

Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza *dans le secteur de la santé*

Répercussions psychosociales de la pandémie d'influenza

Date de la dernière version : 14 mai 2009

Résumé des changements importants :

- Il s'agit d'une nouvelle annexe.
- Cette annexe décrit un cadre de planification proposé pour faire face aux répercussions psychosociales d'une pandémie d'influenza ou d'une urgence de grande envergure en santé publique.
- Cette annexe énumère les principales activités à entreprendre pour prévenir/atténuer les conséquences psychosociales d'une pandémie d'influenza, s'y préparer, intervenir et s'en remettre.
- Cette annexe ne prescrit pas de structure; elle se fonde plutôt sur la prémisse que les activités seront entreprises conformément aux structures et modalités organisationnelles locales.

1.0	INTRODUCTION	3
1.1	Justification : L'importance de la planification psychosociale en prévision d'une pandémie d'influenza	4
1.2	Hypothèses pour la planification psychosociale en prévision d'une pandémie d'influenza	7
1.3	Objectifs de la planification psychosociale en vue d'une pandémie d'influenza	9
1.4	Principes de la planification psychosociale	10
2.0	PLANIFICATION PSYCHOSOCIALE	11
2.1	Principales étapes de la planification	11
2.2	Étapes de planification pour chaque phase*	13
2.2.1	Phases 1-3. Objectif : Élaborer, mettre à l'essai et mettre à jour des plans de préparation et d'intervention psychosociales, renforcer la capacité/résilience, établir une communication avec les partenaires et effectuer une évaluation et un contrôle	14
2.2.2	Phase 4. Objectif : Poursuivre la planification des mesures de préparation, établir une communication avec les partenaires et effectuer une évaluation et un contrôle	16
2.2.3	Phase 5. Objectif : Communiquer avec les partenaires, mettre en branle les stratégies de préparation et de développement de la résilience, effectuer une évaluation et un contrôle	16
2.2.4	Phase 6. Objectif : Atténuer le stress aigu, diffuser l'information et mettre en œuvre des plans de développement de la résilience professionnelle et sociale	16
2.2.5	Après le pic (deuxième vague ou vague subséquente). Objectif : Exercer une surveillance et effectuer une évaluation continue, atténuer le stress chronique et la réaction de deuil compliqué, réviser les stratégies, au besoin	17
2.2.6	Période post pandémique. Objectif : Appuyer le rétablissement à court et à long terme, estimer et évaluer (leçons tirées)	17
3.0	INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES	18
3.1	Répercussions sur la santé mentale et comportementale	19
3.2	Diversité et dimensions de la vulnérabilité	21
3.2.1	Sexe	21
3.2.2	Marginalisation économique	21
3.2.3	Marginalisation sociale	22
3.2.4	Déficiences physiques et intellectuelles, besoins médicaux, psychiatriques et en santé mentale	22
3.2.5	Besoins spéciaux sur le plan linguistique ou de la communication	22
3.2.6	Âge	22
3.2.7	Dispensateurs de soins	24
3.2.8	Groupes professionnels	24
3.2.9	Dispensateurs uniques de soins de santé ou de services sociaux	24

3.3	Coordination et satisfaction des besoins fondamentaux	24
3.4	Sensibilisation du public, éducation et relations avec les médias	25
3.5	Normalisation de la vie quotidienne	26
3.6	Éducation et formation du personnel	26
3.7	Programmes de gestion du stress	28
3.8	Liens entre la communication, l'information et le stress	29
3.9	Premiers soins psychologiques	30
3.10	Programme de développement de la résilience professionnelle	31
3.10.1	Principaux éléments des programmes de développement de la résilience professionnelle	33
3.10.2	Suggestions pour venir en aide aux travailleurs	33
3.11	Soutien aux familles et aux collectivités	34
3.11.1	Stratégies de soutien psychosocial à la collectivité	35
3.11.2	Stratégies axées sur la collectivité pour améliorer la résilience	35
3.12	Soutien en cas de deuil	36
3.13	Évaluation, triage et aiguillage	36
3.13.1	Objectifs de l'évaluation psychosociale	37
3.13.2	Stratégies d'évaluation psychosociale	37
3.13.3	Triage, dépistage et aiguillage liés aux problèmes psychosociaux	38
	RÉFÉRENCES	40
	ANNEXE A : RÉPERCUSSIONS PSYCHOSOCIALES ET PLANIFICATION DE LA PANDÉMIE	42
	ANNEXE B : QUESTIONS PSYCHOSOCIALES TOUCHANT LES TRAVAILLEURS DES SERVICES ESSENTIELS	46
	ANNEXE C : CONSEILS POUR LA PLANIFICATION DE LA COMMUNICATION PSYCHOSOCIALE	48
	ANNEXE D : RESSOURCES SUR INTERNET POUR LA PLANIFICATION	49
	ANNEXE E : CONSEILS POUR ASSOCIER LA PLANIFICATION PSYCHOSOCIALE À LA GESTION DES URGENCES	52
	ANNEXE F : LISTE DE CONTRÔLE DE LA PLANIFICATION PSYCHOSOCIALE	53

1.0 Introduction

Le présent document propose un cadre de planification pour faire face aux répercussions psychosociales d'une pandémie d'influenza ou d'une urgence de grande envergure en santé publique et est destiné, entre autres, aux planificateurs œuvrant aux divers paliers de gouvernement et aux organisations non gouvernementales.

D'entrée de jeu, nous expliquons pourquoi il est nécessaire de jeter un éclairage psychosocial sur la planification en prévision d'une pandémie d'influenza, puis nous décrivons les principaux éléments de l'évaluation de la planification d'urgence en santé psychosociale, de l'identification des personnes/populations vulnérables, de l'élaboration et de la mise en œuvre de services de soutien, de l'évaluation et de la modification des programmes et soulignons la nécessité d'une communication et d'un échange d'information intégrés et rapides au sein de tous les ordres de gouvernement, des organisations non gouvernementales, de la population et des médias.

Le cadre de planification proposé décrit en détail les activités pour chaque phase de la pandémie. Ces dernières se fondent sur les dernières recherches sur les dimensions psychosociales des catastrophes, notamment les leçons tirées de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, les mesures de santé publique prises lors des incidents d'exposition au charbon en 2001 et sur le consensus professionnel touchant les pratiques exemplaires pour l'intervention psychosociale à la suite d'une catastrophe.

L'ampleur et la nature des plans précis élaborés à l'aide de ce cadre varieront et tiendront compte de l'éventail des rôles, responsabilités et ressources dans le domaine de la planification qui existent chez les partenaires en planification en vue d'une pandémie à tous les échelons de gouvernement.

La planification psychosociale porte sur un large éventail d'aspects (p. ex., résilience professionnelle, santé et maladies mentales, cohésion sociale, confiance de la population) et mobilise tous les paliers de gouvernement et de nombreux partenaires. Pour bien planifier les mesures psychosociales en cas de pandémie, une coordination et une collaboration sont nécessaires entre de multiples systèmes si l'on veut que les plans améliorent véritablement la capacité d'intervention du Canada en cas de pandémie. Ce processus risque donc de nécessiter des efforts importants et additionnels de la part des responsables de la planification au sein des systèmes de santé, de santé mentale et des autres systèmes de services sociaux, ce qui sera particulièrement difficile pour les organisations ou les collectivités qui disposent de peu de ressources ou ont un accès limité à des ressources pour la planification (humaines, financières, matérielles), p. ex. en milieu rural, en milieu éloigné ou géographiquement dispersé). Le fait de ne pas tenir compte des aspects psychosociaux de la planification en prévision d'une pandémie pourrait cependant avoir un effet domino, torpillant la capacité générale d'intervention du pays, exacerbant d'autres problèmes liés à la pandémie (p. ex., ralentissements économiques, pénuries de main-d'œuvre) et minant la viabilité et la continuité des activités économiques et communautaires à court et à long terme.

Impact prévu sur le système de santé canadien évalué à l'aide des taux d'attaque et du logiciel FluAid des CDC aux É. U. : (ASPC)

- de 4,5 à 10,6 millions de Canadiens deviendraient malades (cliniquement) et seraient incapables d'effectuer leur travail ou d'autres activités pendant au moins 0,5 jour;
- de 2,1 à 5,0 millions de personnes auraient besoin de soins en consultation externe;
- de 34 000 à 138 000 personnes devraient être hospitalisés et se rétablir, et il y aurait de 11 000 à 58 000 décès, les hospitalisations et les décès survenant en un laps de temps relativement court (de 6 à 8 mois) – vagues pandémiques.

Selon les estimations, le nombre de personnes qui s'absenteraient du travail parce qu'elles sont malades ou doivent dispenser des soins varierait entre 10 % et 25 % de la population (US Department of Health and Human Services, 2005; Agence de la santé publique du Canada et ministère des Finances du Canada). En 1999 l'impact économique des effets directs ou indirects sur la santé; il était estimé entre 10 et 24 milliards \$CAN et n'incluait pas d'autres répercussions sociales (p. ex., tourisme, commerce).

Les taux annuels d'utilisation des soins de santé entre une pandémie et durant une année de pandémie ont été comparés à l'aide de données canadiennes (Alberta) :

- 3,7 fois plus de consultations externes;
- 3,9 fois plus d'hospitalisations;
- 8,2 fois plus de décès¹.

1.1 Justification : L'importance de la planification psychosociale en prévision d'une pandémie d'influenza

Les conséquences d'une pandémie d'influenza peuvent grandement dépasser celles associées à tout autre type de catastrophe vécue jusqu'à maintenant. En plus de présenter une menace physique pour la santé, les conséquences secondaires d'une pandémie d'influenza seront considérables. La maladie, la mort, les responsabilités relatives à la prestation de soins et la peur de l'infection exerceront des pressions extrêmes sur le système de santé et contribueront aux pénuries soudaines et importantes de personnel et de ressources dans tous les secteurs. Les taux élevés d'absentéisme, les mesures de santé publique et les craintes suscitées par l'infection peuvent entraîner une perturbation de bon nombre des activités commerciales normales, entraînant des ralentissements économiques importants, en particulier dans le secteur du tourisme et d'autres industries de services connexes. Parfois durant de longues périodes et à plusieurs reprises, certains membres de la collectivité ne pourront pas fréquenter l'école, travailler et participer à de nombreuses activités de loisir, pendant qu'ils doivent composer avec l'incertitude constante associée à cette menace et la douleur d'avoir perdu des amis, des parents et des collègues.

Bien que les catastrophes puissent souvent avoir des répercussions secondaires positives, particulièrement durant la période d'intervention et la période immédiate de rétablissement (p. ex., accroissement de l'altruisme, du bénévolat, du sentiment de cohésion sociale), les mesures de santé publique (p. ex., stratégies d'isolement social) et le fait que la pandémie se prolonge et soit très étendue peuvent affaiblir ce potentiel et exacerber les divisions sociales et les troubles, qui sont aussi fréquents au lendemain des catastrophes². Les multiples répercussions secondaires de la pandémie de même que les répercussions primaires (médicales) ont de sérieuses conséquences sur le bien-être psychologique, affectif, comportemental ou psychosocial des individus et des collectivités.

On n'a qu'à parcourir les études publiées sur l'épidémie de SRAS en 2003 pour comprendre l'importance critique de la planification psychosociale. L'analyse de l'impact psychosocial à long terme du SRAS sur les travailleurs de la santé (TS) met en évidence une augmentation importante des taux d'épuisement professionnel, de détresse psychologique, de stress post-traumatique et de modification de comportement (p. ex., réduction des contacts avec les patients et des heures de travail) chez les TS à l'emploi des hôpitaux qui ont traité les victimes du SRAS comparativement à ceux qui ont œuvré dans d'autres hôpitaux³.

Le SRAS a également provoqué des bouleversements économiques et sociaux disproportionnés, compte tenu des taux relativement limités d'infection (environ 10 000 cas dans le monde) et de mortalité (environ 1 000 décès dans le monde)⁴. L'impact macroéconomique global, par exemple, est estimé entre 30 et 100 milliards de dollars⁵. De même, les études des incidents de contamination par le charbon aux États-Unis (É. U.), en 2001, indiquent que la capacité d'intervention du réseau de santé publique américain (p. ex., US Centres for Disease Control and Prevention [CDC], services de santé publique) était plutôt « frêle » et « soumise à une grande pression » par un incident qui s'est soldé par seulement 22 cas réels⁶ et par la prescription d'antibiotiques à un nombre de personnes qui dépassait le nombre de cas réels par un facteur de plus de 1 300⁷. On s'attend de même à ce que le bilan psychosocial d'une pandémie dépasse de loin le bilan médical, pourtant considérable. Voici certaines des répercussions psychosociales au niveau des individus et des familles :

- difficultés financières et affectives associées à des ralentissements économiques de courte et peut être de longue durée et aux problèmes d'emploi (p. ex., perte d'emploi, sous emploi, pénuries de travailleurs);
- augmentation de l'incidence des problèmes de santé mentale (p. ex., stress, peur, anxiété, dépression, deuil complexe);
- intensification du rôle et du fardeau affectif assumés par certains membres de la famille (p. ex., prestation de plus de soins aux enfants et aux personnes âgées, difficulté d'accès aux soins de santé et aux biens matériels, perte de revenu);
- augmentation de la violence familiale, des toxicomanies et d'autres comportements antisociaux par suite de l'amplification du stress et de la diminution du soutien et des ressources;
- problèmes professionnels, notamment rôle trop lourd et/ou surcharge de travail, stress associé à des rôles, des responsabilités et des lieux de travail non habituels;
- difficultés sociales, notamment exacerbation et renforcement mutuel de l'incertitude et de la peur, augmentation des querelles associées à des tensions intra communautaires;
- détérioration à cause de la peur de l'infection et des mesures de distanciation sociale, des réseaux de soutien social, des coutumes sociales et des mécanismes de soutien communautaire (p. ex., bénévolat, groupes sportifs et culturels) associés à un sentiment d'appartenance et à la résilience aux niveaux individuel et communautaire;

Dans une étude portant sur la façon dont les Américains pourraient réagir à une écloison de variole, environ 40 % des répondants ont indiqué qu'ils ne se feraient pas vacciner même si la vaccination était imposée.

L'adoption et l'application des mesures de santé publique durant une urgence sanitaire ne peuvent être tenues pour acquises – la compréhension des conséquences comportementales d'une pandémie n'est pas seulement un aspect critique des efforts visant à appuyer la résilience sociale et individuelle, elle a aussi des répercussions sur la capacité des gouvernements de mettre en place des stratégies de santé publique et d'intervention d'urgence.

Source : Redefining Readiness Study, affiché à l'adresse : <http://www.redefiningreadiness.net/>

- intensification du stress, de la peur, de l'anxiété découlant de la stigmatisation et de l'exclusion sociale;
- problèmes affectifs et comportementaux associés à une perturbation des activités courantes;
- augmentation du stress et de la détresse découlant des différences réelles ou perçues dans l'accès au soutien psychosocial et aux autres ressources sanitaires en fonction de la géographie; formes de marginalisation sociale, économique et autres; divers facteurs individuels (p. ex., capacité, sexe, problèmes de santé préexistants).

Bien que les gouvernements et les systèmes de santé dans le monde aient consacré des ressources importantes à la planification de la lutte contre la pandémie d'influenza, une très petite part de cette activité a porté sur la gestion, l'atténuation des problèmes psychosociaux et les mesures pour y faire face. S'il est vrai que la planification psychosociale en prévision d'une pandémie peut exiger des ressources additionnelles des planificateurs qui ont déjà de la difficulté à faire face aux besoins, le fait de ne pas tenir compte de ces problèmes pourrait avoir un effet domino qui torpillerait les plans existants. Si on ne les prend pas en considération, les réactions psychosociales des individus et des familles au stress affectif et psychologique prolongé et omniprésent associé à une pandémie peuvent miner toute la capacité d'intervention du Canada pour faire face à la pandémie. Les personnes qui se sentent mal appuyées ou accablées par le stress ou la douleur peuvent être moins disposées à respecter les mesures de santé publique. Les problèmes psychologiques et affectifs non réglés peuvent engendrer des comportements (p. ex., fréquentation accrue des établissements de santé, refus de travailler) qui exacerbent d'autres problèmes associés à la pandémie (p. ex., ralentissements économiques, pénuries de main-d'œuvre) et compromettent la viabilité et la continuité économiques et communautaires à court et à long terme.

Une stratégie globale et multidimensionnelle pour répondre psychosocialement aux réactions affectives, psychologiques et comportementales des gens à une pandémie d'influenza peut atténuer ou prévenir certains de ces effets négatifs et améliorer non seulement la capacité d'intervention du pays mais aussi son rétablissement à long terme. La planification psychosociale en prévision d'une pandémie met l'accent sur l'optimisation de la résilience personnelle et sociale, de la performance au travail et de l'adaptation et l'application probable des mesures de santé publique. Pour ce faire, cette planification doit être multisectorielle, holistique et miser sur la collaboration tout en appuyant et en favorisant les alliances avec le système de santé (p. ex., soins médicaux, santé publique, santé mentale, santé des Autochtones) et d'autres systèmes (p. ex., services sociaux) et en intégrant l'expertise des personnes qui fournissent déjà une aide psychosociale et qui œuvrent dans le domaine de la planification psychosociale en cas de catastrophe. Comme pour toutes les activités de planification d'urgence et en cas de catastrophe, le processus de planification est tout aussi important, sinon plus, que le plan dont il en résulte. Pour être efficace, la capacité d'intervention d'urgence doit compter sur la qualité des relations établies (p. ex., sentiment de confiance, coopération et collaboration) et la contribution des personnes directement et indirectement touchées et visées par les plans.

La prise en compte des impacts psychosociaux d'une pandémie s'apparente étroitement à la pratique de la communication du risque. La communication du risque consiste à produire, à échanger et à diffuser des renseignements adéquats pour permettre aux autorités responsables de gérer les situations à risque et aux personnes intéressées (celles qui sont à risque ou qui se perçoivent comme étant à risque) de prendre des décisions éclairées. Elle vise à faciliter le dialogue et l'échange de renseignements essentiels entre les intéressés et les autorités. Cette mesure de santé publique peut être vitale parce qu'elle préconise la préparation de stratégies de communication et d'atténuation du risque qui s'inspirent des réalités sociales, culturelles et politiques propres à la situation. L'atténuation des impacts psychosociaux d'une urgence en santé publique est donc un des effets clés d'une communication efficace du risque.

1.2 Hypothèses pour la planification psychosociale en prévision d'une pandémie d'influenza

Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (PCLCPI) se fonde sur une série d'hypothèses de planification décrites précédemment dans le Plan. Bien que les meilleures pratiques de planification dans le domaine de la gestion d'urgence mettent en général l'accent sur l'approche tous risques, on reconnaît maintenant que la planification en prévision d'une pandémie d'influenza et d'autres catastrophes de grande envergure en santé publique (p. ex., attentat terroriste impliquant des agents chimiques, biologiques, nucléaires, radiologiques ou explosifs) comporte des difficultés particulières (p. ex., infrastructure intacte mais taux élevés d'absentéisme et crise de longue durée).

Les hypothèses de planification sur lesquelles se base le présent cadre découlent d'un consensus qui règne actuellement parmi les professionnels concernant la réaction humaine à un stress extrême et à des urgences de grande envergure. Elles reconnaissent également qu'une stratégie psychosociale efficace requiert une réponse adaptée au contexte* qui tient compte de l'influence des facteurs sociaux, culturels, économiques et personnels⁸, ainsi qu'une analyse des répercussions psychosociales issues des hypothèses de planification sur lesquelles repose le cadre du PCLCPI. Par exemple, le PCLCPI s'appuie sur l'hypothèse qu'une dose standard d'antiviral pourra être administrée à tous ceux qui ont besoin d'un traitement précoce. Sur le plan psychosocial, cette hypothèse a comme effet général de rassurer et de maintenir la confiance en l'équité et l'efficacité des mesures prises par le gouvernement pour lutter contre les premiers problèmes associés à une pandémie d'influenza.

