



**Canadian
Red Cross**



Comblent l'écart :

Améliorer la préparation, la réponse et le rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence

29 recommandations d'experts fondées sur les données probantes pour améliorer la préparation, la réponse et le rétablissement des personnes âgées du Canada aux situations d'urgence

DÉCEMBRE 2020

Table des matières

Collaborateurs à la rédaction du rapport	1
Appuis organisationnels.....	4
Abréviations.....	7
Résumé	8
Généralité et contexte	15
Domaine 1 : Personnes âgées et aidants non rémunérés	26
Domaine 2 : Services et programmes communautaires	35
Domaine 3 : Professionnels de la santé et personnel de réponse aux situations d'urgence.....	41
Domaine 4 : Établissements et organisations de soins.....	46
Domaine 5 : Lois et politiques.....	52
Domaine 6 : Recherche	59
Glossaire	63
Références	65
Annexes	79
Annexe A : Index des recommandations et organismes compétents.....	A1
Annexe B : Résumé des lois et cadres pertinents à la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence	B1

Collaborateurs à la rédaction du rapport

En janvier 2019, la Croix-Rouge canadienne, en collaboration avec le *National Institute on Ageing*, s'est penchée sur les toutes dernières données et opinions d'experts pour éclairer les recommandations à l'intention des gouvernements, organisations et personnes visant à améliorer la préparation, la réponse et le rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence. Les experts ayant participé à la rédaction du rapport sont les suivants.

Coprésidents, Projet de préparation des personnes âgées aux situations d'urgence de la Croix-Rouge canadienne/*National Institute on Ageing*

Samir K. Sinha, M.D., D.Phil., FRCPC, AGSF
Coprésident et directeur de la recherche en politiques sanitaires, National Institute on Ageing
Directeur, département de gériatrie, Sinai Health et University Health Network, Toronto (Ontario)
Professeur adjoint, département de médecine, École de médecine de l'Université Johns Hopkins
Professeur agrégé, départements de médecine, de médecine familiale et communautaire, et Institut de gestion et d'évaluation des politiques sanitaires, Université de Toronto (Ontario)

Sarah Sargent, M.A.
Vice-présidente, Programme d'opérations canadiennes Croix-Rouge canadienne
Ottawa (Ontario)

Experts collaborateurs :

Christina Baert-Wilson
Directrice principale, Santé communautaire Croix-Rouge canadienne
Dartmouth (Nouvelle-Écosse)

Jane Barratt, Ph.D.
Secrétaire générale
International Federation on Ageing
Toronto (Ontario)

Sarah Burke, M.A.
Directrice intérimaire, Éducation au respect Croix-Rouge canadienne
Victoria (Colombie-Britannique)

Dan Carbin, M.Sc.
Directeur, Santis Health
Toronto (Ontario)

Nancy Cooper, MHSA
Directrice, Qualité et rendement
Ontario Long-Term Care Association
Toronto (Ontario)

Leslie Eckel
Collaboratrice, échange des connaissances InterRAI Canada, Université de Waterloo
Waterloo (Ontario)

Sharon Goodwin, B.Sc.N., N.P., M.N., Ph.D.
Vice-présidente principale, Soins à domicile et communautaires
Victorian Order of Nurses (VON)
Ottawa (Ontario)

Tyler Hague, MPA
Chef, Réduction des risques de catastrophe Croix-Rouge canadienne
London (Ontario)

Irene Hobuleic
Directrice principale, Qualité de la pratique et risques
Victorian Order of Nurses (VON)
Toronto (Ontario)

Jessica Hseih, M.SW., R.SW.
Coordonnatrice de la recherche
Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (NICE)
Toronto (Ontario)

Andrea Iaboni, M.D., D.Phil., FRCPC
Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université de Toronto
Directrice du groupe médical, Psychiatrie gériatrique, Toronto Rehab, University Health Network
Toronto (Ontario)

Sophia Ikura, MPA

Directrice exécutive, Labo de solutions de santé des populations
Sinai Health
Toronto (Ontario)

Mackenzie Kiemele

Coordonnatrice
Canadian Association of Retired Persons (CARP)
Toronto (Ontario)

Michael Nicin, M.A., MPP

Directeur exécutif
National Institute on Ageing
Toronto (Ontario)

Shawna Peddle, M.Sc.

Ancienne directrice, Réduction des risques de catastrophe
Croix-Rouge canadienne
Guelph (Ontario)

Arianne Persaud

Chef, Communications et affaires publiques
National Institute on Ageing
Toronto (Ontario)

Veronica Said, M.A.

Consultante, Santis Health
Toronto (Ontario)

Jennifer Savoy, B.A.

Chef, Direction des Programmes et gestion des urgences
Sécurité publique Canada
Ottawa (Ontario)

Dallas Seitz, M.D., Ph.D.

Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Hotchkiss
Brain Institute et O'Brien Institute for Public Health
École de médecine Cumming, Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Samina Talat, M.H.Sc.

Vice-présidente associée, Innovations en santé
Croix-Rouge canadienne
Mississauga (Ontario)

Laura Tamblyn-Watts, LLB

Directrice juridique nationale, Politiques et recherche
Canadian Association of Retired Persons (CARP)
Toronto (Ontario)

Sandy van Solm, Ph.D.

Chef, Gestion des situations d'urgence/CEMC
Région de Waterloo
Waterloo (Ontario)

Melinda Wells, MPA

Directrice, Relations internationales et diplomatie
humanitaire
Opérations internationales
Croix-Rouge canadienne
Ottawa (Ontario)

Ivy Wong, MPA

Directrice des politiques
National Institute on Ageing
Toronto (Ontario)

Caberry Yu, B.H.Sc., M.D.(c)

Chercheuse universitaire junior
National Institute on Ageing
Toronto (Ontario)

Lina Zita, BHA

Coordonnatrice, Développement et marketing
Older Adults Centres' Association of Ontario
Caledon (Ontario)

Personnel affecté au projet

Nicoda Foster MPH, Ph.D.(c)

Chef de projet

Projet de préparation des personnes âgées aux situations d'urgence de la CRC/NIA

Bureau du directeur de gériatrie

Sinai Health et University Health Network

Toronto (Ontario)

Laura Romero, B.Sc.

Adjointe de recherche

Projet de préparation des personnes âgées aux situations d'urgence de la CRC/NIA

Bureau du directeur de gériatrie

Sinai Health et University Health Network

Toronto (Ontario)

Shionne Hitchman, B.Sc.H.

Adjointe de recherche

Projet de préparation des personnes âgées aux situations d'urgence de l'ARC/AAN

Bureau du directeur de gériatrie

Sinai Health et University Health Network

Toronto (Ontario)

Elsa Nana Nzepa, B.Sc.

Assistante de programme

Projet de préparation des personnes âgées aux situations d'urgence de la CRC/NIA

Bureau du directeur de gériatrie

Sinai Health et University Health Network

Toronto (Ontario)

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Veronica Said, Dan Carbin, Peg Christensen, Daphne Horn, Chris Walsh et Allan McKee pour leur importante contribution à la rédaction du présent rapport.

Appuis organisationnels

La Croix-Rouge canadienne en partenariat avec le *National Institute on Ageing* aimerait remercier les organisations ci-dessous pour leur aide et leur appui officiel au présent document.





Canadian
Physiotherapy
Association

Association
canadienne de
physiothérapie



CSLTCM

Canadian Society for
Long-Term Care Medicine



CARERS CANADA
PROCHES AIDANTS au CANADA



NICE

National Initiative for the Care of the Elderly
Initiative nationale pour le soin des personnes âgées

National Pensioners
Federation



Fédération Nationale
des Retraités



Bayshore
HealthCare

*Home
Instead*
SENIOR CARE®
To us, it's personal.



Closing the Gap
HEALTHCARE



BC Care
Providers
ASSOCIATION





Abréviations

AAN	American Academy of Nursing
AVQ	Activités de la vie quotidienne
ARC	American Red Cross
CARP	Canadian Association of Retired Persons
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CVA	Centres de vie autonome
CRC	Croix-Rouge canadienne
SMU	Soins médicaux d'urgence
ESPT	État de stress post-traumatique
ANP	Assistant numérique personnel
EPI	Équipement de protection individuelle
SAC	Conseil consultatif scientifique
SMART	Triage simple et traitement rapide
É.-U.	États-Unis

Résumé

Comparativement aux plus jeunes, les personnes âgées du Canada et du reste du monde subissent invariablement la plus grande proportion de décès durant et après les situations d'urgence (Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera, 2002; Mokdad, et al., 2005). En 1998 par exemple, la tempête de verglas a causé des pannes de courant dans la majorité des régions du Québec, ce qui a forcé le déplacement de 600 000 personnes, y compris des personnes âgées, et a entraîné un taux élevé de mortalité parmi les personnes âgées en raison de l'absence d'équipement de chauffage, de conditions d'hébergement sous-optimales et d'une mauvaise coordination entre les services d'urgence, et les services sociaux et de santé (Plouffe, Kang, & Kalache, 2008).

Une décennie plus tard, en 2010, plus de la moitié des décès causés par la canicule au Québec touchait les personnes de 75 ans et plus (Bustinza, Lebel, Gosselin, Belanger, & Chebana, 2013). Pour les feux de forêt de 2017 en Colombie-Britannique et les inondations du printemps au Québec, les personnes âgées ont été touchées le plus durement et malheureusement, ont aussi été rendus vulnérables parce que les protocoles mal coordonnés ont causé le report des mesures d'évacuation (Global News, 2017; Roslin, 2018).

Plus récemment, 97% des 10 000 premiers décès dus au COVID-19 au Canada sont survenus chez des Canadiens âgés de 60 ans et plus (Grant, 2020), et la plus grande proportion de ces décès se sont produits dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (Institut canadien d'information sur la santé, 2020; Gouvernement du Canada, 2020).

Plusieurs études de recherche ont montré que ces piètres résultats sont liés à des changements physiologiques liés au vieillissement, comme les déficits liés aux sens, à la cognition et à la

mobilité; les besoins en matière d'accès et de fonctionnement; l'isolement social et l'accès réduit à la famille et autres soutiens sociaux; des ressources financières limitées; et des politiques et procédures imparfaites (Al-Rousan, Rubenstein, & Wallace, 2014; Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera, 2002; Killian, Moon, McNeill, Garrison, & Moxley, 2017). En outre, l'interruption de la prestation ponctuelle des soins médicaux de routine est reconnue comme un facteur contribuant probablement à la mortalité et à la morbidité associées aux complications médicales durant les situations d'urgence, surtout dans les mois qui suivent les grandes catastrophes naturelles. La grande proportion de décès qui semble aussi se produire dans les lieux d'hébergement collectif pour les personnes âgées révèle également les problèmes fondamentaux auxquels il faudra réfléchir dans ces contextes.

Le continuum des capacités des personnes âgées est vaste, il s'étend en effet de la réduction de la capacité et des déficiences physiques et cognitives, comme indiqué plus haut, aux membres actifs et engagés dans leur collectivité. Les personnes âgées devraient avoir les moyens nécessaires pour établir des liens avec leurs pairs, surtout les plus vulnérables, dans le but de s'entraider à prévoir et à se préparer à faire face aux situations d'urgence. L'on se doit également de reconnaître et d'appuyer le rôle essentiel que jouent les personnes âgées qui sont les seuls ou les principaux aidants d'autres personnes âgées, à titre de partenaire, de membre de la famille ou d'amis.

Il est manifestement nécessaire de mieux préparer les Canadiens âgés vivant dans leur foyer dans la collectivité ou dans un lieu d'hébergement collectif à faire face aux situations d'urgence. Pour améliorer la préparation et la réponse aux situations d'urgence, le Canada doit bien réfléchir à des interventions de gestion des situations

d'urgence qui soient uniformes, collaboratrices et fondées sur les données probantes. Ces efforts exigeront plus de ressources et de capacités pour répondre aux besoins de toutes les personnes âgées en matière d'urgence, sans égard à la gamme de circonstances et de contextes dans lesquels elles vivent.

En 2018, pour corriger les lacunes de préparation et de gestion des situations d'urgence et des catastrophes, les membres de la table ronde d'experts en politiques sur la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence du conseil consultatif scientifique de l'*American Red Cross* (ARC SAC) et de l'*American Academy of Nursing* (AAN) ont accepté de réaliser une revue de synthèse des données les plus récentes, et des lois et politiques en vigueur afin d'émettre une série de recommandations qui ont été examinées à nouveau et peaufinées par un comité élargi d'experts expérimentés précisément dans les domaines du travail social, de l'éducation, de la santé publique, de la recherche, des politiques en santé, de la gestion des urgences, de la gériatrie et des soins infirmiers. Après un rigoureux processus consensuel de décision, une série finale complète de 25 recommandations fondées sur les données probantes a été rédigée et entérinée par ce groupe.

Le présent rapport est le prolongement et la continuité de ce travail, et il ajoute à sa cible les épidémies et pandémies. La pandémie de COVID-19 a frappé le plus durement les personnes âgées du Canada et du reste du monde. Les difficultés vécues par les Canadiens âgés ont jeté les projecteurs sur le besoin de mieux planifier la préparation ciblant l'un des groupes les plus vulnérables de la société. Ce rapport met en lumière les domaines où il est possible de mieux aider les Canadiens âgés, leurs aidants et le système au sens large à se préparer avant et à se relever après une urgence.

Pour adapter les recommandations au contexte canadien, la Croix-Rouge canadienne et le *National Institute on Ageing* ont collaboré à un processus d'élaboration consensuel identique à celui utilisé par l'ARC et l'AAN. Le processus canadien a donné lieu à 29 recommandations d'experts fondées sur les données probantes. Ce document présente ces recommandations ainsi que leur justification pour améliorer la préparation, la réponse et les interventions de rétablissement des personnes âgées du Canada aux situations d'urgence. Aux fins d'approche collaboratrice à l'amélioration de la gestion des urgences partout au pays, les recommandations sont classées dans six domaines pertinents de gestion des urgences :

- 1) Personnes âgées et aidants non rémunérés;
- 2) Services et programmes communautaires;
- 3) Professionnels de la santé et personnel de réponse aux situations d'urgence;
- 4) Établissements et organisations de soins;
- 5) Lois et politiques; et
- 6) Recherche.

Ces recommandations visent à proposer des interventions pouvant combler l'écart actuel en matière de préparation, de réponse et de rétablissement afin de favoriser de meilleurs résultats auprès des personnes âgées du Canada.

Sommaire des recommandations

1. Domaine des personnes âgées et aidants non rémunérés

Recommandation 1.1 : Les personnes âgées et leurs aidants non rémunérés doivent avoir accès à de l'information et à des ressources adaptées et faciles d'accès liées à la préparation aux situations d'urgence de même qu'à un guide d'élaboration d'un plan personnalisé de préparation aux

situations d'urgence qui tiennent compte des besoins fonctionnels et sanitaires individuels des personnes âgées ainsi que des stratégies appropriées pour favoriser la prévention des infections et des maladies. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété.

Recommandation 1.2 : Les personnes âgées qui dépendent d'aides à la mobilité doivent éliminer ou réduire au minimum les obstacles pouvant obstruer l'évacuation, et prendre les mesures pour assurer leur sécurité dans leur environnement.

Recommandation 1.3 : Si les agences locales de réponse aux situations d'urgence ont mis sur pied un registre de personnes ayant des besoins fonctionnels ou autres, y compris les personnes handicapées, les personnes âgées et/ou leur aidant non rémunéré devrait s'y inscrire afin de recevoir l'aide nécessaire durant les situations d'urgence.

Recommandation 1.4 : Les personnes âgées ayant un déficit sensoriel, comme une perte visuelle ou auditive, doivent prendre des précautions supplémentaires pour se préparer aux situations d'urgence.

Recommandation 1.5 : Les personnes âgées vivant avec une maladie chronique doivent maintenir une liste à jour de leurs affections médicales, traitements (médicaments, équipement médical durable, fournitures et autres besoins de soins de santé), professionnels de la santé et personnes à contacter en cas d'urgence, y compris un mandataire.

Recommandation 1.6 : Les personnes âgées qui prennent des médicaments doivent collaborer avec leurs professionnels de la santé pour veiller à avoir un approvisionnement d'au moins 30 jours de médicaments durant une situation d'urgence.

Recommandation 1.7 : Les personnes âgées qui dépendent d'un dispositif médical électrique doivent s'assurer d'avoir une alimentation électrique de secours, surtout si le dispositif sera utilisé durant un confinement.

- Les personnes âgées et/ou les aidants non rémunérés doivent communiquer à l'avance avec le distributeur d'électricité pour parler de leurs besoins et s'assurer de la disponibilité d'une source d'alimentation électrique de secours et surtout, parler du besoin de recharger les téléphones cellulaires et autres appareils sans fil.
- Les personnes âgées et/ou les aidants non rémunérés doivent obtenir de l'aide pour avoir et entretenir une alimentation électrique de secours à domicile, au besoin, comme lorsqu'elle est nécessaire dans les régions rurales pour déplacer de l'équipement lourd et de l'essence ou accéder à ces ressources, et faire fonctionner cet équipement.

