectieux, la vigie des éclosions en cours à l'international et des risques émergents permet une préparation. Par ailleurs, la surveillance des couvertures vaccinales permet de voir transparaître un risque de recrudescence de certaines maladies évitables par la vaccination parmi certaines populations ou certains groupes d'âge pour lesquels ces données sont disponibles.

4.3 La gestion des risques

Après les étapes d'analyse et de priorisation, les équipes de santé publique ont une vision plus globale de la situation et peuvent ensuite déterminer si le risque est acceptable ou s'il doit être géré. S'il doit être géré, il est nécessaire d'évaluer les options qui sont disponibles pour le faire et de prendre en compte les notions éthiques entourant ces décisions. Ces options peuvent être des mesures de prévention ou de contrôle du risque menées par les équipes de la DRSP, le réseau de la santé et des services sociaux ou les partenaires intersectoriels.

Viennent ensuite la décision, la mise en œuvre et le suivi des stratégies privilégiées pour gérer le risque. L'ensemble de ces étapes est représenté sous la forme d'un cycle et implique une analyse continue du risque.

Tout au long de ce cycle, on retrouve la communication avec la population et les partenaires de même que les notions éthiques associées à ce processus.

Pendant tout le processus de gestion des risques, il est possible qu'une organisation doive passer en mesure d'urgence pour gérer le risque. Les différents mécanismes permettant de modifier le niveau d'intervention sont présentés à la section 5.

4.4 Types de plans

4.4.1 Plan de mesures d'urgence et de mobilisation en santé publique – Approche tous risques pour Montréal

Le plan tous risques est un plan de mesures d'urgence de santé publique qui définit entre autres les mécanismes d'alerte, de mobilisation et de coordination pour faire face à l'ensemble des risques à la santé de la population. Ces mécanismes sont définis à la section 5 du présent plan. Ces mécanismes sont basés sur les expertises propres aux différentes équipes et ont pour objectifs la prise de décision efficace et au bon niveau. Aucune action spécifique à un risque n'est définie dans le plan tous risques.

4.4.2 Plans particuliers d'intervention

Un plan particulier d'intervention (PPI) définit les critères d'activation spécifiques à un risque ainsi que les seuils d'intervention et les actions spécifiques qui seront mis en place par les équipes de la DRSP en collaboration avec différents partenaires. Les actions de la DRSP sont définies dans les PPI des partenaires de sécurité civile comme la CRMUSCAR et le centre de sécurité civile de la ville de Montréal. Cependant, la DRSP possède certains PPI pour détailler les actions à mettre en place :

- PPI chaleur ;
- PPI pour altération de la qualité de l'air associé aux feux de végétation ;
- PPI saison hivernale (celui-ci rassemble les actions spécifiques aux risques associés au froid intense, aux pannes électriques, aux tempêtes de neige exceptionnelles et aux inondations hivernales).

4.4.3 Plan de gestion des urgences en maladie infectieuse

Le secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses produit son plan de gestion des urgences en maladie infectieuse.

4.4.4 Protocoles

Certains protocoles existent pour la gestion précise de certaines maladies. Comme dans le cas des PPI, les protocoles définissent les critères d'intervention et les actions à mettre en place. À la DRSP, il y a notamment le Guide opérationnel de réponse intégrée à la légionellose sur l'île de Montréal.

4.4.5 Les plans d'action

Dans certaines situations qui ne sont pas prévues et pour lesquelles une mobilisation débute, les équipes de la DRSP rédigent des plans d'action qui servent à guider la réponse. Par exemple, pendant l'éclosion de MPOX à Montréal ou lors de l'éclosion de rougeole des plans d'action déterminés à la menace ont été rédigés. Lors de la pandémie de COVID-19, plusieurs plans d'action ont été mis en place.

5. Le fonctionnement en mesure d'urgence de santé publique

5.1 Les 4 Niveaux de la gestion des urgences de santé publique

Pour la gestion des urgences de santé publique, 4 niveaux différents sont définis : **la veille, l'alerte, l'intervention et le rétablissement**. Les prochaines sections définissent ces phases de même que les actions qui sont mises en place à chacune d'entre elles. À travers ces phases, on peut voir les mécanismes d'alerte, de mobilisation et de coordination en situation d'urgence de santé publique. Il faut noter que ces phases sont spécifiques à différents risques. Il est donc possible que certaines équipes soient en veille alors que d'autres sont en intervention.

5.1.1 Les fonctions de santé publique et les mesures d'urgence

Dans chacun des niveaux d'intervention en mesure d'urgence, les différentes fonctions et les mandats légaux de la directrice de santé publique peuvent être utilisés. Les fonctions de santé publique jouent un rôle transversal en mesure d'urgence.

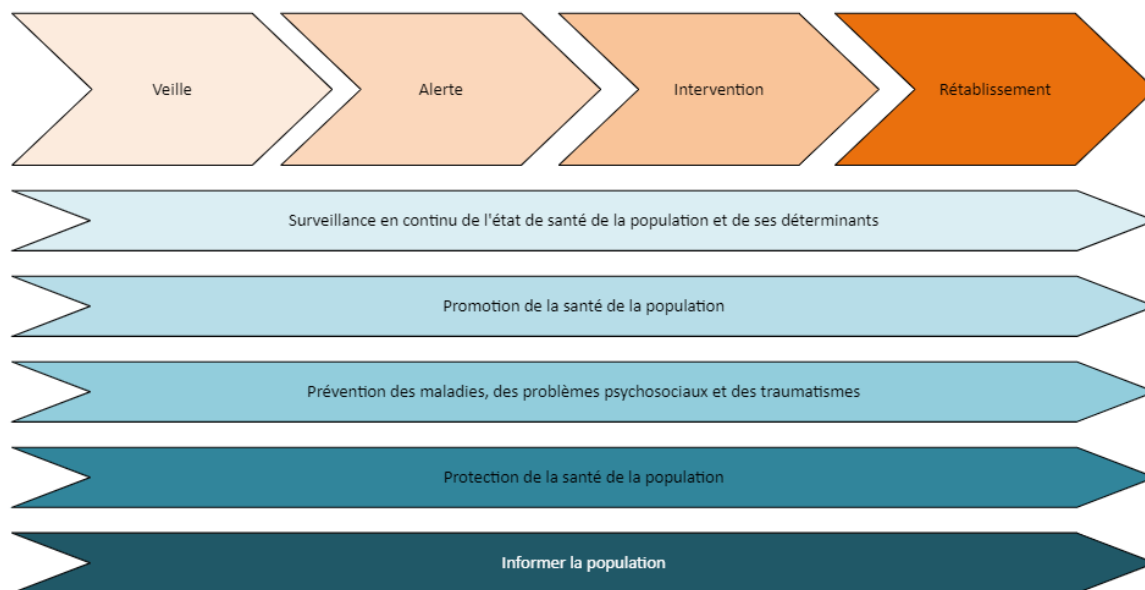


FIGURE 4 : LES FONCTIONS DE SANTE PUBLIQUE ET LES MESURES D'URGENCE

Des exemples :

- La fonction de surveillance permet de mieux connaître l'état de santé global de la population et d'orienter les actions qui seront mises en place à chacune des phases. Elle permet aussi une analyse rapide des besoins, exercice qui permet rapidement d'ajuster nos plans d'intervention en fonction des populations touchées ;
- Pendant l'intervention, plusieurs actions de prévention ou de promotion de la santé peuvent être mises en place. On peut penser notamment à la vaccination lors d'une éclosion de maladie infectieuse ou à la promotion de comportements préventifs et de protection permettant de se protéger lors de période de chaleur intense.

5.2 Veille et activités courantes

La veille est le niveau lorsqu'il n'y a pas d'urgence active au niveau organisationnel et que l'organisation n'est pas en rétablissement. Il s'agit donc du niveau où les activités de prévention, d'atténuation et de préparation ainsi que toutes les activités courantes des équipes de la DRSP sont effectuées. En plus de ces activités, cinq catégories d'actions sont faites durant la veille, soit la surveillance et la vigie, les gardes, les mises à jour, la formation et la pratique ainsi que les relations partenariales.

5.2.1 La préparation aux urgences

En période de veille, les équipes se préparent aux urgences et elles **mettent à jour les plans et les protocoles**. Plusieurs éléments doivent être pris en considération lors de l'actualisation des plans :

- Les canaux de communication interne et avec les partenaires ;
- Les seuils d'activation et les actions à mettre en place à chaque niveau ;
- Les outils pour recevoir les signalements (Logiciels, cartographie, *linelist*, etc.) ;
- Les personnes contacts pour les organisations partenaires impliquées ainsi que les rôles, responsabilités et actions de chacun ;
- Les messages de communication pour la population ;
- Les outils internes pour gérer la crise (tenue de dossier, guide, protocole, aide-mémoire, etc.).

En période de veille, les différentes équipes **mettent à jour les différentes stratégies** pouvant être utilisées en situation d'urgence afin de rejoindre les publics cibles. Ces stratégies sont travaillées avec le service des communications du CCSMTL (fiches/plans de communication) afin d'assurer la cohérence des messages véhiculés et l'utilisation d'un langage clair. Plusieurs outils sont également disponibles pour les experts de la DRSP et mis à jour selon les types d'urgence :

- Des appels à la vigilance ;
- Des mises à jour ;
- Des Avis info-Santé ;
- Des lettres officielles (accès à des données de nos partenaires, informatives, ordonnances en vertu de la LSP, etc.) ;
- Des feuillets traduits d'information populationnelle ;
- Des capsules vidéo pour la population ;
- Des pages internet d'information pour la population, pour les travailleurs et pour les professionnels du RSSS ;
- Messages de communication pour les médias (ex. : question-réponse).

Par ailleurs, en période de veille, la DRSP effectue **l'analyse de la vulnérabilité régionale aux changements climatiques et les plans d'adaptation régionaux au climat en santé publique (VRAC-PARC)** (INSPQ, 2024).

En période de veille, les équipes de la DRSP participent à **des activités de formation et de simulation** qui servent à augmenter le niveau de préparation aux urgences de la DRSP. L'offre de formation de base est en amélioration continue. Tous les employés de la DRSP doivent assister à la

formation sur la fonction de Protection en santé publique et les équipes de santé publique des CIUSSS sont aussi invitées à y participer. Cette formation couvre les bases de la loi de Santé publique, les actions spécifiques de protection en maladie infectieuse, en santé au travail, en santé environnementale ainsi qu'un volet sur les urgences majeures.

Des formations ont été développées par les équipes de garde pour présenter la garde de maladie infectieuse, la garde de santé environnementale et la mission santé. Des formations spécifiques sont aussi offertes selon les besoins des équipes d'urgence.

Pour bonifier les différentes formations, des simulations peuvent être réalisées au sein de la DRSP afin de tester les acquis ainsi que les différents plans de l'organisation. Par ailleurs, certains partenaires organisent régulièrement des simulations. Ainsi, si des simulations sont réalisées par les partenaires, des participants sont désignés au sein des équipes concernées de la DRSP.