Cependant si la dose requise doit être accrue, il n'est pas certain que ce type d'accès universel sera possible aux premiers stades d'une épidémie. La façon dont les décisions sont prises quant à l'ordre de priorité dans ce scénario et la manière dont cette information est communiquée aux travailleurs de la santé et à la population déclencheront d'autres réactions psychosociales. De même, on suppose que la demande de ressources et d'installations sanitaires sera telle que celles-ci ne seront pas accessibles à tous, ce qui nécessitera l'établissement d'un ordre de priorité pour les stratégies de traitement. L'un ou l'autre de ces scénarios peuvent entraîner plusieurs réponses :

- comportements de peur et basés sur la peur (p. ex., utilisation accrue des hôpitaux, colère à l'endroit de ceux qui ont reçu des médicaments);
- intensification du stress moral et de l'anxiété chez les responsables chargés de prendre et de mettre en œuvre les décisions concernant l'ordre de priorité des traitements;
- stigmatisation possible de ces décideurs ou des personnes perçues comme ayant un accès privilégié aux traitements et/ou aux médicaments;
- augmentation de la peur, de l'anxiété, de la colère et présence possible de tristesse chez ceux qui perçoivent les inégalités et/ou qui perdent des êtres chers par suite de telles décisions thérapeutiques;
- diminution de la confiance de la population qui mine l'adoption et l'application d'autres mesures d'urgence ou de santé publique. [Voir l'annexe A, qui donne un aperçu des autres répercussions psychosociales issues des principales hypothèses de planification en prévision d'une pandémie].

Une planification psychosociale efficace prévoirait ces réponses possibles et établirait des plans en conséquence grâce aux moyens suivants :

- éducation de la population et formation du personnel;

* Pour une description complète des lignes directrices opérationnelles relatives au soutien psychosocial dans les urgences de grande envergure et autres, voir : Seynaeve⁸.

- prise en compte non seulement du contenu des communications destinées à la population mais également du processus de communication (comment, qui et à qui);
- élaboration et mise en œuvre de stratégies pour aider les travailleurs et la population à gérer de façon plus efficace leur stress et leur peur ainsi que les émotions et les comportements des autres.

En plus de tenir compte des répercussions psychosociales issues d'autres hypothèses de planification en vue d'une pandémie, le présent cadre se fonde sur des hypothèses psychosociales précises, notamment :

- Les conséquences affectives, comportementales et sociales (psychosociales) d'une pandémie d'influenza seront très répandues, vu que le taux d'attaque clinique devrait se situer, selon les estimations, entre 15 % et 35 % de la population, les taux d'absentéisme prévus variant entre 10 % et 25 % durant les périodes pandémiques de pointe;
- Nouvelle menace « invisible » de longue durée (p. ex., plusieurs vagues d'infection sur une période de 12 à 18 mois), la pandémie d'influenza engendrera beaucoup d'incertitude, d'anxiété et de stress, entraînant ainsi une exposition prolongée à un stress extraordinaire et chronique. L'ampleur du « bilan » psychosocial d'une catastrophe dépasse souvent de loin le bilan « médical »⁷;
- L'exposition à un stress extrême et/ou prolongé risque de compromettre de façon importante l'immunité, la guérison et le rétablissement et la santé en général et/ou d'aggraver les maladies existantes. Un tel stress est un facteur de risque de problèmes de santé physique, mentale et sociale et est associé à divers troubles physiques (p. ex., maladies du cœur), à des maladies chroniques, à des problèmes de santé psychosociale (p. ex., stress post traumatique, dépression, anxiété, toxicomanies, violence familiale);
- Les personnes sont en général résilientes et ont développé des mécanismes individuels pour faire face au stress qui sont plus ou moins efficaces et tiennent compte de leur accès plus ou moins grand à des ressources (p. ex., ressources affectives, cognitives et personnelles; réseaux de soutien social; ressources économiques et matérielles). Par définition, les catastrophes, même si elles ne les dépouillent pas de ces ressources, peuvent les accabler par leur force. Le caractère nouveau et prolongé des difficultés inhérentes à une pandémie risque de dépasser la capacité de certaines personnes et/ou de certains groupes de réagir efficacement;
- Le fait de partager une expérience commune peut accroître le sentiment d'appartenance, la réciprocité et le soutien mais peut également exacerber les sentiments de détresse, d'impuissance et les autres émotions difficiles et contribuer à l'impression d'être dépassé par les événements;
- Les conséquences psychosociales seront de gravité et de durée variées et comprendront notamment :
 - une augmentation du taux d'incidence de troubles psychiatriques et/ou une exacerbation de troubles psychiatriques préexistants (p. ex., dépression, anxiété et toxicomanies);
 - des comportements dictés par la peur et une difficulté à prendre des décisions;
 - une altération des fonctions cognitives, sociales et familiales;
 - une diminution de la performance au travail et à l'école.
- N'importe laquelle de ces conséquences psychosociales, y compris n'importe quel trouble psychiatrique/psychologique peut apparaître :
 - chez les personnes qui ne sont pas physiquement ou médicalement touchées par l'influenza;
 - chez les personnes qui souffrent d'une maladie ou d'une blessure concomitante ou qui réagissent à la présence d'une blessure ou d'une maladie chez quelqu'un d'autre;

- en réponse à des conséquences sociales, économiques et d'autres conséquences secondaires d'une pandémie.

- L'élaboration d'un plan complet de soutien psychosocial et l'institutionnalisation de programmes de résilience professionnelle et sociale atténueront la gravité des conséquences psychosociales indésirables de la pandémie;
- Les taux d'absentéisme peuvent influencer sur les activités de planification et d'intervention psychosociales;
- Pour s'assurer que le soutien psychosocial est efficace, il faut comprendre que les connaissances donnent du pouvoir et constituent un élément critique de la réduction du stress. Dans les processus de décision, une approche efficace de la communication du risque tient compte des valeurs des personnes dans les processus de prise de décisions et adapte les stratégies de communication (contenu et processus) à leurs perceptions et à leur compréhension du risque. Cette approche repose sur le principe que la transparence accroît la confiance, le sentiment d'avoir du pouvoir et facilite la coopération lors de la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie et des stratégies de rétablissement;
- Un soutien psychosocial efficace est basé sur la compréhension que les individus et les collectivités ont des capacités, des besoins et des vulnérabilités uniques et qu'il est nécessaire de faire preuve d'une certaine créativité et de souplesse dans la mise sur pied et la prestation de services. Une intervention psychosociale efficace repose sur des pratiques fondées sur des preuves et la participation des personnes qui ont une expérience en première ligne de la planification et de la prestation de services de l'intervention en cas de catastrophe psychosociale...

1.3 Objectifs de la planification psychosociale en vue d'une pandémie d'influenza

Le premier objectif d'une intervention psychosociale à la suite d'une catastrophe ou d'une urgence en santé publique est de rétablir et d'accroître la capacité des personnes de reprendre leur vie en comblant leurs besoins sociaux, affectifs, psychologiques et physiques. On soutiendra et renforcera entre autres les systèmes sociaux (p. ex., réseaux de soutien social) et aidera les personnes à retrouver un sentiment de maîtrise, à réduire leur tension psychologique, à gérer efficacement le stress et à améliorer leurs stratégies d'adaptation. Un certain nombre d'objectifs particuliers sont visés :

- Protéger et promouvoir la résilience et le bien-être psychosociaux;
- Atténuer, prévenir ou traiter les problèmes de santé mentale et/ou comportementaux qui apparaissent chez les individus lors d'une catastrophe et/ou du processus ultérieur de rétablissement;
- Maintenir ou rétablir un sentiment de confiance, de compétence, d'efficacité et d'assurance;
- Maintenir ou accroître la capacité d'adaptation au stress et à la détresse, la capacité de répondre aux effets indésirables d'une catastrophe en suscitant un sentiment d'emprise et de responsabilité sur sa et en orientant les individus vers l'action;
- Appuyer la volonté et la capacité des travailleurs de continuer à travailler;
- Accroître l'appui et le respect des autres mesures de santé publique;
- Appuyer l'élaboration de plans qui comportera une évaluation rapide des besoins psychosociaux, des ressources et des vulnérabilités, notamment l'identification des personnes présentant des vulnérabilités particulières, et une évaluation continue de l'efficacité des programmes et des stratégies de soutien;

- Augmenter la capacité du Canada d'intervenir efficacement lors des catastrophes et des urgences en santé publique.

1.4 Principes de la planification psychosociale

Les lignes directrices pour la planification et la gestion d'une intervention psychosociale en réponse à une pandémie s'inspirent de principes humanitaires centraux (p. ex., valorisation des droits humains et de l'équité). La planification psychosociale devrait faire en sorte que les services de santé mentale, les services psychiatriques et de soutien psychosocial soient disponibles et accessibles de la façon la plus juste possible pour les populations touchées, quels que soient le lieu de travail, la langue et les facteurs individuels (p. ex., sexe, âge, origine ethnique, lieu géographique).

- Un soutien psychosocial efficace repose sur la valeur fondamentale de la participation et de la nécessité que différents groupes aient une emprise sur les décisions qui touchent leur vie et s'approprient les mesures prises à l'échelle locale. Il faudrait s'efforcer de faire participer au processus de planification des représentants des personnes qui vivent des problèmes particuliers qui les rendent vulnérables (p. ex., réduite mobilité des facultés cognitives, dépendance vis à vis de la dialyse) des interventions ou du matériels médical) ou qui font face à certaines barrières limitant leur accès à l'information et/ou aux ressources ou leur capacité d'agir après avoir reçu cette information (p. ex., sexe, âge, langue, pauvreté, géographie);
- Les programmes et les interventions devraient exploiter et mobiliser les ressources locales et celles des individus, des familles et des collectivités. Ils devraient appuyer et renforcer les ressources existantes (p. ex., agences des services sociaux, ressources pour le soutien familial, programmes de counseling et de santé mentale) et favoriser leur durabilité;
- Le soutien et les soins psychosociaux dispensés aux individus et aux collectivités portent sur des questions très délicates, notamment les valeurs culturelles et les compétences, mais on ne dispose pas, un large corpus de données scientifiques qui existe dans certaines autres disciplines. Pour cette raison, les programmes psychosociaux devraient s'inspirer des données de recherche et des leçons tirées d'autres catastrophes et mettre l'accent sur une approche de collaboration concertée qui réduit au minimum les lacunes et le dédoublement inutile des services;
- Par nature, le soutien psychosocial est multidimensionnel et doit intégrer plusieurs stratégies. Il requiert donc un processus de planification qui mise sur la collaboration et au coordonné et rassembleur. Il devrait tenir compte de la modification dans les rôles, les responsabilités et l'accès aux ressources entre les partenaires et, parallèlement, de la nécessité d'assurer l'uniformité des objectifs de planification et de l'accès au soutien psychosocial et aux ressources;
- La majorité des personnes touchées qui sollicitent de l'aide veulent obtenir un soutien social, pratique et financier, et non des interventions de counseling ou en santé mentale. Toutefois, les premières mesures entreprises peuvent avoir un effet positif ou négatif sur la santé mentale. Pour qu'une intervention psychosociale en cas de catastrophe et d'une urgence en santé publique soit efficace, il faut adopter une approche intégrée et proactive afin d'atteindre un plus large éventail de personnes, de réduire la stigmatisation associée aux services de santé mentale et de maximiser la durabilité;
- Le soutien psychosocial prend en considération différents types de besoins, notamment les soins psychosociaux de base, le traitement spécialisé des problèmes de santé mentale et/ou des troubles psychiatriques/psychologiques, le soutien à la famille et à la collectivité, l'éducation et la formation en gestion du stress et les services spécialisés destinés aux intervenants et à la population (p. ex., premiers soins psychologiques);

- Les plans et les services des programmes psychosociaux devraient être révisés de façon continue afin d'évaluer les effets directs sur la santé et les conséquences indirectes, comme les impacts sociaux et économiques; au besoin, on mettra à jour les plans pour intégrer les améliorations et les recommandations;
- Une planification et une intervention psychosociales efficaces passent par une définition claire du leadership, des rôles et des responsabilités en ce qui concerne l'orientation et la prestation du soutien psychosocial. De plus, le soutien psychosocial doit être clairement lié et intégré aux autres fonctions associées aux urgences médicales et aux urgences en santé publique.

2.0 Planification psychosociale

Les aspects particuliers d'une planification psychosociale en vue d'une pandémie varieront d'un palier de gouvernement à l'autre pour tenir compte des différences dans les rôles et responsabilités. Cependant, de façon générale, on retrouve quatre principaux éléments : l'évaluation psychosociale, l'identification de certaines populations à risque, la mise sur pied et la prestation de services de soutien, l'évaluation et la modification de programmes. Les programmes psychosociaux intégrés s'inspirent, bien que différents, des interventions et des stratégies classiques de counseling ou de santé mentale. Le counseling vise en particulier à évaluer et à traiter des troubles psychiatriques/psychologiques tels que définis dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*⁹ ou la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*¹⁰, alors que les programmes psychosociaux reposent sur le principe de la résilience* et mettent l'accent sur l'adoption d'un vaste éventail de stratégies de soutien.

Les personnes qui s'occupent de la planification psychosociale en vue d'une pandémie devront tenir compte de leur propre contexte particulier, de la culture organisationnelle, des rôles et des responsabilités et des caractéristiques de leurs employés afin d'adapter les programmes psychosociaux aux besoins, aux capacités et aux vulnérabilités spécifiques des personnes visées par ces plans. L'efficacité d'un plan dépendra cependant du degré de coordination et de la compatibilité avec d'autres plans d'urgence, procédures et partenariats avec des organisations FPT locales et non gouvernementales (p. ex., organisations communautaires religieuses) appuyant une élaboration et une mise en œuvre concertées.

2.1 Principales étapes de la planification

La planification psychosociale commence par la reconnaissance des conséquences psychologiques, affectives et comportementales d'une pandémie d'influenza (p. ex., baisse de la confiance, augmentation du stress, absence de coopération avec les mesures de santé publique). Il faut être conscient, entre autres de la possibilité que le risque soit amplifié par les médias et entraînant une « contagion » de la peur découlant d'une mauvaise information ou de l'absence d'information. Voici quelques unes des étapes clés dans le processus de planification :

- effectuer des évaluations des ressources sur place et des espaces existants pour voir s'il y a des employés disponibles dans les refuges, les écoles, les gymnases, les maisons de santé, les garderies, et d'autres sites potentiels de prestation de soins psychosociaux regroupés et identifier les dispensateurs existants ou potentiels de services de soutien psychosocial;

* La résilience désigne la capacité des personnes et des collectivités d'agir de façon à améliorer leur capacité de réagir efficacement dans des situations stressantes. Ce n'est pas une qualité statique; c'est un processus qui peut être développé et renforcé avec le temps par une participation active à l'échelle individuelle et communautaire.

- évaluer les besoins psychosociaux connexes de la collectivité, des individus et de leur famille, ainsi que des intervenants d'urgence, des travailleurs de la santé et de leur famille, en coopération avec les centres de santé locaux/régionaux;
- élaborer du matériel éducatif et des stratégies de communication multi médias adaptés à la culture et en plusieurs langues qui répondent aux besoins d'information de plusieurs intervenants, tout en tenant compte des différences culturelles et de leur impact sur les habitudes de santé et les soins personnels et les barrières qui limitent l'accès à l'information, notamment l'accès à la technologie et les impératifs culturels et linguistiques;
- former des personnes en soutien psychosocial, désigner et former des équipes multidisciplinaires qui pourraient offrir des services en établissement communautaires et de dépannage durant une pandémie;
- élaborer des stratégies de communication et du matériel éducatif multi médias en plusieurs langues qui répondent aux besoins d'information de plusieurs intervenants, tout en tenant compte des différences culturelles et de leur impact sur les habitudes de santé et les soins personnels et des barrières qui limitent l'accès à l'information, notamment l'accès à la technologie et les impératifs culturels et linguistiques;
- mettre au point le matériel et les moyens de fournir continuellement une information exacte aux travailleurs et à la population en ce qui concerne la propagation de l'infection, les stratégies d'intervention et la façon de gérer efficacement la peur, l'anxiété, le stress et d'autres réactions émotives et comportementales à une pandémie de grippe. On tiendra compte notamment du contenu et du mode de présentation et on déterminera qui devra présenter l'information afin que l'assimilation des messages et la confiance des personnes soient maximisées;
- éduquer les dispensateurs de soins, les intervenants psychosociaux et la population en ce qui concerne les conséquences psychosociales d'une pandémie d'influenza et les stratégies pour réduire ces conséquences (p. ex., premiers soins psychologiques, gestion du stress). On devrait entre autres discuter des effets du stress sur les processus de prise de décisions, les relations et la communication;
- éduquer les dispensateurs de soins et la population en ce qui concerne les raisons à la base de toutes interventions et leurs avantages et risques potentiels, y compris les interventions pharmaceutiques, médicales et psychosociales;
- mettre au point des stratégies et des ressources qui aideront les collectivités et les organisations compétentes à continuer de fournir des services d'information et d'éducation sur le soutien psychosocial, en utilisant des moyens classiques (p. ex., séminaires, formation) et non classiques (p. ex., en ligne, lignes d'information psychosociale – lignes de réconfort) en plusieurs langues et sur une longue période (durant la pandémie et après);
- élaborer, intégrer et mettre en œuvre des programmes de développement de la résilience professionnelle afin d'aider les travailleurs de première ligne (p. ex., ceux qui sont les premiers à intervenir et à accueillir les victimes) et d'autres travailleurs à gérer le stress émotionnel durant l'intervention liée à une pandémie d'influenza et de régler les problèmes personnels, professionnels et familiaux connexes;
- initier le personnel dispensant des soins psychosociaux et d'autres soins de santé ainsi que les intervenants d'urgence à la façon d'offrir des services immédiats de soutien psychosocial adaptés aux symptômes et à la culture, des services de triage et d'évaluation dans le cas des problèmes psychologiques plus graves qui nécessitent une intervention plus spécialisée et d'orienter adéquatement les cas. La formation devrait tenir compte des niveaux antérieurs de formation et

des différences entre l'aide psychosociale après une catastrophe et les interventions classiques en santé mentale, en counseling, en psychiatrie et lors d'autres interventions;

- offrir une formation (intégrée dans les plans) à des partenaires communautaires potentiels qui peuvent fournir des conseils aux dispensateurs de soins psychosociaux (p. ex., conseillers, psychologues, travailleurs sociaux, organisations religieuses);
- élaborer des plans de rétablissement psychosocial après une pandémie qui prend en considération les phases de la pandémie et le processus de rétablissement à long terme.

Conseils pour faciliter l'intégration de la planification psychosociale avec d'autres processus de planification d'urgence

- Établir les grandes lignes de la structure organisationnelle/communautaire/gouvernementale de gestion des urgences durant une crise de façon à mettre en lumière l'intégration des mesures psychosociales. Les plans psychosociaux devraient tenir compte de l'interface entre les administrations locales, régionales, FTP et les autorités sanitaires de façon à répertorier les ressources et les services et à éliminer les chevauchements inutiles.
- Consulter les collectivités/organisations voisines pour évaluer les ressources et élaborer des plans psychosociaux qui sont cohérents et coordonnés, en réduisant encore une fois tout chevauchement inutile et en maximisant le partage des ressources.
- Évaluer et appuyer une formation destinée aux employés qui contribuera à promouvoir leur résilience (p. ex., gestion du stress) ainsi qu'une formation qui s'adresse particulièrement à ceux qui effectuent des interventions psychosociales (p. ex., premiers soins psychologiques, communication en temps de crise).
- Élaborer des plans d'urgence qui prévoient des ententes d'aide et de soutien mutuels entre les organismes/organisations du domaine de la santé, des services sociaux et autres qui participent aux interventions psychosociales. Envisager des plans régionaux qui peuvent atténuer les effets ou la durée des interruptions potentielles de services susceptibles de compromettre l'accès aux services de santé mentale, la réception d'une aide sociale/économique, l'approvisionnement en aliments et à d'autres services communautaires.
- Veiller à ce qu'un processus continu d'évaluation soit en place pour permettre de mesurer la formation et les interventions de l'améliorer et de l'adapter en tenant compte d'autres cadres de planification, au besoin.