Recommandation 1.8 : Il faut encourager les personnes âgées à continuer d'entretenir un réseau d'entraide local vers lequel elles peuvent se tourner durant une catastrophe ou une situation d'urgence imminente, surtout si elles vivent seules ou s'il est difficile d'accéder à la famille.

Recommandation 1.9 : Les aidants non rémunérés des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou d'autres démences doivent recevoir de l'aide pour détecter les signes de détresse, d'anxiété ou de confusion, faire appel à des stratégies pour détourner l'attention, et les aider à rester calmes durant les situations d'urgence. De plus, les aidants non rémunérés doivent être prêts à prévenir l'égarement, et doivent avoir un plan en place pour situer la personne qu'ils soignent si elle s'égare ou nécessite une intervention médicale durant une situation d'urgence.

2. Domaine des services et programmes communautaires

Recommandation 2.1 : Faciliter l'accès aux programmes communautaires adaptés qui renseignent les personnes âgées et leurs aidants non rémunérés sur les situations d'urgence pouvant survenir dans leur région et comment s'y préparer et y répondre. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété.

- Les programmes et organisations communautaires doivent collaborer avec les autorités de santé publique de la région pour créer et distribuer des ressources d'éducation sur le contrôle des infections, et les pratiques de prévention des maladies et des blessures à l'intention des personnes âgées et leurs aidants non rémunérés durant les situations d'urgence.

Recommandation 2.2 : Les programmes qui offrent aux personnes âgées des services de secours aux sinistrés et/ou des services communautaires essentiels, comme les Popotes roulantes, et d'aide à la vie quotidienne (services financiers, médicaux, d'hygiène personnelle, d'alimentation et de transport) doivent recevoir une formation sur la préparation aux situations d'urgence. Ces programmes doivent également élaborer un plan et protocole afin de répondre adéquatement aux besoins de leurs clients durant une situation d'urgence, et y adhérer. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété.

Recommandation 2.3 : Les programmes communautaires qui fournissent aux personnes âgées des services de santé et d'hygiène à domicile

doivent intégrer des stratégies visant à réduire au minimum le contact personnel non nécessaire et à utiliser les ressources (p. ex. équipement de protection individuelle, tel que jaquettes, masques, gants, désinfectant pour les mains, etc.) dans leurs plans et protocoles de préparation aux situations d'urgence.

Recommandation 2.4 : Les gouvernements locaux doivent avoir recours aux données identifiant les personnes à risque afin de permettre aux intervenants d'urgence de prioriser les efforts de recherche et de sauvetage après une situation d'urgence.

3. Domaine des professionnels de la santé et du personnel de réponse aux situations d'urgence

Recommandation 3.1 : Les professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence doivent recevoir une formation sur les soins gériatriques pertinents à leur discipline et comment venir en aide aux personnes âgées et à leurs aidants non rémunérés avant, durant et après une urgence. La formation supplémentaire doit également les sensibiliser aux pratiques exemplaires et précautions nécessaires pour réduire le risque de contagion durant la réponse à une situation d'urgence. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété.

Recommandation 3.2 : Les professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence doivent s'efforcer de réduire les conséquences négatives chez les personnes âgées durant et après une situation d'urgence en adoptant des stratégies conçues pour protéger

la santé physique et mentale des personnes âgées avec lesquelles ils pourraient entrer en contact. Ces stratégies consistent à évaluer le bien-être psychologique des personnes âgées à la recherche de signes de détresse et de dispenser les traitements appropriés ou de les aiguiller en spécialité, le cas échéant.

Recommandation 3.3 : Les professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence doivent recevoir une formation de sensibilisation aux cultures afin de dispenser des soins et de l'aide appropriés aux personnes âgées de différentes origines culturelles et religieuses avant, durant et après une urgence. Les prestataires doivent avoir des options à leur disposition pour venir en aide aux personnes âgées et leur aidants non rémunérés qui se heurtent à la barrière de la langue ou à des obstacles culturels pour accéder aux services d'aide (p. ex. traducteurs, matériel écrit en langues autres que l'anglais et le français, etc.). Cela est d'importance particulière pour le personnel qui intervient auprès des peuples autochtones, dans des milieux communautaires diversifiés et durant une évacuation en réponse à une urgence.

4. Domaine des établissements et organisations de soins

Recommandation 4.1 : Les établissements et organisations de soins doivent inclure une formation sur la préparation et la réponse aux situations d'urgence dans leur programme de formation systématique du personnel.

- Utiliser les pratiques et outils éducatifs multimodaux pour favoriser l'acquisition des connaissances et le changement de comportement.
- Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour

élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété.

Recommandation 4.2 : Durant le processus standardisé actuel de transfert des soins, il convient d'ajouter d'autres stratégies visant à améliorer la collecte et le transfert des renseignements pouvant identifier une personne et des anamnèses médicales pour favoriser le suivi efficace, la relocalisation et les soins du patient durant une situation d'urgence.

Recommandation 4.3 : Les établissements et organisations de soins doivent s'efforcer d'élaborer des plans d'urgence complets qui incluent une stratégie de réponse efficace pour protéger les personnes âgées contre les éclosions de maladie infectieuse. Ces stratégies doivent refléter les normes fondées sur les données probantes auxquelles des organisations telles Prévention et contrôle des infections Canada (PCI) souscrivent.

- Les établissements de soins doivent aussi évaluer régulièrement et faire tomber les obstacles à la mise en œuvre du plan d'urgence qui repose sur leurs pratiques habituelles.

5. Domaine des lois et politiques

Recommandation 5.1 : Un comité consultatif national doit être mis sur pied pour éclairer l'élaboration d'un programme de préparation, de réponse et de rétablissement des Canadiens âgés. Les représentants des Canadiens âgés et de leurs aidants non rémunérés doivent participer afin de veiller à ce que leur point de vue y soit reflété.

Recommandation 5.2 : Toutes les provinces et tous les territoires doivent encourager la mise en place durant l'année ou avant une urgence imminente d'une période d'achats de produits hors taxes de préparation aux situations d'urgence.

Les gouvernements doivent également verser un financement ciblé pour aider/subventionner directement l'achat de trousse de préparation aux situations d'urgence par les Canadiens âgés. Les articles couverts doivent inclure une liste convenue d'accessoires d'urgence (telles que piles, générateurs portatifs, échelles de secours, radios, sacs de glace), d'airs climatisés, d'équipement de protection individuelle (p. ex. masques, gants, désinfectant pour les mains) et d'autres aides à la mobilité (canes, déambulateurs, etc.).

Recommandation 5.3 : Toutes les provinces et tous les territoires doivent encourager la création d'un processus ou d'un programme national d'octroi de permis d'exercer au personnel infirmier, médecins, personnel paramédical et autres prestataires de services médicaux d'urgence leur permettant de dispenser bénévolement des soins médicaux d'urgence à l'extérieur des frontières provinciales et territoriales durant un état d'urgence déclaré.

Recommandation 5.4 : Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent appuyer les exigences législatives qui obligent les lieux d'hébergement collectif (p. ex. centres de soins infirmiers, résidences-services et maisons de retraite) de mettre à jour et de soumettre régulièrement leur plan d'urgence qui décrit les mesures et les contingences à prendre en situation d'urgence. Ces plans doivent inclure :

- Un générateur de secours en cas de panne de courant prolongée, et un plan coordonné avec les agences communautaires pertinentes (p. ex. service municipal d'incendies) pour assurer l'évacuation efficace.
- Les directives concernant les interventions appropriées (p. ex. isolement, port du masque, éloignement physique) pour contrôler et prévenir les éclosions et la contagion dans la population durant une situation d'urgence.

- Seuils clairs de régulation de la température, précisément les températures maximales et minimales permises en fonction des normes de santé professionnelles et environnementales, et les mesures à prendre pour régler la température et réduire les fluctuations au minimum.
- Un résumé du nombre d'employés devant être maintenu durant une situation d'urgence pour minimiser les interruptions des soins et/ou des services.

Toutes les provinces et tous les territoires doivent s'efforcer d'uniformiser les exigences en matière de plan d'urgence dans les lieux d'hébergement collectif conformément aux priorités énoncées dans la *Stratégie de sécurité civile pour le Canada* 2019 et veiller à ce que les plans d'urgence des lieux d'hébergement collectif soient alignés aux directives énoncées dans les plans d'urgence et de pandémie de leur province ou territoire.

Recommandation 5.5 : Toutes les provinces et tous les territoires doivent adopter une approche uniforme favorisant la collaboration entre prescripteurs et dispensateurs (c.-à-d. pharmaciens communautaires) locaux de produits pharmaceutiques, médecins et infirmières praticiennes afin de pouvoir remettre aux personnes atteintes d'une affection chronique un approvisionnement adéquat de médicaments d'ordonnance avant ou durant une situation d'urgence. Cette approche doit également souligner le besoin que les prestataires pharmaceutiques, les hôpitaux et les organismes de secours collaborent pour veiller à ce que les hôpitaux, organismes de secours et refuges d'évacuation aient à leur disposition un approvisionnement adéquat de médicaments d'ordonnance.

- Toute personne doit pouvoir obtenir un approvisionnement de 30 jours de ses médicaments d'ordonnance d'urgence avant et durant une situation d'urgence.

6. Domaine de la recherche

Recommandation 6.1 : Il faut prioriser la création d'efforts de financement et de recherche afin de mieux contribuer à l'élaboration d'un cadre commun de mesure de la qualité et du niveau de préparation aux situations d'urgence au sein des établissements, organisations, fournisseurs rémunérés, organisations communautaires et autres groupes qui travaillent principalement auprès des personnes âgées et de leurs aidants non rémunérés durant et après une situation d'urgence.

Recommandation 6.2 : Un plus grand effort concerté est nécessaire pour utiliser les conclusions découlant des données étayant la planification, la conception et le peaufinage de plus d'interventions, de politiques et de règlements fondés sur les données probantes liés à la préparation aux situations d'urgence des personnes âgées et des aidants non rémunérés, de même que des organisations et fournisseurs rémunérés qui auront la responsabilité de répondre à leurs besoins durant et après une situation d'urgence.

Recommandation 6.3 : Il faut créer un réseau de chercheurs, de personnes âgées, d'aidants non rémunérés, de bénévoles et de prestataires dédié à la préparation aux situations d'urgence afin d'encourager les partenariats à poursuivre l'évaluation non rémunérée des interventions de préparation aux situations d'urgence ciblant les personnes âgées. Les membres du réseau doivent revendiquer une plus grande concentration de la recherche sur la préparation aux situations d'urgence auprès des sociétés et revues savantes dont ils sont membres.

Recommandation 6.4 : La recherche sur les aidants non rémunérés et la préparation aux situations d'urgence est nécessaire afin de mieux informer les aidants non rémunérés de la façon de prendre soin de leurs parents et amis vulnérables durant une situation d'urgence.

Recommandation 6.5 : La recherche sur la préparation et la réponse aux situations d'urgence dans les collectivités canadiennes et les lieux d'hébergement collectif pour personnes âgées (p. ex. centres de soins infirmiers, maisons de retraite et foyers de groupe et résidences-services) est nécessaire. Elle doit :

- Déterminer le niveau actuel de préparation dans ces environnements de même que souligner les défis qui font obstacle à la préparation.
- Caractériser l'impact de l'urgence sur la population âgée et nommer les pratiques exemplaires émergentes sur la façon de composer avec les urgences futures.

Généralité et contexte

L'état actuel des conséquences d'une urgence sur les personnes âgées du Canada

Les catastrophes naturelles et pandémies de maladies infectieuses sont les deux urgences les plus fréquentes qui posent un grand risque à la santé et la sécurité publiques parce qu'elles bousculent le fonctionnement quotidien d'une population. Ainsi, les efforts de préparation et de réponse aux situations d'urgence doivent inclure des stratégies à petite et à grande échelle conçues pour minimiser les effets nocifs, surtout au sein des groupes vulnérables comme les personnes âgées, définies comme les personnes de 65 ans et plus.

Depuis dix ans, plusieurs urgences d'envergure ont mis au jour les vulnérabilités particulières des personnes âgées qui ont été le plus touchées par ces urgences. En 1998 par exemple, la tempête de verglas a causé des pannes de courant dans la majorité des régions du Québec, ce qui a forcé le déplacement de 600 000 personnes, y compris des personnes âgées, et a entraîné un taux élevé de mortalité parmi les personnes âgées en raison de l'absence d'équipement de chauffage, de conditions d'hébergement sous-optimales et d'une mauvaise coordination entre les services d'urgence, et les services sociaux et de santé (Plouffe, Kang, & Kalache, 2008; Steuter-Martin & Pindera, 2018).

Une décennie plus tard, en 2010, plus de la moitié des décès causés par la canicule au Québec touchait les personnes de 75 ans et plus (Bustinza, Lebel, Gosselin, Belanger, & Chebana, 2013). Pour les feux de forêt de 2017 en Colombie-Britannique et les inondations du printemps au Québec, les personnes âgées ont été touchées le plus durement et malheureusement, ont aussi été rendus vulnérables parce que les protocoles mal coordonnés ont causé le report des mesures d'évacuation (Global News, 2017; Roslin, 2018).

Plus récemment, 97% des 10 000 premiers décès dus au COVID-19 au Canada sont survenus chez des Canadiens âgés de 60 ans et plus (Grant, 2020), et la plus grande proportion de ces décès se sont produits dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (Institut canadien d'information sur la santé, 2020; Gouvernement du Canada, 2020). Près de 1700 éclosions ont été signalées dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, ce qui représente environ 80% de tous les décès dus au COVID-19 au Canada (Institut canadien d'information sur la santé, 2020; NIA Long-Term Care COVID-19 Tracker Open Data Working Group, 2020).

L'impact des urgences comme les catastrophes naturelles et les pandémies de maladie infectieuse sur les personnes âgées se limite rarement à la situation d'urgence en soi. L'interruption des soins médicaux, surtout pour les personnes atteintes d'une maladie chronique, multiplie les morbidités et mortalités durant une situation d'urgence d'envergure et dans les mois subséquents. Malgré les lacunes des efforts de préparation et de réponse aux situations d'urgence mis en lumière depuis dix ans, les personnes âgées subissent toujours une plus grande proportion de mortalité et de déclin de la santé liés aux situations d'urgence, tout en continuant de rapporter un taux inférieur de préparation aux situations d'urgence. (Al-Rousan, Rubenstein, & Wallace, 2014; Brunkard, Namulanda, & Ratard, 2008; Cherniack, Sandals, Brooks, & Mintzer, 2008; Gibson & Hayunga, 2006; Kosa, Cates, Karns, Godwin, & Coppings, 2012; Mokdad, et al., 2005; Marshall, Ryan, Robertson, Street, & Watson, 2009).

Alors que les baby-boomers continuent de vieillir, on s'attend à ce que la population de personnes de 65 ans et plus explose au Canada dans les prochaines décennies. En 2030, la proportion de la population totale canadienne de 65 ans et plus

passera de 17,2 à 23,4 % de la population totale de 2018 (Statistique Canada, 2020). On projette que cette proportion augmente pour atteindre plus de 29,5 % de la population totale en 2068 (Statistique Canada, 2020). Cette croissance rapide de la population de Canadiens âgés intensifiera la demande de services d'urgence pour répondre aux besoins en matière de préparation, de réponse et de rétablissement des personnes le plus à risque de conséquences négatives aux situations d'urgence. Le besoin de multiplier les services appropriés à l'âge de réponse aux situations d'urgence est aussi souligné par l'augmentation prévue de la fréquence et de la sévérité des phénomènes météorologiques extrêmes pouvant en retour entraîner des épidémies de maladie infectieuse lorsqu'ils changent les conditions humaines ou exacerbent des affections de santé existantes (Field, Barros, Dokken, Mach, & Mastrandrea, 2014; Kouadio, Aljunid, Kamigaki, Hammah, & Oshitani, 2012). Outre les épidémies de maladie infectieuse après une catastrophe, la fréquence et le risque d'épidémie et de pandémie sont toujours imminents vu la densité de la population dans les métropoles et l'ouverture des frontières qui facilitent les voyages et la migration d'un pays à l'autre. En conséquence, plus d'efforts seront nécessaires pour assurer la sécurité des personnes âgées dans le domaine général de la gestion des situations d'urgence auprès de cette population grandissante, et surtout ceux qui vivent en lieu d'hébergement collectif.

Les études ont mis en lumière les facteurs socio-économiques qui rendent les personnes âgées plus vulnérables aux conséquences négatives durant et après les situations d'urgence, et les déficits présents à divers niveaux de la gestion des situations d'urgence pour répondre aux vulnérabilités de ce groupe (Aldrich & Benson, 2008; Banks, 2013; Bustinza, Lebel, Gosselin,

Belanger, & Chebana, 2013; Tricco, Lillie, Soobiah, Perrier, & Straus, 2013). Notamment, on a observé que comparativement à leurs cadets, les personnes âgées subissaient plus de conséquences négatives durant une situation d'urgence en raison de leurs capacités et défis complexes et individuels. Des changements commencent à s'opérer avec le vieillissement, tel que l'affaiblissement naturel et graduel du système immunitaire appelé immunosénescence, de plus grandes chances d'être atteint d'une maladie chronique ou de plusieurs morbidités, l'isolement social et le déclin du fonctionnement sensoriel, cognitif et physique (Aldrich & Benson, 2008; Kosa, Cates, Karns, Godwin, & Coppings, 2012). Alors que ces changements sont suffisamment bien gérés par la personne âgée au quotidien, les situations d'urgence comme une catastrophe naturelle et une pandémie de maladie infectieuse bouleversent l'accès aux ressources et au soutien, et exposent les personnes âgées qui ont des besoins complexes à un plus grand risque de conséquences négatives.