5.2.2 Les relations partenariales

Les équipes thématiques maintiennent une **relation de confiance avec leurs partenaires respectifs** en dehors des crises afin d'assurer du travail efficace lors des urgences.

Sur une base régulière, le BMU et Urgences-santé participent à des rencontres mission Santé, coordonnées par l'équipe de la CRMUSCAR. Un plan d'action annuel et un bilan sont réalisés pour assurer l'avancement des projets et plans communs. De plus, le BMU participe de manière récurrente, à titre d'invité, à la Table des coordonnateurs de mesures d'urgence et sécurité civile de la région montréalaise.

Outre les comités intersectoriels de sécurité civile, plusieurs instances régionales permettent la collaboration avec différents partenaires du réseau montréalais de la santé (Table régionale de santé publique, table régionale de prévention des infections nosocomiales, Table montréalaise des service santé et service sociaux médicaux de première ligne, etc.)

Au niveau territorial, les organisateurs communautaires assurent des liens partenariaux locaux qui pourront être mobilisés en situation d'urgence.

5.2.3 La surveillance et la vigie

Une vigie des menaces permet de faire de la prévention puisque certains risques seront pris en charge plus rapidement, ce qui réduit les conséquences vécues par la population. La vigie passe par l'analyse des différents signalements et déclarations qui sont reçus par la DRSP, mais aussi de façon plus large par une vigie des menaces qui se profilent à l'international.

La vigie environnementale inclut différents éléments, soit :

- Les prévisions météorologiques et de qualité de l'air extérieur ;
- Les indicateurs sanitaires (Décès dans la communauté, appels infosanté, nombre d'interventions préhospitalières de différents types, etc.) ;
- Les signalements de menace à la santé ;
- Les déclarations de MADO d'origine chimique.

La vigie des maladies infectieuses inclut différents éléments, soit :

- La vigie quotidienne des indicateurs sanitaires (surveillance syndromique) et des déclarations de MADO au tableau de bord de vigie (analyses d'agrégation temporelle et spatio-temporelle) ;

- Veille des alertes épidémiologiques partagées par certains partenaires nationaux, fédéraux ou internationaux des MADO et maladies émergentes à travers le monde ;
- Breffage matinal PCMI : Aborde les situations relatives à la vigie sanitaire, garde R-MI, aux alertes et veille épidémiologique ou autres observations en lien avec les MADO, les MI ou maladies émergentes ;
- Les signalements de menaces à la santé ;
- La vigie rehaussée de certaines MADO dans certaines populations (ex. : cas d'infection invasive à streptocoque du groupe A parmi les personnes en situation d'itinérance) ;
- La vigie des surdoses.

Monitoring et surveillance réalisés mensuellement par le service Santé Jeunesse :

- Les raisons de consultations à l'urgence chez les 0-25 ans ;
- Les diagnostics de consultations à l'urgence chez les 0-25 ans pour les maladies infectieuses non MADO, les nuisances et les syndromes liés à la santé environnementale ;
- Les raisons d'appels à Info-Santé chez les 0-25 ans (vigie syndromique) pour les maladies infectieuses non MADO, les nuisances et les syndromes liés à la santé environnementale ;
- Les taux d'absentéisme dans les écoles.

Vigie en santé au travail :

- Veille des MADO, maladies émergentes, situations ayant le potentiel de mettre à risque la santé des travailleurs ;
- Les signalements de menaces à la santé ;
- Les déclarations de MADO.

5.2.4 Les gardes

Il y a deux gardes médicales 24 h/7 jours à la DRSP :

- Durant les heures ouvrables, **la réponse aux signalements de menaces infectieuses** à la santé de la population et aux déclarations de MADO infectieuses est effectuée par les professionnels des équipes thématiques concernées. Hors des heures ouvrables, la garde régionale en maladies infectieuses (R-MI) est assurée par des médecins, parfois accompagnés par des résidents et des résidentes ;
- **Le système de réponse aux urgences en santé environnementale** (SRUSE) est assuré en première ligne par des professionnels pendant les heures ouvrables et par des médecins parfois accompagnés par des résidents et des résidentes de santé publique et médecine préventive hors des heures ouvrables.

Durant les heures ouvrables, plusieurs appels sont reçus à la réception de la DRSP. Ces appels sont ensuite transmis à plusieurs équipes à travers l'ensemble de la DRSP. Ces équipes doivent alors prendre en charge les demandes ou questions de partenaires, les signalements de menace à la santé, les déclarations de MADO ou les déclarations de manifestations cliniques inhabituelles. Les déclarations MADO peuvent provenir de médecins, infirmières, pharmaciens ou d'autres cliniciens. Bien que ce ne soit pas des urgences, la DRSP reçoit aussi des signalements concernant des nuisances dans certains milieux, des enjeux de salubrité dans des logements, etc.

5.3 Alerte

La DRSP passe en mode alerte en présence d'une menace appréhendée pour la santé de la population. Les équipes analysent alors le risque et mettent en place certaines actions afin de se préparer à passer en intervention. Ce niveau peut être très court lorsqu'une menace est confirmée rapidement, mais il peut aussi durer quelques jours comme dans le cas d'une vague de chaleur où le passage en intervention se produit selon des critères établis au PPI. Parfois, la menace ne se concrétise pas, l'organisation revient donc en veille sans passer par l'intervention. En fonction de l'analyse de la situation, l'organisation peut recommander que certains partenaires comme le réseau de la santé ou certains partenaires de sécurité civile passent au niveau alerte de leurs propres plans.

5.3.1 Mécanismes d'alerte

Plusieurs mécanismes permettent à la DRSP d'être alertée de situation pouvant créer des enjeux de santé publique. On considère que ces mécanismes peuvent être activés en passant par trois portes d'entrée et peuvent amener la DRSP à passer en alerte. Ces portes sont représentées dans le schéma des mécanismes d'alerte (voir figure 5).

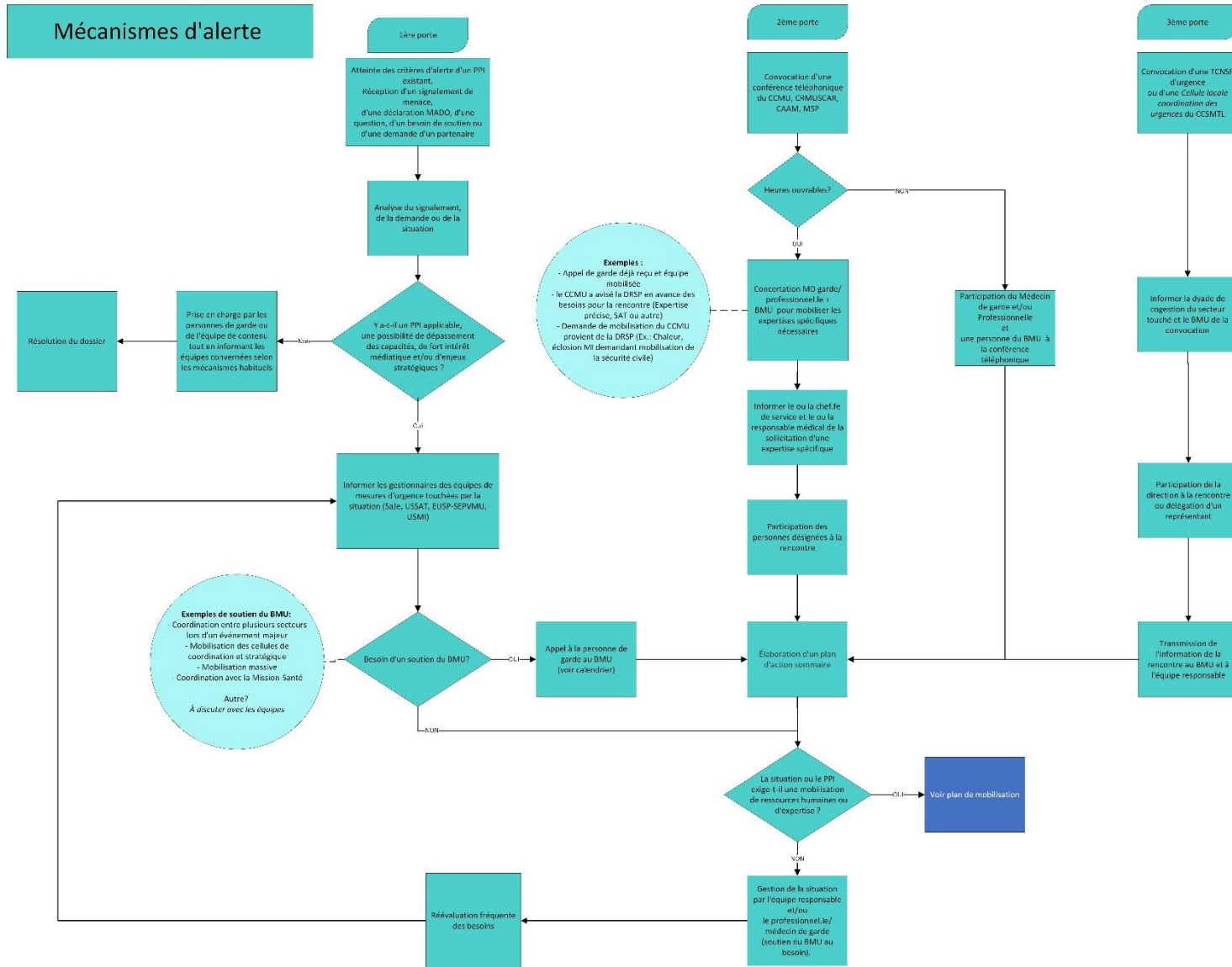


FIGURE 5 : LES MECANISMES D'ALERTE

La première porte est celle qui est la plus fréquente. Il s'agit de la réception d'une demande ou d'un signalement fait par des partenaires ou reçu par un appel fait à la réception de la DRSP ou via les systèmes de garde. Il peut s'agir de déclarations MADO, d'un signalement d'une menace à la santé, de l'atteinte d'un critère d'alerte d'un PPI, d'une demande d'expertise ou autres.

Dans les cas où une situation est reliée à un PPI, à une forte possibilité de dépassement des capacités, à un fort intérêt médiatique ou à des enjeux stratégiques, l'algorithme doit être utilisé pour évaluer le besoin de mobilisation. Sinon, la situation peut être traitée par les équipes de contenu avec les mécanismes habituels.