2.2 Étapes de planification pour chaque phase*

Pour chaque phase de la pandémie d'influenza, des mesures et des activités particulières devront être mises en œuvre pour répondre aux exigences et aux besoins psychosociaux qui verront le jour. En concordance avec les phases pandémiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le cadre qui suit présente certaines étapes de planification suggérées pour chaque phase :

* Vu que les plans de l'Organisation mondiale de la Santé en prévision d'une pandémie sont constamment modifiés, il faudra revoir et mettre à jour cette section afin de déterminer s'il y a lieu d'apporter des changements aux phases qui ont été adoptées dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

2.2.1 Phases 1 à 3. Objectif : Élaborer, mettre à l'essai et mettre à jour des plans de préparation et d'intervention psychosociales, renforcer la capacité/résilience, établir une communication avec les partenaires et effectuer une évaluation et un contrôle

Voici les activités particulières qui devraient être entreprises durant les phases 1 à 3 :

- Dans la mesure du possible, constituer un groupe ou une équipe de travail multidisciplinaire interagences/multisectoriel/le de planification psychosociale. La création d'un groupe/équipe de travail de planification inclusif/ve dans les premiers stades de la planification permettra d'obtenir un plan plus intégré et global et favorisera l'adoption du plan et la coopération de la part d'un large éventail de partenaires. Le groupe pourrait comprendre des représentants de divers établissements de santé (p. ex., foyers de groupe, établissements de soins de longue durée et de soins critiques, hôpitaux), d'organismes/organisations qui dispensent des services sociaux et de santé mentale et des associations professionnelles (p. ex., Société canadienne de psychologie, Association canadienne de counseling) :
 - identifier et recruter des partenaires en planification au sein de l'administration locale, des organisations/autorités sanitaires et des organismes et associations communautaires de premier plan dans le domaine de la santé mentale, des services sociaux et du counseling;
 - s'assurer que des représentants des principaux sous groupes ethniques, culturels, professionnels ou autres (p. ex., principaux groupes vulnérables/à risque élevé, communautés spirituelles au sein de la collectivité, du système ou de l'établissement) participent;
 - établir un mandat qui intègre de façon holistique les effets psychologiques, comportementaux et sociaux d'une pandémie dans tous les plans d'urgence/de lutte contre une pandémie;
 - veiller à ce que les principaux intervenants dans les plans psychosociaux connaissent leurs rôles et leurs responsabilités, aient l'occasion de mettre à l'essai les plans, et d'intégrer les préoccupations psychosociales dans d'autres exercices communautaires ou organisationnels en prévision d'une pandémie;
 - encourager ceux qui participent à désigner et à former des remplaçants pour tous les postes clés afin d'assurer la continuité des activités advenant une maladie et/ou un décès.
- Passer en revue les lois et les plans de préparation d'urgence.
- Effectuer des recherches (structurées et non structurées) pour s'assurer que les décisions en matière de planification reposent sur les meilleurs renseignements disponibles.
- Déterminer les facteurs particuliers qui déclenchent la mise en œuvre des programmes psychosociaux.
- Intégrer les organisations et organismes avec des bassins existants de bénévoles dans le processus de planification, car ils constitueront une ressource importante durant une pandémie.
- Identifier les partenaires qui dispensent des services psychosociaux en cas de catastrophe, notamment les ministères compétents, les représentants de partenaires non gouvernementaux et communautaires dans le domaine de la santé (p. ex., hôpitaux, médecins de première ligne, établissements communautaires de santé mentale, de santé publique, de soins de longue durée) et ceux qui peuvent être mobilisés pour dispenser des services psychosociaux en cas de désastre, et promouvoir la coordination des services avec tous ces partenaires.
- Recommander aux établissements de santé et aux autorités sanitaires d'envisager l'intégration de services de soutien psychosocial dans les plans de préparation d'urgence et de santé au travail en prévision d'une pandémie d'influenza.
- Examiner les besoins en matière d'échange d'information avec les responsables de la planification d'urgence dans d'autres organisations/organismes sanitaires locaux/régionaux, les écoles, les forces de l'ordre et les entreprises locales.
- Élaborer des plans précis de soutien psychosocial qui tiennent compte des éléments suivants :
 - plans d'urgence pour des scénarios psychosociaux probables durant les périodes d'intervention et de rétablissement;
 - coordination de la planification avec les partenaires provinciaux, régionaux et locaux, notamment les organismes, les organisations non gouvernementales et les organisations communautaires qui œuvrent déjà dans le domaine de la formation et/ou la prestation de services en matière de soutien psychosocial;
 - élaboration/prestation d'une formation psychosociale destinée aux professionnels de la santé mentale (p. ex., travailleurs sociaux, psychiatres, infirmières autorisées et psychiatriques, psychologues, conseillers) et/ou aux membres de la collectivité qui peuvent aider le personnel ou les collectivités aux prises avec des problèmes de deuil, de stress, d'épuisement, de colère et de peur durant une urgence;
 - dans la mesure du possible, offre d'une formation similaire à d'autres travailleurs (p. ex., cliniciens de première ligne, personnel des services d'urgence, personnel médical/chirurgical, personnel en santé et sécurité, personnel en santé comportementale, aumôniers, dirigeants communautaires, personnel d'organisations culturelles et religieuses);
 - élaboration et institutionnalisation de plans de développement de la résilience professionnelle (p. ex., veiller à ce que des politiques, des procédures et des indicateurs de performance soient en place et que les administrateurs, les gestionnaires et les superviseurs ainsi que les travailleurs les connaissent bien et qu'ils utilisent les ressources de soutien pour eux mêmes et leur famille);
 - élaboration de stratégies pour fournir aux travailleurs (en particulier aux travailleurs des services essentiels et aux travailleurs de la santé) un soutien pratique pour le soin des enfants des personnes âgées et pour les autres besoins spéciaux qui peuvent influencer sur leur capacité/volonté de se présenter au travail durant une pandémie;
 - détermination, élaboration et distribution du matériel d'information, de formation et de planification pertinent, notamment du matériel de soutien professionnel;
 - vérification de la vulnérabilité et de la capacité afin de déterminer et de combler les lacunes dans la capacité et la planification actuelles en matière d'intervention psychosociale.
- Prendre contact avec les intervenants compétents (employés, membres de la collectivité, partenaires institutionnels et communautaires) pour s'assurer qu'ils sont au courant de la phase 3 de la pandémie (infections humaines par un nouveau sous type du virus de l'influenza).
- Désigner une personne ressource officielle qui recevra et communiquera les mises à jour.

2.2.2 Phase 4. Objectif : Poursuivre la planification des mesures de préparation, établir une communication avec les partenaires et effectuer une évaluation et un contrôle

S'il y a activité pandémique au Canada ou dans sa province, se reporter aux puces de la phase 5.

En l'absence d'activité pandémique au Canada ou dans sa province respective :

- s'assurer que tous les partenaires communautaires et en santé psychosociale sont au courant de la phase 4 (petites grappes de cas de transmission humaine d'un nouveau sous type du virus de l'influenza);
- promouvoir la surveillance continue des bulletins de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), des CDC et de l'OMS concernant les mises à jour cliniques, s'il y a lieu;
- examiner et mettre à jour les plans d'urgence et d'intervention en cas de pandémie d'influenza ainsi que les ententes de partenariat pour s'assurer que tout est clair en ce qui concerne les autorités responsables, les rôles, les responsabilités et les mandats.

2.2.3 Phase 5. Objectif : Communiquer avec les partenaires, mettre en branle les stratégies de préparation et de développement de la résilience, effectuer une évaluation et un contrôle

- Veiller à ce que tous les intervenants concernés (p. ex., employés, dispensateurs, membres de la collectivité et partenaires en planification) sachent qu'il y a une pandémie d'influenza dans la province afin de s'assurer que l'intervention psychosociale est adéquate.
- Continuer d'examiner les plans d'urgence et d'intervention en cas de pandémie d'influenza, les stratégies d'activation et les canaux de communication pour les catastrophes en santé publique de grande envergure.
- Activer les programmes de développement de la résilience professionnelle (s'ils ne sont pas déjà activés).
- Surveiller les bulletins des organismes gouvernementaux/sanitaires compétents (p. ex., CDC, OMS et ASPC) concernant les mises à jour cliniques, s'il y a lieu.

2.2.4 Phase 6. Objectif : Atténuer le stress aigu, diffuser l'information et mettre en œuvre des plans de développement de la résilience professionnelle et sociale

- Appliquer les plans en cas de catastrophe en santé publique de grande envergure et activer pleinement les plans d'intervention psychosociale.
- Veiller à ce que la personne ressource désignée soit disponible pour recevoir les mises à jour des organismes gouvernementaux compétents (p. ex., OMS, CDC et ASPC) ainsi que celles des autres partenaires, intervenants et organisations non gouvernementales.
- Activer les stratégies d'évaluation/de surveillance afin d'évaluer l'efficacité des stratégies/programmes psychosociaux, les nouvelles demandes, les lacunes, etc., et réaffecter les ressources, au besoin.
- Travailler avec les partenaires en planification pour coordonner l'affectation des ressources psychosociales disponibles durant une pandémie, notamment les ressources des secteurs privé, public et bénévole.

- Évaluer l'efficacité de l'intervention locale et la capacité locale disponible.
- Porter une attention particulière aux besoins spécifiques de ceux qui dispensent des services essentiels, notamment ceux qui fournissent des services de soutien psychosocial.
- services essentiels, notamment ceux qui fournissent des services de soutien psychosocial.
- Surveiller les bulletins des organismes gouvernementaux/sanitaires compétents (p. ex., CDC, OMS et ASPC) concernant les mises à jour cliniques, s'il y a lieu.

2.2.5 Après le pic (deuxième vague ou vague subséquente). Objectif : Exercer une surveillance et effectuer une évaluation continue, atténuer le stress chronique et la réaction de deuil, réviser les stratégies,

- Poursuivre, au besoin, les activités énumérées pour la phase 6 de la pandémie.
- Examiner, évaluer et modifier, au besoin, l'intervention psychosociale en cas de pandémie en portant une attention particulière à la santé psychologique, comportementale et physique des travailleurs qui dispensent des services essentiels et occupent des postes à risque élevé, qui exercent des rôles non traditionnels et qui travaillent dans des secteurs/programmes où la demande de services est forte et/ou les taux d'absentéisme sont élevés.
- Vérifier les besoins en ressources et en personnel.

2.2.6 Période post pandémique. Objectif : Appuyer le rétablissement à court et à long terme, estimer et évaluer (lacunes et points forts)

- Mesurer la capacité de reprendre les activités normales.
- Instaurer des plans de rétablissement psychosocial.
- Évaluer et prévoir la nécessité d'une transition à des services spécialisés de santé mentale, de psychiatrie et/ou de counseling pour ceux qui peuvent toujours avoir besoin d'un tel soutien durant le processus de rétablissement à plus long terme.
- Évaluer l'impact financier de l'intervention en cas de pandémie.
- Modifier l'intervention et les plans en cas de pandémie d'influenza à la lumière des lacunes et des points forts vécus pendant l'expérience.

Le soutien psychosocial est aussi essentiel durant le rétablissement que durant l'intervention. Le rétablissement après une catastrophe peut être complexe/frustrant comportant plusieurs démarches bureaucratiques (p. ex., accès à l'aide financière du gouvernement). C'est un processus de longue durée que bon nombre des personnes touchées trouvent plus stressant que la catastrophe ou l'urgence elle-même. Voici quelques unes des stratégies de soutien possibles durant le rétablissement :

- Continuer de promouvoir les programmes de gestion du stress et de développement de la résilience professionnelle pendant que les travailleurs et les organisations se remettent de la crise.
- Évaluer la nécessité d'offrir un soutien professionnel continu (p. ex., soutien psychiatrique, counseling, soutien en santé mentale) durant le processus de rétablissement à long terme.
- Continuer de s'assurer que le contenu et la prestation des services de soutien psychosocial sont inclusifs, en tenant compte des besoins différents sur le plan du développement (p. ex., enfants, adultes âgés), des capacités physiques et mentales, des valeurs culturelles et ethniques, des réalités linguistiques et d'autres aspects de la diversité.

- Utiliser les services psychosociaux dans la collectivité pour identifier les individus/groupes vulnérables et offrir des programmes communautaires continus de gestion du stress et de soutien en cas de deuil.
- Aider les collectivités à organiser des cérémonies commémoratives.
- Réorganiser les sites Internet d'information sur la pandémie et les lignes de dépannage pour fournir de l'information sur le rétablissement.
- Faire participer la collectivité aux plans et aux interventions de rétablissement économique et social, ce qui est une façon de confirmer la pertinence de ces services et d'accroître la cohésion sociale, la stabilité et le rétablissement.
- Prévoir les besoins à plus long terme en matière de rétablissement, tenir compte notamment des dates importantes (p. ex., anniversaires des pointes maximales de la pandémie lorsque les taux de mortalité étaient les plus élevés) et du stress constant associé à la reconstruction (p. ex., économique, professionnelle, sociale) à l'échelle individuelle et collective.

3.0 Interventions psychosociales

L'objectif des interventions psychosociales est de renforcer la résilience et la capacité naturelle des individus ou des groupes touchés afin de faire face aux difficultés. Ces interventions se fondent sur un certain nombre de principes éthiques, notamment le respect des besoins, des capacités et des ressources uniques et propres de chaque individu.

Pour pouvoir offrir un soutien psychosocial, il faut évaluer soigneusement les capacités et les vulnérabilités, en particulier lorsqu'on travaille avec des populations qui risquent davantage de vivre des problèmes particuliers (p. ex., mobilité, audition, dépendance des autres).

Tous les programmes psychosociaux ne requièrent pas nécessairement les services de professionnels de la santé mentale, mais l'expertise de ces derniers peut être sollicitée afin d'éviter de causer des préjudices en intervenant ou en omettant d'intervenir.

Une évaluation psychologique et une orientation peuvent être nécessaires dans le cas des personnes qui développent un problème de santé mentale ou dont le problème existant est exacerbé par suite de leur exposition à des facteurs de stress extraordinaires, des incidents critiques et/ou des décès associés à une pandémie d'influenza. Les interventions variées sont mises en œuvre :

- coordination
- mesures pour s'assurer que les besoins fondamentaux sont comblés
- sensibilisation, éducation de la population et relations avec les médias
- retour à la normale de la vie quotidienne
- éducation et formation
- gestion du stress
- premiers soins psychologiques
- résilience professionnelle
- soutien aux familles et aux collectivités
- évaluation, triage et orientation
- surveillance, évaluation et modification des programmes.

Les services efficaces de soutien psychosocial et de santé mentale en cas de catastrophe sont plus pratiques que psychologiques; autrement dit, ils cherchent à répondre aux besoins fondamentaux des gens, à leur redonner un sentiment de sécurité, à fournir rapidement des renseignements et des conseils exacts, à résoudre les problèmes et à favoriser l'adaptation et la résilience. Ces services s'inspirent d'un modèle actif d'action sociale qui vise à renforcer l'adaptation et la résilience et à tenir compte des répercussions particulières sur la santé psychologique et comportementale.

3.1 Répercussions sur la santé mentale et comportementale

L'incertitude et les impondérables sont deux caractéristiques intrinsèques d'une pandémie d'influenza (p. ex., Quand se produira-t-elle? Quelle sera son ampleur? Qui sera le plus touché? Combien de temps durera-t-elle?). La pandémie sera également associée à des changements potentiellement saisissants dans la vie individuelle et collective des Canadiens. On n'obtiendra pas de réponses à ces questions tout de suite après le début de l'urgence, ce qui contribuera à perpétuer l'incertitude en ce qui concerne les mesures de santé qui seront les plus efficaces. Tout comme une menace microbiologique, une pandémie d'influenza expose les Canadiens à un ennemi invisible, qui ne peut pas être vu mais qui peut se transmettre entre humains et causer, à tout le moins dans les premiers stades, une série non spécifique de symptômes qui pourraient être associés à une infection potentiellement mortelle ou à une maladie relativement inoffensive (p. ex., un toux et un mal de tête pourraient indiquer une grippe pandémique ou un simple rhume).

Pour la plupart des gens, l'incertitude et le changement sont des sources de stress. Les recherches ont montré que les humains sont mieux capables de s'adapter à un stress aigu de courte durée qu'à un stress chronique de longue durée. La longue durée d'une pandémie d'influenza et l'incertitude qui y est associée risquent d'entraîner des niveaux de stress qui, chez certains, provoqueront des problèmes de santé psychologique, physiologique et des problèmes sociaux. Durant et après une pandémie, ce stress peut contribuer à l'apparition des symptômes suivants :

- tristesse et/ou irritabilité
- épuisement
- troubles du sommeil et de l'appétit
- autres signes de détresse (p. ex., altération du fonctionnement cognitif et social)
- augmentation de l'incidence de troubles psychologiques, y compris la dépression et l'anxiété
- épuisement des dispensateurs de soins
- usure de compassion.

Les effets sur le comportement sont également possibles :

- usage accru de substances (p. ex., alcool, drogues, tabac)
- accroissement de la violence au sein de la famille et du couple
- stigmatisation sociale et/ou exclusion des personnes qui sont infectées ou peuvent être perçues comme risquant davantage d'infecter les autres (p. ex., travailleurs de la santé)
- explosions de la demande des services médicaux et psychologiques
- retrait professionnel volontaire.

Ces symptômes peuvent se manifester en réaction à des problèmes de santé primaires (p. ex., maladies, complications associées à l'infection) ou à des effets secondaires (p. ex., perte de revenus

et/ou d'emploi, aide médicale inadéquate, interruption des habitudes et changements dans l'avenir prévu) ou ils peuvent résulter de l'incertitude et de la peur prolongée et du stress chronique. Il peut aussi y avoir un risque accru de réactions au deuil découlant du nombre et du type de décès vécus (p. ex., mort de jeunes enfants) et des changements aux rituels d'enterrement et de deuil par suite de l'intensification de la demande et des pénuries de travailleurs (p. ex., ceux qui exercent les fonctions de coroner, qui dispensent des services funéraires, de soins spirituels). Une fois la menace passée, le processus de rétablissement peut continuer d'imposer un fardeau et un stress accru à tout le monde et en particulier à ceux qui dispensent des services médicaux, sociaux et de santé mentale.

La gravité et le type de répercussions sur la santé mentale et comportementale à l'échelle individuelle dépendront de divers facteurs :

- niveau d'exposition à des conséquences primaires (santé), notamment le décès d'un (de) membre(s) de la famille, d'amis, de collègues;
- facteurs individuels (p. ex., âge, sexe, capacité, antécédents de traumatisme et de perte);
- facteurs sociaux (p. ex., revenu, poste, type et intensité des conséquences secondaires);
- facteurs culturels (p. ex., normes concernant les rassemblements sociaux/les conditions de logement des familles, les pratiques religieuses ou spirituelles et le sens qu'on leur donne);
- facteurs institutionnels (p. ex., exposition professionnelle au risque, niveau perçu de soutien affectif et matériel apporté par les organisations aux travailleurs);
- degré de préparation personnelle, familiale, institutionnelle et sociale.