La gestion déjà faible des situations d'urgence auprès des personnes âgées est encore plus affaiblie par le faible niveau d'éducation et de formation précisément sur les situations d'urgence et les personnes âgées; la prestation limitée de programmes de formation communautaires à l'intention des personnes âgées et de leurs aidants non rémunérés; les lois et règlements qui font obstacle à la préparation individuelle; et l'absence d'une approche uniformisée de préparation aux situations d'urgence au pays (Pesiridis, Galanis, Sourtzi, & Kalokairinou, 2014; Scott, Carson, & Greenwell, 2010; Wyte-Lake, Claver, Griffin, & Dobalian, 2014). Le continuum des capacités des personnes âgées est vaste, il s'étend en effet de la réduction de la capacité et des déficiences physiques et cognitives, comme indiqué plus haut, aux membres actifs et engagés dans leur

collectivité. Les personnes âgées devraient avoir les moyens nécessaires pour établir des liens avec leurs pairs, surtout les plus vulnérables, dans le but de s'entraider à prévoir et à se préparer à faire face aux situations d'urgence. L'on se doit également de reconnaître et d'appuyer le rôle essentiel que jouent les personnes âgées qui sont les seuls ou les principaux aidants d'autres personnes âgées, à titre de partenaire, de membre de la famille ou d'amis.

Pour combler les lacunes de la préparation aux situations d'urgence, les membres de la table ronde d'experts en politiques sur la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence du conseil consultatif scientifique de l'*American Red Cross* (ARC SAC) et de l'*American Academy of Nursing* (AAN) ont accepté de réaliser une revue de synthèse des données les plus récentes, et des lois et politiques en vigueur afin d'émettre une série de recommandations qui ont été examinées à nouveau et peaufinées par un comité élargi d'experts expérimentés précisément dans les domaines du travail social, de l'éducation, de la santé publique, de la recherche, des politiques sanitaires, de la gestion des urgences, de la gériatrie et des soins infirmiers. Après un rigoureux processus consensuel de décision, une série finale complète de 25 recommandations fondées sur les données probantes a été rédigée et entérinée par ce groupe.

Pour adapter ces travaux au contexte canadien, les membres du conseil consultatif scientifique de l'ARC de la Croix-Rouge canadienne (CRC) et du *National Institute on Ageing* (NIA) se sont penchés sur les conclusions de l'ARC/AAN, ont examiné d'autres publications canadiennes pertinentes et les aspects politiques et législatifs et ont tenu, en mai 2019, une table ronde d'experts en politiques sur la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence du Canada à Toronto, en Ontario. La table ronde canadienne a réuni 18 experts d'une gamme de secteurs, dont travail social, éducation,

recherche, politiques sanitaires, gestion des situations d'urgence, gériatrie et soins infirmiers. La table ronde d'experts en politiques a examiné les 25 recommandations originales de l'ARC/AAN, en particulier les recommandations législatives, qui avaient été adaptées au contexte canadien, et toute donnée supplémentaire s'appliquant aux Canadiens âgés. La majorité des recommandations s'appliquaient généralement au Canada et la table ronde les a jugées appropriées et les a entérinées. L'arrivée subséquente de la pandémie de COVID-19 a invité un examen élargi des publications savantes pour se concentrer sur les pandémies de maladie infectieuse et les occasions de réduire l'écart dans la préparation.

Le groupe de référence du présent rapport a initialement émis 26 recommandations finales qui visaient à mettre en place des changements liés à la préparation aux situations d'urgence dans les domaines pertinents de gestion des urgences suivants : 1) personnes âgées et aidants non rémunérés; 2) services et programmes communautaires; 3) professionnels de la santé et personnel de réponse aux situations d'urgence; 4) établissements et organisations de soins; 5) lois et politiques; et 6) recherche. La décision prise plus tard par la CRC/NIA d'élargir la portée du rapport pour inclure la préparation aux pandémies de maladie infectieuses a finalement donné un total de 29 recommandations présentées dans le présent document.

Approche d'élaboration des recommandations du rapport

Examen exploratoire initial et élaboration d'un cadre analytique écologique

Au début de ce projet, les membres de la table ronde d'experts en politiques sur la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence du conseil consultatif scientifique de l'*American Red Cross*

(ARC SAC) et de l'*American Academy of Nursing* (AAN) ont entrepris un examen exploratoire des facteurs liés à l'âge rendant les personnes âgées plus vulnérables aux conséquences néfastes durant et après une situation d'urgence, avec comme cible principale les catastrophes naturelles d'envergure. Aux fins de l'examen exploratoire, une catastrophe désignait un phénomène naturel ou causé par l'homme qui entraîne interruptions ou pertes de vie. Les catastrophes s'inscrivant dans cette définition étaient : inondations, ouragans, tornades, explosions nucléaires et catastrophes complexes. Les catastrophes découlant d'agents malicieux biologiques ou chimiques, et le terrorisme étaient exclus.

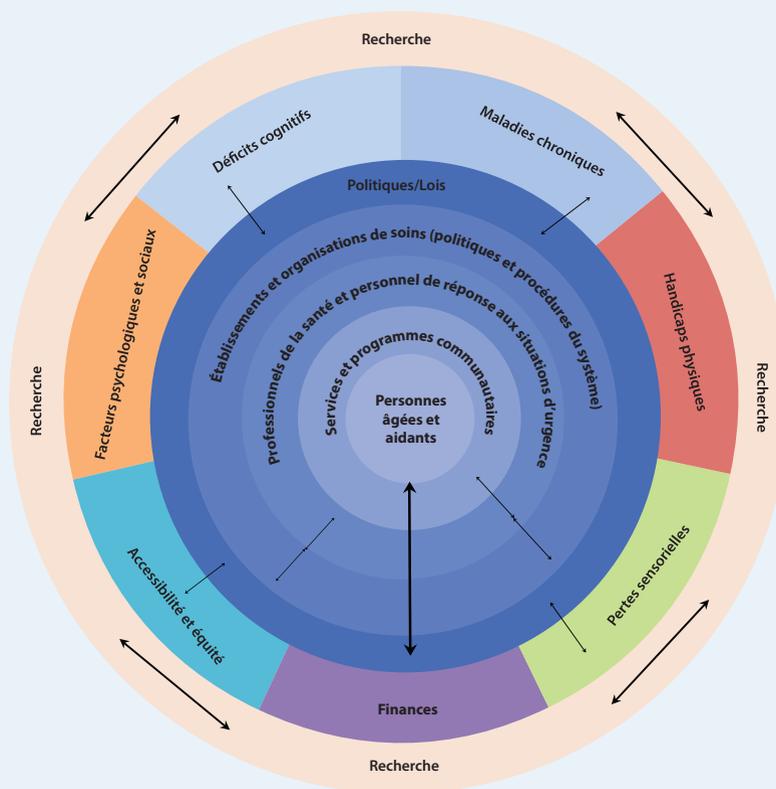
L'impact des catastrophes naturelles est de grande portée et entraîne parfois d'autres types de catastrophes qui, quoiqu'elles soient non intentionnelles, sont importantes et causent des dommages. Les catastrophes des soins de santé pouvant être définies comme une catastrophe qui empêche l'accès aux soins de santé durant une situation d'urgence en est un exemple (Swathi, Gonzalez, & Delgado, 2017). Une catastrophe des soins de santé se produit également lorsque les effets destructeurs d'une catastrophe naturelle paralyse la réponse d'une région ou d'une collectivité à la demande en matière de soins de santé (Zibulewsky, 2001). Il importe de souligner le lien causal certain entre les catastrophes naturelles et les catastrophes des soins de santé, puisque les catastrophes naturelles entraînent parfois des ratés de la réponse du système de santé aux besoins de services après une situation d'urgence laissant les collectivités touchées sans services de santé. La portée et la cible de cette recherche se limitaient principalement aux catastrophes naturelles, et la recherche a parfois produit des résultats dont le contenu se chevauche.

On a observé que sept facteurs rendaient les personnes âgées plus vulnérables aux conséquences

néfastes durant et après une situation d'urgence : une prévalence accrue de maladies chroniques, des déficits physiques, cognitifs et sensoriels, un faible réseau social, des problèmes d'accessibilité et d'équité et des ressources financières limitées. Cette revue de synthèse a également relevé les domaines des personnes âgées et aidants non rémunérés, des programmes et services communautaires, des professionnels de la santé et personnel de réponse aux situations d'urgence, des établissements et organisations de soins, des politiques et lois et de la recherche comme des domaines pertinents pouvant contribuer à la gestion des catastrophes et urgences auprès des personnes âgées.

Il a été déterminé que la préparation adéquate aux situations d'urgence dépend de la synergie entre les domaines pertinents de la gestion des urgences dans le but de limiter les facteurs qui créent une plus grande vulnérabilité chez les personnes âgées durant les urgences. Le domaine de la recherche enveloppe cinq des six domaines de gestion des urgences, et les sept facteurs de vulnérabilité. La recherche relève et comble les lacunes en matière de connaissances et de comportements. La théorie écologique de Bronfenbrenner a été adaptée pour illustrer l'interaction entre les sept facteurs de vulnérabilité et les six domaines de gestion des urgences identifiés (Figure 1).

Figure 1. D'après : Bronfenbrenner, U (1977). Toward an experimental ecology of human development. American Psychologist, 32, 513- 531.



Processus de revue systématique

Une revue systématique des publications scientifiques a subséquentement été réalisée avec la portée élargie de la version canadienne qui mettait l'accent sur la préparation aux pandémies et la propagation des maladies infectieuses en plus du thème original de la préparation aux catastrophes naturelles. La revue systématique visait à examiner parmi les six domaines de gestion des urgences auprès des personnes âgées préalablement cités, les lacunes existantes de la préparation aux situations d'urgence causées par une pandémie (voir la Figure 1) et de déterminer quelles étaient les interventions réussies. Aux fins de la portée élargie, une pandémie était définie comme « une épidémie survenant dans le monde entier, ou dans une région très vaste qui traverse les frontières

internationales et qui touche habituellement un grand nombre de personnes » (Kelly, 2011). La préparation était définie comme la capacité de répondre à une menace de santé publique, dont les catastrophes naturelles et les éclosions de maladie infectieuse (Patel, et al., 2008).

La revue était guidée par les six questions de recherche ci-dessous, à partir desquelles des recommandations fondées sur les données probantes ont été formulées.

1. Domaine des personnes âgées et aidants non rémunérés

Question 1 : Quels sont les facteurs qui rendent les personnes âgées plus vulnérables aux conséquences

négatives durant une situation d'urgence comparativement à leurs cadets?

- 1.1. Y a-t-il des facteurs liés à l'âge et/ou à la capacité fonctionnelle qui font que les personnes âgées sont plus vulnérables aux conséquences négatives que leurs cadets?
- 1.2.
 - Quelle est l'incidence de la détresse psychologique chez les personnes âgées après une situation d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie) comparativement à leurs cadets?
 - Y a-t-il une différence de l'incidence de détresse psychologique chez les personnes âgées entre les différents facteurs socio-démographiques (c.-à-d. éducation, revenu, race, géographie, etc.) après une situation d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?
 - Y a-t-il une différence de l'incidence de détresse psychologique chez les personnes âgées atteintes de démence, de troubles liés à la démence ou d'autres déficits cognitifs?
- 1.3. Y a-t-il des mesures spécifiques devant être prises par les aidants des personnes âgées pour réduire au minimum les conséquences négatives sur les personnes âgées qu'ils soignent durant ou après une situation d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?

2. Domaine des programmes et services communautaires

Question 2 : Quelles sont les stratégies et ressources pouvant être utilisées dans la communauté et les programmes pour améliorer la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?

- 2.1. Avons-nous besoin de plus de stratégies de soins de soutien axés sur la population âgée pour mieux préparer les personnes âgées et/ou leurs aidants familiaux aux situations d'urgence?
- 2.2. Les ressources classiques de préparation aux situations d'urgence sont-elles efficaces pour favoriser l'acquisition de connaissances et les changements de comportement parmi les personnes âgées et/ou leurs aidants familiaux à faible niveau d'alphabétisation ou qui ne parlent pas le français ni l'anglais couramment?
- 2.3. Quelles formes de communication sont les plus efficaces pour communiquer aux personnes âgées et/ou à leurs aidants familiaux les instructions sur la préparation, les avertissements et les messages concernant l'accès aux ressources de rétablissement durant l'imminence d'une situation d'urgence?
 - Quels types d'intervention communautaire ou à but non lucratif peuvent être mis de l'avant pour favoriser le rétablissement positif des personnes âgées et/ou de leurs aidants familiaux après une situation d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?

3. Domaine des professionnels de la santé et du personnel de réponse

Question 3 : Quelles sont les stratégies et ressources pouvant être utilisées pour améliorer la réponse urgente des professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence durant et après une urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?

3.1. Faut-il augmenter le recours aux stratégies de triage gériatrique durant l'évaluation des besoins des personnes âgées avant et durant une situation d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?

3.2. Quelles sont les méthodes de formation axées sur l'âge et la capacité fonctionnelle que les professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence doivent adopter lorsqu'ils soignent et viennent en aide à des personnes âgées à capacités et limites variées durant une situation d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?

- Quelles sont les méthodes d'enseignement du contenu axé sur l'âge et la capacité fonctionnelle qui favorisent le plus efficacement l'acquisition des connaissances et les changements de comportement?

3.3. Quelles sont les compétences de base ou les aptitudes dont les professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence ont besoin pour favoriser la prestation de soins sécuritaires et adaptés aux différences culturelles durant une situation d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie) auprès des personnes âgées dont les croyances et préférences culturelles et religieuses diffèrent des leurs?

- Des accommodements précis sont-ils nécessaires dans les cas de déplacement des anciens des peuples autochtones après une situation d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?
- Les méthodes d'aide aux Autochtones (dans les réserves et à l'extérieur) et aux autres personnes âgées racialisées vivant au Canada sont-elles différentes?

4. Domaine des établissements et des organisations de soins

Question 4 : Quelles sont les stratégies et les ressources pouvant être utilisées dans les établissements et organisations pour améliorer les efforts de préparation et de rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?

4.1. Avons-nous besoin de plus de stratégies de soins de soutien ou d'éléments de conception gériatriques pour mieux préparer les établissements et les organisations (agences de secours et refuges) qui pourraient devoir dispenser des soins aux personnes âgées durant ou après une situation d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?

5. Domaine des lois et politiques

Question 5 : A-t-on formulé ou adopté des lois ou des politiques locales, provinciales ou fédérales visant à améliorer les efforts de préparation et de rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?

5.1. Existe-t-il des données montrant l'efficacité ou l'impact positif d'une loi ou d'une politique en particulier?

5.2. Y a-t-il des données qui laissent entendre que toute loi ou politique actuelle pourrait contrevenir à ce que les données existantes pourraient étayer?

6. Domaine de la recherche

Question 6 : Quelles lacunes en matière de recherche ou de données ont été relevées dans les publications qui pourraient mieux éclairer les efforts visant à améliorer la préparation et le rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence?

Stratégie de la recherche

La recherche dans les publications savantes comptait deux phases. La phase un portait sur les catastrophes naturelles et a eu lieu entre les mois de juin 2017 et avril 2019. La phase deux portait sur les pandémies de maladie infectieuse et a eu lieu entre les mois de mars et mai 2020. Dans les deux phases, la recherche s'est limitée aux bases de données MEDLINE, HealthStar, UpToDate, Clinical Key, EBSCOhost, Cochrane, CINAHL, Scopus et Google Scholar contenant des publications pertinentes aux domaines de la médecine, de la santé publique, des soins infirmiers et des soins de santé. Une recherche manuelle dans les références des articles pertinents a également été effectuée.

La recherche de la phase un était limitée aux articles publiés en anglais entre 2008 et 2019. La phase deux n'était pas limitée à une date, mais elle s'en est tenue aux articles publiés en anglais. Les paramètres de la recherche visaient à relever les lacunes des données existantes fondées sur les lignes directrices publiées par des agences et autorités de santé publique établies telles que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), Santé publique Ontario (SPO), etc.