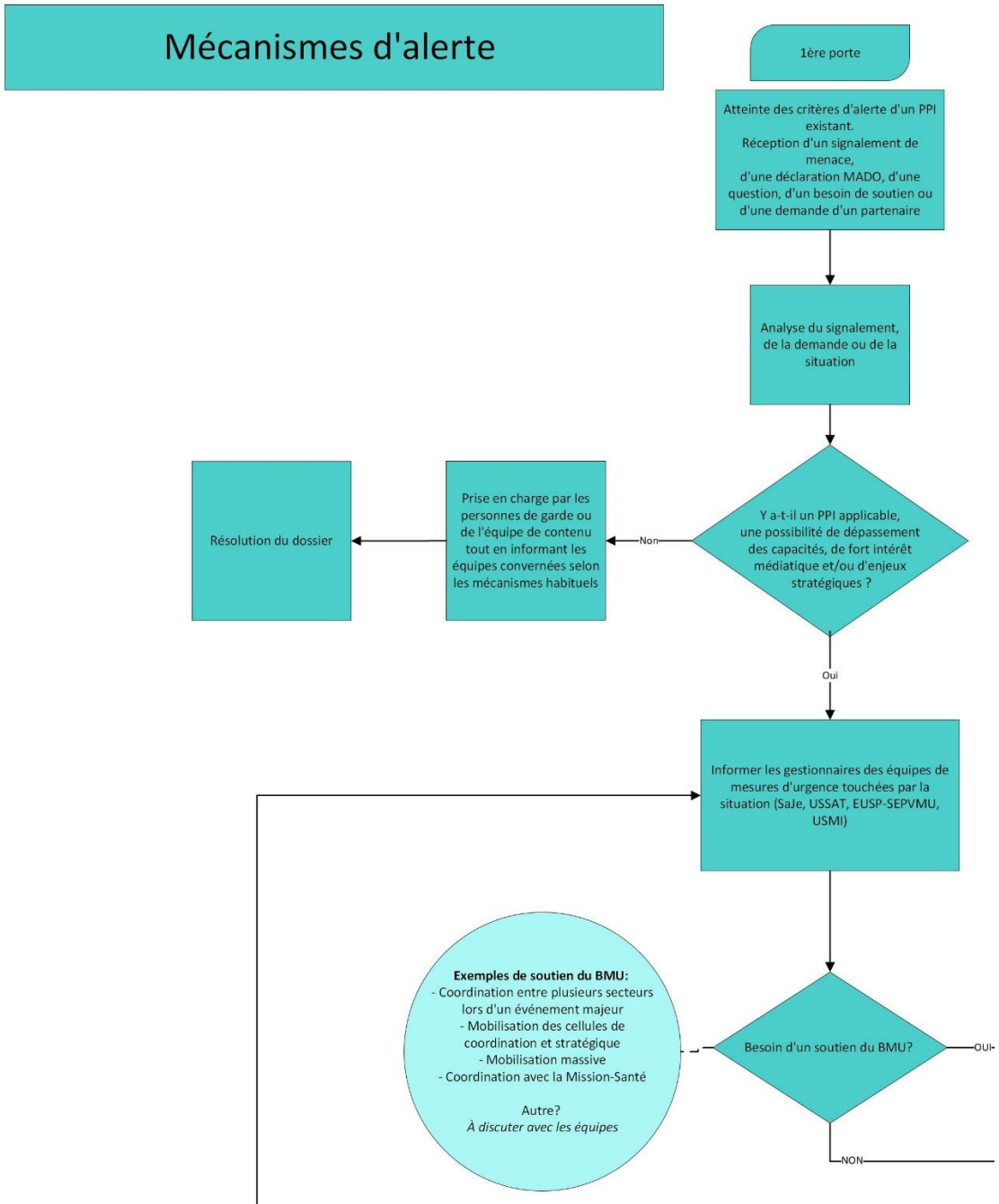


FIGURE 6 : LES MECANISMES D'ALERTE – PARTIE 1

La deuxième porte est celle utilisée par les partenaires de sécurité civile et instances de coordination tels que le CCMU, le MSP, la CRMUSCAR ou le CAAM. Ces partenaires ont des mécanismes de mobilisation passant par la convocation de vidéoconférence via l’envoi de messages textes et courriels à l’ensemble des partenaires. Lors de la réception de ce type de convocation par les équipes de la DRSP et à la suite d’une concertation entre les équipes, une personne représentant le BMU et une personne de l’équipe de contenu assisteront à la convocation afin de récolter les informations et d’évaluer la situation. Après la rencontre, un plan d’action sommaires sera élaboré puis il y aura une mobilisation des bonnes personnes selon les expertises nécessaires.

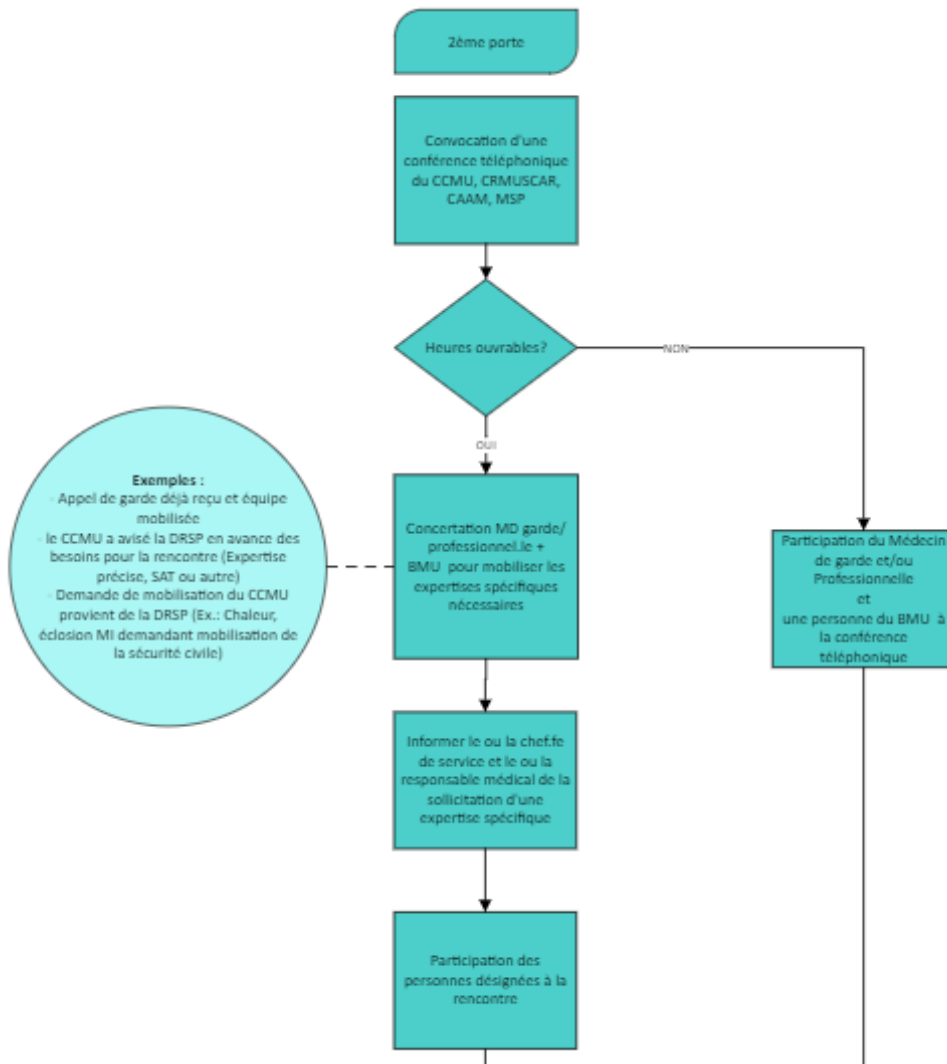


FIGURE 7 : LES MECANISMES D’ALERTE – PARTIE 2

La troisième porte passe par la Directrice régionale de santé publique. Elle est utilisée si la directrice reçoit une convocation pour une TCNSP d'urgence ou une cellule locale de coordination des mesures d'urgence du CCSMTL. La Directrice ou une personne la représentant pourra assister aux rencontres puis transférer les informations aux équipes. Une évaluation de la situation par les personnes concernées permettra de voir si une mobilisation est nécessaire.

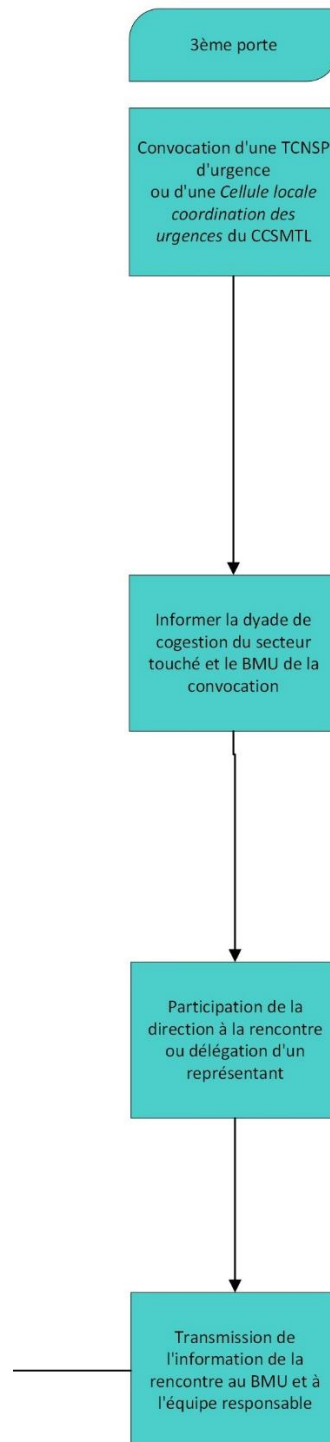


FIGURE 8 : LES MECANISMES D'ALERTE – PARTIE 3

Les trois portes des mécanismes d’alerte mènent à l’élaboration d’un plan d’action sommaire puis à la réflexion sur les besoins en mobilisation de ressources humaines ou d’expertise spécifique. Si aucune mobilisation n’est nécessaire, l’équipe responsable continue de gérer la situation en réévaluant constamment les besoins.