Le stress des soignants affaiblit considérablement la réponse immunitaire aux vaccins contre l'influenza et à d'autres vaccins^{11,12}.

Les personnes qui dispensent des soins de santé critiques et d'autres services risquent particulièrement de vivre des niveaux de stress, d'anxiété, de peur et de colère plus importants que la normale pour différentes raisons : augmentation de la charge de travail; changements dans leurs rôles, leurs responsabilités et leurs lieux de travail; augmentation des risques pour elles-mêmes et potentiellement pour leur famille; identification des peurs ressenties par la famille en ce qui concerne leur sécurité au travail, y compris des pressions potentielles qui peuvent s'exercer pour que ces personnes ne retournent pas au travail; stigmatisation sociale découlant de la peur d'être infectées ou des différences d'accès aux vaccins et aux antiviraux; absence de formation, d'équipement de sécurité ou d'information réelle ou perçue qui augmenterait les risques. Au nombre des personnes qui courent un plus grand risque à cet égard figurent non seulement les travailleurs de la santé et les responsables de la santé publique, mais également tous les intervenants d'urgence et le personnel de la sécurité publique (p. ex., policiers, répartiteurs au 911, personnel des établissements correctionnels, travailleurs des bureaux des coroners et des services funéraires), ouvriers des services publics (p. ex., électricité, gaz, eau, égouts et autres services d'élimination des déchets), travailleurs des services de transport (p. ex., carburant, eau, aliments, fournitures médicales, transports publics) et des télécommunications/de l'information.

En consultation et en portant une attention particulière aux besoins spécifiques d'un client ou d'un groupe de clients donné, on pourra plus facilement déterminer quelles interventions, conviennent le mieux. Dans la plupart des cas, les symptômes de stress, de peur et de perte s'estomperont graduellement avec le temps. Bien que le soutien psychosocial en cas de catastrophe repose sur la prémisse de la résilience, on suppose également que la capacité individuelle et collective d'adaptation peut être submergée par l'ampleur ou la nouveauté des événements. Il faut donc encourager les personnes à utiliser les stratégies d'adaptation existantes si elles les trouvent efficaces, mais également à solliciter un soutien additionnel et à en faire usage au besoin. Il faut inciter les gens à suivre leur

penchant naturel en ce qui concerne la façon de faire face à la situation (p. ex., dans quelle mesure se confier et à qui). Pour faciliter l'application de stratégies d'adaptation de base, des mesures comme la prise de contact et les conversations avec des amis et la famille ainsi que d'autres formes de soutien naturel devraient être envisagées. Lorsque les personnes sont isolées socialement et ont peur d'être infectées et que d'autres mesures de santé publique sont prises, un certain nombre de méthodes d'adaptation peuvent être utilisées, notamment : usage d'Internet, du téléphone et d'autres réseaux sociaux virtuels.

3.2 Diversité et dimensions de la vulnérabilité

Comme pour toutes les catastrophes, les citoyens ne seront pas tous également touchés par une pandémie d'influenza. Après une catastrophe, les effets sur la santé reflètent la distribution préexistante des inégalités sociales, économiques et politiques et leur influence sur l'accès aux ressources, la répartition du travail, la santé en général, la résilience des réseaux de soutien social et l'influence sur la prise de décisions. Bien que le soutien psychosocial repose sur la prémisse de la résilience, la résilience individuelle et collective dépend de l'existence des ressources pertinentes et de leur accessibilité ainsi que d'une prise en compte des vulnérabilités spécifiques potentielles ou de la réduction de la capacité. Certaines variables comme le sexe et d'autres facteurs développementaux, sociaux, économiques et personnels peuvent contribuer tant à la résilience qu'à l'augmentation de la vulnérabilité face aux conséquences psychosociales d'une pandémie. S'il est vrai qu'on ne devrait pas présumer de la vulnérabilité d'une personne, voici néanmoins un aperçu de certaines des dimensions à considérer.

3.2.1 Sexe

Le sexe est un des principaux principes organisateurs de la vie et est reconnu comme l'un des facteurs les plus critiques qui déterminent la vulnérabilité face à une catastrophe.

- Les femmes et les enfants sont touchés de façon disproportionnée par les catastrophes, présentant les taux les plus élevés de problèmes de santé liés au stress (p. ex., stress post traumatique, anxiété et dépression), un risque accru de violence sexuelle et familiale, une plus grande marginalisation économique et un accroissement important de leur charge affective et matérielle en raison de leur rôle comme principaux soignants au sein de leur famille et de leur collectivité. De plus, des inégalités persistantes liées au sexe dans les systèmes de soins officiels (p. ex., soins infirmiers) et non officiels (p. ex., soins parentaux) peuvent exposer les femmes à un plus grand risque et accroître leur besoin de soutien psychologique pour faire face à l'épuisement, à une surcharge de travail et à l'usure de compassion.
- Comme leur rôle de pourvoyeur amène les hommes à socialiser, ils peuvent ressentir plus de stress et de détresse liés à la perte ou à l'interruption de leur emploi, aux changements dans leurs rôles et responsabilités (p. ex., intensification imprévue de leur rôle de soignant ou de parent) ou encore un sentiment d'impuissance face à la propagation de la maladie et aux perturbations sociales.

3.2.2 Marginalisation économique

Les personnes qui vivent dans la pauvreté ou occupent un emploi atypique courent en général un plus grand risque parce qu'elles disposent d'une moins grande stabilité financière et de moins de ressources pour faire face aux perturbations économiques et professionnelles. Elles peuvent également être plus susceptibles à l'infection parce qu'elles vivent dans des logements surpeuplés, où les conditions sanitaires laissent à désirer et/ou parce qu'elles sont incapables d'adopter des stratégies d'isolement social.

3.2.3 Marginalisation sociale

L'origine ethnique, le statut d'immigrant et le statut professionnel sont quelques unes des variables sociales qui peuvent contribuer à augmenter le risque et/ou la vulnérabilité résultant des barrières linguistiques et culturelles, de la réduction de l'accès aux ressources et des barrières qui limitent l'accès à l'information ou à une technologie appropriée (p. ex., Internet, téléphones). En outre, marginalisation sociale et marginalisation économique se chevauchent, ce qui limite l'accès au crédit financier et est associé à des réseaux sociaux moins robustes (officiels et officieux) et à d'autres formes d'aide sur lesquelles comptent les gens en temps de crise.

3.2.4 Déficiences physiques et intellectuelles, besoins médicaux, psychiatriques et en santé mentale

Les personnes qui ont besoin d'équipement médical, d'aides techniques ou d'autres services de soutien peuvent courir un plus grand risque parce que l'érosion de la main-d'œuvre peut avoir un impact sur la disponibilité et l'accessibilité des services et des ressources, notamment des transports publics, des services d'aides soignants, ainsi que sur la perturbation causée par la maladie, la mort ou le surcroît de responsabilités des soignants qui les aident. Les personnes qui souffrent déjà de problèmes de santé mentale, y compris de troubles psychologiques, de démence et de stress chronique (p. ex., épuisement professionnel) peuvent être submergées par les facteurs de stress additionnels associés à une pandémie d'influenza, avoir plus de difficulté à s'adapter ou à accéder à des ressources pour faire face aux difficultés et peuvent présenter une exacerbation de leurs symptômes préexistants.

De plus, les besoins en information et en ressources des personnes ayant déjà des problèmes de mobilité, de communication, de santé physique ou mentale peuvent ne pas être pleinement compris ou adéquatement satisfaits par les premiers intervenants, le personnel des services de santé d'urgence ou les autres aidants qui connaissent mal leurs besoins et leurs problèmes particuliers, leurs façons de se présenter (p. ex., comportements, styles de communication) ou leur réponse idiosyncrasique au stress et/ou à la peur.

Les femmes peuvent être exposées à un plus grand risque lorsqu'elles sont enceintes à cause de leurs problèmes de mobilité ou de leurs besoins médicaux et du fait qu'elles peuvent se placer elles-mêmes en situation de risque à cause de l'enfant qu'elles portent.

3.2.5 Besoins spéciaux sur le plan linguistique ou de la communication

Les personnes qui ont des besoins spéciaux en matière linguistique ou de communication (y compris les nouveaux arrivants au Canada, ceux qui sont sourds ou malentendants) peuvent courir un plus grand risque parce qu'elles peuvent ne pas entendre parler des avertissements et avoir de la difficulté à y donner suite, à recueillir de l'information sur les services de santé d'urgence et l'assistance psychosociale et à communiquer leurs besoins au personnel des services d'urgence.

3.2.6 Âge

L'âge peut contribuer de divers façons à la capacité et à la vulnérabilité :

- Les personnes âgées peuvent courir un plus grand risque si elles présentent des handicaps liés à l'âge (déficiences physiques ou cognitives), ont des limitations fonctionnelles à cause de leur mobilité réduite, sont devenues isolées socialement ou vivent des perturbations importantes qui s'ajoutent aux « pertes multiples » qui surviennent avec l'âge. Les personnes âgées sont aussi moins nombreuses à réagir aux avertissements et mettent plus de temps à réagir aux pertes en sollicitant une aide et un soutien.

- Les adolescents peuvent être plus à risque parce qu'ils n'ont pas encore développé des stratégies d'adaptation aussi efficaces que celles des adultes. Sur le plan développemental, l'adolescence est une période de transition physique, psychologique et sociale complexe, et les adolescents peuvent éprouver un plus grand sentiment de perturbation si une pandémie interrompt de façon marquée le fonctionnement de leur famille et de leur collectivité (p. ex., maladie et/ou décès dans la famille, fermetures d'écoles et autres stratégies d'isolement social visant à limiter la propagation de l'infection, perte d'amis). Ils peuvent également ressentir avec plus d'acuité l'exposition à des événements traumatisants, soit directement ou indirectement par une exposition excessive aux reportages dans les médias.
- La vulnérabilité des adolescents peut être également plus grande si les parents ou les personnes qui en prennent soin tombent malades ou meurent. Ces jeunes peuvent alors avoir à assumer des responsabilités trop grandes pour leur âge, recevoir des soins inadéquats et être mal supervisés, risquer davantage de devenir des sans abri, d'adopter des comportements à haut risque comme moyen de faire face aux difficultés et de devenir plus vulnérables à la violence et à l'exploitation sexuelle.
- Les enfants dépendent des autres pour recevoir des soins, et tout événement qui perturbe cette dynamique risque d'avoir un retentissement psychosocial important. Les enfants peuvent ainsi ressentir une plus grande perturbation à la suite d'une maladie et/ou d'un décès dans la famille, la fermeture de leur école et d'autres immeubles publics et de l'adoption de stratégies d'isolement social et être plus vulnérables affectivement et psychologiquement parce qu'ils ont vécu des événements traumatisants, soit directement ou indirectement par l'entremise des médias. Un grand nombre d'enfants peuvent avoir besoin d'un abri et de soins d'urgence à la suite de la maladie et/ou du décès des personnes qui en prennent soin. Les enfants ont une capacité limitée de réagir à ces événements; il incombe aux soignants et à la collectivité d'assumer cette responsabilité pour eux, ce qui amplifie le fardeau supporté par la collectivité et le soignant vu qu'il est non seulement nécessaire d'intervenir à l'échelle générale de la population et peut être « des adultes », mais aussi développer une capacité de répondre aux besoins particuliers des enfants. Une réponse modelée sur le même moule peut ne pas convenir nécessairement aux adultes et aux enfants dans cette situation et peut amplifier l'anxiété, le risque et l'impact. La collectivité peut aussi devoir intervenir si le soignant est incapable de prendre soin de l'enfant et de réagir au nom de l'enfant, ce qui entraîne un déplacement du fardeau.

En raison de leur développement cognitif et affectif, les très jeunes enfants risquent davantage de croire qu'ils sont en quelque sorte responsables de l'arrivée d'une crise ou d'une catastrophe et peuvent craindre d'être séparés de leurs parents et/ou d'être abandonnés. Comme les enfants dépendent des adultes pour satisfaire leurs besoins affectifs, psychologiques et physiologiques, ils sont particulièrement sensibles aux craintes et à la détresse de leurs parents de même qu'aux perturbations de la structure et de la routine familiales. Les enfants et les jeunes peuvent également être plus vulnérables et plus stressés si les parents ou les principales personnes qui en prennent soin deviennent malades ou meurent. Les enfants peuvent, par exemple, devoir assumer un rôle de soignant et d'autres responsabilités trop lourdes pour leur âge, recevoir des soins inadéquats et être mal supervisés, et risquer de devenir des sans abri à cause des effets financiers et professionnels secondaires de la pandémie. D'après les recherches effectuées sur les réactions des enfants et des jeunes aux perturbations et aux bouleversements de la vie familiale, il y aurait un plus grand risque que ceux-ci adoptent des comportements à haut risque comme moyen de s'adapter à la situation et soient victimes de violence et d'exploitation sexuelle.

3.2.7 Dispensateurs de soins

Les personnes qui assument des fonctions professionnelles et/ou personnelles de dispensateurs de soins primaires font face à des demandes accrues et persistantes de soutien et d'affection qui peuvent déborder leurs ressources d'adaptation et contribuer à leur épuisement et au problème d'usure de compassion.

3.2.8 Groupes professionnels

Certains groupes professionnels peuvent courir un plus grand risque de ressentir des effets psychosociaux indésirables durant une pandémie d'influenza à cause de l'intensité et de la durée de leur exposition à des événements très stressants. Citons entre autres groupes les travailleurs de la santé ou le personnel de la première ligne d'accueil, les responsables de la santé publique, les premiers intervenants (p. ex., policiers, pompiers et ambulanciers), les travailleurs de laboratoire et tous ceux qui dispensent des services essentiels durant et après une épidémie. Ces divers groupes professionnels auront à relever des défis particuliers. On devrait déployer des efforts spéciaux pour identifier et aider les hôpitaux et d'autres organisations et établissements de soins, les organismes de santé publique, les organisations de premiers intervenants et les entreprises qui emploient des travailleurs des services essentiels afin d'accroître la résilience de ces derniers, d'atténuer le risque d'effets physiques et psychologiques indésirables et de soutenir leur rendement professionnel et leur capacité et leur désir de travailler.

3.2.9 Dispensateurs uniques de soins de santé ou de services sociaux

Dans certaines collectivités locales et éloignées, il peut n'y avoir qu'un seul dispensateur officiel de soins de santé ou de services sociaux. Dans une situation autre qu'une pandémie, l'isolement professionnel et l'absence d'appui par les pairs peuvent entraîner une surcharge de travail, un épuisement professionnel, une usure de compassion et d'autres problèmes sanitaires et sociaux chez la personne. Des réseaux virtuels de soutien par les pairs peuvent atténuer une partie de cet isolement, mais il faudra porter une attention spéciale à la planification psychosociale en cas de pandémie afin de tenir compte des limites et des difficultés auxquelles font face ces personnes et leur collectivité. Bon nombre des recommandations relatives à la planification (p. ex., comités multidisciplinaires/multisectoriels) et des pratiques privilégiées pour développer la résilience professionnelle (p. ex., soutien par les pairs, rotation des quarts de travail et comptes rendus après un quart) ne pourront pas être appliquées ou donneront lieu à un partage et un développement créatifs des ressources pour se concrétiser.

3.3 Coordination et satisfaction des besoins fondamentaux

La capacité d'une personne à satisfaire ses besoins fondamentaux est essentielle au maintien d'un sentiment de maîtrise et de bien-être personnel. La pandémie d'influenza, comme la crise du SRAS à Toronto, peut empêcher les personnes de subvenir à leurs besoins fondamentaux, soit directement à cause d'une maladie ou des stratégies d'isolement social, ou indirectement par la perturbation des chaînes d'approvisionnement.

Les mesures visant à faire en sorte que les personnes puissent continuer de combler leurs besoins existentiels de base tout au long d'une pandémie constitue la première étape en vue d'améliorer l'auto-suffisance et la résilience et de rétablir un sentiment de contrôle et de bien-être. Les mesures suivantes peuvent permettre d'y arriver :

- trouver des moyens d'aider les gens à exprimer leurs préoccupations et leurs besoins fondamentaux (p. ex., soins médicaux, abri d'urgence, nourriture, vêtements) et élaborer des plans pour répondre à ces besoins;

- offrir un soutien pour la résolution de problèmes et une assistance pratique afin d'aider les personnes à satisfaire leurs besoins (p. ex., accès à de la nourriture, à des soins médicaux, à des soins de garde d'enfants et de personnes âgées ou à d'autres programmes d'assistance d'urgence).

3.4 Sensibilisation du public, éducation et relations avec les médias

Un moyen important d'assurer le bien-être psychosocial des est l'accès rapide à une information exacte durant une pandémie ou toute autre urgence. L'absence d'information alimente les rumeurs, l'incertitude, la mauvaise information et peut rapidement exacerber la peur, la détresse et la panique sociale. L'absence de messages pertinents, clairs et compatissants de la part des dirigeants peut saper la confiance de la population en l'administration locale ou dans les autorités sanitaires et miner la capacité et le désir du public d'adopter et d'appliquer les stratégies recommandées de lutte contre l'infection. La communication rapide de renseignements exacts aidera grandement la population à « s'aider elle-même » et à conserver ou à retrouver un sentiment de compétence et de contrôle sur sa vie tout en aidant à bâtir, à maintenir ou à rétablir la confiance populaire. Voici quelques exemples de renseignements à fournir : réactions cognitives, affectives et comportementales au stress et à la peur et techniques pour y faire face; plans de communication familiale; liste des services de soutien offerts aux travailleurs; détails des questions professionnelles liées à la maladie (congé de maladie, mandats des services essentiels, rotation des quarts de travail, problèmes familiaux).

En plus des besoins en matière d'infrastructure et de réseaux sociaux, on envisagera autant des méthodes de communication interne (p. ex., bulletins organisationnels) qu'externe (p. ex., messages d'intérêt public, sites Internet) pour appuyer la diffusion continue de renseignements exacts où il peut y avoir des perturbations du travail et des services. Le fait de traiter l'information jugée pertinente et la façon dont cette information sera communiquée à des groupes particuliers de travailleurs, à des organisations ou à des sous-groupes communautaires auront des répercussions pratiques, psychologiques et comportementales. Le savoir est à la base du pouvoir et en renforçant le pouvoir des travailleurs, on permettra à ceux-ci de devenir plus résilients, à la population d'être davantage capable de prendre des décisions efficaces et à ses membres d'être préparés personnellement.

Voici quelques exemples de tenir les gens informés :

- Faire participer les jeunes aux activités de planification et de préparation avant une pandémie en utilisant un processus de planification inclusif et une stratégie efficace de gestion du risque/communication du risque.
- Fournir des renseignements simples et exacts de façon répétée tout au long des phases de préparation, d'intervention et de rétablissement pour renforcer la capacité des gens de prendre des décisions éclairées concernant leur santé avant, durant et après une pandémie.
- Informer et éduquer les gens quant à la façon de s'aider, aux possibilités d'action, aux services disponibles et à la façon d'y avoir accès et quant aux autres ressources de soutien.
- Informer et éduquer les gens concernant les répercussions affectives, comportementales et physiques de la pandémie d'influenza et ses effets secondaires de manière à souligner le caractère normal de leurs réactions et de leur suggérer des façons saines de s'adapter.
- Veiller à ce que tout le matériel et les messages (p. ex., annonces télévisées d'intérêt public) soient produits dans les principales langues d'une collectivité/organisation et diffusés au moyen de stratégies multi-médias (p. ex., télévision, radio, sites Internet, courriel).

Pour plus d'information, voir l'annexe C, Conseils pour la planification de la communication psychosociale.