Sélection des études

Le processus de sélection et de présélection était identique dans les deux phases. Les titres et résumés des articles proposés ont été épluchés pour en tirer les articles révisés par les pairs pouvant faire l'objet d'un examen du texte intégral. Les articles ont été choisis en fonction des critères d'inclusion suivants : titres et résumés contenant les mots-clés de la recherche ou un contenu pertinent aux résultats de la gestion des situations d'urgences liés à l'un des six domaines identifiés. Les populations pertinentes de personnes âgées étaient celles vivant en résidence-service, centre de soins infirmiers, indépendamment dans leur

domicile, et celles qui étaient confinées ou sans-abri. La population de l'étude n'était pas limitée par l'emplacement géographique. Tous les articles qui répondaient aux critères d'inclusion ont été sauvegardés dans le gestionnaire de références Mendeley aux fins d'examen et de référence futures. Les documents législatifs et politiques ont été relevés à l'aide de Google. Une recherche visant à identifier les lignes directrices établies sur les pratiques exemplaires de contrôle des infections a également été réalisée sur Google.

Au total, les recherches ont abouti à 4390 articles de revues savantes ainsi qu'à 15 documents législatifs et politiques et 19 lignes directrices. Après la sélection et l'examen du texte intégral, 52 articles révisés par les pairs ont été choisis aux fins d'extraction des données et d'inclusion, en plus des 15 documents législatifs et politiques et des 19 lignes directrices.

L'examen des conclusions a généré 29 recommandations fondées sur les données probantes.

Revue des médias et analyse du contenu des rapports

Vu que le domaine 5 portait sur les politiques et les lois, une revue des médias a été réalisée parallèlement afin de repérer les rapports médiatiques, documents de discussion et documents législatifs et politiques à l'échelle provinciale et fédérale. Une analyse du contenu des rapports médiatiques surtout a été réalisée afin d'identifier les catastrophes ou situations d'urgence survenues au Canada sans avoir attiré l'attention des publications savantes entre 2008 et 2018. Les rapports médiatiques ont été examinés pour y relever les statistiques rapportées sur les victimes ou le nombre de personnes touchées. La revue portait surtout sur les régions rurales et éloignées et sur les populations des Premières Nations, des Inuit et des Métis du Canada. Les thèmes clés ont

été déterminés à partir de l'analyse du contenu puis ont été intégrés dans le livre blanc.

Entrevues auprès des experts

Pour recueillir l'information sur la préparation, la réponse et le rétablissement des anciens des peuples autochtones du Canada, la Croix-Rouge canadienne (CRC) a entrepris une série d'entrevues auprès du personnel provincial de réponse aux situations d'urgence de quatre provinces afin de mettre en lumière les principaux enjeux et pratiques exemplaires observés durant la collaboration avec les peuples autochtones aux activités de préparation, de même que lorsque la CRC a participé aux opérations d'évacuation et de rétablissement. Les thèmes ressortis de ces entrevues ont éclairé le texte de la recommandation 3.3.

Processus de prise de décision consensuelle

En juin 2018, la table ronde d'experts en politiques sur la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence du conseil consultatif scientifique de l'*American Red Cross* (ARC SAC) et de l'*American Academy of Nursing* (AAN) a évalué les conclusions de notre revue scientifique et la faisabilité des recommandations sur la table.

Pour favoriser l'évaluation des recommandations et des éventuelles lacunes qu'il restait dans la préparation aux situations d'urgence, un processus de **prise de décision consensuelle** a été adapté à la table ronde d'experts en politiques puisqu'il est une méthode efficace pour faciliter la contribution de tous à une solution ou à une intervention en encourageant le dialogue dans le but de tenir compte de l'opinion et des préoccupations de chacun des experts participant et d'y réfléchir (Seeds for Change, 2010). La prise de décision consensuelle est un processus de résolution des problèmes dont le but est d'élaborer des solutions

avec lesquelles tous les collaborateurs sont d'accord. Elle s'oppose au vote, lequel génère des solutions qui reflètent l'opinion et la satisfaction de la majorité des collaborateurs et non du groupe en entier (Seeds for Change, 2010).

Dix-neuf experts ont été invités à siéger à la table ronde des experts en politiques; cependant, seuls 15 ont pu y participer. Le groupe final était composé d'experts de milieux variés liés à la préparation des personnes âgées aux catastrophes, dont travail social, éducation, santé publique ou recherche en santé publique, politiques sanitaires, gestion des situations d'urgence, gériatrie et soins infirmiers. Pour susciter au mieux l'intérêt à l'égard des sujets de discussions en groupe, tous les participants ont reçu par courriel une copie du résumé des tableaux synoptiques créés après la revue systématique américaine de la littérature. Cela a donné aux participants la chance de se familiariser avec les conclusions ayant servi à formuler les recommandations initiales et d'orienter leur propre recherche pouvant servir aux discussions et modifications des recommandations.

En août 2018, une version préliminaire de ce rapport américain a été distribuée à tous les membres de la table ronde d'experts en politiques, et à tous les membres et toutes les organisations n'ayant pu participer à la table ronde d'experts en politiques. Cela a donné aux membres l'occasion de soumettre leurs observations finales sur les recommandations, et à tous les membres non participants la chance de donner leurs commentaires sur les recommandations. Cette collaboration jumelée des deux rondes d'examen a, au final, généré 25 recommandations présentées dans un livre blanc intitulé «*Comblent l'écart : Améliorer la préparation, la réponse et le rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence*».

En mai 2019, la Croix-Rouge canadienne et le *National Institute on Ageing* ont organisé ensemble une table ronde d'experts en politiques semblable ayant fait appel à un processus identique pour adapter les recommandations initiales au contexte canadien. La table ronde a réuni 18 experts de secteurs variés, dont travail social, éducation, recherche, politiques sanitaires, gestion des situations d'urgence, gériatrie et soins infirmiers. La table ronde d'experts en politiques a eu recours à un processus de prise de décision consensuelle pour examiner et critiquer les données scientifiques actuelles ayant été relevées durant la revue scientifique, de même que pour entériner les recommandations de la table ronde d'experts en politiques sur la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence du conseil consultatif scientifique de l'*American Red Cross* et de l'*American Academy of Nursing*. L'examen des recommandations a généré 26 recommandations initiales fondées sur les données probantes qui visaient à réduire l'incidence des conséquences indésirables liées aux situations d'urgence chez les personnes âgées en permettant aux personnes âgées et leurs aidants non rémunérés d'être mieux préparés à faire face aux situations d'urgence et en utilisant les ressources et stratégies appropriées liées aux situations d'urgence dans les autres domaines de gestion des urgences.

Pour lancer le processus de prise de décision, les enjeux existants liés à la préparation aux situations d'urgence et les recommandations proposées pour intervenir ont été présentées et expliquées à tous les participants d'un seul grand groupe. Cela a donné aux participants l'occasion de se pencher brièvement sur la méthodologie, un résumé des tableaux synoptiques et les recommandations d'intervention. Les recommandations ont été divisées en six sections en fonction du domaine de gestion des situations d'urgence que l'on avait déterminé être responsable de l'adoption ou de la mise en application d'une recommandation donnée.

Après examen des documents à l'appui, les participants se sont divisés en trois rondes de séances en petits groupes. La séance en petit groupe un a examiné la liste des recommandations relatives aux personnes âgées et leurs aidants non rémunérés, aux services et programmes communautaires et aux professionnels de la santé et personnel de réponse aux situations d'urgence. La séance en petit groupe deux a examiné la liste des recommandations relatives aux établissements et organisations de soins et aux lois et politiques. La séance en petit groupe trois a examiné la liste des recommandations relatives à la recherche. Les participants pouvaient choisir le groupe dans lequel ils souhaitaient être placés en indiquant leur préférence durant la semaine ayant précédé la table ronde des experts en politiques. Puisqu'il y avait 18 participants et six séries de recommandations, chaque panéliste participait à une discussion sur une recommandation par séance. Dans leur groupe de discussion, on demandait à chaque participant de réfléchir aux questions ci-dessous durant la revue de la recommandation :

- Quels enjeux ou sujets liés à ce domaine sont absents des données disponibles?
- Les recommandations actuelles sont-elles suffisantes pour régler les enjeux liés à ce domaine?
- Quels ajouts ou modifications suggérez-vous aux recommandations actuelles et pourquoi?

Les questions de recherche visaient à faciliter la discussion quant à la faisabilité de la recommandation et si oui ou non la recommandation proposée corrigeait suffisamment les lacunes actuelles en matière de préparation, de réponse et de rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence. Le temps alloué aux séances en petits groupes a été utilisé par les participants pour émettre commentaires et critiques des recommandations initiales, y apporter des modifications ou proposer de nouvelles

recommandations exclues de la version initiale, de même que pour discuter et arriver à un consensus sur les questions liées à la compréhension et à la syntaxe de chaque recommandation déléguée à un groupe en particulier. Le consensus était nécessaire avant que la nouvelle recommandation soit ajoutée à la liste, ou que des omissions ou modifications soient ajoutées aux recommandations initiales. Si les participants d'un groupe ne s'entendaient pas sur un point, les animateurs demandaient des commentaires additionnels, des clarifications, des justifications ou une nouvelle approche pour résoudre le problème dans le but d'arriver à un consensus au sein du groupe.

Après que les participants aient examiné toutes les recommandations dans leur petit groupe, la table ronde des experts en politiques s'est terminée par une rencontre en personne des 18 participants. Cette rencontre a donné à chaque petit groupe l'occasion de présenter la version finale de leurs recommandations proposées ayant été formulées à partir des conclusions de leurs discussions, et a également donné aux participants qui étaient absents des deux autres groupes l'occasion de discuter de la faisabilité de ces recommandations. L'examen des recommandations par le comité a généré 26 recommandations fondées sur les données probantes qui visaient à réduire l'incidence des conséquences indésirables liées aux situations d'urgence chez les personnes âgées en permettant aux personnes âgées et leurs aidants non rémunérés d'être mieux préparés à faire face aux situations d'urgence et en utilisant les ressources et stratégies liées aux situations d'urgence appropriées aux autres domaines de gestion des urgences.

En mai 2020, vu l'impact dévastateur de la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées, la CRC et NIA se sont entendus pour élargir la portée du rapport afin d'inclure les éclosions

de maladie infectieuse. Cela a donné lieu à une deuxième phase de la revue systématique pour éclairer la mise à jour des recommandations existantes et en créer trois autres. Le rapport et son nouveau total de 29 recommandations a circulé parmi les participants de la table ronde des experts en politiques et les autres experts et organisations n'ayant pu participer à la table ronde d'août 2019. Ainsi, tous les participants ont pu émettre leurs critiques et recommandations finales et tous les non-participants ont pu donner leurs commentaires sur les recommandations. Les contributions jumelées des rondes d'examen ont, au final, généré 29 recommandations fondées sur les données probantes présentées dans le présent livre blanc.

Domaine 1 : Personnes âgées et aidants non rémunérés

Les personnes âgées, surtout celles vivant avec une maladie chronique, à faible revenu et/ou à faible niveau d'alphabétisation ont tendance à subir des conséquences négatives disproportionnées durant les situations d'urgence. Les personnes âgées moins vulnérables ont également l'occasion de jouer un rôle important pour établir un lien avec leurs pairs (et leurs aidants non rémunérés) afin de les aider à prévoir les situations d'urgence et à s'y préparer. Les personnes âgées sont les mieux placées pour veiller à ce que leurs besoins et préoccupations soient représentés dans l'espace de gestion des situations d'urgence, et il faut les encourager à se porter bénévoles avant, durant et après une situation d'urgence. L'occasion se présente pour créer, mettre en place et évaluer les activités individuelles de préparation et de réponse aux situations d'urgence pouvant améliorer les connaissances et le rétablissement des personnes âgées et de leurs aidants non rémunérés.

L'investigation des vulnérabilités des personnes âgées durant une catastrophe a été guidée par la **question de recherche 1** : *Quels sont les facteurs qui rendent les personnes âgées plus vulnérables aux conséquences négatives durant une situation d'urgence comparativement à leurs cadets? (voir Approche de développement).*

Les stratégies de recherche utilisées ont donné lieu à un total de 4390 articles de revues savantes révisés par les pairs, dont 13 ont été utilisés avec cinq documents d'orientation aux fins d'extraction des données liées à cette question. L'examen de ces 18 ressources a révélé que les personnes âgées qui sont dépendantes de médicaments et de dispositifs d'aide ou de maintien des fonctions vitales présentent un risque accru de conséquences négatives durant une situation d'urgence. Les personnes âgées sont également plus prédisposées aux maladies infectieuses ou aux pandémies pouvant exacerber leur affection préexistante.

En conséquence, pour combler ce fossé, neuf recommandations d'experts fondées sur les données probantes visent à augmenter le niveau de préparation des personnes âgées qui présentent un déclin de la santé et/ou de la capacité fonctionnelle, et de leurs aidants non rémunérés.

Recommandation 1.1 :

Les personnes âgées et leurs aidants non rémunérés doivent avoir accès à de l'information et à des ressources adaptées et faciles d'accès liées à la préparation aux situations d'urgence de même qu'à un guide d'élaboration d'un plan personnalisé de préparation aux situations d'urgence qui tienne compte des besoins fonctionnels et sanitaires individuels des personnes âgées ainsi que des stratégies appropriées pour favoriser la prévention des infections et des maladies. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété.

Recommandation 1.2 :

Les personnes âgées qui dépendent d'aides à la mobilité doivent éliminer ou réduire au minimum les obstacles pouvant obstruer l'évacuation, et prendre les mesures pour assurer leur sécurité dans leur environnement.

Recommandation 1.3 :

Si les agences locales de réponse aux situations d'urgence ont mis sur pied un registre de personnes ayant des besoins fonctionnels ou autres, y compris les personnes handicapées, les personnes âgées et/ou leur aidant non rémunéré devrait s'y inscrire afin de recevoir l'aide nécessaire durant les situations d'urgence.

Recommandation 1.4:

Les personnes âgées ayant un déficit sensoriel, comme une perte visuelle ou auditive, doivent

prendre des précautions supplémentaires pour se préparer aux situations d'urgence.

Comprendre les besoins personnels et fonctionnels uniques des personnes âgées durant une situation d'urgence

L'accès d'une personne âgée aux services d'aide qui nécessitent de maintenir la qualité de vie et l'indépendance générales, comme les services de soins à domicile et communautaires, pourrait être perturbé durant une situation d'urgence ou durant une évacuation ou un confinement. Cette situation est aggravée par l'absence de services adaptés à leur âge et d'accommodements pour les personnes âgées dans les refuges, et par l'inquiétude causée par la sécurité et l'évacuation des animaux de compagnie. En effet, les ménages avec animal de compagnie ont moins tendance à évacuer leur domicile que les ménages sans animal de compagnie. Cela s'explique probablement par le fait que les personnes s'inquiètent que leur animal ne soit pas évacué avec elles, ce qui est souvent cité comme l'un des principaux facteurs de refus d'évacuer durant une situation d'urgence (Benson, 2017; Whitehead, et al., 2000).

L'une des stratégies pouvant être utilisée pour améliorer la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence consiste à les encourager à se préparer en leur donnant accès à du matériel éducatif et à des guides de planification sur la préparation aux situations d'urgence qui sont adaptés à la situation des personnes âgées.

Beaucoup d'organisations affichent sur leur site Web des ressources de préparation aux situations d'urgence, comme la campagne *Préparez-vous* du gouvernement du Canada et la campagne *Soyez prêt* de la Croix-Rouge canadienne, qui fournissent des ressources liées à une gamme de situations d'urgence et des liens vers d'autres ressources communautaires (Croix-Rouge canadienne, 2019; Gouvernement du Canada, 2015). Bien que nombre de ces ressources visent à encourager les personnes

âgées à se préparer à des situations d'urgence variées, elles ne fournissent pas de solution pour surmonter les défis uniques auxquels les personnes âgées font face lorsqu'elles se préparent et répondent à une situation d'urgence et s'y rétablissent.