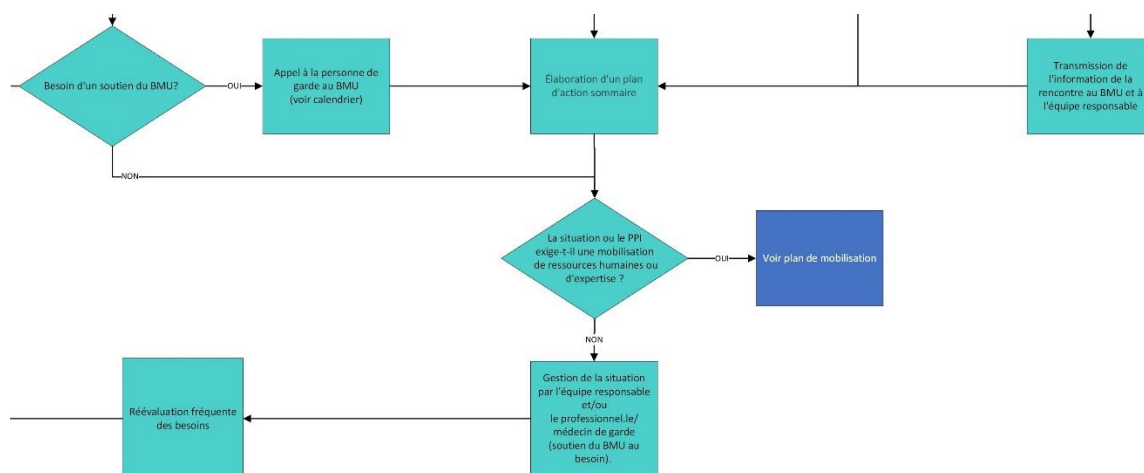


FIGURE 9 : LES MECANISMES D’ALERTE – PARTIE 4

Les boucles de communication importantes sont intégrées dans l’algorithme des mécanismes d’alerte afin de bien rappeler à quels moments les autres équipes doivent être avisées d’une situation de même que de son évolution. La communication et la transparence sont importantes pour la prise de décision efficace.

La fin de l’algorithme d’alerte mène au plan de mobilisation. Lorsqu’une mobilisation de ressources humaines ou d’expertises est nécessaire pour traiter une menace, un signalement ou toute autre situation d’urgence, le plan de mobilisation (figure 14) est l’outil pour mobiliser efficacement les bonnes ressources.

L’analyse des besoins effectuée par l’équipe en leadership permet de déterminer la voie à suivre. Il est possible que pour répondre à l’urgence, une simple réorganisation et priorisation des activités à l’intérieur du service soit nécessaire. Dans ce cas, il est possible de rester en phase d’alerte. Les professionnels qui sont attirés à la gestion de l’urgence constituent une cellule opérationnelle qui a pour objectif d’analyser la situation et de déterminer le plan d’action. Ainsi, dès la phase d’alerte, le cycle de coordination (voir section 5.3.2) est mis en place en commençant par l’ouverture de cette cellule opérationnelle.

Dans le cas d’une réorganisation au sein du service, les informations devront être transmises à la cellule de coordination qui pourra juger du besoin de se rencontrer ou non. Selon la situation, le partage des informations vers la cellule exécutive pourrait aussi être nécessaire.

Le choix entre rester au niveau « alerte » ou passer en intervention peut varier d’une situation à l’autre. Cependant, si un dépassement de capacité est atteint ou est prévu en fonction de l’évolution de la situation, l’ouverture d’une cellule de coordination confirmera le passage au niveau « intervention ». La section suivante décrit les différentes cellules qui peuvent être activées autant en alerte qu’en intervention.

Le niveau d'alerte et les PPI :

Les PPI détaillent les critères de passage d'un niveau à l'autre. Ceux-ci diffèrent des critères de dépassement de capacité des ressources humaines. Les PPI établissent des actions à mettre en place à chaque niveau et quelles équipes en sont responsables. Ainsi, bien que des actions visant à protéger la santé de la population sont faites par les équipes dès le niveau alerte, la DRSP reste à ce niveau en attendant l'atteinte des critères d'intervention.

Cependant, dans un cas où des impacts sanitaires importants sont détectables par les mécanismes de vigie en place, la DRSP pourrait passer en intervention avec la collaboration des partenaires intersectoriels sans que les critères d'un PPI soient atteints. Par exemple, les critères météorologiques du plan chaleur pourraient ne pas être atteints, mais la vigie pourrait démontrer une hausse marquée des transports ambulanciers ou des décès.

5.3.2 Cycle de coordination

Les paliers opérationnel, tactique et stratégique sont présents dans toutes les urgences, mais avec différents niveaux d'intensité. Ce plan définit un ensemble de cellules qui sont appelées à se mobiliser en situation d'urgence. Le cycle de coordination définit les cellules selon le palier ainsi que les participants et les tâches de base relevant d'une cellule. Cette figure présente les cellules en partant du palier opérationnel jusqu'au palier stratégique. Généralement, les rencontres des cellules opérationnelles ont lieu tôt le matin afin de permettre aux personnes en faisant partie de se mettre au travail rapidement. La cellule de coordination se rencontre après les cellules opérationnelles pour assurer un partage de l'information et une prise de décision basée sur les besoins opérationnels. Pour la cellule exécutive, si des rencontres sont nécessaires, elles ont lieu plus tard pour s'assurer de remonter les enjeux importants en fonction des besoins des autres paliers.

Il est nécessaire de prendre en compte l'horaire des rencontres des partenaires dans la mise en place du cycle de coordination interne de la DRSP. Par exemple, si le CCMU est activé et qu'un tour de table est prévu, il est nécessaire d'adapter le cycle de coordination pour que le représentant de la DRSP ait eu accès aux informations importantes pour nommer les enjeux, les actions en cours et les besoins.

L'objectif de ce cycle de coordination est aussi d'amener une certaine prévisibilité dans le partage d'information. Ainsi, on peut éviter de créer des canaux parallèles en sachant que le prochain moment de partage d'information avec une cellule est déjà planifié.

L'intensité de l'implication des cellules :

L'intensité de l'implication des cellules peut être très variable pour une même urgence. Par exemple, la cellule opérationnelle et la cellule de coordination peuvent se rencontrer plusieurs fois par jour pour analyser l'ensemble des indicateurs sanitaires et pour faire le lien avec les partenaires tandis que la cellule exécutive sera simplement informée de l'état de situation par courriel si aucun enjeu n'est noté. Cependant, dans certaines situations, il peut être nécessaire de mobiliser la cellule exécutive quotidiennement pour adresser des enjeux stratégiques. L'intensité demande donc une certaine agilité et une adaptation en fonction des urgences.

Cycle de coordination

*Pour assurer une gestion efficiente, la tenue de dossiers est primordiale!

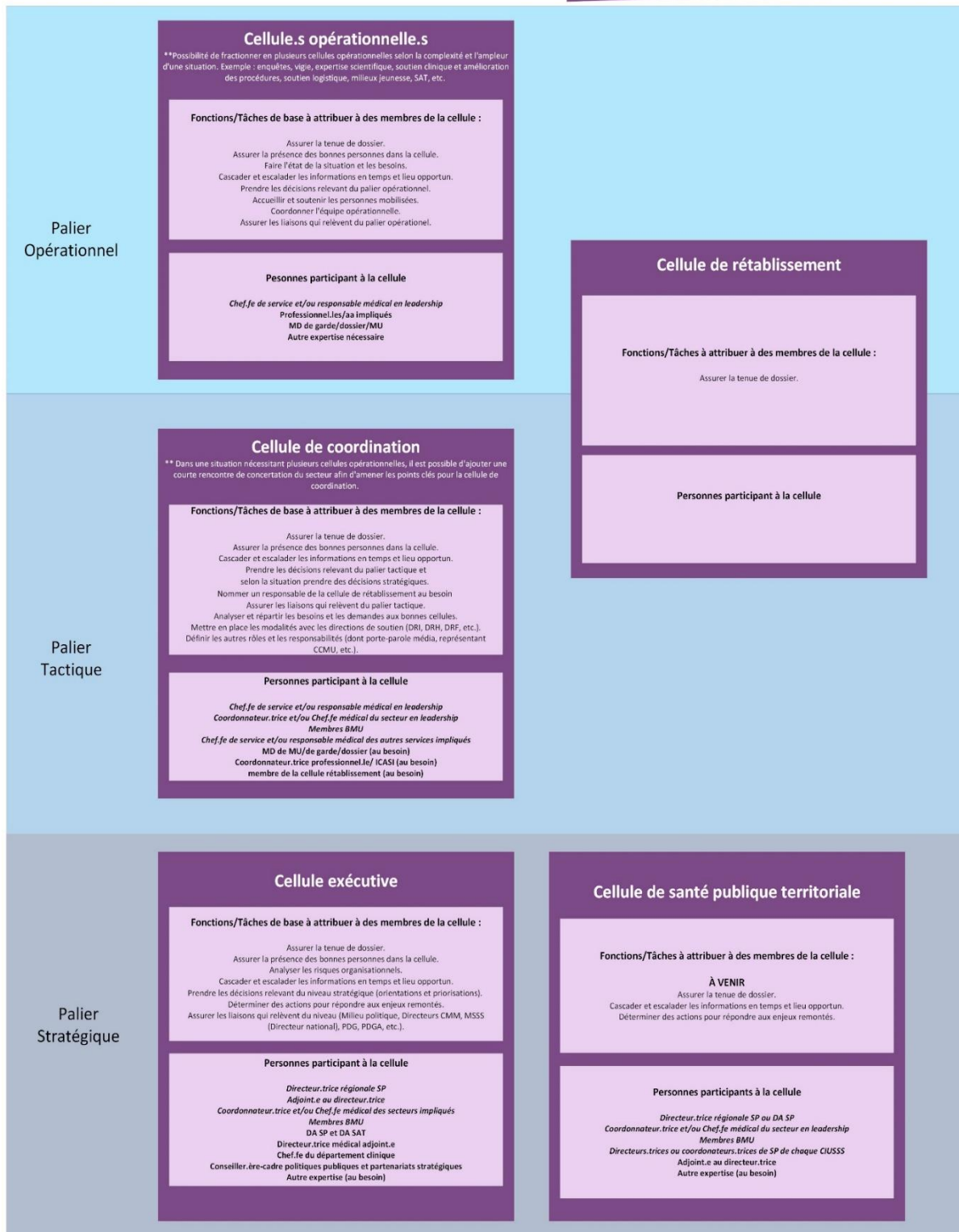


FIGURE 10 : LE CYCLE DE COORDINATION

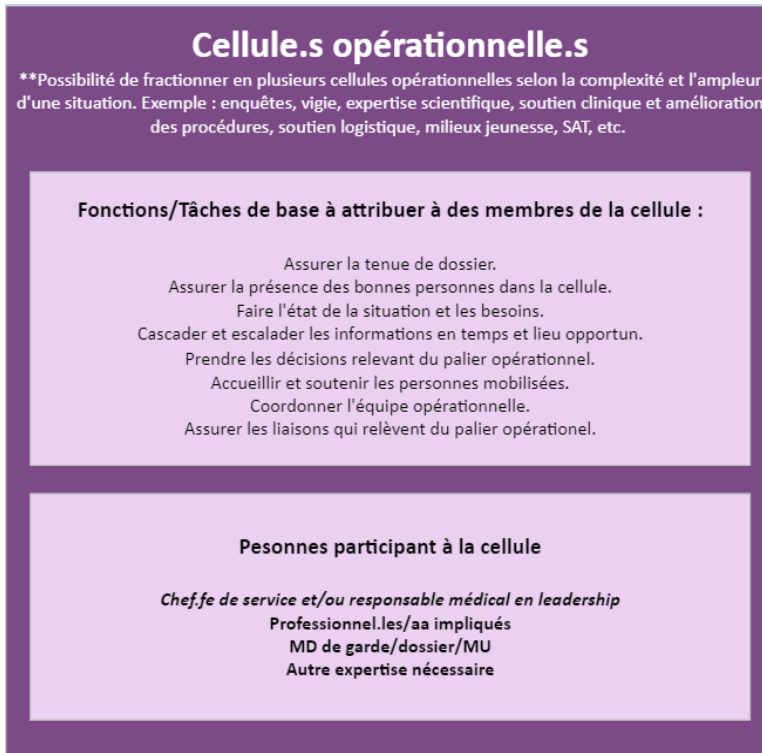


FIGURE 11 : CELLULE.S OPERATIONNELLE.S

Au palier opérationnel, il peut y avoir plusieurs cellules pour remplir différents besoins selon la complexité de la situation. Par exemple, il pourrait y avoir une cellule d'enquête, de vigie, d'expertise scientifique, de soutien clinique, de soutien logistique, santé jeunesse, santé au travail, etc. Dans chaque cellule opérationnelle, les participants devront être définis dès le début de la situation d'urgence. Les participants habituels de même que les tâches principales sont décrits dans la figure ci-contre. Ces cellules sont responsables de l'ensemble des actions et des décisions opérationnelles en situation d'urgence (Ex. :

Enquête des cas et des contacts, analyse du risque, réponse aux demandes des milieux, etc.). Parmi les tâches importantes, elles doivent notamment escalader les besoins et les informations au niveau tactique pour faciliter la prise de décision.