3.5 Normalisation de la vie quotidienne

La vie soi-disant « normale » peut être modérément ou gravement déstabilisée durant une pandémie d'influenza. Les habitudes peuvent être bouleversées par la fermeture pour une courte ou longue période de certains établissements (p. ex., écoles, centres communautaires, garderies) et les rôles professionnels peuvent être soit étendus ou perturbés à la suite de la fermeture de lieux de travail, de l'absentéisme et des impacts économiques. Certains membres de la famille peuvent être séparés d'être chers parce que leur travail l'exige (p. ex., travailleurs des services essentiels), et, un grand nombre de familles vivront la maladie et/ou la mort d'un ou de plusieurs de leurs membres. Ces événements auront à leur tour un retentissement sur la solidité et l'accessibilité des réseaux et des soutiens sociaux et sur les activités communautaires. Bien que durant des vagues pandémiques, une vie normale puisse ne pas être possible, la résilience individuelle et sociale sera accrue si l'on renforce la capacité de prendre contact avec des réseaux de soutien familiaux, amicaux et sociaux, de maintenir ou de rétablir un sentiment d'interdépendance et de soutien mutuel et la capacité d'effectuer le plus grand nombre d'activités habituelles que possible afin de ressentir une certaine forme de stabilité et d'espoir.

Il est important de travailler avec ceux qui sont directement touchés afin de déterminer les stratégies qui facilitent les activités quotidiennes et maximisent la participation, l'auto-détermination et la mobilisation. L'âge, le sexe, les normes culturelles et la capacité devraient être pris en compte lorsqu'on détermine et élabore de telles stratégies. L'adoption d'une approche participative a également plus de chances de mener à des programmes pertinents et efficaces. Les collectivités et les travailleurs peuvent participer tout au long des phases de la planification et de l'intervention en cas de pandémie en ménageant des occasions de dialoguer ouvertement, de prendre part à la prise de décisions et en créant un climat inclusif qui encourage la participation de ceux qui sont plus vulnérables et/ou marginalisés.

3.6 Éducation et formation du personnel

Des recherches ont montré que le sentiment d'être bien préparé, formé et expérimenté renforce la résilience et, en milieu de travail, la productivité et l'efficacité. Il faut offrir aux dispensateurs bénévoles et professionnels de services une formation sur les conséquences affectives et comportementales des catastrophes, et plus précisément des urgences en santé publique. On peut notamment les informer sur les signes et symptômes de traumatismes, de stress et de deuil, de même que sur les stratégies d'intervention comme les premiers soins psychologiques, la gestion du stress à la suite d'un incident critique et les séances volontaires de débriefing individuel ou en groupe, les soins destinés aux travailleurs et les autres stratégies d'intervention appropriées. Les équipes psychosociales peuvent et devraient faire appel à des personnes de différents domaines (p. ex., travail social, psychologie, counseling) et ayant une formation et une expertise différentes. Même ceux qui ont reçu une formation poussée en services de santé mentale ont besoin d'une orientation pour bien connaître les différences entre la prestation de services classiques et celle de services et d'interventions lors d'une catastrophe.

Le matériel éducatif devrait renfermer des renseignements sur les sujets suivants :

- facteurs de stress liés à la pandémie d'influenza;
- signes cognitifs, comportementaux et affectifs de détresse;
- deuil traumatique;
- aspects psychosociaux liés à la prise en charge d'un grand nombre de victimes;

- gestion du stress et stratégies d'adaptation (y compris les soins personnels au travail et à la maison);
- différences culturelles (p. ex., ethniques, professionnelles, géographiques) qui peuvent influencer sur les signes de détresse et sur la communication;
- stratégies de développement et de maintien de la résilience personnelle;
- stratégies pour les soins à domicile des personnes infectées;
- ressources pour le soutien comportemental et psychologique;
- impact d'une pandémie sur des populations particulières (p. ex., enfants, groupes ethniques ou culturels, adultes âgés, personnes handicapées);
- stratégies pour aider les enfants et les familles en temps de crise;
- stratégies pour travailler avec des patients très agités;
- élaboration de plans de préparation des familles, notamment de plans de communication familiale.

Les groupes psycho éducatifs constituent un moyen efficace de diffuser de l'information à la population et aux groupes d'employés en ce qui concerne les conséquences affectives et comportementales qui sont à prévoir lors d'une pandémie d'influenza. Ils peuvent également aider ceux-ci à assimiler durant et après une catastrophe certaines de ces expériences. La pandémie présentera des difficultés en ce qui a trait aux possibilités de réunir ensemble les membres du groupe. Il faudra donc songer aux moyens de faciliter la formation et l'éducation des membres du groupe en ayant recours à des environnements virtuels. Ces groupes peuvent offrir les possibilités suivantes :

- créer un milieu sûr et propice qui favorise l'expression des émotions;
- activer une restructuration cognitive;
- fournir de l'information sur les signes et symptômes du stress et les autres réactions émotionnelles;
- identifier et renforcer les modes de résilience et d'adaptation positive;
- atténuer les réactions de stress à long terme;
- créer des réseaux communautaires de soutien et/ou de planification.

La compétence culturelle est un autre ingrédient essentiel des plans et des programmes psychosociaux efficaces. La compétence culturelle est la capacité de comprendre les besoins culturels et linguistiques des personnes et des familles touchées par une catastrophe et d'y répondre¹³. Il peut y avoir des différences culturelles dans la façon dont les groupes définissent une catastrophe et une perte, expriment leur douleur et sollicitent de l'aide. Différentes cultures peuvent donner un sens différent à un événement selon leurs croyances et leurs valeurs. Les cultures servent ainsi de système protecteur en donnant aux gens un sentiment commun d'identité, de sens à la vie et de continuité qui peut les aider à traverser des périodes difficiles.

Certaines personnes et familles peuvent être exposées à un plus grand risque à cause de la langue, de ressources financières modestes, de soutiens sociaux limités, de l'absence de connaissances des réseaux de soutien communautaire et de différences sur le plan des normes culturelles régissant l'accès à l'aide extérieure. L'intégration d'une vision qui tient compte de la compétence culturelle dans la formation, l'éducation et l'élaboration de trousseaux d'information peut atténuer certains de ces risques. Au moment de la planification et de la prestation de services, il faudrait consulter des représentants de certains groupes ethniques, religieux et autres (p. ex., nouveaux immigrants, personnes handicapées, organisations qui dispensent des services aux femmes), et ceux-ci devraient jouer un rôle de premier plan.

3.7 Programmes de gestion du stress

Après un incident extraordinaire, il est normal que les gens présentent divers signes et symptômes de stress aigu et chronique. Bien qu'il n'existe pas de façon unique de réagir efficacement au stress chronique, la reconnaissance des signes de stress aigu et chronique est une première étape importante dans la démarche en vue d'obtenir de l'aide pour élaborer des stratégies plus efficaces d'adaptation ou lorsque les symptômes s'accroissent ou persistent, ou encore qu'ils empêchent un individu de fonctionner ou d'avoir accès à une aide professionnelle. Tous les travailleurs susceptibles d'être en première ligne de feu lors d'une pandémie (p. ex., travailleurs de la santé et des autres services essentiels, intervenants d'urgence) devraient recevoir une formation en gestion du stress afin de pouvoir gérer leur propre stress et reconnaître les besoins en matière de gestion du stress en général.

Les programmes psychosociaux efficaces peuvent faire appel, et ont souvent recours, à des équipes/ groupes de soutien par les pairs; les personnes qui participent à la mise en œuvre de ces programmes devraient recevoir une formation avancée sur les stratégies de gestion du stress. Cette formation devrait être offerte par un professionnel qualifié en santé mentale qui connaît bien la culture de l'organisation et peut assurer un suivi continu auprès des dirigeants du groupe. Les groupes de soutien par les pairs ont l'avantage d'accroître la probabilité d'acceptation et d'avoir une connaissance du milieu de travail et de la culture. L'inconvénient réside dans le fait que les membres de l'équipe peuvent eux-mêmes être partie prenante de l'intervention, s'exposant ainsi à un risque d'épuisement professionnel, et peuvent à certains moments être trop proches de leurs collègues et des incidents pour dispenser des services efficaces, notamment avoir la compétence et la capacité d'évaluer si une orientation vers un professionnel de la santé mentale plus expérimenté est nécessaire. Les équipes de pairs devraient travailler en étroite collaboration avec un professionnel qui peut leur offrir une supervision, une formation et un soutien continus.

Au nombre des autres stratégies de gestion du stress, citons des interventions assez élémentaires, comme offrir l'occasion aux travailleurs/personnes de discuter de façon assez libre avec leurs collègues, amis ou avec leur famille, de s'adonner à des exercices et à des activités agréables, et d'effectuer des interventions sous la direction d'une personne qui a reçu une formation plus officielle, notamment sur les stratégies de restructuration cognitive-comportementale, l'entraînement à la pleine conscience et la méditation pour la relaxation.

(Pour une description plus détaillée de certaines interventions, voir l'ouvrage intitulé *Psychosocial Response Workbook*¹⁴). Le tableau qui suit présente une liste des divers signes et symptômes de stress aigu et/ou chronique.

Réactions physiques	Réactions Émotives	Réactions cognitives	Réactions comportementales
<ul style="list-style-type: none"> Élévation de la pression artérielle Fatigue Douleur musculaire Nausées Tremblements Transpiration Augmentation du rythme cardiaque Hyperventilation Mal de tête Frissons Malaise gastro intestinal Douleur Indigestion Désorientation Diminution de la coordination Douleurs thoraciques Troubles du sommeil Perte d'appétit 	<ul style="list-style-type: none"> Anxiété Peur Repli Ressentiment Recherche d'un bouc émissaire Culpabilité Sentiment d'impuissance Tristesse Diminution de l'activité Colère Apathie Désespoir Sentiment d'abandon Dépression 	<ul style="list-style-type: none"> Incapacité d'effectuer des calculs Confusion Perte de mémoire Difficulté à prendre des décisions Obsession du détail Problème de concentration Difficulté à penser Souvenirs éclairs Perte d'intérêt dans les activités habituelles 	<ul style="list-style-type: none"> Isolement Repli Augmentation de la consommation d'alcool Augmentation de la consommation de drogue Comportement agressif

En général, il est bon que les équipes psychosociales établissent des réseaux auxquels participent des personnes qui ont divers niveaux de formation, de compétence et d'expérience dans l'évaluation de la santé mentale, la prestation de services et une connaissance variée des ressources communautaires afin de pouvoir orienter les clients vers des sources pertinentes, compétentes et accessibles d'aide au cours d'une pandémie. Durant une pandémie d'influenza, les choses ne suivront pas leur cours normal. Ce n'est pas non plus une catastrophe « typique » (p. ex., absence d'un début et d'une fin bien marqués). Pour cette raison, un plus grand nombre de personnes qu'à l'habitude pourront avoir besoin d'un soutien psychosocial additionnel et d'une aide pour gérer les répercussions psychosociales de la pandémie et ses impacts sur leur travail, leur milieu familial et leur collectivité.

3.8 Liens entre la communication, l'information et le stress

Il existe un lien clair entre l'accès à des renseignements exacts, les modes de communication et le stress. Il importe donc que les répercussions psychosociales des divers aspects de la communication (qui, quoi, comment et quand) soient prises en compte lorsqu'on élabore des plans et des stratégies de communication en cas de pandémie (p. ex., conseils sur les mesures de lutte contre les infections). Il faut notamment travailler avec les médias pour mettre en place des canaux de communication et des relations de travail efficaces. Il faut aussi prendre en considération les modalités et le moment des séances quotidiennes d'information sur les objectifs de l'intervention, les échéanciers et les changements dans les rôles, les responsabilités et les mesures de sécurité. Une gestion efficace des médias et la prise de mesures pour faciliter une communication continue avec la famille et les membres des réseaux naturels de soutien contribuent également à l'efficacité d'un programme de gestion et de réduction du stress professionnel.

Certaines études et un grand nombre de témoignages personnels montrent que les programmes de gestion du stress sont efficaces, mais que dans bien des cas, les données scientifiques à l'appui de l'efficacité de stratégies particulières de gestion du stress sont minimales ou équivoques. Plutôt

que d'interpréter cette lacune comme une raison de ne pas mettre en œuvre des programmes de gestion du stress, il faudrait y voir une justification de poursuivre les évaluations et la mise à jour des interventions fondées sur des preuves; de tels programmes peuvent également permettre à des personnes qui présentent un besoin ou qui doivent faire l'objet d'une évaluation plus approfondie d'avoir accès aux services spécialisés d'un professionnel.

3.9 Premiers soins psychologiques

Les premiers soins psychologiques consistent en une intervention basée sur des données probantes qui vise à aider les enfants, les familles et les adultes après une catastrophe ou d'autres crises. Les mesures de base des premiers soins psychologiques peuvent être prises dans les jours ou les semaines qui suivent un événement potentiellement traumatique :

- **Contact et dialogue** : Nouer des contacts avec les survivants et répondre à leurs demandes de façon utile, non envahissante et avec compassion.
- **Sécurité et confort** : Accroître le sentiment de sécurité et de sûreté des survivants en répondant à leurs besoins physiques et affectifs.
- **Stabilisation** : Calmer, rassurer et reconforter des survivants affectivement désemparés.
- **Collecte d'information** : Déterminer les besoins physiques, sociaux et affectifs immédiats des survivants.
- **Assistance pratique** : S'assurer que les besoins primaires des survivants, à savoir des services de santé, un abri, de la nourriture, des vêtements et d'autres besoins fondamentaux, sont satisfaits.
- **Mise en contact avec les soutiens sociaux** : Réduire l'isolement et accroître l'entraide chez les survivants en réunissant et en maintenant les familles ensemble, établir des contacts avec les personnes qui offrent un soutien primaire et établir des liens entre les survivants et les ressources d'aide dans la collectivité.
- **Information sur les réactions de détresse et la façon de faire face au stress** : Fournir de l'information sur les réactions au stress et les techniques d'adaptation afin de réduire la détresse et d'accroître l'adaptation positive.
- **Liaison avec les services** : S'assurer que les survivants connaissent les programmes de services de santé et de services sociaux et d'aide en cas de catastrophe qui sont disponibles et veiller à ce qu'ils soient mis en lien avec eux.

Il existe des programmes efficaces de formation sur les premiers soins psychologiques et on devrait envisager de les offrir pour que toutes les équipes de soins de santé de même que les personnes qui dispensent ou qui sont susceptibles de dispenser des services psychosociaux durant une pandémie ainsi que celles dont le travail peut les exposer à un plus grand risque de ressentir les effets psychosociaux d'une pandémie aient accès à des premiers soins psychologiques (et à d'autres soutiens psychosociaux).

(Pour plus d'information sur les premiers soins psychologiques, prière de consulter le site du National Center for PTSD [Trouble de stress post traumatique] : http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/smallerPFA_2ndEditionwithappendices.pdf).

3.10 Programme de développement de la résilience professionnelle

Une étude sur l'épidémie de SRAS survenue en 2003 donne à penser qu'il convient d'accorder une plus grande attention à la création de programmes efficaces de développement de la résilience professionnelle, en particulier à l'intention des personnes qui travaillent dans des milieux où elles sont exposées à un risque et à un stress élevés.

La pandémie entraînera vraisemblablement un stress professionnel majeur chez de nombreux travailleurs, mais surtout chez les travailleurs de la santé. Les exigences accrues de la charge de travail, la pénurie de main-d'œuvre, la modification des rôles et des responsabilités, le travail dans des milieux de soins inhabituels, le risque accru d'infection et l'exposition à un grand nombre de patients gravement malades ou mourants sont autant de facteurs de stress. Les travailleurs de la santé, les intervenants en santé publique et les responsables de la sécurité (p. ex., policiers, pompiers) et les travailleurs offrant des services essentiels (p. ex., services publics, salubrité, sécurité publique, services correctionnels) seront en première ligne d'une intervention qui s'annonce extrêmement difficile et de longue durée. L'exposition à un stress extrême et prolongé est associée à une gamme de problèmes physiques (p. ex., cardiopathie), de maladies chroniques et de problèmes de santé mentale et sociale (p. ex., stress post-traumatique, dépression, anxiété, abus d'alcool et d'autres drogues, violence familiale)¹⁵. Une première étape cruciale de la planification psychosociale consiste à reconnaître les conséquences du stress associé à une pandémie sur les plans professionnel, personnel et familial; tous sont touchés, mais en particulier les travailleurs qui jouent un rôle de premier plan au sein de la capacité d'intervention, à l'échelle locale et nationale.

Une étude portant sur les répercussions du SRAS sur le personnel infirmier a fait ressortir des lacunes dans la communication des risques, les stratégies efficaces de leadership et le soutien psychosocial¹⁶. Selon cette même étude, de nombreuses personnes qui travaillent au sein du système de santé, en particulier les femmes, font face à des conflits entre leurs obligations professionnelles et familiales et affirment que les préoccupations familiales pourraient les empêcher de se présenter au travail si une autre épidémie de maladie hautement contagieuse, comme une pandémie d'influenza, venait à survenir. Le grand nombre d'employés occasionnels et à temps partiel qui composent la main-d'œuvre en santé et dans d'autres secteurs professionnels où les femmes sont majoritairement présentes entraînera des problèmes additionnels (p. ex., absence de congés de maladie, insuffisance de la formation et de l'intégration à la planification en cas de pandémie) (pour prendre connaissance des recommandations détaillées, consulter Amaratunga et coll.¹⁶).

Selon les dernières études publiées par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada sur la pénurie de personnel infirmier au Canada, il y aura une pénurie de 78 000 infirmières autorisées en 2011. Au cours de l'épidémie d'influenza qui a frappé Liverpool en 1957, la proportion d'infirmières absentes pendant le premier mois de l'épidémie atteignait 10,4 %.

En juin 2003, les coûts engendrés par le SRAS pour le système de santé de l'Ontario s'élevaient à 945 millions de dollars. La Commission canadienne du tourisme a estimé que les coûts financiers du SRAS pour l'économie canadienne étaient de 519 millions de dollars en 2003 et de 722 millions de dollars au cours de la période 2003-2006¹⁷.

Chez un grand nombre de personnes qui ont été elles-mêmes infectées par le SRAS, le rétablissement psychologique a été beaucoup plus lent que le rétablissement physique. Selon une étude prospective réalisée chez les patients un an après l'infection, la majorité des personnes atteintes n'avaient pas encore réussi à reprendre le même niveau d'activité professionnelle qu'avant l'infection; de plus, la santé mentale de 33 % des sujets demeurait nettement moins bonne¹⁸.

Dans la même veine, des études portant sur des travailleurs de la santé qui ont donné des soins directs à des patients atteints du SRAS ont fait état d'une détresse psychologique accrue, d'une plus forte stigmatisation et d'inquiétudes plus grandes concernant le risque de contagion pour les membres de la famille^{19,20}.

Il faut disposer de plans exhaustifs pour être en mesure de s'attaquer aux problèmes de ressources humaines associés à la prestation des services de santé et des autres services essentiels pendant la pandémie. Une planification des interventions d'urgence, fondée sur un cadre multisectoriel, concerté et holistique, se révèle essentielle pour augmenter autant que possible la résilience personnelle et sociale et le rendement professionnel. Pour être efficaces, les plans doivent prendre en compte la nature sexospécifique des soins (plus de 90 % des membres du personnel infirmier sont des femmes¹⁶) et de l'aide naturelle (en raison de la répartition traditionnelle des rôles, la majorité des personnes qui donnent des soins à domicile sont des femmes). Il convient de mettre en œuvre des stratégies améliorées de soutien sur les plans instrumental, informationnel, psychologique et émotionnel, qui tiennent compte du caractère sexospécifique de nombreuses professions et des conflits travail famille, de manière à renforcer la résilience de la main-d'œuvre et à atténuer les effets néfastes du stress professionnel, aussi bien sur la santé des travailleurs que sur la capacité d'intervention du Canada en cas de pandémie.