Pour combler cette lacune actuelle des ressources de préparation des personnes âgées aux situations d'urgence, la **Recommandation 1.1** vise à encourager les personnes âgées et leurs aidants non rémunérés à accéder aux ressources et à l'information en matière de préparation qui sont adaptées à la situation des personnes âgées, et de particulièrement tenir compte de leurs besoins sanitaires et fonctionnels lorsqu'ils élaborent un plan d'urgence. Quant aux organisations qui développent et distribuent ces ressources, il est essentiel qu'elles fassent participer les personnes âgées à la préparation et la distribution des ressources afin que ces dernières tiennent compte des besoins, des préoccupations et du point de vue des Canadiens âgés (Marshall, Ryan, Robertson, Street, & Watson, 2009; Al-Rousan, Rubenstein, & Wallace, 2014). Les ressources doivent également être adaptées aux besoins en matière de langue des diverses communautés afin d'en accroître la disponibilité lorsqu'elles sont nécessaires aux personnes âgées appartenant à des communautés non francophones. Les situations d'urgence, comme les pandémies affectent de façon disproportionnée les groupes les plus vulnérables, en particulier ceux qui font face à des inégalités sociales exacerbées par l'intersection de facteurs tels que l'âge, la race et le revenu (Navaranjan, Rosella, Kwong, Campitelli, & Crowcroft, 2014; Tricco, Lillie, Soobiah, Perrier, & Straus, 2013; Blackmon, et al., 2017). En facilitant l'accès à l'information sur la préparation aux situations d'urgence et en encourageant les personnes âgées de divers groupes et leurs aidants non rémunérés à prendre l'initiative pour évaluer leurs propres besoins et formuler un plan adapté à leurs propres

difficultés, on insuffle confiance en leur capacité à dépendre de soi lorsqu'ils répondent à une situation d'urgence ou fournissent les ressources additionnelles nécessaires pour permettre au personnel de réponse aux situations d'urgence de mieux aider les personnes âgées qui présentent des limites fonctionnelles. Le vieillissement est souvent associé à un déclin de la fonction motrice, ce qui met les personnes âgées en danger de blessures si elles sont incapables d'accéder à leur appareil fonctionnel, c'est-à-dire déambulateur ou fauteuil roulant, ou encore à leur aidant non rémunéré durant une évacuation (Bhalla, Burgess, Frey, & Hardy, 2015). Les professionnels de la santé, tels les ergothérapeutes sont une ressource précieuse pour préparer et formuler un plan d'urgence qui tienne compte des besoins fonctionnels des personnes âgées dépendantes d'un appareil fonctionnel. Les ergothérapeutes peuvent également déterminer quels sont les obstacles présents dans l'environnement et les éliminer pour répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées afin de favoriser la préparation efficace aux situations d'urgence (Jeong, Law, DeMatteo, Stratford, & Kim, 2016). Par exemple, aux refuges où elles sont évacuées, les personnes handicapées ont besoin de rampes d'accès qui sont assez larges pour recevoir un fauteuil roulant (American Occupational Therapy Association, 2006). En plus des besoins fonctionnels, les plans d'urgence doivent également contenir des stratégies de prévention des urgences sanitaires découlant d'une pandémie ou d'infections suivant une catastrophe naturelle comme une inondation (Kouadio, Aljunid, Kamigaki, Hammah, & Oshitani, 2012). En conséquence, les ressources de préparation des personnes âgées aux situations d'urgence doivent inclure des stratégies de prévention primaire de la contagion à domicile (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Finkelstein, Prakash, Nigmatulina, McDevitt, & Larson, 2013).

Toutefois, comme le souligne la **Recommandation 1.2**, en se préparant à surmonter les obstacles à la préparation, tels que les obstacles présents dans l'environnement qui empêchent l'évacuation ponctuelle réussie, les personnes âgées peuvent indépendamment **formuler un plan plus efficace d'évacuation en cas d'urgence**. Les stratégies visant à faire tomber les obstacles présents dans l'environnement consistent à installer une rampe d'accès pour fauteuil roulant, une chaise d'évacuation et/ou à organiser l'évacuation du domicile et le transport assisté en recrutant un membre de la famille, un ami ou un aidant non rémunéré (Gouvernement du Canada, 2018). Les professionnels paramédicaux comme les ergothérapeutes peuvent adapter l'espace de vie d'une personne âgée dans le but d'optimiser l'indépendance et la sécurité et d'ainsi pouvoir **planifier une évacuation sécuritaire et efficace** (Fagan & Sabata, 2011; Stark, Landsbaum, Palmer, Somerville, & Morris, 2009).

Le rôle potentiel des registres de personnes ayant des besoins fonctionnels ou autres, y compris les personnes handicapées

Les registres de personnes ayant des besoins fonctionnels ou autres, y compris les personnes handicapées vivant en communauté sont des ressources et sources de données mises sur pied dans de nombreuses municipalités pour donner aux agences de réponse aux situations d'urgence une référence quant aux besoins fonctionnels des résidents d'une collectivité afin d'aider le personnel de réponse aux situations d'urgence à mieux les servir. Alors que les registres sont une bonne ressource pour situer rapidement les personnes ayant des besoins fonctionnels ou autres, ils ne sont pas recommandés comme principale source de préparation et de réponse aux situations d'urgence aux agences d'aide aux personnes âgées ou de réponse aux situations d'urgence. C'est parce que les gouvernements et agences de services d'aide ne peuvent garantir leur aide en raison de la forte

demande d'aide durant une situation d'urgence, ce qui limite la disponibilité de ces services. En outre, les discussions de la table ronde sur les limites des registres ont soulevé le fait que les vulnérabilités sont parfois liées à un événement précis, et ces registres deviennent rapidement désuets et se montrent aussi parfois inefficaces pour identifier les personnes de leur public cible, car beaucoup d'entre elles ne sont pas inscrites au registre puisqu'elles jugent ne pas être vulnérables ou elles craignent la stigmatisation liée au fait d'être étiquetées comme « des personnes vulnérables ». Sont également ressorties, des préoccupations à l'effet que les registres instillent souvent chez les personnes inscrites l'impression qu'elles recevront une aide prioritaire durant une situation d'urgence, alors que ce n'est pas le cas.

En réalité, les situations d'urgence graves comme les catastrophes naturelles et les pandémies peuvent tellement restreindre et solliciter les ressources à l'extrême qu'il soit impossible de garantir les services d'urgence, peu importe la gravité de l'état ou des besoins d'une personne. Avec ces limites à l'esprit, les participants de la table ronde sont arrivés à un consensus selon lequel les personnes âgées vivant dans une municipalité ayant mis sur pied un tel registre doivent envisager de s'y inscrire, toutefois, l'établissement de ces registres ne doivent pas être une exigence, comme le note la **Recommandation 1.3**. L'on s'attend plutôt à ce que de la **Recommandation 1.1** à la **Recommandation 1.9**, la préparation individuelle sera suffisante pour fournir les conseils nécessaires pour formuler un plan d'urgence personnalisé visant à répondre aux besoins sanitaires et fonctionnels individuels d'une personne âgée en particulier.

Aide aux personnes âgées ayant un déficit sensoriel

Les déficits de la vue ou de l'audition font qu'il est difficile pour les personnes âgées de répondre

en toute sécurité à une situation d'urgence, comme lorsqu'il faut sortir de chez soi la nuit ou naviguer un environnement inconnu, ou encore savoir reconnaître les alarmes d'urgence (Cloyd & Dyer, 2010). Alors que beaucoup de ressources sur la préparation recommandent déjà aux personnes ayant un déficit sensoriel d'apporter des changements à leur environnement ou de prendre des précautions supplémentaires pour assurer leur protection durant une situation d'urgence, la **Recommandation 1.4** propose d'autres considérations pour mieux préparer les personnes âgées ayant un déficit sensoriel à répondre aux situations d'urgence.

Durant une situation d'urgence, il pourrait être difficile pour les personnes âgées ayant une perte auditive d'entendre les mises à jour et instructions ou de communiquer dans un environnement bruyant (Banks, 2013; Cloyd & Dyer, 2010). Pour mieux aider les personnes âgées ayant une perte auditive à communiquer avec le personnel d'urgence, il faut qu'elles adoptent des stratégies pour aviser le personnel aidant de leur perte auditive, comme le souligne le Guide de préparation aux urgences à l'intention des personnes ayant une incapacité ou des besoins particuliers publié par le Gouvernement du Canada (Gouvernement du Canada, 2018). Certaines des stratégies consistent à bouger les lèvres sans émettre de sons ou de pointer vers l'oreille ou l'appareil auditif. Une stratégie efficace pour aviser autrui de la perte auditive aidera le personnel d'aide à comprendre qu'il doit ajuster son approche de communication pour se faire comprendre des personnes ayant une perte auditive.

De nombreux guides de préparation aux situations d'urgence préconisent l'installation de dispositifs d'alarme et des plans d'urgence qui incorporent la communication orale avec les membres du réseau de soutien; ces guides négligent toutefois de fournir des recommandations spécifiques aux personnes

ayant une perte auditive qui sont incapables d'utiliser les dispositifs d'urgence traditionnels (Gouvernement du Canada, 2018). Pour adapter les plans de communication d'urgence afin de mieux répondre aux capacités des personnes ayant une perte auditive, il faut adopter des dispositifs de communication non verbale, tels textos et téléscribes pour communiquer. Puisque ces dispositifs de communication ne dépendent pas de la communication verbale, ils permettent aux personnes ayant une perte auditive de **communiquer rapidement et efficacement** avec les membres de leur réseau de soutien pour demander de l'aide, fournir des mises à jour sur leur état et leur emplacement, et ils imitent mieux les dispositifs de communication utilisés tous les jours par les personnes qui n'ont pas de perte auditive. Aussi, l'installation de dispositifs d'alarme ayant recours aux lumières ou aux vibrations en plus du son, comme les dispositifs d'alarme qui secouent le lit, seraient plus efficaces pour alerter les personnes ayant une perte auditive que les dispositifs d'alarme classiques qui ne produisent que des sons lorsqu'ils sont activés. Les plans doivent également inclure des piles supplémentaires pour activer les dispositifs dans les cas de panne de courant prolongée.

Les personnes ayant une perte visuelle auront probablement des difficultés à naviguer leur environnement durant une situation d'urgence, surtout dans un refuge mal éclairé ou dans des endroits inconnus, ce qui pourrait ralentir leur réponse aux situations d'urgence ou leur causer des difficultés à suivre les instructions des protocoles d'urgence (Lamb & O'Brien, 2010). Les appareils fonctionnels, tels que les aides à la mobilité (canes, déambulateurs) et les stratégies, telles qu'un système de compagnon ou un chien-guide, doivent être incorporés au plan d'urgence pour veiller à répondre efficacement aux situations d'urgence. Pour planifier les interruptions ou évacuations inattendues, il est également recommandé que

les personnes âgées ayant une perte visuelle et/ou leur aidant non rémunéré incluent une route d'évacuation et un mode de transport dans le plan d'urgence. En adaptant leur environnement et leur plan d'urgence à leurs besoins individuels, les personnes âgées ayant un déficit sensoriel peuvent créer un plan qui leur permet d'être prêtes à faire face à une situation d'urgence.

Recommandation 1.5 :

Les personnes âgées vivant avec une maladie chronique doivent maintenir une liste à jour de leurs affections médicales, traitements (médicaments, équipement médical durable, fournitures et autres besoins de soins de santé), professionnels de la santé et personnes à contacter en cas d'urgence, y compris un mandataire.

Recommandation 1.6 :

Les personnes âgées qui prennent des médicaments doivent collaborer avec leurs professionnels de la santé pour veiller à avoir un approvisionnement d'au moins 30 jours de médicaments durant une situation d'urgence.

Recommandation 1.7 :

Les personnes âgées qui dépendent d'un dispositif médical électrique doivent s'assurer d'avoir une alimentation électrique de secours, surtout si le dispositif sera utilisé durant un confinement.

- Les personnes âgées et/ou les aidants non rémunérés doivent communiquer à l'avance avec le distributeur d'électricité pour parler de leurs besoins et s'assurer de la disponibilité d'une source d'alimentation électrique de secours et surtout, parler du besoin de recharger les téléphones cellulaires et autres appareils sans fil.
- Les personnes âgées et/ou les aidants non rémunérés doivent obtenir de l'aide pour avoir et entretenir une alimentation électrique de secours à domicile, au besoin, comme lorsqu'elle est nécessaire dans les régions rurales pour déplacer de l'équipement lourd et de l'essence ou accéder à ces ressources, et faire fonctionner cet équipement.

Aide aux personnes âgées atteintes de maladies chroniques

L'effet de sollicitation à l'extrême des ressources exercé par les situations d'urgence graves continue de menacer les ressources nécessaires pour subvenir aux besoins complexes des personnes âgées atteintes de maladies chroniques durant une situation d'urgence. Les situations d'urgence, telles que les catastrophes naturelles, ont un effet néfaste sur la santé de tous, non seulement en perturbant les services de santé, mais aussi en causant des pannes de courant pouvant interrompre les interventions médicales qui demandent de l'électricité, comme les systèmes de maintien des fonctions vitales ou les médicaments devant être entreposés au froid. Durant la tempête de verglas de 1998, au moins 600 000 personnes, y compris des personnes âgées vivant dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée, ont été déplacées hors de leur domicile et dans des hôtels ou autres refuges dotés de courant de secours (Steuter-Martin & Pindera, 2018). La réduction de la mobilité, les affections préexistantes, l'absence d'équipement de chauffage, des conditions d'hébergement sous-optimales et une piètre coordination entre les services d'urgence, et les services sociaux et de santé ont contribué au taux élevé de mortalité des Québécois âgés. Les personnes âgées présentaient un risque accru en raison de leur fragilité jumelée à leur isolement social (van Solm A. , 2016).

Les obstacles à l'accès à l'électricité et aux médicaments peuvent nuire à la santé des personnes âgées en raison de la forte prévalence d'affections chroniques, telles que l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète dans cette sous-population (National Council on Aging, 2018). La **Recommandation 1.5** vise à encourager la création et/ou l'incorporation d'une ressource visant à intégrer le dossier médical dans le plan de préparation en encourageant les personnes âgées à rédiger un résumé de leurs affections médicales

et traitements médicaux, de même que de leurs professionnels de la santé et personnes à contacter en cas d'urgence à ajouter à leur trousse d'urgence. La présence dans la trousse d'urgence d'un résumé des antécédents médicaux peut réduire au minimum la perturbation des soins des personnes âgées durant une situation d'urgence (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Kosatky, et al., 2009). Ainsi, les aidants non rémunérés et professionnels de la santé qui ne connaissent pas l'état de la personne qu'ils aident auront en main l'information médicale nécessaire pour répondre efficacement à leurs besoins médicaux, ou poursuivre leurs soins en cas d'urgence médicale ou après le déplacement dans un établissement de soins ou un refuge.

Meilleur accès aux médicaments nécessaires durant une situation d'urgence

Les pénuries de médicaments essentiels exacerbent souvent les affections chroniques préexistantes. Pour empêcher les pénuries de médicaments et les hausses extrêmes subséquentes des renouvellements de médicaments durant une situation d'urgence, comme on l'a vu à l'urgence de l'Hôpital Staten Island University Hospital durant l'ouragan Sandy et dans les refuges durant l'ouragan Katrina, la **Recommandation 1.6** encourage les personnes âgées à collaborer avec leur professionnel de la santé pour ajouter à leur trousse d'urgence un approvisionnement de médicaments. Il est essentiel que les personnes âgées explorent les options possibles pour obtenir un approvisionnement additionnel de médicaments lorsqu'elles se préparent à faire face à une situation d'urgence (Ford, Trent, & Wickizer, 2016). Les revues rétrospectives des services médicaux dispensés durant les situations d'urgence ont cité plus d'une fois les hausses soudaines des demandes de renouvellement de médicaments comme première cause de services médicaux (Currier, King, Wofford, Daniel, & deShazo, 2006; Greenstein, Chacko, Ardolic, & Berwald, 2016;

Jhung, et al., 2007; Kraushar & Rosenberg, 2015; Ochi, Hodgson, Landeg, Mayner, & Murray, 2014). Cette forte demande de médicaments d'ordonnance laisse penser que les personnes évacuées profiteraient d'une réduction des obstacles à l'accès aux médicaments durant une situation d'urgence, d'une meilleure éducation offerte par les professionnels de la santé sur les bienfaits de se préparer en ayant un approvisionnement suffisant de médicaments durant une situation d'urgence ou d'un meilleur accès à plus d'information sur la façon d'accéder à un approvisionnement d'urgence de médicaments avant une situation d'urgence. Il importe que les personnes âgées reçoivent les ressources leur permettant de bien se préparer à combler leurs besoins pharmaceutiques durant une situation d'urgence.

Aide aux personnes âgées qui utilisent un dispositif électronique de maintien des fonctions vitales

Pour empêcher les interruptions de courant alimentant les dispositifs électroniques de maintien des fonctions vitales, comme le souligne la **Recommandation 1.7**, il faut déployer des efforts préliminaires pour communiquer avec le distributeur d'électricité de l'utilisateur afin de s'informer du rétablissement prioritaire du service durant les situations d'urgence aux personnes qui utilisent un dispositif de maintien des fonctions vitales à domicile, de même que des autres sources de courant pouvant être utilisées en toute sécurité à domicile. Il faut prendre note que les personnes âgées pourraient nécessiter de l'aide pour obtenir et entretenir une autre source de courant à domicile, comme, dans les régions rurales, lors du déplacement d'un générateur et d'essence, ou lors de l'accès à d'autres ressources et de leur utilisation. Dans ces cas, les membres du réseau d'entraide seraient une source fiable d'aide. En formulant des plans pour subvenir sans danger, efficacement et indépendamment à la santé d'une personne âgée qui dépend d'un dispositif de

maintien des fonctions vitales durant une situation d'urgence, on peut prévenir et éviter les scénarios pouvant entraîner la détérioration de la santé et les hospitalisations.

Recommandation 1.8 :

Il faut encourager les personnes âgées à continuer d'entretenir un réseau d'entraide local vers lequel elles peuvent se tourner durant une catastrophe ou une situation d'urgence imminente, surtout si elles vivent seules ou s'il est difficile d'accéder à la famille.