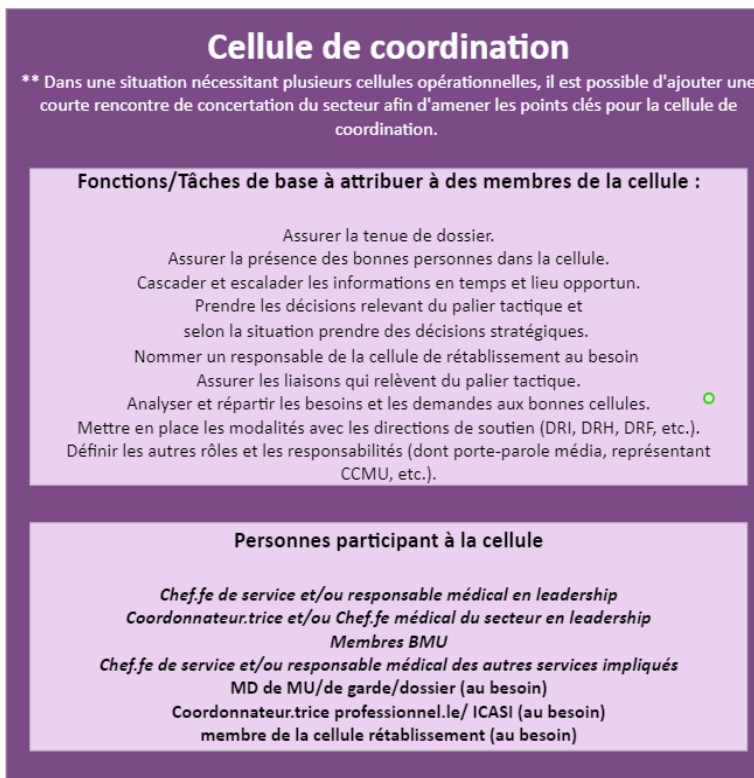


FIGURE 12 : CELLULE DE COORDINATION

Au palier tactique, il y a la cellule de coordination de l'événement, mais il pourrait aussi y avoir une cellule de coordination du secteur en leadership s'il y a de grands besoins d'arrimage entre les différentes cellules opérationnelles du secteur. La cellule de coordination est la plaque tournante d'une intervention. C'est l'endroit où se retrouvent un ou deux représentants de chaque cellule opérationnelle et les personnes responsables de la coordination de l'événement. Les participants habituels de même que les tâches principales sont décrits dans la figure ci-contre. Cette cellule permet un partage de l'information importante de même qu'un arrimage

entre les équipes opérationnelles. Cette cellule a aussi la responsabilité de cascader les orientations ou les demandes provenant de la cellule exécutive ou d'autres paliers (MSSS, partenaires, etc.). Cette cellule a aussi la responsabilité de coordonner la mobilisation des ressources en fonction des besoins et de définir les rôles et responsabilités (porte-parole média, représentant de l'organisation auprès des partenaires impliqués (CCMU, ORSC), etc.). Finalement cette cellule produit en collaboration avec les différentes équipes opérationnelles un topo (quotidien ou ponctuel) afin d'informer l'ensemble des gestionnaires de la DRSP ainsi que les partenaires des actions en cours.

La cellule de rétablissement sera construite en fonction des besoins et des expertises nécessaires à la situation. Elle sera rattachée à la cellule de coordination, mais plusieurs enjeux de rétablissement peuvent aussi être discutés à la cellule exécutive au besoin. (Plus de détails dans la section 4.5 Rétablissement)

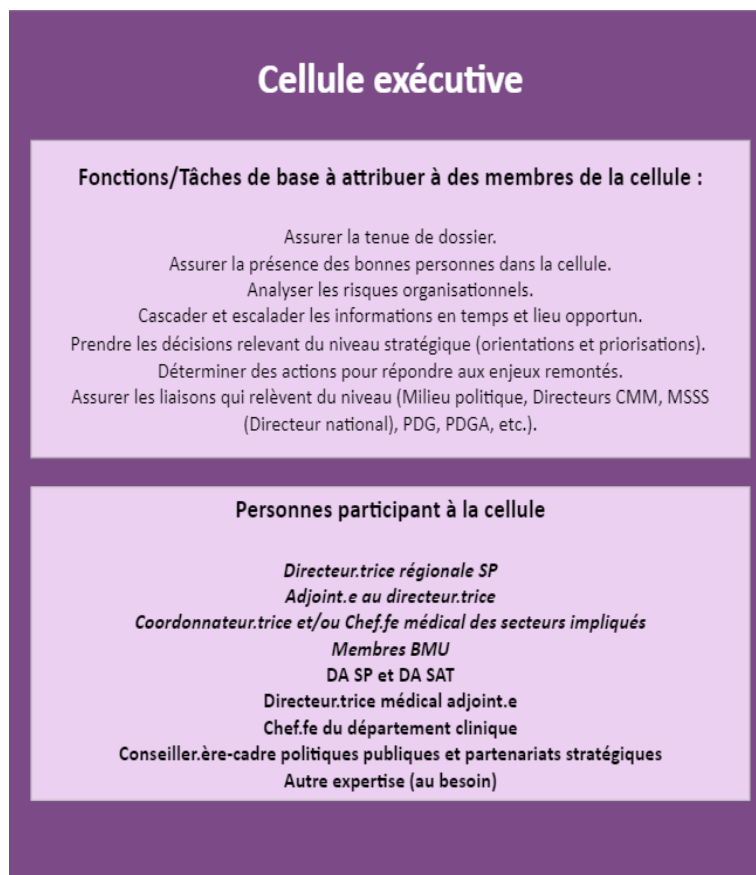


FIGURE 13 : CELLULE EXECUTIVE

Au palier stratégique, on retrouve la cellule exécutive. Les participants habituels de même que les tâches principales sont décrits dans la figure ci-contre. Généralement, cette cellule est responsable d'adresser des enjeux stratégiques relatifs à l'intervention. Elle fournit aussi des orientations à la cellule de coordination en ce qui a trait notamment à la mobilisation de ressources supplémentaires. Elle assure aussi des liens avec différents acteurs relevant du palier stratégique. Finalement, selon l'ampleur de la situation d'urgence, les membres de la cellule exécutive (La directrice ou son remplaçant) assurent le rôle de porte-parole auprès de la population.

La cellule de santé publique territoriale est rattachée à la cellule exécutive. Les modalités de communication et de mobilisation sont détaillées dans la section mobilisation. Cette cellule aura pour fonction d'aborder les enjeux, d'établir des mécanismes de fonctionnement avec les CIUSSS pour atteindre les objectifs de santé publique ou encore de trouver les meilleurs moyens pour rejoindre les populations vulnérables.

Par ailleurs, en situation d'urgence, la DRSP est représentée dans un ensemble de rencontres de coordination avec des partenaires externes qui vont varier selon les situations (CCMU, ORSC, Mission Santé, rencontres Tripartites-MSSS/INSPQ/DRSP, etc.).

L'intensité de la mobilisation :

Pendant l'intervention, les équipes sont mobilisées à des intensités différentes en fonction des besoins et des expertises des équipes. Par exemple, si aucun milieu jeunesse n'est touché par une urgence, la mobilisation de l'équipe SaJe pourrait être très faible tandis que d'autres équipes sont à une intensité élevée. Elle décrit l'intensité dans l'horaire de travail des personnes mobilisées (intensité très faible -> travail dans les heures ouvrables à intensité très élevée --> horaire 8 h à 20 h 7 jours/7). L'intensité est habituellement balisée avec des critères qui peuvent être différents selon les équipes selon les tâches attendues. L'intensité de la mobilisation va aussi encadrer l'ajout de garde pour couvrir hors des heures ouvrables.

Il est important de rappeler que pour l'ensemble des cellules, il est primordial d'attirer des personnes responsables d'assurer la tenue de dossier et de prendre des notes. Ces notes sont généralement consignées dans un dossier commun pour que l'ensemble des personnes impliquées puissent les consulter et s'y référer. Cette tenue de dossier permet notamment de consigner les prises de décision pour référence future et pour suivre l'évolution de la situation.

5.4 Intervention

Le passage en intervention est défini dans certains PPI sur la base de critères externes. Par exemple, le PPI chaleur définit des seuils de température pour passer d'alerte à intervention. De plus, il est possible de passer en intervention si les besoins en ressources humaines sont plus grands et qu'une réorganisation et une priorisation des activités à l'intérieur d'un service ne peuvent y répondre. En fonction de l'analyse de la situation, l'organisation peut recommander que certains partenaires comme le réseau de la santé ou des partenaires de sécurité civile passent au niveau intervention de leurs propres plans.

5.4.1 Plan de mobilisation

Le plan de mobilisation est l'outil à utiliser pour répondre aux besoins de soutien, que ce soit pour des ressources humaines ou de l'expertise spécifique à l'intérieur de la DRSP. Il fait aussi le lien avec l'algorithme de mobilisation des équipes de santé publique territoriales présenté par la suite.