La gestion efficace du stress dans les milieux de travail stressants peut comprendre la mise en place de mesures de répit pour les travailleurs, notamment l'accès à des lieux paisibles, sûrs et favorables à la détente, à des aliments sains, à du soutien, et à des périodes pendant lesquelles ils peuvent échapper à leurs exigences professionnelles. Les programmes de gestion du stress à la suite d'un incident critique peuvent comprendre une gamme de stratégies à l'échelle organisationnelle et individuelle, axées sur le renforcement de la résilience professionnelle. Des programmes complets de développement de la résilience professionnelle et de soutien psychosocial comprendront également une évaluation professionnelle continue, visant à déterminer la nécessité pour chacun des travailleurs de bénéficier, au besoin, d'interventions spécialisées de longue durée en santé mentale.

Pendant une pandémie, les travailleurs sont probablement soumis à un stress professionnel plus intense, découlant des facteurs suivants : augmentation de la charge de travail attribuable à l'absentéisme; peur de contracter l'infection; difficulté à concilier les obligations professionnelles et personnelles, en raison de la fermeture d'écoles, de la maladie dans la famille et des soins donnés aux enfants et/ou aux personnes âgées. Le programme de développement de la résilience professionnelle vise à aider à surmonter ce stress additionnel, au moyen de mesures qui le travailleur et améliorent sa capacité de faire face à ces pressions additionnelles et de s'y adapter. Les programmes de développement de la résilience professionnelle améliorent le bien-être et la santé des travailleurs et contribuent à accroître la probabilité qu'ils demeurent au travail.

En plus des programmes de soutien, les plans psychosociaux devraient comprendre des mesures axées sur la préparation et la formation adéquates des travailleurs afin de les aider à remplir les divers rôles qu'ils seront appelés à jouer pendant une pandémie. La formation donnée à l'avance présente des avantages sur le plan psychosocial, notamment : atténuation de l'incertitude et de la confusion, renforcement de la compétence et du sentiment d'efficacité et possibilité d'effectuer une rotation des travailleurs entre les postes à stress faible et à stress élevé, de manière à éviter l'épuisement professionnel. La planification devrait prévoir des mesures visant à :

- aider les employés à mieux connaître la structure et les fonctions des autres organisations ou unités au sein des organisations;
- associer le personnel à la détermination des besoins en matière de formation, aux postes qui pourraient logiquement se prêter à des rotations;
- examiner le programme de cours existant afin de déterminer les modules qui pourraient être utilisés à des fins de formation par rotation de postes;
- mettre au point des blocs de formation « juste à temps », qui mettent l'accent sur les compétences de base, les tâches et les voies hiérarchiques et qui pourraient être offerts durant une pandémie;

- prévoir des réserves de ressources pouvant remplacer les principaux dirigeants qui sont absents (maladie ou décès) et doivent surmonter les répercussions secondaires de la situation sur eux mêmes et sur leur famille.

3.10.1 Principaux éléments des programmes de développement de la résilience professionnelle

- Offrir régulièrement des séances d'information et de formation sur la santé comportementale, la résilience, la gestion du stress et l'adaptation.
- Concevoir et mettre en œuvre des séances de formation en leadership à l'intention des dirigeants et des superviseurs, en mettant l'accent sur leur capacité de maintenir un climat de travail sain et favorable.
- Concevoir et mettre en œuvre des systèmes de jumelage, de façon à ce que les travailleurs puissent surveiller mutuellement leur niveau de stress et s'entraider.
- Offrir des lieux de répit en milieu de travail. Ces lieux permettent de se reposer, de se détendre et de respirer librement dans le cas des travailleurs qui portent un masque. Lors des pauses obligatoires à heures fixes, les travailleurs doivent avoir accès à une pièce à l'écart des facteurs de stress immédiats liés au milieu ou à leurs fonctions. Dans cette pièce, on pourrait offrir des collations santé, du matériel favorisant la relaxation (p. ex., musique, bandes sonores de relaxation, fauteuils confortables) et de la documentation (p. ex., dépliants portant sur le stress et la façon de le surmonter).
- Mettre en place, dans chaque organisation, une ligne d'information d'urgence qui fournirait de l'information sur la pandémie et des conseils aux travailleurs et à leur famille.
- Mettre en place des équipes de soins aux travailleurs, chargées d'apporter de l'aide psychosociale, du soutien et de l'information sur les lieux et/ou dans la collectivité, notamment des services de soutien et de gestion du stress sur les lieux, des interventions en matière de gestion du stress à la suite d'un incident critique et de l'aide à la famille.
- Fournir des téléphones cellulaires ou des appareils de communication sans fil de façon à ce que les travailleurs puissent communiquer régulièrement avec les membres de leur famille.
- Appliquer des modalités de travail flexibles, au besoin (p. ex., possibilité de travailler à la maison, horaire variable pour permettre les soins aux enfants, aux personnes âgées et aux autres membres de la famille).
- Communiquer de l'information à jour et exacte sur la pandémie, par le biais de sites Internet ou de lignes d'information d'urgence.
- Offrir des soins aux travailleurs/des services de gestion du stress par l'entremise de lignes de télésanté/de conseils infirmiers, etc.

3.10.2 Suggestions pour venir en aide aux travailleurs

- Offrir des lieux de répit, des articles de rechange (pour ceux portant un masque pour prévenir l'infection, etc.), des aliments nutritifs; prévoir du temps suffisant pour les repas.
- Effectuer une rotation des équipes et encourager la communication entre les équipes.
- Assurer le passage progressif des travailleurs d'un secteur à stress élevé, à un secteur à stress modéré puis à faible stress.

- Donner l'occasion à tous les travailleurs qui le souhaitent de participer à des séances de désamorçage lorsqu'ils quittent le travail ou prennent une pause.
- Offrir des « entrevues de fin de quart » (évaluation visant à déterminer les préoccupations ou les problèmes persistants), au besoin.
- Encourager l'autogestion efficace de la santé pendant et après les quarts de travail.

Le soutien psychosocial au sein d'un établissement ou d'une équipe d'intervention repose sur le soutien des chefs, à tous les paliers, notamment sur leur volonté d'encourager la gestion efficace du stress et de donner l'exemple. Il ne suffit pas de connaître les protocoles d'intervention pour être efficaces. Pour être acceptés au sein d'un établissement ou d'une équipe d'intervention existante, les intervenants psychosociaux doivent être en mesure d'établir une relation et être considérés comme des personnes bien organisées, informées, professionnelles et capables de fonctionner en respectant les paramètres de la culture de l'organisation/de l'équipe d'intervention. Les intervenants psychosociaux peuvent également jouer un rôle important en encourageant les organisations à demander l'aide d'autres services à l'interne ou d'organismes de soutien externes pour déterminer les sources de stress et réduire le stress chez les travailleurs.

Les intervenants psychosociaux qui ne font pas déjà partie d'une équipe existante ou d'un établissement peuvent rencontrer une certaine résistance découlant de la stigmatisation entourant les interventions en santé mentale et de la tendance générale à ignorer ou à accepter des niveaux de stress élevés, en considérant qu'ils font partie intégrante du travail. Cette forme de réaction est en bonne partie adaptative, mais elle peut parfois avoir pour effet de masquer des signes graves d'épuisement professionnel et des symptômes cognitifs et comportementaux de stress aigu ou chronique. L'institutionnalisation des programmes de développement de la résilience professionnelle (la présence permanente d'un intervenant, qui vient en aide, au besoin) peut aider les intervenants psychosociaux à s'intégrer aux équipes d'intervention/de travail.

Les intervenants psychosociaux sont eux aussi des travailleurs, qui auront eux mêmes besoin d'un soutien et d'un suivi constants visant à repérer d'éventuels signes de stress et/ou d'épuisement professionnel. Les programmes de soutien réciproque ou de soutien par les pairs, les programmes de gestion du stress à la suite d'un incident critique et de surveillance constante dans le but de déceler les signes d'épuisement professionnel et/ou de fatigue de compassion sont des éléments essentiels de la planification psychosociale et de la prestation des services. Il est possible que de nombreux intervenants offrent du soutien social dans plusieurs milieux différents (p. ex., dans un hôpital en particulier, dans la collectivité, à domicile), et il faut les encourager à s'auto évaluer et à tenter d'obtenir du soutien et des conseils additionnels pour protéger leur santé, préserver leur bien être et leur capacité de continuer d'offrir des services aux autres.

3.11 Soutien aux familles et aux collectivités

Les travailleurs seront plus disposés et plus aptes à demeurer au travail s'ils sentent que leur famille est en sécurité et qu'on en prend soin. Des services et du soutien devraient être envisagés pour les familles des employés qui travaillent de longues heures pour remplacer leurs collègues absents ou qui doivent rester au travail pour garantir le maintien des services essentiels.

Services de soutien aux familles

- Offrir aux familles des services psychosociaux dans la collectivité (information/soutien). Évaluer divers moyens technologiques.
- Offrir une aide instrumentale (p. ex., pour l'acquisition de nourriture et de fournitures médicales).
- Évaluer les besoins et offrir de l'aide (informationnelle/instrumentale) pour le soin des enfants et des personnes âgées.
- Offrir de l'assistance (informationnelle/instrumentale) pour les autres aspects liés au rôle parental et au soin des enfants. Un modèle à envisager est celui d'un concierge offrant une assistance pratique aux travailleurs et à leur famille, de manière à ce qu'ils puissent continuer de travailler.
- Mettre au point des mécanismes de rétroaction à des fins d'évaluation (p. ex., par l'entremise d'Internet ou de boîtes vocales désignées à cet effet) qui permettent aux familles et aux membres de la collectivité de fournir anonymement des commentaires et des suggestions visant l'amélioration des services.

3.11.1 Stratégies de soutien psychosocial à la collectivité

Le bien-être psychosocial général des membres de la collectivité sera déterminant pour l'efficacité de la réponse de la collectivité à une pandémie. La diffusion d'information fiable en temps opportun ainsi que les mesures prises pour atténuer certaines conséquences émotionnelles d'une pandémie améliorent le moral de la collectivité et la capacité des autorités de santé publique à mettre en place des stratégies d'intervention et de lutte contre l'infection.

Il est important de promouvoir l'entraide et des stratégies de soutien mutuel chez les personnes touchées par une catastrophe si l'on veut rétablir le sentiment de maîtrise et d'autonomie des gens. Des groupes d'entraide et de soutien mutuel peuvent servir de cadre naturel pour l'obtention d'un soutien émotionnel et d'une aide face à des problèmes pratiques – qui sont souvent la principale cause de détresse – par l'échange de conseils et d'information et le soutien mutuel. Il est naturel que les gens hésitent à se réunir en groupe pendant une pandémie, mais les groupes d'entraide et de soutien mutuel peuvent se constituer de manière virtuelle (c. à d. par l'entremise de salons de clavardage et de discussions dirigées sur Internet).

3.11.2 Stratégies axées sur la collectivité pour améliorer la résilience

- Mettre en place des services de soutien confidentiels par la voie du téléphone et/ou d'Internet, qui feront appel à des professionnels de la santé mentale ou du comportement, afin de fournir des conseils et des réponses d'experts en ce qui a trait à la réduction des infections et aux soins personnels et familiaux.
- Déployer des équipes multidisciplinaires de services de santé et de services psychosociaux dans la collectivité pour fournir de l'information, de l'assistance et du soutien au sein de la collectivité. Ces équipes peuvent être constituées : 1) de personnes formées en premiers soins psychologiques et en stratégies de soutien psychosocial, 2) de personnes ayant une formation sur les questions liées au deuil, 3) d'infirmières de la santé publique formées pour offrir de l'information et des interventions en cas de pandémie et 4) de travailleurs sociaux formés pour le soutien des familles aux prises avec des problèmes familiaux/parentaux/de conciliation vie-travail en cas de pandémie.
- Fournir du soutien technique et des sites Internet pour la mise en place de communautés virtuelles par des groupes communautaires, afin de permettre aux gens de discuter et de résoudre des problèmes fréquents, d'échanger des conseils et de l'information et d'offrir du soutien.

- Envisager d'autres moyens de fournir de l'information aux gens qui n'ont pas accès aux sites Internet. Il pourrait s'agir d'une ligne d'aide 1-800 sur la pandémie, d'une « ligne de réconfort » (pour du soutien non urgent) ou de l'intégration de dispensateurs de services psychosociaux aux lignes directes existantes (p. ex., intégrer des infirmières aux lignes d'écoute téléphonique).

3.12 Soutien en cas de deuil

Même si en général les gens trouvent leurs propres manières de souligner la perte d'un membre de leur famille ou d'un ami, certains pourraient avoir besoin de soutien psychologique pour gérer le deuil, en particulier dans les cas de pertes multiples et de menace de pertes ultérieures, d'absence ou de désorganisation du réseau social de soutien et, s'il s'agit d'un enfant, lorsque le parent ou la personne qui s'occupe principalement de lui n'est plus disponible. De plus, certains survivants d'une pandémie d'influenza peuvent être aux prises avec des problèmes de santé prolongés, des problèmes liés au travail et d'autres problèmes d'ordre social qui provoquent une réaction de deuil.

Le personnel de planification psychosociale devrait collaborer étroitement avec les gens responsables de la planification et de la prestation des services médico-légaux et mortuaires (industrie funéraire) afin de mettre en place une réponse intégrée aux besoins des personnes et des familles endeuillées. Une attention particulière doit être accordée aux dispositions possiblement inhabituelles qui pourraient devoir être prises pour pallier un manque de ressources (humaines ou matérielles) et faire face au nombre important de décès et à la demande accrue en médecins légistes et en services funéraires et mortuaires qui pourraient être observés pendant les vagues successives de la pandémie. En raison de cette demande accrue, les personnes dans le deuil pourraient voir leurs souhaits contrariés en ce qui concerne les funérailles et l'enterrement, ce qui pourrait compliquer le processus de deuil. Les équipes psychosociales devraient inclure des personnes responsables du soutien spirituel et religieux ou travailler en collaboration avec de telles personnes.

Des événements publics (commémorations, cérémonies commémoratives publiques) peuvent donner l'occasion aux citoyens de faire leur deuil collectivement; ces événements reconnaissent les répercussions individuelles, organisationnelles et collectives et les conséquences psychosociales de la pandémie. De tels événements facilitent le processus de guérison psychosociale des individus, des organismes et des collectivités.

3.13 Évaluation, triage et aiguillage

La plupart des gens hésitent à demander des services de soutien en santé mentale, et s'y résignent seulement lorsque les problèmes émotionnels et d'adaptation atteignent des proportions critiques. Les pratiques exemplaires actuelles de soutien psychosocial en cas de catastrophe comprennent des services dans la collectivité et un processus continu d'évaluation et de surveillance des besoins, des problèmes et des tendances en matière psychosociale. Elles devraient inclure l'évaluation des besoins psychosociaux individuels et collectifs, la surveillance et l'évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales et la surveillance de tendances évoquant une augmentation marquée de la demande de services.

La surveillance et l'évaluation de la portée, de l'étendue et de la nature des besoins psychosociaux et de l'efficacité des ressources offre un autre argument solide pour l'intégration de la planification psychosociale à la planification de l'ensemble des mesures d'urgence en vue d'une pandémie. L'évaluation est un processus non un événement ponctuel, et exige une approche concertée qui

englobe une estimation continue des niveaux de stress, de la demande de services de soutien et de soins psychosociaux, des problèmes de santé mentale (p. ex., épuisement professionnel, dépression), de la pertinence et de l'efficacité des interventions et des ressources psychosociales déployées.

3.13.1 Objectifs de l'évaluation psychosociale

Comme pour tous les aspects de la planification et du soutien psychosociaux, l'évaluation nécessite une approche multidisciplinaire faisant intervenir de multiples niveaux de surveillance et d'évaluation. Les objectifs de l'évaluation sont les suivants :

- Évaluer les facteurs psychologiques clés qui affectent le public en général et des sous-populations précises (p. ex., des groupes professionnels, des communautés ethniques particulières, les personnes âgées fragiles, les dispensateurs de soins).
- Repérer et anticiper les tendances futures dans les services requis selon l'évolution de la demande psychosociale (p. ex., modifications des principaux stressors, durée de la pandémie, évolution des conséquences sur des populations et des groupes professionnels précis).
- Évaluer l'évolution des capacités et des points faibles de sous-populations précises, notamment des dispensateurs de soins psychosociaux.
- Répondre au besoin ponctuel d'évaluation professionnelle (p. ex., psychologique, psychiatrique) des symptômes indiquant des problèmes de santé mentale plus graves, et aiguiller la personne vers la ressource en santé mentale appropriée.
- Évaluer de façon continue l'efficacité et la pertinence des plans de soutien psychosocial et des interventions spécifiques. Repérer et combler les lacunes dans la planification et la prestation des services.

3.13.2 Stratégies d'évaluation psychosociale

Il y a plusieurs processus et outils d'évaluation structurés qui peuvent être utilisés ou adaptés aux fins de la planification psychosociale et de la prestation de services. Il s'agit notamment d'outils et de processus spécifiquement mis au point pour l'évaluation psychosociale et mentale en cas de catastrophe, y compris l'évaluation du stress (aigu, post traumatique et chronique), de l'usure de compassion, de la résilience et de l'épuisement du dispensateur de soins. L'élaboration de plans d'évaluation psychosociale pourrait tirer profit de la participation de professionnels qualifiés du domaine de la psychosociologie et de la santé mentale en cas de catastrophe, qui prêteraient leur concours à la mise au point, à la définition et à l'adaptation d'indicateurs psychosociaux et d'outils d'évaluation pertinents, ainsi que de stratégies de triage et d'aiguillage. Les évaluations en bonne et due forme peuvent être complétées par des stratégies d'évaluation moins structurées, par exemple la surveillance des signes et symptômes de stress et d'épuisement professionnel par les amis, la famille ou les collègues. Ces stratégies dépendent de l'élaboration et de la disponibilité d'un programme d'éducation à l'intention des dispensateurs de soins, des employés et du grand public sur les réactions courantes au stress, sur les signes de problèmes de santé mentale, sur les moyens d'offrir du soutien et sur la manière de transmettre les problèmes repérés aux personnes appropriées.

Les stratégies d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit :

- Mettre en place et utiliser des réseaux de collecte d'information et des stratégies d'approche qui peuvent être utilisés pour explorer l'état psychosocial (p. ex., le degré de stress, les demandes de service, le sentiment de confiance, la cohésion sociale) des collectivités, d'organismes et d'établissements précis (p. ex., écoles, hôpitaux et cliniques, syndicats relativement aux griefs,

hygiène et sécurité au travail, aide sociale et centres d'aide aux chômeurs). Des dirigeants de la collectivité ou de l'organisme, des membres du clergé et d'autres personnes directement en contact avec la population ou le groupe professionnel touché peuvent y participer.