Création et maintien d'un réseau personnel d'entraide

Un réseau d'entraide peut grandement assister les personnes âgées en leur fournissant les ressources émotionnelles et matérielles dont elles ont besoin pour réduire le stress lié à la préparation à une situation d'urgence et y survivre. De nombreuses personnes âgées vivent sans conjoint ni famille, et elles sont donc plus vulnérables à l'isolement social et/ou elles dépendent des aidants non rémunérés pour obtenir de l'aide (Gibson & Hayunga, 2006). La dépendance aux aidants non rémunérés est si grande parmi les personnes âgées que 90 pour cent des personnes de 65 ans et plus vivant avec un handicap qui rapportent recevoir de l'aide reçoivent cette aide d'aidants non rémunérés (Gibson & Hayunga, 2006), alors que quelque 50 pour cent des personnes de 85 ans et plus rapportent vivre seules (Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera, 2002). Une situation d'urgence peut laisser à elles-mêmes et incapables de prendre soin de soi les personnes qui dépendent de l'aide quotidienne si les secours et les aidants non rémunérés sont incapables de les atteindre.

Pour réduire les conséquences négatives sur l'isolement social, la **Recommandation 1.8** conseille à toutes les personnes âgées d'établir un réseau d'entraide sur lequel elles peuvent compter pour obtenir de l'aide à se préparer et à répondre

à toutes les situations d'urgence pertinentes à leur région. Les réseaux d'entraide sont une protection contre les situations d'urgence, surtout parmi les personnes âgées. Selon une étude réalisée au Québec, un réseau social solide profite à la santé générale des personnes âgées durant les canicules extrêmes (Laverdière, et al., 2016). Pour les personnes âgées vivant avec une maladie chronique, chaque membre du réseau d'entraide doit pouvoir fournir de l'aide de base favorisant la santé, comme l'accès à la liste de médicaments, et doivent savoir localiser et faire fonctionner l'équipement médical nécessaire. En fournissant l'aide de base, les membres du réseau d'entraide collaborent avec la personne qu'ils aident pour lui fournir l'assistance dont elle a besoin afin d'éviter l'interruption des soins de santé et ainsi éviter les hospitalisations. Il importe également que le réseau d'entraide compte au moins deux personnes vivant à proximité, car l'aide est parfois nécessaire en quelques minutes, ce qui élimine les périodes d'attente prolongées où la personne est immobilisée ou en détresse.

Recommandation 1.9 :

Les aidants non rémunérés des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou d'autres démences doivent recevoir de l'aide pour détecter les signes de détresse, d'anxiété ou de confusion, faire appel à des stratégies pour détourner l'attention, et les aider à rester calmes durant les situations d'urgence. De plus, les aidants non rémunérés doivent être prêts à prévenir l'égarement, et doivent avoir un plan en place pour situer la personne qu'ils soignent si elle s'égare ou nécessite une intervention médicale durant une situation d'urgence.

Réponse aux besoins uniques des personnes âgées vivant avec une démence

Le déclin de la mémoire de travail et l'affaiblissement de la capacité de filtrer les renseignements non pertinents sont deux

changements de la fonction cognitive associés à la maladie d'Alzheimer et aux démences connexes. Ces changements empêchent les plus de 500 000 Canadiens âgés vivant avec la maladie d'Alzheimer et démences connexes d'identifier une catastrophe, de suivre les recommandations en matière de préparation aux situations d'urgence, de s'adapter aux changements à la routine et à leur milieu ou de répondre aux alarmes et aux instructions d'urgence (Société Alzheimer du Canada, 2019; Société Alzheimer du Canada, 2018). En outre, de nouveaux problèmes comportementaux peuvent survenir, des comportements existants peuvent être exacerbés ou la capacité fonctionnelle peut se détériorer rapidement lorsque l'administration des médicaments contre la démence est interrompue (Cloyd & Dyer, 2010). Le rétablissement de la routine et des activités valorisées aide également les survivants d'une catastrophe à composer avec le stress et l'anxiété (American Occupational Therapy Association, 2006).

La démence est également aggravée par le délire. Le délire est un état confusionnel qui survient soudainement, il se caractérise par l'incapacité de penser clairement et de se concentrer, de même que par l'ignorance de son environnement (American Delirium Society, 2015). Les causes les plus fréquentes de délire sont les infections, les médicaments, les perturbations des électrolytes ou de la glycémie, l'hypoxémie et une faible tension artérielle (Cloyd & Dyer, 2010).

Puisque les personnes qui présentent un cas avancé de démence nécessitent quotidiennement de l'aide pour vaquer à leurs activités de la vie quotidienne et les protéger des dangers, il est impératif que les aidants non rémunérés connaissent les précautions uniques devant être prises pour réduire les comportements et résultats indésirables chez la personne qu'ils soignent durant une situation d'urgence. En particulier, les aidants non rémunérés doivent recevoir une formation et

de l'aide pour faire face à la détresse, à l'anxiété, aux égarements et à la confusion; sur les approches telles que la validation et la persuasion en douceur pour faire face aux moments d'agitation; sur la façon de communiquer avec la personne vivant avec la maladie d'Alzheimer et démences connexes et l'apaiser lorsqu'elle traverse une crise; et sur les modes de communication qui favorisent l'orientation et la rétention en mémoire. Garde Confort Canada est une organisation qui dispense des services de soins à domicile aux personnes âgées. En raison de sa vaste expérience auprès des personnes âgées atteintes de démence, Garde Confort Canada propose des façons d'empêcher les personnes âgées atteintes de démence de s'égarer, ce qui inclut de maintenir un environnement calme et exempt de stress, surtout durant une situation d'urgence. Avec l'aide des professionnels de la santé, les aidants sont mieux équipés pour dispenser des soins durant une situation d'urgence. Par exemple, personnel infirmier, thérapeutes et travailleurs sociaux peuvent tous intervenir en donnant de l'éducation, de la formation et de l'aide aux aidants des personnes atteintes de démence. Ces interventions prennent la forme de stratégies de gestion du comportement, d'aptitudes de communication, de recadrage cognitif, et de techniques de pleine conscience ayant démontré pouvoir accroître grandement la capacité des aidants à prendre soin de la personne chère (Etters, Goodall, & Harrison, 2008; Piersol, et al., 2017; Sorensen, Pinqart, Habil, & Duberstein, 2002). En outre, les aidants non rémunérés se heurtent à des difficultés uniques durant les situations d'urgence telles les pandémies de maladie infectieuse. Il importe que les aidants non rémunérés d'adultes atteints de maladie d'Alzheimer ou de démence avancée restent au courant de toute information pertinente liée à la pandémie afin de pouvoir adopter des stratégies de prévention visant à se protéger et à protéger la personne qu'ils aident (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

À titre de précaution additionnelle, les aidants non rémunérés doivent inscrire le récipiendaire de soins à un service de réponse d'urgence pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et démence connexe (Dyer, Regev, Burnett, Fest, & Cloyd, 2008), comme le programme *Medic Alert Sécu-Retour*, afin de fournir de l'aide de réponse d'urgence si la personne dont ils prennent soin s'égare.

Domaine 2 : Services et programmes communautaires

Les organisations communautaires et leur personnel sont probablement engagés dans les efforts de réponse et de rétablissement visant les personnes âgées et leurs aidants non rémunérés, selon le niveau auquel leurs services et programmes viennent en aide à cette population. Ainsi, l'occasion de créer, de mettre en œuvre et d'évaluer des activités de préparation et de réponse à l'intention des services et programmes communautaires pouvant favoriser le transfert et l'échange des connaissances au sein de la collectivité et intensifier les efforts de préparation, de réponse et de rétablissement de même que les résultats de ces efforts auprès des populations désignées et du personnel ayant la responsabilité de les aider ne fait aucun doute.

L'investigation des ressources communautaires existantes pouvant contribuer à améliorer les résultats de la préparation, de la réponse et du rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence a été guidée par la **Question de recherche 2 : *Quelles sont les stratégies et ressources pouvant être utilisées dans la communauté et les programmes pour améliorer la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)? (voir Approche de développement)***.

Les stratégies de recherche utilisées ont donné lieu à un total combiné de 4390 articles de revues savantes révisés par les pairs dont cinq ont été utilisés avec huit documents d'orientation aux fins d'extraction des données liées à cette question. Les conclusions tirées de ces ressources ont pointé vers un besoin criant de services intégrés dans la communauté de préparation et de réponse qui sont adaptés aux besoins des personnes âgées afin d'encourager et de favoriser une meilleure préparation et une meilleure aide au rétablissement. En réponse à cette lacune, quatre recommandations d'experts fondées sur les données probantes ont

été formulées dans le but de saisir les occasions identifiées afin que les services et programmes communautaires puissent mieux épauler la préparation et la réponse aux situations d'urgence.

Recommandation 2.1 :

Faciliter l'accès aux programmes communautaires adaptés qui renseignent les personnes âgées et leurs aidants non rémunérés sur les situations d'urgence pouvant survenir dans leur région et comment s'y préparer et y répondre. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété.

- Les programmes et organisations communautaires doivent collaborer avec les autorités de santé publique de la région pour créer et distribuer des ressources d'éducation sur le contrôle des infections, et les pratiques de prévention des maladies et des blessures à l'intention des personnes âgées et leurs aidants non rémunérés durant les situations d'urgence.

Amélioration des programmes d'éducation communautaire de préparation aux situations d'urgence

Beaucoup de conséquences indésirables auxquelles font face les personnes âgées durant et après une situation d'urgence peuvent être évitées en s'informant tout simplement des dangers liés à l'urgence pouvant toucher leur région, des précautions devant être prises pour se garder en sécurité et des changements de comportement qui favorisent la préparation adéquate. Durant une entrevue portant sur la préparation aux situations d'urgence, les personnes âgées ont rapporté un faible niveau de préparation. Dans une étude ayant porté sur la préparation des personnes âgées à l'échelle nationale, 23,6 % des 1304 personnes interrogées ont dit avoir un plan d'évacuation d'urgence, 24,8 % n'avaient pas accès à un véhicule

ni à un autre mode de transport en cas d'urgence et à peine 4,9 % ont affirmé qu'au moins un de leurs professionnels de la santé leur avait parlé de ce qu'il faut faire durant une situation d'urgence (Al-Rousan, Rubenstein, & Wallace, 2014).

Une autre étude menée par Marshall, Ryan, Robertson, Street et Watson visait à mesurer les connaissances communautaires et les attitudes à l'égard de la menace d'une pandémie de grippe, ainsi que l'acceptabilité au sein de la collectivité des stratégies visant à en réduire l'effet (Marshall, Ryan, Robertson, Street, & Watson, 2009). Des entrevues téléphoniques assistées par ordinateur ont été réalisées auprès d'un échantillon transversal de 1975 ménages vivant en milieux ruraux et urbains d'Australie du Sud. Parmi les personnes ayant répondu, 50 % ont indiqué n'avoir jamais entendu parler d'une pandémie de grippe ou ne connaissait pas la signification du terme. Seule une proportion de 10 % était extrêmement inquiète de la menace d'une pandémie de grippe (Marshall, Ryan, Robertson, Street, & Watson, 2009). Malgré une campagne de publicité d'envergure sur la grippe et les efforts de sensibilisation visant à établir un niveau de conscience de base au sein de la population, on a observé que la majorité des adultes de la collectivité, surtout des personnes âgées, ignoraient l'existence d'une souche du virus de la grippe pouvant causer une pandémie (Marshall, Ryan, Robertson, Street, & Watson, 2009).

Pour rehausser le faible niveau de préparation aux situations d'urgence observé dans le grand public, des cours de préparation aux situations d'urgence ont été mis à l'essai à l'échelle communautaire et se sont avérés être des outils efficaces pour encourager le changement de comportement. Aux États-Unis par exemple, *PrepWise* est un programme de préparation aux catastrophes conçu pour aider les personnes âgées à formuler un plan personnalisé de préparation aux catastrophes (Catizone, 2017). Durant les séances de formation, les participants

parcourent sept modules : 1) connaître les types de situations d'urgence et ce qu'il faut faire, 2) évaluer les vulnérabilités (alarmes/avertissements, évacuations, transport, communication, refuges, hygiène personnelle, et soins et équipement médicaux), 3) former son propre réseau d'aide durant les situations d'urgence (liste formelle des membres de la famille/amis et de la collectivité locale), 4) formuler un plan d'urgence, 5) assurer l'approvisionnement de médicaments, 6) préparer une trousse d'urgence et 7) rendre son domicile, son école, son travail et le transport en voiture plus sécuritaires (Ashida, Robinson, Gay, Slagel, & Ramirez, 2017). Lors du suivi, on a rapporté que le programme *PrepWise* permettait de mieux comprendre les exigences de préparation aux situations d'urgence, comme préparer une trousse d'urgence et désigner les refuges à utiliser en cas d'urgence (Ashida, Robinson, Gay, & Ramirez, 2016; Ashida, Robinson, Gay, Slagel, & Ramirez, 2017). On a également observé que le programme *PrepWise* encourageait les participants à ajouter des membres à leur réseau d'entraide en cas d'urgence vers qui ils peuvent se tourner pour obtenir de l'aide, en plus des membres de la famille que la plupart des participants avaient identifiés avant de s'inscrire au programme *PrepWise* (Ashida, Robinson, Gay, Slagel, & Ramirez, 2017).

Le programme d'éducation à la préparation aux catastrophes *Ready CDC* qui visait à approfondir les connaissances, influencer les attitudes et renforcer la résilience communautaire par des séances communautaires de formation sur la préparation aux situations d'urgence a obtenu un succès comparable. *Ready CDC* fait appel aux tactiques suivantes : 1) attirer l'attention, 2) présenter du matériel d'incitation, 3) fournir de l'aide à l'apprentissage, 4) susciter l'exécution et donner des commentaires et 5) améliorer la rétention et le transfert des connaissances dans le but de changer les comportements (Thomas, et al., 2018). Lorsque le niveau de changement

de comportement a été évalué par l'entremise du modèle transthéorique du changement auprès d'un échantillon de 212 employés des CDC et des autorités de santé publique ayant suivi le programme d'éducation aux catastrophes *Ready CDC*, 44 pour cent des personnes inscrites avaient progressé à au moins au stade suivant ou étaient demeurées au stade de «maintien» pour préparer une trousse d'urgence, et 45 pour cent des participants avaient progressé à au moins au stade suivant ou étaient demeurés au stade de «maintien» pour formuler un plan d'urgence écrit (Thomas, et al., 2018). En outre, durant le suivi, les 25 pour cent, 27 pour cent et 43 pour cent des participants se trouvant initialement aux stades de «précontemplation», de «contemplation» et de «préparation», respectivement pour préparer une trousse d'urgence étaient passés au stade de «préparation» (Thomas, et al., 2018).

Ces résultats laissent penser que les séances communautaires de préparation aux situations d'urgence sont une méthode efficace pour transmettre au public l'information en matière de préparation et pour favoriser les changements de comportement. La **Recommandation 2.1** décrit une stratégie nationale d'élaboration de programmes communautaires d'éducation sur la préparation aux situations d'urgence s'adressant aux personnes âgées. Le contenu du programme doit inclure, sans s'y limiter, des modules traitant des différents types de catastrophes naturelles ou causées par l'homme touchant une région donnée, et traitant des effets et dangers connexes de ces catastrophes, et doit aussi inclure conseils et apprentissage participatif sur la façon d'évaluer sa propre vulnérabilité et de formuler un plan et préparer une trousse d'urgence, l'importance de créer et de maintenir un réseau social d'entraide, et les stratégies et ressources favorisant le rétablissement. Il est essentiel que les organisations qui développent et distribuent ce matériel fassent participer les personnes âgées

et les autorités locales de santé publique à sa préparation et distribution afin de veiller à ce qu'il tienne compte des besoins, des préoccupations et du point de vue des Canadiens âgés. L'engagement des autorités locales de santé publique à la mise au point et l'évaluation des interventions de santé visant à atténuer les conséquences sanitaires négatives est un niveau supplémentaire d'expertise et d'infrastructure. Au Canada, l'Université du Manitoba, en association avec le *Natural Resources Institute*, a organisé un atelier à l'intention des praticiens sur la gestion du risque et du danger intitulé *Canadian Risks and Hazards in 2004*. Les organisateurs sont d'avis qu'un atelier dont le titre mentionne la gestion des catastrophes ou la gestion des situations d'urgence n'attirerait pas la diversité de participants qu'ils souhaitent, car ces domaines pourraient être perçus comme étant trop étroits (Sécurité publique et Protection civile Canada, 2004). Ce problème fait ressortir l'absence de connaissances communautaires quant au lien entre les dangers, les risques, les catastrophes et la préparation au Canada.

Les programmes communautaires de préparation aux situations d'urgence doivent être accessibles aux personnes à faible niveau d'alphabétisation, aux personnes qui parlent une langue autre que le français et aux anciens des peuples autochtones, et doivent incorporer dans leur structure des points de vue liés à l'âge, comme des images appropriées et la distribution de trousse d'urgence faciles à transporter, le cas échéant. Les formations communautaires de préparation aux situations d'urgence ayant été adaptées pour répondre aux besoins uniques des personnes âgées doivent maximiser l'impact positif qu'elles ont auprès des personnes âgées.

Recommandation 2.2 :

Les programmes qui offrent aux personnes âgées des services de secours aux sinistrés et/ou des

services communautaires essentiels, comme les Popotes roulantes, et d'aide à la vie quotidienne (services financiers, médicaux, d'hygiène personnelle, d'alimentation et de transport) doivent recevoir une formation sur la préparation aux situations d'urgence. Ces programmes doivent également élaborer un plan et protocole afin de répondre adéquatement aux besoins de leurs clients durant une situation d'urgence, et y adhérer. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété.