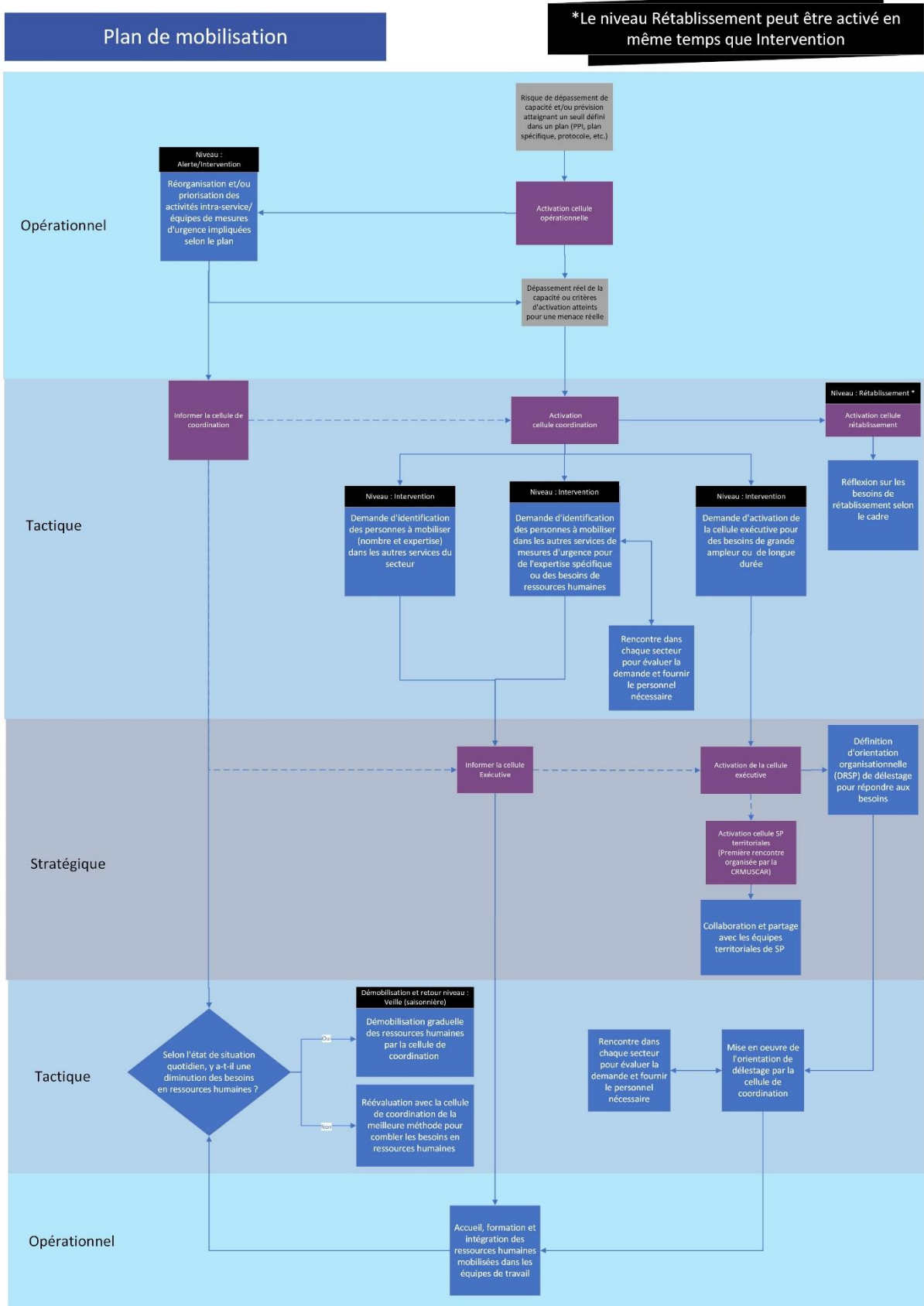


FIGURE 14 : PLAN DE MOBILISATION

Comme expliqué dans la phase d'alerte, l'analyse des besoins effectuée par l'équipe en leadership permet de déterminer la voie à suivre. Il est possible que pour répondre à l'urgence, une simple réorganisation et priorisation des activités à l'intérieur du service soit nécessaire.



FIGURE 15 : PLAN DE MOBILISATION – PARTIE 1

Si les besoins de mobilisation sont plus grands qu'une réorganisation et priorisation des activités à l'intérieur du service, une cellule de coordination va se rencontrer pour statuer du passage en Intervention et pour déterminer les personnes à mobiliser afin de répondre aux besoins. En fonction de la situation, les expertises ou les ressources humaines peuvent provenir des autres services au sein du secteur en leadership, des équipes d'urgence ou de l'ensemble de la DRSP. Une réévaluation fréquente des besoins est nécessaire pour s'assurer d'avoir les bonnes expertises et le bon nombre de personnes mobilisées.

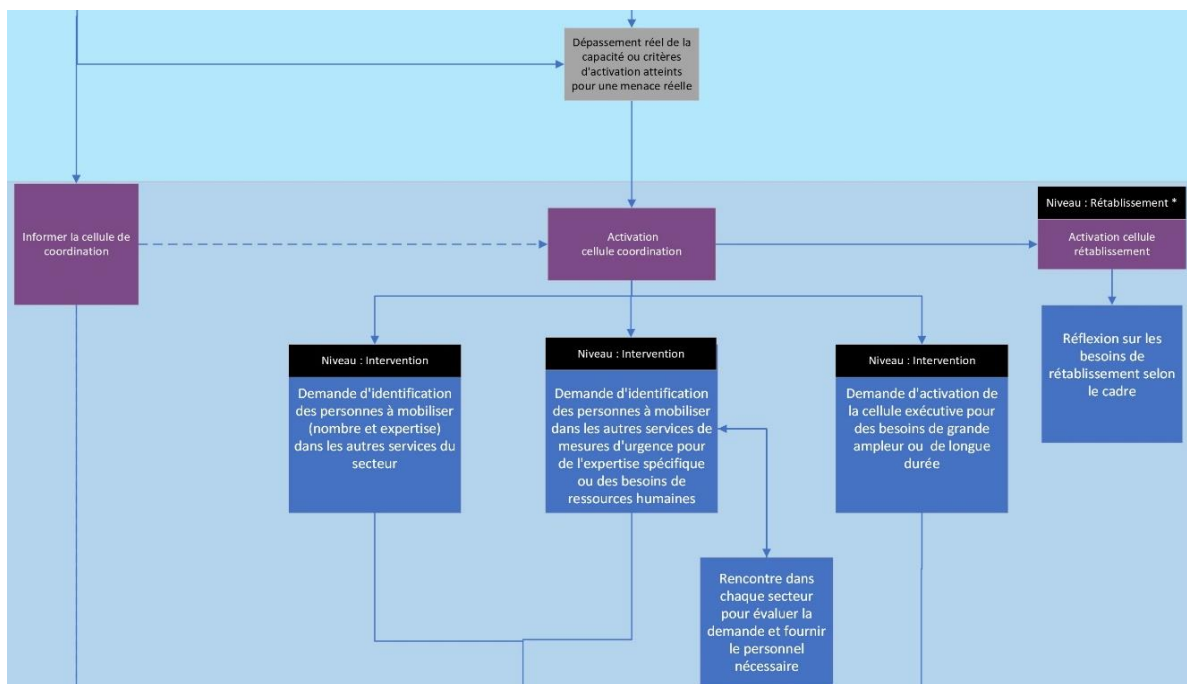


FIGURE 16 : PLAN DE MOBILISATION – PARTIE 2

Il est de la responsabilité de la cellule de coordination d’informer la cellule exécutive de la situation en cours. Une rencontre de la cellule exécutive peut avoir lieu dans plusieurs circonstances selon le plan de mobilisation. Par exemple, si les besoins de mobilisation sont de grande ampleur ou si des orientations de délestage sont nécessaires. Par ailleurs, la cellule exécutive pourrait être appelée à se rencontrer si la cellule de coordination le juge nécessaire pour une autre raison ou si la cellule exécutive elle-même juge nécessaire de se rencontrer en fonction des informations reçues de la cellule de coordination ou d’autres partenaires.

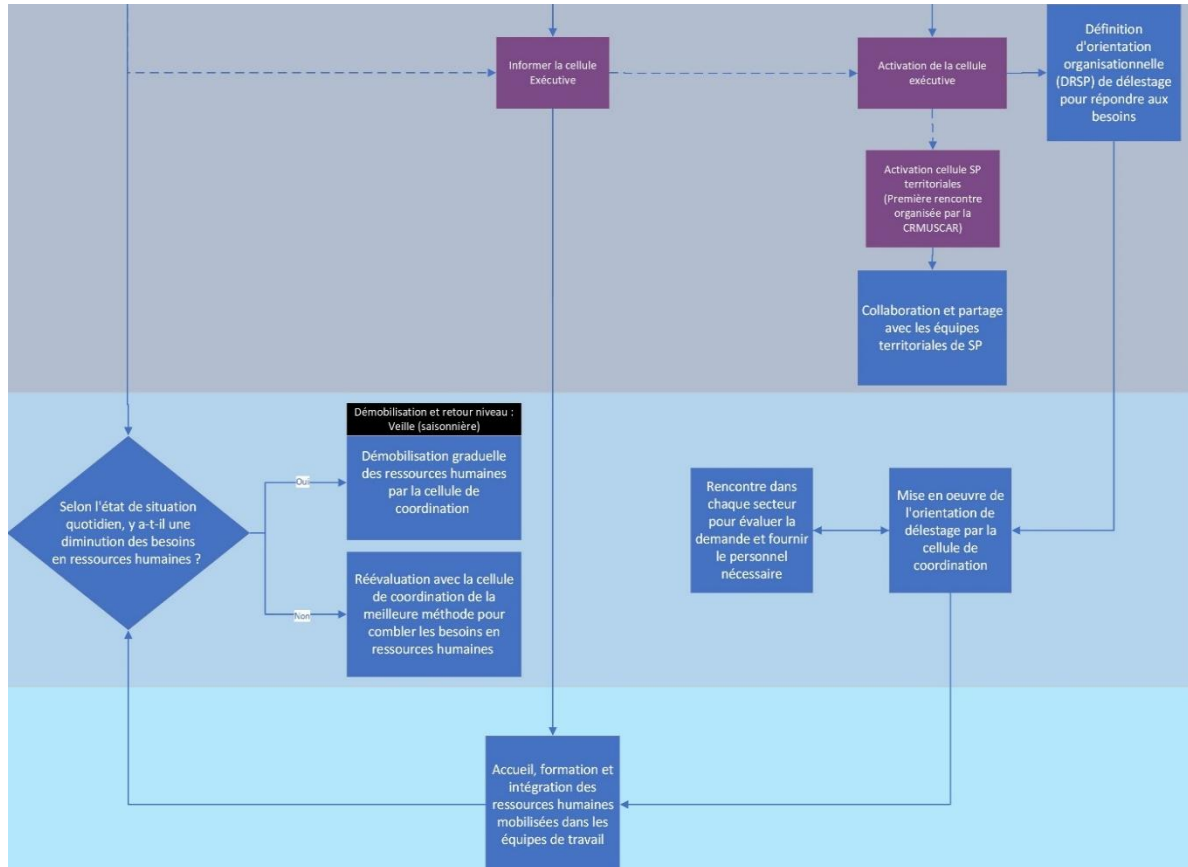


FIGURE 17 : PLAN DE MOBILISATION – PARTIE 3

Lors d'une situation d'urgence et selon les besoins spécifiques, des demandes pour les équipes de santé publique territoriales peuvent aussi être nécessaires. Plusieurs types de mobilisation peuvent être envisagés :

- **Demande d'information ;**
- **Demande d'action terrain en collaboration avec les partenaires ;**
- **Demande de relais de communications ou de message vers les partenaires, organismes communautaires ou autres acteurs locaux ;**
- **Consultation d'expertise territoriale.**

Par ailleurs, en situation d'urgence sanitaire, la Directrice régionale de santé publique a le pouvoir de mobiliser les ressources de santé publique présentes dans l'ensemble du réseau de santé publique pour effectuer les tâches nécessaires à la gestion de la menace ou de l'urgence telles que les enquêtes et le traçage des cas et des contacts.