- Intégrer l'évaluation du stress aux activités de soutien et de soins psychosociaux, aux programmes d'hygiène et de sécurité au travail et aux programmes d'aide aux employés et à leur famille (PAEF).
- Utiliser des questionnaires ou des sondages sur le bien-être psychosocial.
- Surveiller le volume d'appels et leur nature sur les lignes d'aide psychosociale ou les lignes directes de renseignements sur la santé mentale.
- Surveiller les raisons poussant les gens à consulter.
- Surveiller les listes d'attente et l'aiguillage vers les services de counseling et le PAEF, vers les programmes sur l'abus d'alcool et d'autres drogues et vers les services en santé mentale.
- Mettre en place une procédure de signalement pour que les médecins de famille et les autres professionnels de la santé fournissent de l'information continue sur les besoins et les demandes de service.
- Utiliser une boîte à suggestions virtuelle (par courriel ou par l'entremise d'une ligne téléphonique confidentielle) pour la rétroaction et les demandes de services supplémentaires par les employés et les membres de leur famille.
- Évaluer de manière continue la santé et le bien-être psychosociaux des employés et de leur famille en utilisant des outils psychosociaux structurés, destinés à évaluer la santé mentale en cas de catastrophe, ainsi que des mesures d'évaluation non structurées (p. ex., entrevues).
- Élaborer et intégrer des séances de débriefage opérationnel périodiques et continues, combinées à d'autres stratégies d'évaluation structurées et non structurées avec des dispensateurs de soins psychosociaux. Ces moyens peuvent fournir des renseignements généraux et spécifiques sur l'évolution des besoins, l'efficacité des ressources et l'apparition de tendances (tout en respectant la confidentialité) et ils peuvent également être utilisés pour surveiller le bien être et l'évolution de la capacité des dispensateurs de soins psychosociaux.
- Surveiller les listes d'attente pour les services en santé mentale, le counseling communautaire et les PAEF afin d'évaluer l'apparition de tendances dans les demandes de services.

3.13.3 Triage, dépistage et aiguillage liés aux problèmes psychosociaux

Dans certaines circonstances, notamment en cas d'augmentation soudaine de la demande de services dans un hôpital ou un autre établissement de soins de santé, un triage psychologique peut être nécessaire. Ce type d'évaluation consiste à décider quelles sont les personnes à risque de traumatisme psychologique ou d'autres troubles psychologiques, puis de les aiguiller vers un professionnel de la santé mentale ou d'autres services appropriés.

Le triage psychologique pendant une catastrophe est basé sur un certain nombre de lignes directrices, notamment l'évaluation de la proximité psychologique et émotionnelle de la personne à l'événement, ses antécédents de traumatisme et/ou de perte, la présence de réactions au stress aiguës ou le caractère proportionnel de la réponse, tout antécédent de psychopathologie et l'accès à des ressources et leur disponibilité. Un tel triage doit être effectué par un professionnel ou un para-professionnel formé en évaluation psychologique et en intervention en cas de traumatisme ou de crise. Les cas jugés à risque doivent être étroitement surveillés afin d'évaluer le besoin de les aiguiller vers un autre professionnel et/ou d'intervenir immédiatement.

Une fois que le triage aura permis de déterminer les personnes à plus haut risque en raison de leur exposition ou d'autres facteurs, un dépistage systématique au sein de la population générale devrait être effectué. Ce dépistage comprend la surveillance des signes et symptômes de détresse et de stress aigu ou chronique. Les dispensateurs de soins (professionnels et non professionnels), les proches de la personne atteinte (p. ex., famille, amis, enseignants) et/ou les dispensateurs de soins psychologiques sur place peuvent y participer. Un plan psychosocial efficace comprendra des séances de sensibilisation pour les employés, les dispensateurs de soins et la population à propos des réactions de deuil et de stress, notamment les signes et symptômes de stress aigu, chronique ou post-traumatique. Les participants devraient aussi y recevoir de l'information sur les ressources, l'aide existante, le processus d'accès direct aux ressources et sur la manière d'aiguiller les autres vers ces ressources.

Références

- Schopflocher DP, Russell ML, Svenson LW, Nguyen T, Mzaurenko I. Pandemic influenza planning: using the U.S. Centers for Disease Control FluAid Software for small area estimation in the Canadian context. *Ann Epidemiol* 2003; 14:73-6.
- Kaniasty K, Norris F. The experience of disaster: individuals and communities sharing trauma. Dans Gist R, Lubin B, éd. *Response to Disaster: Psychosocial, Community and Ecological Approaches*. Londres : Brunner/Mazel, 1999 : 25-62.
- Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis* 2006; 12:1942-9.
- Smith RD. Responding to global infectious disease outbreaks: lessons learned from SARS on the role of risk perception, communication and management. *Soc Sci Med* 2006; 63:3113-23.
- Smith RD, Sommers T. Assessing the Economic Impact of Communicable Disease Outbreaks: the Case of SARS. Genève: Strategy Unit, Director General's Office, World Health Organization. Globalization, Trade and Health Working Paper, 2003.
- Gursky E, Inglesby TV, O'Toole T. Anthrax 2001: observations on the medical and public health response. *Biosecurity Bioterrorism* 2003; 1:97-110.
- Schultz JM, Espinel Z, Flynn BW, Hoffman Y, Cohen RE. *DEEP Prep: All Hazards Disaster Behavioral Health Training*. Miami, FL : Center for Disaster and Extreme Event Preparedness, 2003.
- Seynaeve GJR, éd. Psycho-social support in situations of mass emergency. A European policy paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters. Bruxelles, Belgique : Ministère de la Santé publique, 2001. (pas disponible en français)
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV-TR*. Washington : APA, 2000.
- Organisation mondiale de la Santé. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1993.
- Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Malarkey WB, Sheridan JF. The influence of psychological stress on the immune response to vaccines. *Ann N Y Acad Sci* 1998; 840:649-55.
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Gravenstein S, et al. Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. *Proc Natl Acad Sci USA* 1996; 93:3043-7.
- Marsella AJ, Christopher MA. Ethnocultural considerations in disasters: an overview of research, issues, and directions. *Psychiatr Clin North Am* 2004; 27:521-39.
- Disaster Stress and Trauma Response Services Committee, British Columbia Ministry of Health Services. *Psychosocial Response Workbook*. Affiché à l'adresse : <http://www.health.gov.bc.ca/emergency/dstrs.html> 2007.
- Schnurr PP, Green BL. Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress. Washington, DC : American Psychological Association, 2003.
- Amaratunga CA, Carter M, O'Sullivan TL, Phillips KP, Saunders R, Thille P. *Appui au personnel infirmier dans les cas d'urgence en santé publique : améliorer les possibilités d'offrir des mécanismes de soutien fondés sur les rapports entre les sexes dans le contexte de la planification des mesures d'urgence*, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 2008. Affiché à l'adresse : <http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=1841&l=fr> Consulté le 12 sept. 2008.
- Canadian Tourism Commission. SARS: the potential impact on the domestic and selected international travel markets to Canada. 2003. Affiché à l'adresse : http://ftp.canadatourism.com/ctxUploads/en_publications/SARSPotential.pdf. (Ce document existe en français seulement en sommaire : *Le SRAS : répercussions possibles sur les voyages au Canada : marché intérieur et certains marchés internationaux* http://www.corporate.canada.travel/docs/research_and_statistics/industry_research/SARS%20-%20The%20Potential%20-%20Summary%20-%20%20Fre.pdf).
- Tansey CM, Louie M, Loeb M, et al. One-year outcomes and health care utilization in survivors of severe acute respiratory syndrome. *Arch Intern Med* 2007; 167:1312-20.
- Grace SL, Hershenfield K, Robertson E, Stewart DE. The occupational and psychosocial impact of SARS on academic physicians in three affected hospitals. *Psychosomatics* 2005; 46:385-91.
- Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *Can Med Assoc J* 2004; 170:793-8.

Lectures supplémentaires

Paul M. Darby. The Economic Impact of SARS. Special Briefing. Conference Board of Canada. 2003. Affiché à l'adresse : <http://www.conferenceboard.ca/documents.asp?rnext=539>

Guberman N, Nicholas E, Nolan M, Rembicki D, Lundh U, Keefe J. Impacts on practitioners of using research-based career assessment tools: experiences from the UK, Canada, and Sweden, with insights from Australia. *Health and Social Care in the Community* 2003; 11(4):345-55.

Norris FH. Range, magnitude, and duration of the effects of disasters on mental health: review update, 2005. Hanover, NJ: Dartmouth College (Dartmouth Medical School and National Center for PTSD). Affiché à l'adresse : <http://redmh.org/>. Consulté le 22 janv. 2008.

Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry: Interpersonal & biological processes* 2002; 65:240-60.

Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes* 2002; 65:207-39.

Organisation mondiale de la Santé (2003). *Rapport sur la santé dans le monde, 2003 - façonner l'avenir*. Chapitre 5. SRAS : les leçons tirées d'une nouvelle maladie. Affiché à l'adresse : <http://www.who.int/whr/2003/fr/index.html> Consulté le 2 juin 2003.

Annexe A : Répercussions psychosociales et planification de la pandémie

Le virus responsable de la pandémie devrait gagner le Canada dans les trois mois suivant son apparition ailleurs dans le monde (ou plus tôt), se propager rapidement, le premier pic d'infections survenant dans les deux à quatre mois, deux vagues ou plus s'observant au cours de la même saison grippale et de saisons successives, chacune durant de six à huit semaines.

D'après les taux d'attaque prévus actuellement (35 %), 25 % de la population (population actuelle fondée sur les données du Recensement de 2006 – 31,6 millions de personnes) tombera malade (cliniquement) au cours de la première vague; jusqu'à 50 % des sujets malades auront besoin de soins en consultation externe. Selon la gravité de l'infection, de 1 à 2 % seront hospitalisés et se rétabliront; de 0,4 à 2 % décèderont.

Problèmes prévus au cours d'une pandémie	Répercussions psychosociales	Mesures à intégrer aux plans d'intervention psychosociale	Résultats
<p>Hausse marquée de la demande de services de soins de santé au cours d'une pandémie de grippe</p> <p>Augmentation de la demande de services psychosociaux et de services de santé mentale – les taux devraient augmenter au pic de la vague et pendant la période de rétablissement.</p>	<p>La population : accroissement du stress, de l'anxiété et de la colère en raison de difficultés d'accès aux ressources (p. ex., aux antiviraux) ou aux services</p> <p>Les travailleurs de la santé et les autres travailleurs des services essentiels : stress, anxiété, incertitude, sentiment d'être dépassé par les événements</p> <p>Surcharge de responsabilités chez les médecins de première ligne et chez les autres dispensateurs de soins de santé et de services sociaux</p> <p>Besoin en formation et en éducation pour l'évaluation et l'atténuation des principaux problèmes de santé mentale (comme l'anxiété, la dépression, le stress)</p>	<p>Création de comités de planification multidisciplinaire et communautaire visant à faire participer les personnes intéressées (p. ex., les employés d'un établissement, les membres de la population générale) au processus de planification</p> <p>Création d'équipes collaboratives multidisciplinaires de soutien psychosocial et de ressources communautaires (p. ex., des services téléphoniques de soutien psychosocial lié à la pandémie, accessibles 24 heures sur 24, 7 jours par semaine (24/7); messages d'intérêt public sur les signes et les symptômes; stratégies comportementales et cognitives visant l'atténuation des risques; ressources communautaires en santé mentale)</p>	<p>Établissement d'un lien de confiance et de la communication</p> <p>Instauration et mise à l'essai de mécanismes de communication</p> <p>Rôles, responsabilités et mandats mieux définis</p> <p>Pertinence et respect accrus des stratégies élaborées</p>
<p>Différences perçues ou réelles quant à l'accès aux ressources et aux services appropriés en soins de santé</p>	<p>Besoin en information concernant la justification des décisions et des mesures prises en santé publique</p>	<p>Production de renseignements adaptés aux besoins culturels et destinés à divers médias (presse imprimée, radio, télévision, Internet) et dans diverses langues; stratégies de diffusion adaptées à chaque phase (p. ex., réunions à l'échelle communautaire avant la pandémie; radio, Internet, télévision pendant la pandémie)</p> <p>Repérage de leaders communautaires issus de diverses sous-populations et établissement de liens avec eux</p>	<p>Diminution de l'incertitude; une population mieux renseignée est en mesure de mieux agir et est plus susceptible d'observer les consignes</p>

<p>Charge de travail accrue, évolution de la situation, changements dans les rôles et les responsabilités en réponse à l'absentéisme</p> <p>Maintien des services essentiels</p>	<p>Surcharge de responsabilités, accroissement du niveau de stress et d'anxiété, diminution de l'assiduité</p>	<p>Élaboration et institutionnalisation de services de soutien psychosocial, notamment la gestion du stress, les soins personnels, la préparation individuelle et familiale, l'intégration des mesures d'urgence aux services offerts par les PAEF</p> <p>Élaboration de modules de transfert d'apprentissage et de formation sur le tas</p> <p>Activités (éducation, formation et exercices) destinées au personnel, portant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> les plans d'urgence en santé et de lutte contre la pandémie la prise de décisions cliniques les stratégies de télétravail le développement de la capacité de communication et des différents moyens de favoriser la communication virtuelle (p. ex., fax, courriel, Internet, logiciel compatible permettant d'échanger les dossiers médicaux et les autres documents par voie électronique) 	<p>Capacité et résilience accrues des ressources humaines</p>
<p>Mise en place de mesures de lutte contre la grippe</p>	<p>Anxiété, crainte, colère</p> <p>Stigmatisation et exclusion sociale associées à l'infection, risque d'infection</p> <p>Responsabilités accrues (surtout pour les femmes qui demeurent les principales dispensatrices de soins) sur le plan de la prise en charge à domicile des enfants, des personnes âgées, des membres de la famille malades</p>	<p>Éducation et formation de la population et des employés en ce qui concerne :</p> <ul style="list-style-type: none"> les plans de lutte pandémique axés sur la santé publique la gestion du risque d'infection dans le milieu de travail et à la maison le stress – signes, symptômes, prise en charge d'un bout à l'autre du spectre les stratégies visant à réduire et à gérer la stigmatisation/l'exclusion sociale <p>Planification de l'aide aux employés et à leur famille sur les plans suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> les soins personnels et la prise en charge à domicile des membres de la famille infectés l'élaboration de réseaux de soutien social (amis, voisins) <p>Élaboration à l'échelle communautaire de plans d'intervention d'urgence auprès des enfants et des personnes âgées</p>	<p>Diminution de l'anxiété</p> <p>Résilience individuelle et sociale accrue</p> <p>Résilience accrue</p> <p>Diminution de la demande de services en établissement</p> <p>Diminution du risque de problèmes de santé mentale graves</p>

Aux fins de la planification, on a retenu des taux d'absentéisme prévus variant entre 20 et 25 % durant une période pandémique de pointe de deux semaines, les taux étant plus faibles avant et après chaque pic (moyenne observée au cours d'un hiver normal : 8 %).

L'absentéisme peut être attribuable à la maladie ou aux responsabilités accrues à l'égard de la prise en charge de membres de la famille malades ou de personnes ayant besoin de soins à domicile à la suite de fermetures d'établissements (p. ex., en cas de fermeture d'écoles, de garderies ou d'établissements de soins pour personnes âgées).

Les taux d'absentéisme devraient varier d'une collectivité et d'un milieu de travail à l'autre. Ils pourraient être aggravés par la tendance à éviter les lieux de travail. Bien qu'elle n'ait pas joué un rôle critique dans les pandémies antérieures, la tendance à éviter les lieux de travail devrait être prise en considération et les estimations devraient être fondées sur un contexte où les employés comparent le risque relatif perçu au coût d'une absence. Il est possible que ce type d'absentéisme soit plus élevé dans les milieux de l'éducation, des soins de santé et de l'assistance sociale et dans l'administration publique.

Problèmes prévus au cours d'une pandémie	Répercussions psychosociales	Mesures à intégrer aux plans d'intervention psychosociale	Résultats
Absentéisme accru	<p>Charge de travail accrue pour les autres collègues qui continuent de travailler</p> <p>Stress accru et incertitude des responsabilités et des rôles différents, des lieux de travail, et du risque</p> <p>Répercussions économiques et sociales (perte d'emploi, modification de la situation financière de la famille, stress, maladie et décès dans la famille)</p> <p>Stigmatisation associée à une activité professionnelle comportant des risques plus élevés</p> <p>Incertitude concernant la sécurité de la famille</p>	<p>Institutionnalisation des programmes de développement de la résilience de la main-d'œuvre qui offrent un vaste éventail de services sur le terrain, avant et après les postes de travail, et de services de suivi et d'aide à la famille</p> <p>Élaboration de plans de continuité opérationnelle adaptés aux besoins spécifiques du lieu de travail, qui tiennent compte des facteurs suivants : recrutement d'urgence, sûreté et souplesse de l'horaire de travail, plans d'aide à la famille des employés, soutien psychosocial précoce à l'intention du personnel et des patients et perturbation minimale du service de rémunération</p> <p>Évaluation continue de la santé émotionnelle et comportementale de la main-d'œuvre et évaluation et amélioration des interventions</p> <p>Transfert d'apprentissage et formation sur le tas visant à faire en sorte que les travailleurs aient un sentiment accru d'efficacité et de compétence dans les nouveaux rôles qu'ils doivent assumer</p> <p>Stratégies de communication qui tiennent compte du besoin en information (p. ex., sur les mesures de sécurité) des employés et des membres de leur famille (p. ex., sur les précautions, la communication avec la personne concernée, les stratégies de prise en charge des enfants et des personnes âgées)</p>	<p>Amélioration de la résilience de la main-d'œuvre</p> <p>Diminution du risque d'absentéisme</p> <p>Diminution du risque de graves problèmes de santé mentale et de problèmes de santé à long terme associés au stress</p>

Perturbations sociales prévues découlant des impacts économiques, des stratégies de distanciation sociale et de la perturbation des chaînes d'approvisionnement.

Les conséquences sociales pourraient durer plus longtemps que la pandémie proprement dite.

Problèmes prévus au cours d'une pandémie	Répercussions psychosociales	Mesures à intégrer aux plans d'intervention psychosociale	Résultats
Perturbation sociale	<p>Perturbation dans les réseaux de soutien communautaire, y compris des activités et des groupes bénévoles, culturels, sociaux et récréatifs</p> <p>Conflit de rôles et stress lié à la prise en charge des enfants, des personnes âgées et de la famille</p> <p>Tension et conflits dans la collectivité</p>	<p>Évaluation des besoins communautaires par la mise à contribution de la collectivité dans la planification</p> <p>Élaboration et mise en œuvre de moyens de communication non conventionnels à l'intention des membres de la collectivité (p. ex., les réseaux de communication virtuelle, le soutien téléphonique)</p> <p>Mise au point et diffusion de trousseaux d'information sur les répercussions psychosociales et les stratégies d'adaptation</p> <p>Élaboration de stratégies pour tenir compte des responsabilités supplémentaires liées à la prestation de soins à domicile; prévision des effets de cette réalité sur la disponibilité de la main-d'œuvre et adoption de mesures en conséquence</p> <p>Prévision du besoin constant d'aide pour l'accès aux ressources (p. ex., aide financière et ressources matérielles et en santé) et adoption de mesures en conséquence</p>	<p>Amélioration des occasions d'entraide</p> <p>Atténuation des effets à long terme et soutien du rétablissement</p> <p>Accroissement du sentiment de compétence, d'auto-efficacité et de résilience des individus et des familles</p>

Annexe B : Questions psychosociales touchant les travailleurs des services essentiels

Pour qu'il soit efficace, un plan d'intervention psychosociale en cas de pandémie devra prévoir un volet soutien psychosocial des travailleurs de la santé et des travailleurs qui dispensent d'autres services essentiels. La remarque vaut surtout pour les travailleurs qui présentent un risque accru d'infection ou d'exposition aux personnes gravement malades et/ou qui décèdent des suites de la grippe. Certains facteurs précis à prendre en considération sont exposés ci-après.