Mieux utiliser les services d'aide communautaire pour épauler les efforts de réponse aux situations d'urgence

Les ressources accessibles dans la collectivité se sont avérées être associées à une meilleure préparation parmi les personnes âgées. Dans une étude menée en 2017 s'étant penchée sur les facteurs socio-démographiques qui influent sur la préparation aux situations d'urgence chez les personnes de 50 ans et plus, les participants qui avaient discuté d'un plan d'urgence avec leur médecin avaient plus tendance à être préparés que les personnes âgées qui ne l'avaient pas fait (Killian, Moon, McNeill, Garrison, & Moxley, 2017). Tout comme les consultations chez le médecin, les agences et programmes communautaires qui comptent un grand nombre d'utilisateurs âgés pourraient tenir lieu de portail d'accès pour encourager les personnes âgées à accéder aux services et aux outils de préparation aux situations d'urgence et de rétablissement. La **Recommandation 2.2** souligne le besoin de services et de programmes communautaires qui dispensent une formation sur la préparation aux situations d'urgence ainsi que de l'éducation visant à fournir l'aide appropriée aux personnes âgées (Centers for Disease Control, 2020).

L'incorporation des efforts de préparation aux situations d'urgence et de rétablissement au domaine des services dispensés aux personnes âgées par les agences et programmes communautaires de même que par les gestionnaires d'hébergement a comme autre avantage l'aide sociale additionnelle fournie par ces ressources. Une étude canadienne laisse penser que la base de données d'évaluation **interRAI** qui identifie les personnes âgées à risque et vulnérables qui subiront plus probablement des conséquences négatives durant une situation d'urgence serait favorable à toutes les phases de la gestion des urgences. InterRAI est un réseau de chercheurs travaillant en collaboration pour mettre au point des outils d'évaluation des patients dotés de mesures courantes à l'intention des cliniciens. Les outils InterRAI sont aujourd'hui utilisés partout au Canada et dans le monde dans une gamme de contextes, dont les soins communautaires et à domicile (van Solm, Hirdes, Eckel, Heckman, & Bigelow, 2017). Ces données pourraient aider les agences de services communautaires à identifier et prioriser les personnes âgées qui sont le plus à risque de conséquences négatives après une situation d'urgence. Aussi, pour favoriser le rétablissement complet, les services communautaires et les gouvernements locaux pourraient fournir une aide sociale supplémentaire, en plus de ressources concrètes, surtout aux personnes âgées pour lesquelles on sait que le soutien social est limité, voire absent.

Recommandation 2.3

Les programmes communautaires qui fournissent aux personnes âgées des services de santé et d'hygiène à domicile doivent intégrer des stratégies visant à réduire au minimum le contact personnel non nécessaire et à utiliser les ressources (p. ex. équipement de protection individuelle, tel que jaquettes, masques, gants, désinfectant pour les mains, etc.) dans leurs plans et protocoles de préparation aux situations d'urgence.

Permettre aux programmes communautaires de fournir de l'aide à domicile sécuritaire aux personnes âgées durant les situations d'urgence

Beaucoup de personnes âgées, surtout celles vivant à domicile, reçoivent des services communautaires à domicile de nature médicale et/ou d'aide de nature non médicale. Les personnes âgées qui présentent des comorbidités médicales et sociales souvent interreliées dépendent souvent de ces services au quotidien. Une situation d'urgence découlant d'une catastrophe naturelle ou d'une pandémie peut perturber la prestation de ces services à domicile, comme on l'a vu durant la pandémie de COVID-19. La pandémie de COVID-19 a présenté de nouveaux défis aux équipes de soins qui offrent des services à domicile aux personnes âgées puisque des protocoles d'urgence étaient nécessaires pour assurer que le risque de propagation du virus soit réduit au minimum. En permettant aux programmes communautaires de fournir des soins à domicile sécuritaires durant une situation d'urgence, on réduit au minimum le risque d'interruption de service, et ainsi, les répercussions sur les personnes âgées.

La **Recommandation 2.3** note l'importance que les programmes communautaires fournissant de l'aide à domicile fassent appel aux stratégies qui exigent un contact personnel minimal ou le recours à des ressources telles que l'équipement de protection individuelle (EPI) dans la préparation aux situations d'urgence. Les situations d'urgence telles que les pandémies et catastrophes naturelles présentent de nouveaux défis en matière de contrôle des infections où de nouveaux pathogènes peuvent continuellement faire surface. Durant une pandémie, l'hygiène et l'équipement de protection individuelle sont vus comme deux lignes de défense importantes (Bloomfield, Exner, Carlo, Nath, & Scott, 2012). Par exemple, durant la pandémie de COVID-19, plusieurs lignes directrices de pratiques exemplaires sur l'emploi

de l'équipement de protection individuelle ont été rédigées et préconisées par Prévention et contrôle des infections Canada (PCI) (Prévention et contrôle des infections, 2020), Santé Ontario (Santé Ontario, 2020) et l'Organisation mondiale de la Santé (World Health Organization, 2020). Les données probantes ont montré que le virus se transmettait d'une personne à l'autre par gouttelettes et contact rapproché. Beaucoup des recommandations présentées ont été actualisées pour faciliter les décisions des soins de santé et d'autres organisations en matière de recours à l'EPI et de préservation de l'EPI afin de réduire le risque de pénurie.

Là où le contact ne peut être évité, les lignes directrices de pratique exemplaire recommandent d'utiliser des mesures préventives telles que le maintien d'une distance physique et le lavage fréquent des mains à l'aide d'un gel désinfectant à base d'alcool. L'*International Scientific Forum on Home Hygiene* a élaboré une approche d'hygiène fondée sur le risque qui brise la chaîne de transmission de l'infection tout en s'attaquant à d'autres facteurs de risque. Les mains d'une personne et les autres lieux et surfaces font tous partie de la chaîne de transmission qui, si on la comprend, indique les endroits où des interventions basées sur l'hygiène peuvent stopper la transmission (Bloomfield, Exner, Carlo, Nath, & Scott, 2012). Encourager l'hygiène des mains (Agence de protection et de promotion de la Santé de l'Ontario (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2014) et le nettoyage de l'environnement (Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2018) à domicile et en milieux communautaires réduisent le risque de transmission de maladies infectieuses. Les prestataires de soins à domicile et communautaires peuvent faire appel à d'autres stratégies dont le dépistage chez les prestataires et les clients en plus

de porter l'équipement de protection individuelle nécessaire durant la prestation de soins à domicile. Le ministère de la Santé de l'Ontario a émis des directives claires sur les mesures à prendre (Ministère de la Santé de l'Ontario, 2020; Ministère de la Santé de l'Ontario, 2020).

Parmi les autres stratégies ayant fait surface durant la pandémie de COVID-19, citons l'augmentation de la prestation de soins virtuels par l'entremise de télésanté, de télémédecine et d'autres plateformes virtuelles. Les programmes de soins virtuels se sont intensifiés durant la pandémie de COVID-19 pour permettre aux professionnels de la santé qui travaillent dans des hôpitaux de soins aigus de tenir des consultations et rendez-vous de suivi auprès de leurs patients (Stamenova, et al., 2020). Les stratégies d'appel à télésanté en matière de soins aigus en physiothérapie, ergothérapie et orthophonie ont ajouté de la valeur en réduisant au minimum les effets nocifs liés à la COVID-19 tout en ayant un effet sur le rétablissement (Exum, et al.).

Recommandation 2.4 :

Les gouvernements locaux doivent avoir recours aux données identifiant les personnes à risque afin de permettre aux intervenants d'urgence de prioriser les efforts de recherche et de sauvetage après une situation d'urgence.

Permettre la création de répertoires de données pour appuyer les efforts des gouvernements locaux à répondre aux situations d'urgence

Durant la discussion, les experts du comité ont reconnu que bien qu'il existe de nombreux registres de personnes ayant des besoins fonctionnels, y compris les personnes handicapées, qui sont facilement accessibles aux autorités municipales, ces registres sont difficiles d'accès aux autorités territoriales et provinciales. Pour que le personnel de réponse aux situations d'urgence soit plus efficace et puisse mieux identifier les personnes

à risque, on recommande que les gouvernements locaux créent un répertoire de sources de données. Un tel répertoire serait une référence unique et facile d'accès pour faciliter une réponse intégrée rapide des services d'urgence provinciaux ou fédéraux. Par exemple, l'on prévoit qu'un répertoire de sources de données, comme les registres disponibles, accessible à toutes les agences d'aide nationales et locales facilitera la collaboration des différentes agences d'aide qui pourront fournir le personnel nécessaire pour aider à l'évacuation, à la distribution d'approvisionnements d'urgence et à la prestation de soins médicaux.

Domaine 3 : Professionnels de la santé et personnel de réponse aux situations d'urgence

Les efforts de réponse et de rétablissement auprès des personnes âgées varient selon le niveau de formation en matière d'urgence que les professionnels de la santé, le personnel de réponse aux situations d'urgence et autres premiers intervenants éventuels ont reçue. Les professionnels de la santé jouent un rôle essentiel dans la préparation et la réponse aux situations d'urgence, car ils sont souvent le premier point de contact pour obtenir des directives sanitaires et des soins.

L'investigation sur le niveau de compétences liées aux situations d'urgence des professionnels de la santé et du personnel de réponse aux situations d'urgence a été guidée par la **Question de recherche 3 : *Quelles sont les stratégies et ressources pouvant être utilisées pour améliorer la réponse urgente des professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence durant et après une urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?*** (voir *Approche de développement*).

Les stratégies de recherche utilisées ont donné lieu à un total combiné de 4390 articles de revues savantes révisés par les pairs dont 12 ont été utilisés avec deux documents d'orientation aux fins d'extraction des données liées à cette question. L'examen de ces 14 ressources a révélé que certains professionnels de la santé sentaient qu'ils n'étaient pas suffisamment préparés pour dispenser les soins appropriés aux personnes âgées durant une situation d'urgence telle qu'une catastrophe naturelle. En outre, plus d'efforts sont nécessaires pour mieux connaître les précautions à prendre contre la propagation et le contrôle des maladies infectieuses durant une situation d'urgence. Pour combler ces lacunes, trois recommandations d'experts fondées sur les données probantes ont été formulées dans le but d'inclure dans la formation des professionnels de la santé et du personnel de réponse aux situations d'urgence d'autres critères

culturels pour aider et soigner les personnes âgées et les résidents durant et après une situation d'urgence.

Recommandation 3.1 :

Les professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence doivent recevoir une formation sur les soins gériatriques pertinents à leur discipline et comment venir en aide aux personnes âgées et à leurs aidants non rémunérés avant, durant et après une urgence. La formation supplémentaire doit également les sensibiliser aux pratiques exemplaires et précautions nécessaires pour réduire le risque de contagion durant la réponse à une situation d'urgence. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété.

Amélioration des connaissances et des compétences des professionnels de la santé quant aux principes de soins de santé dans les disciplines de gériatrie et d'urgence

Il est essentiel que les professionnels de la santé suivent une formation en soins gériatriques pour connaître les besoins uniques des personnes âgées et la meilleure façon de les aider, surtout dans les cas où ils pourraient être appelés à dispenser des soins durant une situation d'urgence. Dans un rapport rédigé par Karen V. Lamb (2010), *An Overview: Disaster Preparedness for Gerontological Nurses*, l'auteure mentionne que les déficits cognitifs liés à la démence seraient exacerbés durant une situation d'urgence et entraîneraient confusion et délire (Lamb & O'Brien, 2010). Une étude canadienne sur l'expérience du personnel infirmier dans la gestion des situations d'urgence recommande fortement que la formation en soins infirmiers comporte un programme d'études plus détaillé sur la façon de mieux aider les personnes âgées durant une situation d'urgence (Kulig, et al., 2017). Il est recommandé

que les professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence aient les compétences pour aider de la meilleure façon possible les personnes âgées dans ces situations. Une approche multimodale d'éducation serait efficace pour approfondir les connaissances, susciter la confiance et améliorer les compétences des professionnels de la santé à répondre aux situations d'urgence (Pesiridis, Galanis, Sourtzi, & Kalokairinou, 2014; Roush & Tyson, 2012; Scott, Carson, & Greenwell, 2010). Lamb a également insisté sur le besoin que le personnel infirmier soit mis au courant du risque lié à la prestation des soins durant une catastrophe (Lamb & O'Brien, 2010). Le traitement peut se compliquer, car il est possible que les dossiers médicaux ou autres ressources médicales comme les médicaments, l'oxygène et la dialyse soient hors d'accès (Lamb & O'Brien, 2010). Jumelées au stress, à des fournitures de base et médicaments limités, et à des changements extrêmes de l'environnement et de la température (Lamb & O'Brien, 2010), les situations d'urgence peuvent grandement exacerber les affections médicales et limiter l'accès aux interventions de soins (Ardalan, et al., 2010).

Si l'on considère que 80 pour cent des personnes âgées sont atteintes d'au moins une maladie chronique nécessitant des médicaments et parfois de l'équipement médical, les fournisseurs de soins doivent bien connaître les méthodes de rechange efficaces de prise en charge des maladies chroniques, et doivent prendre une part active dans les stratégies de planification de la préparation aux situations d'urgence dans les refuges ou autres établissements temporaires de soins d'urgence de la localité (Bhalla, Burgess, Frey, & Hardy, 2015; Byrd, 2010). Ainsi, le personnel de réponse aux situations d'urgence doit être au fait des maladies qui touchent le plus souvent les personnes âgées, et de la façon d'interagir ou d'aider efficacement les personnes vivant avec la démence si elles sont agitées, confuses, anxieuses ou si elles s'égarer.

L'enrichissement des connaissances des professionnels de la santé et du personnel de réponse aux situations d'urgence sur les pratiques de contrôle des infections vient également appuyer la prestation de soins sécuritaires aux personnes âgées durant une situation d'urgence. L'impact prolongé des catastrophes naturelles sur la collectivité peut causer l'effondrement des établissements et des réseaux de santé, ou perturber les programmes de santé (Kouadio, Aljunid, Kamigaki, Hammah, & Oshitani, 2012). L'amélioration de la formation des professionnels de la santé et du personnel de réponse aux situations d'urgence sur les pratiques de contrôle des infections, de même qu'une meilleure connaissance des pratiques exemplaires, peut avoir lieu dans tous les contextes (Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2012; Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2012).

Recommandation 3.2 :

Les professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence doivent s'efforcer de réduire les conséquences négatives chez les personnes âgées durant et après une situation d'urgence en adoptant des stratégies conçues pour protéger la santé physique et mentale des personnes âgées avec lesquelles ils pourraient entrer en contact. Ces stratégies consistent à évaluer le bien-être psychologique des personnes âgées à la recherche de signes de détresse et de dispenser les traitements appropriés ou de les aiguiller en spécialité, le cas échéant.

Mieux s'occuper des besoins en santé mentale des personnes âgées durant une situation d'urgence

Bien que l'idée préconçue veuille que les personnes âgées soient plus fragiles émotionnellement que leurs cadets, les rapports sur l'existence d'une différence de l'incidence de détresse psychologique

suivant une urgence chez les personnes âgées comparativement à leurs cadets sont contradictoires, ce qui indique que le vieillissement serait un facteur de protection.

Durant une investigation des différences potentielles entre les personnes âgées et leurs cadets quant à l'apparition d'un trouble psychologique après une catastrophe naturelle ou causée par l'homme, on a observé l'absence d'une différence significative de l'incidence de symptômes d'anxiété et de dépression chez les personnes âgées comparativement à leurs cadets (Parker, et al., 2016; Siskind, et al., 2016). Des différences ont toutefois été observées dans l'incidence de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Dans une étude menée en 2016 par Parker et collaborateurs, l'ESPT s'est révélé avoir une incidence significativement plus marquée chez les personnes âgées que chez leurs cadets. Des résultats semblables ont également été observés par Jia et collaborateurs (2010), qui ont rapporté une prévalence supérieure de symptômes d'ESPT au sein d'un échantillon de survivants au tremblement de terre de 2008 au Sichuan (Jia, et al., 2010). Au contraire, Siskind et collaborateurs (2016) ont observé que les personnes âgées avaient 2,85 fois moins tendance à manifester des symptômes d'ESPT que leurs cadets dans une méta-analyse sur la santé mentale chez les personnes âgées suivant une catastrophe causée par l'homme (Siskind, et al., 2016). Des différences quant à l'apparition de détresse psychologique chez les personnes de différents statuts socio-économiques ont également été rapportées. Une scolarité inférieure au diplôme d'études secondaires et/ou un baccalauréat, le chômage ou tomber au chômage durant une catastrophe, l'isolement social ou être témoin d'au moins trois événements liés à une catastrophe étaient associés à de plus grandes chances d'être atteint d'ESPT (Blackmon, et al., 2017; Ruskin, et al., 2018; Welch, et al., 2016).