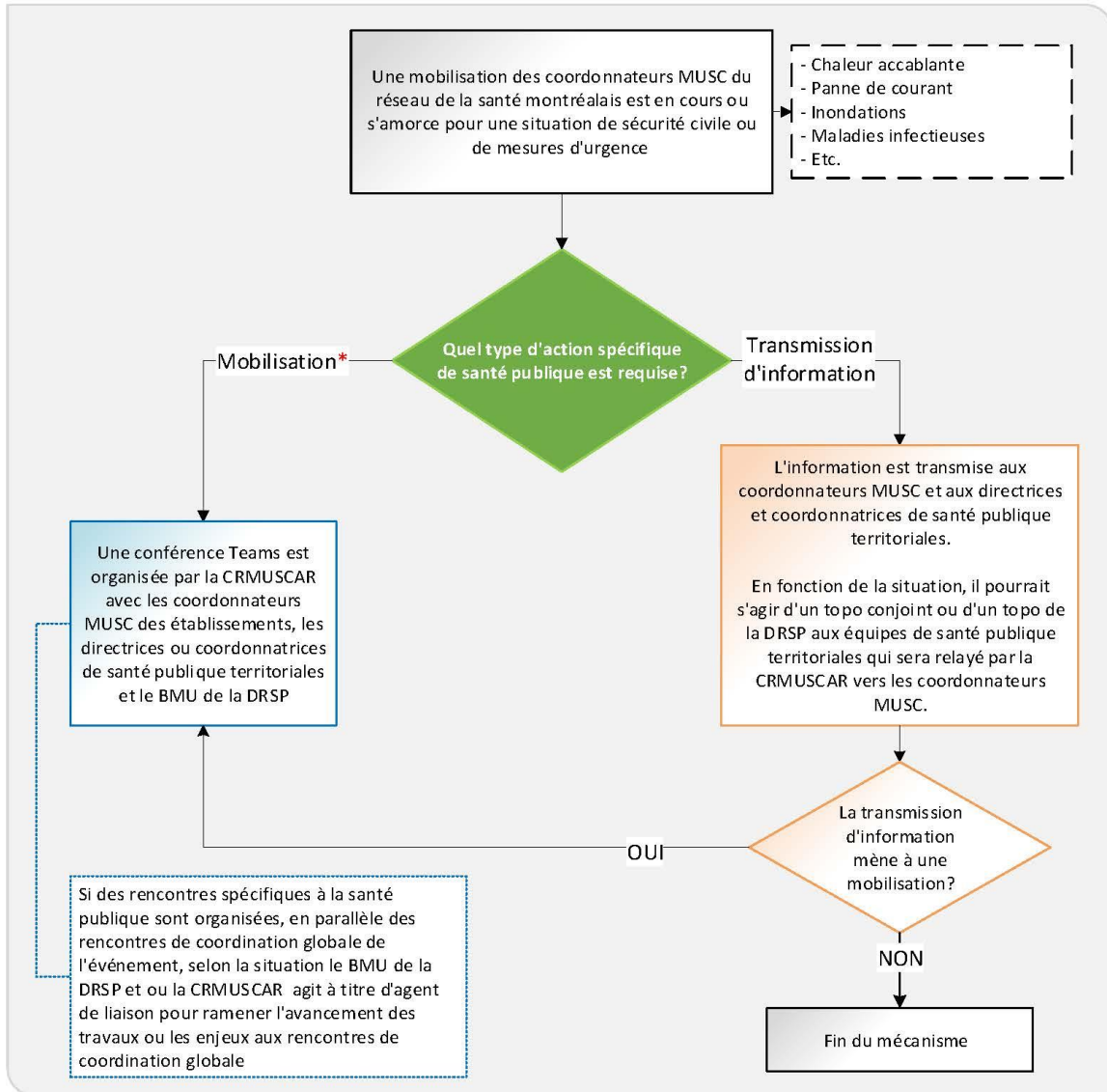
En situation d'urgence, les demandes et les communications aux établissements passent par les coordonnateurs et coordonnatrices MUSC des CIUSSS qui sont responsables de coordonner les réponses d'urgence au sein des établissements. Cependant, il peut être parfois nécessaire pour la DRSP de communiquer directement avec les équipes territoriales. Dans une situation d'urgence de santé publique dans laquelle les coordinations MUSC ne sont pas impliquées la DRSP pourrait transmettre des informations aux directrices et coordonnatrices de santé publique territoriales et à la CRMUSCAR. Cette dernière se chargerait de transmettre le tout aux coordinations MUSC pour les informer. Un exemple de ce type de situation serait une éclosion de maladie infectieuse ne touchant pas les installations du réseau, mais demandant un déploiement d'action en collaboration avec le milieu communautaire ou d'autres partenaires ainsi que le déploiement d'actions de prévention ou de protection (Vaccination, distribution de matériel de protection, etc.) Par ailleurs, si une urgence touche à la fois les équipes MUSC et les équipes de santé publique, un topo conjoint pourrait être transmis à l'ensemble de ces équipes.

Si une mobilisation s'avère nécessaire, la DRSP peut transmettre la demande aux coordonnateurs MUSC qui se chargeront de la mobilisation des équipes territoriales. Cependant, dans certaines circonstances, il peut être essentiel de mobiliser conjointement les équipes MUSC et les équipes de santé publique des CIUSSS. Ainsi, en collaboration avec la DRSP, la CRMUSCAR convoquerait une rencontre rassemblant l'ensemble des coordonnateurs et des coordonnatrices MUSC du réseau de la santé ainsi que des représentants des équipes de santé publique territoriale. Au besoin, à la suite de cette rencontre, une cellule de santé publique territoriale pourra être créée avec les personnes nécessaires (Voir Figure 18). Par exemple, une mobilisation de ce type pourrait être utilisée dans une situation ayant un grand impact sur le réseau de la santé en plus de représenter un risque pour la santé de la population. Dans les situations où les coordonnateurs et coordonnatrices MUSC doivent arrimer plusieurs actions à l'intérieur des installations pour répondre à l'urgence, la cellule de santé publique territoriale pourrait être mobilisée comme le représente la figure 18 afin d'aborder les enjeux et collaborer pour mieux rejoindre les populations vulnérables ou pour répondre aux enjeux de santé publique relatifs à cette urgence.

Si l'urgence sanitaire ne touche pas l'ensemble des CIUSSS, par exemple, si une éclosion touche exclusivement le territoire d'un CIUSSS, la CRMUSCAR sera informée et une mobilisation pourra avoir lieu avec les intervenants des CIUSSS concernés seulement.



MÉCANISME DE MOBILISATION ET COMMUNICATION AUPRÈS DES ÉQUIPES DE SANTÉ PUBLIQUE TERRITORIALES EN COMPLÉMENTARITÉ AUX COORDONNATEURS MESURES D'URGENCE ET SÉCURITÉ CIVILE



*** Type de mobilisation attendue:**
Demande d'information, demande d'action terrain, relais de communications/messages (hors heures ouvrables) ou une consultation d'expertise

Lexique
CRMUSCAR: Coordination régionale des mesures d'urgence, sécurité civile et accès réseau
DRSP: Direction régionale de santé publique
BMU: Bureau des mesures d'urgence
MUSC: Mesures d'urgence et sécurité civile

CRMUSCAR et DRSP
Octobre 2024

FIGURE 18 : MÉCANISMES DE MOBILISATION ET COMMUNICATION AUPRÈS DES ÉQUIPES DE SANTÉ PUBLIQUE TERRITORIALES EN COMPLÉMENTARITÉ AUX COORDONNATEURS MESURES D'URGENCE ET SÉCURITÉ CIVILE

5.5 Rétablissement

Le rétablissement commence bien avant la démobilisation de l'intervention. La cellule de rétablissement est mise en place lorsque jugée nécessaire durant l'intervention. Elle est reliée à la cellule de coordination, mais peut être amenée à rendre des comptes à la cellule exécutive. Le but est d'avoir une équipe dédiée au rétablissement afin de prioriser les actions. Un gestionnaire ne faisant pas partie de l'intervention sera nommé pour coordonner les actions de cette cellule et pour mobiliser les expertises essentielles au rétablissement à travers les différentes équipes de la DRSP. Cette cellule est intégrée à l'intervention afin de bien identifier les besoins du rétablissement. Il y a deux volets, soit le **rétablissement interne et populationnel**. Cette cellule sera responsable de proposer des mesures pour faciliter le rétablissement et pour minimiser les impacts collatéraux de l'intervention. Le cadre du rétablissement permet d'avoir des exemples de leviers d'action pour les deux volets. À ce sujet, plusieurs initiatives sont développées par la DRSP et ses partenaires. À l'interne, un cadre du rétablissement est en rédaction et sera disponible pour accompagner la cellule de rétablissement dans son mandat.

6. Amélioration continue

Chaque urgence est une occasion d'amélioration. L'amélioration continue est une autre partie du rétablissement lors des mesures d'urgence. **Des débriefages sont organisés à chaud (immédiatement après la crise) ou à froid (peut-être plusieurs jours/semaines après l'événement), et ce, à l'interne et avec les partenaires.** Une boîte à outils est disponible pour l'organisation des rétroactions. Dans le cas d'une situation de longue durée, une rétroaction intra-action peut être nécessaire afin d'ajuster les actions. Il existe une boîte à outils de débriefage disponible pour les équipes de même que du soutien de la part de certaines équipes dans l'organisation et dans le CIUSSS.

Ce plan de mesures d'urgence tous risques est actif à partir du mois d'octobre 2024. Cependant, puisque chaque urgence est une occasion d'amélioration, les constats et pistes d'amélioration qui ressortent de chaque situation d'urgence permettent d'améliorer et de modifier les différents mécanismes contenus dans ce plan. Une version en format informatique est mise à la disposition des différentes équipes de la DRSP afin qu'ils puissent consulter les différents outils à jour et pour faciliter la navigation en situation d'urgence et l'utilisation des outils.