Questions psychosociales touchant les travailleurs de la santé et les autres travailleurs des services essentiels

- Stress professionnel extrême imputable aux facteurs suivants :
 - Hausse marquée de la demande de services
 - Contacts professionnels avec un grand nombre de personnes malades/agitées et avec leur famille
 - Port d'équipement de protection individuelle chaud et inconfortable
 - Problèmes liés à la sécurité individuelle (p. ex., l'obtention de vaccins et/ou d'antiviraux)
 - Stigmatisation et isolement social;
- Épuisement/usure de compassion associés à la nécessité d'assumer des rôles multiples (comme le soin d'enfants à charge/de parents vieillissants);
- Difficulté à concilier les rôles de soignant sur les plans personnel et professionnel, accentuée par les possibles fermetures d'école et d'autres établissements (comme les centres de soins de jour pour adultes);
- Maladie et décès chez les collègues et les membres de la famille;
- Crainte de contagion et/ou de transmission de la maladie à d'autres;
- État de choc, engourdissement psychologique, état de confusion ou d'incrédulité, tristesse extrême, deuil, colère, culpabilisation, épuisement, frustration;
- Sentiment d'inefficacité et d'impuissance;
- Difficulté à maintenir les activités liées aux soins personnels (p. ex., s'accorder suffisamment de repos, entretenir les liens avec la famille);
- Séparation prolongée d'avec la famille;
- Inquiétudes au sujet des enfants et d'autres membres de la famille;
- Stress constant et pression liée à la performance.

Facteurs contributifs :

- Manque de fiabilité et d'uniformité de l'information (p. ex., au sujet des mesures de protection);
- Absence perçue de leadership efficace;
- Manque de confiance envers les employeurs, les institutions ou les gouvernements;
- Décès des superviseurs immédiats, des collègues, des chefs de file dans le cadre des efforts de lutte;
- Décès ou maladie dans la famille;
- Nombreux cas de maladie et de décès chez les enfants;
- Effondrement économique ou graves pénuries d'aliments, d'eau, d'électricité ou d'autres produits et services essentiels;
- Restriction des libertés civiles jugée inéquitable (p. ex., le droit de refuser de travailler);
- Mesures de lutte contre l'infection (y compris le port d'équipement de protection personnelle) qui restreignent les contacts personnels, nuisent à la communication et entravent les réseaux normaux de soutien personnel et professionnel;
- Préoccupations relatives aux enfants et à d'autres membres de la famille;
- Rumeurs et idées fausses.

Annexe C : Conseils pour la planification de la communication psychosociale

Les répercussions psychosociales des urgences, en particulier d'une urgence à l'échelle d'une pandémie, constituent un élément essentiel d'une communication stratégique efficace avec la population et les médias. Si l'on veut aider à gérer la demande d'information, il est absolument primordial de combler les lacunes dans les connaissances en fournissant des renseignements utiles, exacts et cohérents. Les professionnels qui prévoient dispenser des services psychosociaux efficaces et communiquer des messages à cet égard, doivent travailler en étroite collaboration pour appuyer les activités de gestion d'urgence. Il est également important que la population participe aux efforts de planification et ce, dès le début et tout au long des phases d'une pandémie.

- Créer des messages non équivoques, factuels, cohérents, complets, et faciles à comprendre.
- Mettre régulièrement à jour l'information, même si la mise au jour n'indique que rien n'a changé.
- Créer des messages qui tiennent compte des sensibilités culturelles locales, des croyances, des opinions de la population, et des aspects géographiques locaux (c. à d., collectivités éloignées, enjeux ruraux).
- Créer des messages qui permettent de passer à l'action, qui décrivent ce que les personnes peuvent faire pour que leur famille et eux mêmes se préparent et se protègent.
- Faire en sorte que le processus soit transparent en fournissant continuellement de l'information sur les plans et les décisions du gouvernement et des services de santé publique.
- Prendre en considération les réseaux de communication ou les relais d'information qui visent spécifiquement des groupes particuliers de travailleurs (p. ex., dispensateurs de soins de santé et de services sociaux) ou qui visent à garder la population informée et au courant. Ces réseaux peuvent appuyer efficacement la transmission d'information et de messages clés dans toute la collectivité et également la réception de ces informations ou commentaires de la collectivité tout au long du processus.
- Évaluer et déterminer les besoins spéciaux en matériel/systèmes, y compris les téléphones cellulaires, les lignes téléphoniques réservées et les centres de réception des messages, afin de renforcer la capacité des travailleurs et de leur famille à garder le contact et à avoir une information à jour qui est utile pour leur travail, organisation/collectivité.
- Désigner des personnes et les former aux stratégies de communication du risque et en cas de crise afin de réduire au minimum les erreurs d'interprétation et de s'assurer qu'ils ont de l'expérience, sont empathiques, accessibles et qu'ils communiquent de l'information fiable. Les personnes qui ont peur ou sont stressées peuvent facilement mal interpréter ou ne pas remarquer certains détails pertinents.
- Préparer à l'avance des messages d'urgence, notamment des messages adaptés à des locuteurs non anglophones et à d'autres qui ont des besoins spéciaux (c. à d., difficulté à lire, accès limité à l'Internet et à d'autres ressources électroniques).
- Envisager la création d'une ligne de dépannage de soutien de la santé psychosociale : fournir de l'information sur les stratégies pour faire face au stress et à la douleur et identifier les ressources et services communautaires/organisationnels disponibles. On peut faire appel pour ces lignes à des dispensateurs de soins de santé mentale dûment formés (p. ex., psychologues, conseillers, travailleurs sociaux cliniciens, pairs conseillers et conseillers en cas de crise formés) qui ont reçu une formation pour fournir les premiers soins psychologiques, un soutien et de l'information.

Annexe D : Ressources sur Internet pour la planification

Sites Internet canadien sur la planification en vue d'une pandémie

1. Site Internet du gouvernement canadien sur la pandémie d'influenza – guichet d'accès unique à l'information en provenance des ministères et organismes du gouvernement du Canada sur la grippe aviaire, saisonnière et pandémique : <http://www.influenza.gc.ca>
2. Site Internet de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pour la planification en vue d'une pandémie d'influenza : <http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/pandemic-fra.php>
3. Site Internet du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index-fra.php> (le fruit de discussions et de collaborations importantes au sein du Comité sur la pandémie de l'influenza (CPI). Créé en 2001, Agence de la santé publique du Canada)
4. Site Internet sur la pandémie de Sécurité Canada : http://www.securitecanada.ca/link_f.asp?category=10&topic=193
5. Ville d'Ottawa, Êtes-vous prêt? – Site Internet sur le Passeport de pandémie de la grippe : http://www.ottawa.ca/residents/health/emergencies/pandemic/passport_fr.html
6. Site Internet du Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Planification de pandémie : <http://www.cchst.ca/pandemic/subject/governmentalpandemicplann.html>

Outils de planification psychosociale et de santé mentale lors de catastrophe

1. Site Internet de l'Agence de la santé publique du Canada sur les mesures et interventions d'urgence : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ep-mu/index-fra.php>
2. The US Department of Health and Human Services Pandemic Influenza Planning: Guide for Individuals and Families. C'est un guide complet qui décrit ce qu'est une pandémie, ses effets prévus, les questions et réponses concernant les vaccins, etc. et il contient une liste de contrôle pour la planification à l'intention des individus et des familles
3. Site Internet de Québec pandémie – Prévention des impacts psychosociaux dans un contexte de pandémie d'influenza : guide à l'intention des employeurs et travailleurs du Québec <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/46b5d37859855835852572d6005439d8?OpenDocument>
4. EU Psychosocial Support in Situations of Mass Emergencies. C'est un guide complet sur les questions et interventions psychosociales – porte sur un éventail d'urgences pouvant faire beaucoup de blessés ou de malades : ec.europa.eu/environment/civil/act_prog_rep/psychosocial_aftermath.pdf (en anglais seulement)

Lieu de travail

1. Santé Canada. Santé de l'environnement et du milieu du travail : pandémie de grippe : planification des soins psychosociaux : <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/pandemic-plan-pandemie/intro-fra.php>

2. Vancouver Coastal Health Pandemic Influenza Plan – Chapter 8 Human Resources : <http://www.vch.ca/pandemic/>
3. Réseaux canadiens de recherches en politiques publiques. *Appui au personnel infirmier dans les cas d'urgence en santé publique : améliorer les possibilités d'offrir des mécanismes de soutien fondés sur les rapports entre les sexes dans le contexte de la planification des mesures d'urgence.* Recherches et recommandations détaillées pour développer la résilience des ressources humaines dans le secteur des services de santé, l'accent étant mis sur les questions liées au sexe (conflits de rôles vécus par les TS à cause de leurs multiples rôles de soignants). Affiché à l'adresse : <http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=1841&l=fr>

Signes et symptômes de stress et stratégies d'intervention adaptées à l'âge

1. Site Internet de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA - US Government) : <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/EmergencyServices/after.asp>
2. United States Department of Health & Human Services; Pandemic Influenza Plan, 2005; *Supplement 11 Workforce Support: Psychosocial Considerations and Information Needs.* Affiché à l'adresse : www.hhs.gov/pandemicflu/plan/sup11.html
3. Crimando SM (MD), 2006. The emotional and behavioural consequences of chemical, biological, radiological and nuclear events and other complex public health emergencies: Part II. Affiché à l'adresse : <http://www.bigmedicine.ca/stevencrimando.htm>

Populations ayant des besoins spéciaux

Federal Emergency Management Agency, Emergency Management Planning Guide for Special Needs Populations – Accessible actuellement sous une forme provisoire à l'adresse : <http://www.fema.gov/pdf/media/2008/301.pdf>

Soutien professionnel destiné aux premiers intervenants

1. Tips for Managing and Preventing Stress: A Guide for Emergency and Disaster Response Workers – SAMHSA Internetsite: : <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/tips/disaster.pdf>
2. The US Department of Health and Human Services Pandemic Influenza Plan Supplement 11 Workforce Support: Psychosocial Considerations and Information Needs : <http://www.hhs.gov/pandemicflu/plan/sup11.html>
3. Patel MS, Phillips CB, Pearce C, Kljakovic M, Dugdale P, Glasgow N. (2008). Primary health care planning – general practice and pandemic influenza: A framework for planning and comparison of plans in five countries. Affiché à l'adresse : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18509538>
4. Emergency Management Workforce Protection Guidelines – US guidelines for to protect EMS and 9-1-1 workforce and their families during an influenza pandemic. Affiché à l'adresse : www.nhtsa.gov/people/injury/ems/PandemicInfluenzaGuidelines/Task61136Web/PDFs/Section6.pdf

Autre

Redefining Readiness Study. Affiché à l'adresse : <http://www.redefiningreadiness.net/rrstudy.html>

Plans internationaux

World Health Organization (WHO) Global Influenza Preparedness Plan; Department of Communicable Disease, Surveillance and Response, Global Influenza Programme; Organisation mondiale de la Santé 2005. Affiché à l'adresse : www.who.int/entity/csr/resources/publications/influenza/GIP_2005_5Eweb.pdf (en anglais seulement)

Questions éthiques lors d'une pandémie

1. Thompson AK, Faith K, Gibson JL, Upshur REG. Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. Affiché à l'adresse : <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/7/12>
2. Johns Hopkins – Berman Institute of Bioethics. Divers documents concernant la prise de décisions éthiques lors d'une pandémie d'influenza. Affiché à l'adresse : www.bioethicsinstitute.org

Considérations relatives à la planification pour les communautés autochtones

Site Internet sur la pandémie de l'Agence de la santé publique du Canada. Annexe B : (« Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie de l'influenza pour les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves ») <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/ann-b-fra.php>

Annexe E : Conseils pour associer la planification psychosociale à la gestion des urgences

- Examiner tous les aspects des plans de lutte contre une pandémie en prévision des implications affectives, comportementales et sociales des mesures et des stratégies d'intervention et de rétablissement.
- Établir les grandes lignes de la structure organisationnelle/communautaire/gouvernementale de gestion des urgences durant une crise de façon à mettre en lumière l'intégration des mesures psychosociales.
- Créer des alliances interdisciplinaires (p. ex., santé, services sociaux, gestion des urgences) afin de créer un climat de confiance, d'améliorer la communication et de renforcer les capacités d'intervention par la création d'équipes et de collaborations interdisciplinaires.
- S'assurer que les travailleurs et les membres de la collectivité sont régulièrement informés des changements structurels ou de procédures qui ont trait aux plans d'urgence. Prévoir et faire connaître les possibilités de modification des rôles et des responsabilités, et intégrer ces possibilités aux plans et aux activités d'éducation et de formation.
- Les plans psychosociaux devraient tenir compte de l'interface entre les administrations locales et régionales, les gouvernements FPT ainsi que les autorités de la santé publique, de façon à ce que les ressources et les services sont définis et que tout chevauchement inutile est éliminé.
- Consulter les collectivités/organisations voisines pour évaluer les ressources et élaborer des plans psychosociaux qui sont cohérents, afin de réduire tout chevauchement inutile et de maximiser le partage des ressources.
- Élaborer des plans d'urgence qui prévoient des ententes d'aide et de soutien mutuels entre les organismes de santé, les services sociaux et les autres organismes et organisations participant aux interventions psychosociales, qui peuvent atténuer les effets ou la durée de possibles interruptions des services de santé mentale, de soutien social ou économique, d'approvisionnement en aliments et des autres services communautaires.

Annexe F : Liste de contrôle de la planification psychosociale

La liste* de planification psychosociale qui suit renferme une série d'aspects à prendre en considération qui sont susceptibles d'influer sur le bien-être psychosocial, comportemental et social des individus, des familles et des collectivités. Les points particulièrement pertinents peuvent varier selon le mandat des administrations et des organisations.

1. Prévoir les répercussions psychosociales d'une pandémie d'influenza			
Terminé	En cours	Non débuté	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Désigner et mettre en place un groupe multisectoriel de planification psychosociale ayant le pouvoir d'élaborer, de tenir à jour et de mettre en œuvre un plan de préparation et d'intervention psychosociales en cas de pandémie d'influenza.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déterminer les répercussions psychosociales possibles au sein de son administration ou organisation et élaborer des plans d'urgence.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concevoir et offrir une formation qui tient compte de la modification des rôles et de l'absentéisme, et qui vise à répondre aux besoins en apprentissage sur le tas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Améliorer continuellement les plans psychosociaux au moyen d'exercices ou de simulations et avec la participation de la collectivité ou des travailleurs.
2. Informer et sensibiliser le personnel, les bénévoles et les autres membres de la collectivité à propos des répercussions sanitaires et psychosociales d'une pandémie			
Terminé	En cours	Non débuté	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concevoir et distribuer de la documentation qui renferme de l'information de base sur les répercussions psychosociales, la gestion du stress et la préparation des individus et des familles aux conséquences secondaires d'une pandémie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concevoir des séances de sensibilisation et d'information à propos de la résilience psychosociale et les incorporer à la formation du personnel et aux réunions ou rassemblements publics.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mettre au point des outils et des stratégies de communication pour la diffusion de l'information sur la gestion du stress ou la résilience en utilisant divers supports médiatiques.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'assurer de tenir compte de la diversité (culture, langue, aptitude cognitive et physique, âge, degré d'alphabétisation) dans l'élaboration et la diffusion des plans, des messages et de la documentation. Prévoir la participation de divers intervenants.
3. Prévoir l'impact physique, social, affectif et économique sur les travailleurs ou la collectivité en instituant des programmes de résilience professionnelle et psychosociale			
Terminé	En cours	Non débuté	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prévoir l'absentéisme du personnel ou des bénévoles au cours d'une pandémie pour cause de maladie personnelle et/ou dans la famille, de quarantaines et de mesures de distanciation sociale (c. à d., fermeture d'écoles et d'entreprises, interruption des transports publics, évitement des rassemblements publics).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Élaborer et mettre en œuvre des programmes de développement de la résilience de la main-d'œuvre.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prévoir les effets psychosociaux des répercussions secondaires pour son organisation ou sa collectivité.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déterminer, évaluer et développer la capacité des services sociaux et des services de santé mentale et comportementale auxquels le personnel, les bénévoles et les membres de la collectivité auront probablement accès pendant une pandémie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispenser une formation sur la santé mentale et comportementale en cas de catastrophe au personnel concerné (c. à d., les travailleurs sociaux, les psychologues, les psychothérapeutes, les travailleurs en santé mentale, les psychiatres et autres membres du personnel compétent).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identifier les populations ou les individus éventuellement vulnérables ou à risque au sein de sa collectivité ou son organisation. Prévoir leurs besoins psychosociaux.

4. Établir des politiques et des procédures à mettre en application pendant une pandémie

Terminé	En cours	Non débuté	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Élaborer des politiques et des procédures ayant pour objet de ne pas pénaliser les employés qui s'absentent ou prennent congé parce qu'ils sont malades ou qu'un membre de leur famille est malade. Encourager les entreprises de la collectivité à en faire autant.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Élaborer des politiques imposant des congés de maladie obligatoires au personnel qu'on soupçonne d'être malade ou qui devient malade au travail.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Élaborer des stratégies et des politiques à l'appui des horaires de variables de travail et du travail à domicile. Tenir compte des besoins technologiques liés à ces dispositions.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Élaborer des politiques ou des protocoles d'atténuation de l'impact psychosocial de la fermeture de services ou de lieux de travail dans le cadre des mesures de lutte contre l'infection.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Envisager des stratégies de rechange visant à assurer la prestation des services pendant les périodes de pointe.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Désigner des personnes qui seront responsables d'évaluer le bien-être psychosocial des travailleurs ou des membres de la collectivité et de fournir un soutien psychosocial additionnel, au besoin.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Élaborer et établir des procédures de mise en œuvre de son propre plan d'intervention quand une pandémie est déclarée par les autorités de la santé publique.

5. Élaborer et mettre en œuvre des plans de développement de la résilience de la main-d'œuvre

Terminé	En cours	Non débuté	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un cadre a été mis en place pour la création et la mise en œuvre de programmes de soutien psychosocial et de développement de la résilience de la main-d'œuvre tout en tenant compte de la modification des ressources et des besoins des travailleurs et de leurs familles, besoins qui sont définis dans le cadre du processus d'évaluation continue.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un cadre a été mis en place en vue de l'élaboration, de l'adaptation et de la prestation de séances de sensibilisation et de formation appuyant la résilience psychosociale des travailleurs et de leurs familles : <ul style="list-style-type: none"> • sensibilisation et formation en matière de résilience psychosociale précédant une pandémie; • mesures de lutte contre l'infection et de sécurité au travail qui englobent les répercussions psychosociales; • formation préalable et sur le tas sur la modification possible des rôles, des responsabilités et des lieux de travail.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un plan de développement de la résilience de la main-d'œuvre inclut un cadre en vue de l'élaboration de séances de sensibilisation et de formation et de leur prestation au personnel, aux bénévoles et aux dispensateurs des services de soutien psychosocial.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un plan de communication des risques est en place, qui permettra de répondre aux besoins en information des travailleurs de la santé, de leurs familles, des clients ou des patients dans le contexte des perturbations qu'une pandémie peut généralement entraîner.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des plans d'urgence sont en place pour assurer la prestation et la révision des services de soutien psychosocial à la suite d'une pandémie. Ces plans tiennent compte de l'évolution des facteurs conjoncturels et des besoins à long terme des travailleurs de la santé.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des mécanismes et des processus sont en place pour favoriser la coordination, l'évaluation et le maintien des programmes de développement de la résilience de la main-d'œuvre, y compris la transmission des leçons apprises.

6. Assurer une coordination locale ou régionale avec les partenaires de la planification psychosociale au sein de l'organisation ou de la collectivité

Terminé	En cours	Non débuté	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprendre les plans, les rôles et les responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des administrations locales et régionales, des autorités de la santé publique et des organismes d'intervention en cas d'urgence.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Créer un réseau avec des homologues locaux et régionaux. Mettre en commun les plans, élaborer des plans d'entraide et préciser la contribution de chacun. Désigner un point de contact et établir des stratégies de communication afin de maximiser la communication entre les principaux intervenants.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Élaborer des plans visant à accroître les capacités des ressources existantes (c. à d., les lieux de culte et les équipes de gestion des urgences de la collectivité).

*D'après la liste de préparation à une pandémie d'influenza d'organisations communautaires et religieuses : <http://www.pandemicflu.gov/plan/faithcomchecklist.html>