Ce plan sera révisé chaque année pour refléter les modifications qui auront lieu pendant cette période.

7. Conclusion

Ce plan a été rédigé avec la collaboration de plusieurs équipes afin de refléter la variété des réalités lors d'urgences de santé publique. Il sera utilisé et bonifié dans les prochaines mobilisations et en fonction des besoins de l'organisation, des partenaires et de la population de Montréal. Si vous avez des questions ou des commentaires, vous pouvez communiquer avec l'équipe du bureau des mesures d'urgence en santé publique santepublique.bmu.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca.

Bonne mobilisation !

Bibliographie

Direction régionale de santé publique (DRSP). (2023). « Axe 4 – La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires. Déterminant : Préparation aux urgences sanitaires ». *Plan d'action régional intégré de santé publique de Montréal 2023-2025*. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

https://ccsmtlpro.ca/sites/mtlpro/files/media/document/DRSP_PARI_FichesDeterminantsAZ_PreparationEtReponseAuxUrgencesMajeures.pdf

Drouin, M., Tessier, S., Dionne, F., Breton, M-E., Mercure, S-A. (2022). *Rapport de la directrice de la Direction régionale de santé publique 2022. Regard sur la pandémie de COVID-19 à Montréal : Pour une réponse efficace et équitable face aux futures urgences sanitaires*. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4587131>

Émond, A., Gosselin, J-C., Dunnigan, L. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>

Gouvernement du Canada. (2023). *Programme de la quarantaine*.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/mesures-interventions-urgence/centre-mesures-interventions-urgence/programme-quarantaine.html>

Gouvernement du Canada. (2023 b). *Le Canada et le règlement sanitaire international (RSI)*.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/mesures-interventions-urgence/reglement-sanitaire-international.html>

Institut national de santé publique (INSPQ). (2024). *Évaluation de la vulnérabilité régionale aux changements climatiques et plans d'adaptation régionaux au climat en santé publique (VRAC-PARC)*. <https://www.inspq.qc.ca/changements-climatiques/vrac-parc>

Institut national de santé publique (INSPQ). (2016). *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence*.

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2106_gestion_risques_sante_publicque.pdf

Kaiser, D., Duclos, V., Lamothe, F., Roy, M., Racine-Hamel, S-É. (2019). *Vague de chaleur été 2018 à Montréal : enquête épidémiologique*. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3737294?docref=irDjexzzxNV8AspydEw39w>

Lebel, P., Drouin, M., Ouellette, L., Dufour, R. (2020). *L'expérience citoyenne au service de la prévention : cadre de référence et outils de mise en œuvre pour une participation efficace de la population*. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4228196>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). « Axe d'intervention 4 – La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires », *Programme national de santé publique – 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. p. 53-57. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). *Cadre d'interprétation et de gestion des signalements en santé publique*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-268-02W.pdf>

Organisation de la sécurité civile du Québec (OSCQ). (2023). *Plan national de sécurité civile*. Ministère de la Sécurité civile. <https://www.quebec.ca/securite-situations-urgence/securite-civile/fonctionnement/mecanismes-coordination/plan-national>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Debates. Policy&Practices, Case Studies*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1

Lois du Québec et du Canada

Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux. RLRQ. c. 34, art. 2, 95. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021/20240506?langCont=fr>

Loi sur la santé publique. RLRQ. S-2.2. c. 60, art., 12, 97, 116, 117, 118, 79-82. 96-115, 123 <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-2.2>

Loi sur les services de santé et les services sociaux. RLRQ. S-4.2. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>

Loi sur la santé et la sécurité du travail. RLRQ S-2.1. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-2.1>

Loi sur la mise en quarantaine. L.C. 2005, ch. 20. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/q-1.1/>

Annexe 1 : Liste des principales définitions

4 Fonctions de la santé publique -

La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la promotion de la santé de la population, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et la protection de la santé de la population

4 Phases de la sécurité civile -

Prévention et atténuation, Préparation, Intervention, Rétablissement

4 Niveaux de la gestion des urgences -

La DRSP a choisi de travailler avec 4 niveaux de gestion des urgences, soit la veille, l'alerte, l'intervention et le rétablissement. Il est à noter que chaque partenaire peut avoir des niveaux différents.

- La veille représente le temps normal où la prévention et la préparation ont lieu ainsi que plusieurs activités de santé publique comme la surveillance et la vigie.
- L'alerte est le niveau d'analyse des risques lorsqu'il y a détection d'une menace appréhendée pour la santé de la population.
- L'intervention est commencée lorsque la menace est réelle et confirmée. Il peut avoir des sous-niveaux gradués par ordre croissant (1 étant une plus petite intervention que 3).
- Le rétablissement peut être défini comme les mesures prises dans un contexte de situation d'urgence en vue de rétablir la qualité de vie, les systèmes sociaux, les activités économiques, l'infrastructure communautaire et l'environnement, les services à la population (essentiels et autres) tout en protégeant la santé des populations touchées.

3 Paliers organisationnels -

Palier opérationnel, palier tactique et palier stratégique.

Mobilisation -

Des personnes sont mobilisées pour répondre à une situation d'urgence, et ce, pour la gestion des urgences du niveau « alerte », « intervention » et « rétablissement ». Considérant que le niveau « veille » est utilisé en temps « normal », les personnes travaillent sur leurs dossiers courants et ne sont donc pas mobilisées.

L'intensité de l'implication des cellules -

L'intensité peut décrire la mobilisation des cellules en faisant référence à la fréquence/durée des rencontres. Passant d'une cellule sans rencontre, mais avec des échanges courriel de mise à jour à une cellule qui se rencontre 45 minutes, 2 fois par jour. L'intensité va s'adapter selon les besoins de la cellule et pourrait changer plusieurs fois durant l'urgence. La cellule est responsable de moduler son intensité pour répondre aux besoins de l'urgence et des autres cellules.

L'intensité de la mobilisation_durant l'intervention (et l'alerte dans certains contextes) -

Elle décrit l'intensité dans l'horaire de travail des personnes mobilisées (intensité très faible -> travail dans les heures ouvrables à intensité très élevée --> horaire 8 h à 20 h 7 jours/7). L'intensité est habituellement balisée avec des critères qui peuvent être différents selon les équipes selon les tâches attendues. L'intensité de la mobilisation va aussi encadrer l'ajout de garde pour couvrir hors des heures ouvrables. Les cellules opérationnelles et de coordinations peuvent faire une proposition du nombre de ressources à mobiliser. Par la suite, la cellule exécutive est responsable d'approuver le continuum d'intensité de mobilisation proposé. Les critères pourront être révisés et réapprouvés selon l'évolution de la situation, mais il s'agit d'un document qui ne devrait pas changer trop souvent.

Mécanismes d'alerte -

Les mécanismes d'alerte expliquent les différentes portes d'entrée des signalements de menace ou de toutes questions des partenaires ainsi que la trajectoire attendue.

Plan de mobilisation -

Le plan de mobilisation sert d'aide à la décision pour bien choisir quels types de ressources ou d'expertises sont nécessaires lors d'une urgence et comment les mobiliser.

Cycle de coordination -

Le cycle explique les différentes cellules à mettre en place selon les 3 paliers de la DRSP afin d'assurer une réponse concertée de l'urgence.

Déterminants de la santé -

Les caractéristiques individuelles des personnes, les milieux de vie dans lesquels ils évoluent, les systèmes qui constituent la société et le contexte global.

Plan national de sécurité civile (PNSC) -

Définition de la réponse par Mission (Mission Santé provinciale et Mission Santé Montréal) coordonnée par la Direction générale de la sécurité civile du ministère de la Sécurité publique.

Mission Santé provinciale -

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est responsable de la mission Santé au niveau provincial.

Mission santé à Montréal -

La mission est coordonnée par la Coordination régionale des mesures d'urgence, sécurité civile et accès réseau du CCSMTL. Il y a 4 membres de la mission, soit la santé publique, Urgences-santé, le réseau de santé et des services sociaux et l'équipe des communications du CCSMTL.

Plan tous risques -

Ensemble des mécanismes et outils pour assurer une réponse concertée à l'urgence par la DRSP, et ce, pour les 4 phases de la sécurité civile.

Plans particuliers d'intervention -

Définition des critères d'activation, des seuils d'intervention et des actions spécifiques à mettre en place pour une urgence spécifique. Le plan suit les orientations et les mécanismes du plan tous risques.

Plans d'action -

Plans développés en cours d'urgence pour guider la réponse.

Annexe 2 Les 4 phases de la sécurité civile

Les concepts théoriques en mesure d'urgence définissent 4 phases, soit la prévention et l'atténuation, la préparation, l'intervention et le rétablissement.

Bien que celles-ci soient souvent représentées comme étant successives, il est fréquent que plusieurs phases aient lieu en même temps. Au niveau organisationnel, il est normal que plusieurs équipes soient en préparation alors qu'une équipe est en phase d'intervention. Par ailleurs, les actions visant le rétablissement devraient être entamées dès le début de l'intervention afin de maximiser leur effet.

Prévention

Cette première phase a pour objectif de minimiser le risque. Elle a généralement lieu avant qu'une urgence survienne. En contexte de sécurité civile, la prévention et l'atténuation peuvent prendre plusieurs formes, telles que l'aménagement du territoire ou la sensibilisation des populations aux différents risques.

Préparation

La préparation est la phase dans laquelle une organisation rédige et révisé ses plans d'urgence (PPI, protocoles etc.) et collabore avec différents partenaires intersectoriels pour organiser ses opérations en amont des prochaines crises. Une bonne connaissance des différents risques et des vulnérabilités permet une meilleure préparation. Par ailleurs, c'est aussi pendant cette phase que l'organisation peut mettre en place différentes simulations d'ampleur variée afin de tester certains mécanismes et ainsi améliorer les pratiques.

Intervention

L'intervention survient lorsque l'incident a lieu ou que le risque se concrétise. Il s'agit de l'ensemble des actions mises en place pour diminuer les effets néfastes sur la population et réduire les iniquités. L'ensemble des partenaires sont concernés par cette phase et peuvent être mis à contribution dans la réponse à l'urgence.

Rétablissement

Le rétablissement peut être défini comme les mesures prises dans un contexte de situation d'urgence en vue de rétablir la qualité de vie, les systèmes sociaux, les activités économiques, l'infrastructure communautaire et l'environnement, les services à la population (essentiels et autres) tout en protégeant la santé des populations touchées. En ce sens, les actions de rétablissement doivent être mises en place rapidement après le début de l'intervention. Cette phase est aussi l'occasion de consolider les apprentissages afin d'améliorer les pratiques d'une organisation. Un principe de base du rétablissement est de reconstruire une meilleure version de ce qui existait avant en tirant profit des apprentissages. Le rétablissement concerne non seulement la population, mais aussi les intervenants. En ce sens, il doit être réfléchi et travaillé sous cet angle.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 