Une étude a été réalisée par Cheung, Chau et Yip (2008) afin d'évaluer l'impact de l'épidémie

de SRAS de 2003 sur le taux de suicides à Hong Kong. L'étude a eu recours aux statistiques de 1993 à 2004 sur les suicides et a comparé le profil des cas de suicide chez les personnes âgées durant les périodes avant le SRAS, durant le SRAS et après le SRAS. Les résultats de l'étude ont montré un excès de suicides chez les personnes âgées en avril 2003 comparativement au mois d'avril des autres années. Les résultats corroboraient ceux d'une comparaison annuelle, puisque le taux de suicides chez les personnes âgées était significativement supérieur en 2003 et 2004 qu'il l'était en 2002, ce qui laisse penser que le taux de suicide n'est pas retombé au niveau d'avant l'épidémie de SRAS (Cheung, Chau, & Yip, 2008). Cheung, Chau et Yip ont émis l'hypothèse que la flambée des taux de suicide chez les personnes âgées était liée à la solitude et au détachement des autres personnes âgées vivant dans la collectivité. Ainsi, on pourrait dire qu'il est tout aussi important de maintenir et de rehausser le bien-être mental du public durant une épidémie que de ralentir la contagion (Cheung, Chau, & Yip, 2008).

La prévention et/ou le traitement des effets psychologiques subis par les survivants durant et après une situation d'urgence a historiquement été laissé pour compte dans la gestion des urgences. Durant les inondations de 2017 au Québec, la difficulté la plus répandue parmi les survivants était la détresse psychologique, alors que 25 % des personnes que les autorités ont rencontrées présentaient des symptômes (CBC News, 2017). La formation des répondants en premiers soins psychologiques pourrait favoriser le traitement réfléchi et humain des personnes âgées durant la réponse et en route vers le rétablissement (Ardalan, et al., 2010).

Dans l'ensemble, alors que les conclusions laissent croire qu'il n'est pas nécessaire de consacrer de vastes ressources supplémentaires à la protection du bien-être psychologique des personnes âgées durant une situation d'urgence, il est toujours recommandé que les professionnels de la santé et

le personnel de réponse aux situations d'urgence déploient plus d'efforts pour évaluer le bien-être psychologique des personnes âgées durant et après une situation d'urgence et dispenser le traitement approprié afin d'intervenir précocement auprès de la proportion de personnes âgées qui présentent effectivement un trouble psychologique. Il faut également insister davantage sur l'évaluation du bien-être psychologique des personnes âgées qui présentent au moins un des nombreux facteurs socio-démographiques ayant été liés à une probabilité accrue de trouble psychologique durant ou après une situation d'urgence. Un meilleur accès des personnes âgées aux services offerts par les conseillers, ergothérapeutes et travailleurs sociaux après une situation d'urgence en est un exemple, puisque ces personnes peuvent jouer un rôle dans le traitement de la détresse psychologique en offrant de l'éducation et une formation sur les aptitudes d'adaptation faisant appel à une approche de réadaptation communautaire (Jeong, Law, DeMatteo, Stratford, & Kim, 2016).

Recommandation 3.3 :

Les professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence doivent recevoir une formation de sensibilisation aux cultures afin de dispenser des soins et de l'aide appropriés aux personnes âgées de différentes origines culturelles et religieuses avant, durant et après une urgence. Les prestataires doivent avoir des options à leur disposition pour venir en aide aux personnes âgées et leur aidants non rémunérés qui se heurtent à la barrière de la langue ou à des obstacles culturels pour accéder aux services d'aide (p. ex. traducteurs, matériel écrit en langues autres que l'anglais et le français, etc.). Cela est d'importance particulière pour le personnel qui intervient auprès des peuples autochtones, dans des milieux communautaires diversifiés et durant une évacuation en réponse à une urgence.

La sensibilisation et la formation culturelles des professionnels de la santé et du personnel de

réponse aux situations d'urgence est un principe clé qui veille à ce que les personnes âgées de différentes origines culturelles et religieuses reçoivent les soins et l'aide appropriés avant, durant et après une situation d'urgence (James, Hawkins, & Rowel, 2007). L'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (2009), l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (2018), l'Association canadienne des ergothérapeutes (2011) et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2019) ont formulé des directives de sensibilisation et de sécurité culturelle à l'intention des professionnels de la santé.

En 2012, le Dr Samir Sinha a soumis le rapport *Vivre bien et plus longtemps* au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario dans lequel il mentionnait que beaucoup de fournisseurs de soins de santé, et de services sociaux et communautaires ignoraient les besoins culturels et quels services de santé et de condition sociale étaient ou non offerts dans la localité pour aider les anciens des peuples autochtones. Dans la province d'Ontario, puisque la prévalence d'être atteint d'au moins trois maladies chroniques est plus élevée dans la population autochtone que dans la population non autochtone, on comprend pourquoi les personnes autochtones se fient de manière disproportionnée aux soins d'urgence et ont plus tendance à rapporter avoir une « piètre » ou « passable » santé (Sinha, 2012). Ainsi, une recommandation clé du rapport visait à encourager l'élaboration d'une formation en compétences culturelles pour tous les prestataires de services de santé, et de services sociaux et communautaires travaillant auprès des peuples autochtones.

Certaines associations professionnelles ont adopté d'autres approches pour rehausser la sensibilisation culturelle dans les milieux de soins en augmentant la capacité des collectivités qui présentent des vulnérabilités à participer à la prestation des soins. Par exemple, l'Association canadienne des écoles

de sciences infirmières (ACESI), l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIA) et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), en collaboration avec les écoles de soins infirmiers de partout au pays, ont activement encouragé le recrutement des personnes des Premières Nations, des Inuit et des Métis dans les programmes de soins infirmiers pour leur permettre de terminer ces programmes en faisant tomber les obstacles, tels que les obstacles financiers, et en adoptant des stratégies de soutien (Hart-Wasekeesikaw, 2009). Le fait de multiplier le nombre d'infirmières et d'infirmiers des Premières Nations, des Inuit et des Métis permet au peuple autochtone d'avoir un meilleur accès à des soins culturellement sûrs et appropriés. Cette collaboration avec l'ACESI, l'AIIA et l'AIIC visait également à intégrer les principes de compétence et de sécurité culturelle dans les programmes d'étude pour tous les étudiants en soins infirmiers leur permettant de saisir le contexte historique et contemporain des peuples autochtones (Hart-Wasekeesikaw, 2009).

En 2018, l'Association canadienne des ergothérapeutes a publié un énoncé de position qui soulignait le rôle de l'ergothérapie dans la santé des peuples autochtones. L'objet du document était de « permettre aux ergothérapeutes de fournir des services de collaboration efficaces, respectueux, culturellement respectueux et culturellement adaptés aux personnes, aux familles, aux communautés et aux nations des Premières Nations, des Inuits et des Métis ». Une recommandation fondamentale issue de ce rapport consistait à créer des partenariats et des alliances afin que la pratique de l'ergothérapie soit plus sûre sur le plan culturel et qu'elle offre une place pour la vision du monde, le savoir et l'autodétermination des peuples autochtones. Aller de l'avant est une responsabilité que nous partageons tous » (Association canadienne des ergothérapeutes, 2011).

Les professionnels et le personnel qui offrent aux peuples autochtones de l'aide en matière de préparation, de réponse et de rétablissement doivent tenir compte de l'histoire de même que des connaissances, croyances et perspectives entretenues par les peuples autochtones et les reconnaître. Dans le contexte de la préparation aux situations d'urgence, il importe pour réussir la préparation de reconnaître le rôle des anciens à titre de leaders de la communauté et de concevoir des activités d'éducation à la préparation qui reconnaissent leur rôle important dans la communauté et y font appel. De plus, il serait utile au soutien des anciens qui se préparent aux situations d'urgence de concevoir du matériel de préparation qui inclut les articles traditionnels et cérémoniaux qui seraient retirés du domicile durant une évacuation, comme les sacs de médecine, les plumes d'aigle et le foin d'odeur.

Lorsqu'il répond à une situation d'urgence, le personnel de réponse doit être sensible au fait que certaines interventions pourraient déclencher un traumatisme chez certains anciens ayant survécu aux pensionnats indiens, à la rafle des années 60 et à d'autres épisodes traumatisants. Les interventions qui déclenchent ces traumatismes doivent être remplacés par des pratiques sûres sur le plan culturel. En plus de la façon dont les peuples autochtones sont évacués, il est tout aussi important de reconnaître que de nombreux anciens vivent avec les membres de leur famille, et qu'il importe de les évacuer avec la famille. La séparation de la famille et des aidants non rémunérés pourrait s'avérer être particulièrement traumatisant.

Durant le rétablissement d'une situation d'urgence, le personnel doit créer un espace qui reconnaît et fait le deuil des pertes culturelles associées à l'évacuation, et concevoir des activités qui maintiennent le lien avec la communauté d'origine (p. ex. huttes de sudation, cérémonie de purification par la fumée, activités de danse/de chant/de couture pour les enfants).

Domaine 4 : Établissements et organisations de soins

Les établissements et organisations de soins qui sont responsables de la vie de leurs résidents ou patients durant une situation d'urgence doivent prendre des décisions qui favorisent la santé et le bien-être de ces personnes. Durant une situation d'urgence, ces établissements et organisations doivent, par exemple, savoir quand il convient d'évacuer ou de se confiner et quoi faire dans chaque cas.

L'évaluation de la qualité et du niveau de préparation aux situations d'urgence dans les établissements et organisations de soins a été guidée par la **Question de recherche 4 : *Quelles sont les stratégies et les ressources pouvant être utilisées dans les établissements et organisations pour améliorer les efforts de préparation et de rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)?*** (voir *Approche de développement*).

Les stratégies de recherche utilisées ont donné lieu à un total combiné de 4390 articles de revues savantes révisés par les pairs dont 17 ont été utilisés avec neuf documents d'orientation aux fins d'extraction des données liées à cette question. L'examen de ces 26 ressources a révélé que des mesures plus importantes sont nécessaires pour éviter les situations pouvant faire surface lorsqu'une situation d'urgence grave perturbe les activités dans les établissements et organisations de soins et durant le processus de transfert des patients menaçant ainsi les patients et résidents âgés. En réponse à cette lacune, trois recommandations d'expert fondées sur les données probantes ont été formulées dans le but d'enrichir les connaissances des professionnels de la santé et du personnel des établissements de santé en matière de préparation aux situations d'urgence, et dans le but de faciliter le transfert efficace des patients durant une situation d'urgence.

Recommandation 4.1 :

Les établissements et organisations de soins doivent inclure une formation sur la préparation et la réponse aux situations d'urgence dans leur programme de formation systématique du personnel.

- Utiliser les pratiques et outils éducatifs multimodaux pour favoriser l'acquisition des connaissances et le changement de comportement.
- Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et soit reflété.

Une étude réalisée en 2012 par Roush et Tyson qui évaluait les connaissances en matière de préparation aux situations d'urgence du personnel infirmier inscrit à un atelier communautaire de préparation aux situations d'urgence, et dont beaucoup travaillaient dans un centre de soins infirmiers, a révélé que la majorité des participants n'avaient reçu aucune formation formelle sur la planification et la réponse aux situations d'urgence et beaucoup ont rapporté un faible score de connaissances, voire que leurs connaissances n'avaient pas été évaluées sur la préparation aux situations d'urgence (28 %). Après l'atelier, le score des connaissances a grimpé à 76 % et la majorité des participants ont rapporté vouloir inclure des portions du contenu de l'atelier dans des cours à l'intention des étudiants, des collègues et/ou des patients (Roush & Tyson, 2012). Les conclusions de cette étude, entre autres, laissent penser que certains professionnels de la santé qui travaillent en contexte de soins gériatriques ou à l'extérieur de ce contexte profiteraient d'une formation supplémentaire sur la façon de répondre aux situations d'urgence et de soigner les personnes âgées dans ces situations (Lamb & O'Brien, 2010).

Pour combler cette lacune d'éducation et améliorer la gestion des catastrophes dans les hôpitaux, le *Department of Health and Mental Hygiene de New York* (NYC DOHMH) a mis au point la trousse *Elderly Populations in Disasters: Hospital Guidelines for Geriatric Preparedness* (Ahronheim, Arquilla, & Gambale Greene, 2009). La trousse décrit la formation des professionnels de la santé en soins gériatriques, dont les lignes directrices sur la prise en charge des patients gériatriques, les diagnostics erronés courants liés à l'âge, le moment d'obtenir une consultation en gériatrie, les doses des médicaments de santé mentale courants pour les personnes âgées qui sont frêles, et la création de tableaux de référence qui aident à l'évaluation médicale des personnes âgées durant une situation d'urgence (Ahronheim, Arquilla, & Gambale Greene, 2009). Étant donné que cette trousse se concentre sur les besoins des personnes âgées dans les hôpitaux qui traitent une gamme de circonstances survenant fréquemment chez les personnes âgées durant une situation d'urgence, il serait utile que tous les établissements et organisations de soins créent une trousse d'urgence semblable en fonction des services qu'ils offrent. Les professionnels de la santé peuvent contribuer à une trousse multidisciplinaire qui intègre différentes approches de soins pour les personnes âgées, et ce, pour chaque discipline. Par exemple, les infirmières et thérapeutes peuvent appliquer la théorie intégrée du changement de comportement en matière de santé afin de créer un programme d'études qui favorise les connaissances et améliore les résultats de santé chez les personnes âgées (Ryan, 2009). En outre, les théories d'apprentissage des adultes sont au centre de la formation reçue par les physiothérapeutes et ergothérapeutes. Ils pratiquent l'apprentissage axé sur le client, qui adapte la réponse pour répondre principalement aux besoins de leurs clients (Papadimitriou & Carpenter, 2013). Les ressources qui sont créées en faisant appel à des approches

multidisciplinaires et collaboratrices permettent de dispenser des soins plus efficaces et de répondre aux besoins des personnes âgées durant une situation d'urgence.

Au Canada, le domaine des cours avancés d'éducation et de certification en gestion ou préparation aux situations d'urgence est petit; en 2004, on comptait en effet moins de 10 personnes qui étaient à la fois praticiens et universitaires dans le domaine de la gestion des situations d'urgence (Sécurité publique et Protection civile Canada, 2004). Les participants à la table ronde ont relevé la croissance de l'éducation en gestion ou préparation aux situations d'urgence comme une lacune attribuable, en partie, à l'absence d'une entité prônant l'importance de cette éducation au pays. Chaque province a adopté une approche différente à l'éducation et à la certification du domaine de la gestion ou préparation aux situations d'urgence, ce qui a eu l'effet de réduire la collaboration et la coordination. Pour résoudre ce problème, Sécurité publique et Protection civile Canada a mis sur pied un groupe de travail fédéral-provincial-territorial pour étudier les exigences en matière d'éducation des gestionnaires canadiens des situations d'urgence. De plus, l'*United Nations Office for Disaster Risk Reduction* a publié un rapport d'évaluation mondial sur la réduction du risque de catastrophe qui souligne le besoin d'adopter des stratégies de réduction du risque de catastrophe pour améliorer la préparation aux catastrophes et situations d'urgence, les efforts de réponse et de rétablissement, et souligne les qualifications et la scolarité nécessaires pour assurer une expertise professionnelle future dans le domaine de la réduction du risque de catastrophe. La **Recommandation 4.1** traite du besoin que les établissements incluent une formation sur la préparation et la réponse aux situations d'urgence donnée sur une plateforme multimodale.

Durant l'enseignement aux professionnels de la santé et au personnel des hôpitaux sur la préparation aux situations d'urgence, les méthodes d'enseignement multimodales se sont avérées être un outil efficace. Une étude menée en 2016 par Collander et collaborateurs s'est penchée sur l'efficacité d'un cours de formation multimodale sur la préparation aux catastrophes à l'intention des professionnels de la santé travaillant dans des hôpitaux, intitulé *Hospital Disaster Life Support* (HDLS) (Collander, et al., 2008). La formation comptait des cours magistraux, des exercices liés aux catastrophes (simulations de pneumonies et d'attaques à la bombe), des séances sur les aptitudes et des séances de travail sur table. À l'évaluation des changements des comportements et d'acquisition des connaissances des participants liés à la préparation aux situations d'urgence, les résultats sur une échelle Likert de 1 à 5 points, où 5 était le plus favorable, ont montré que la réponse moyenne était de 4,24. La comparaison des scores aux tests administrés avant et après la formation a révélé que tous les participants avaient significativement amélioré leur score moyen de connaissances sur la préparation aux situations d'urgence, le score moyen du groupe au test était de 89,5 %.

Recommandation 4.2 :

Durant le processus standardisé actuel de transfert des soins, il convient d'ajouter d'autres stratégies visant à améliorer la collecte et le transfert des renseignements pouvant identifier une personne et des anamnèses médicales pour favoriser le suivi efficace, la relocalisation et les soins du patient durant une situation d'urgence.

Amélioration du transfert des soins des patients durant une situation d'urgence

Aux É.-U., la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) exige que tous les établissements se dotent d'une approche uniformisée de transfert des patients qui favorise

la communication entre professionnels durant le transport des patients pour recevoir un test diagnostique ou une intervention (Nursing, 2006). De même, au Canada, les établissements de santé adoptent habituellement des politiques liées au transfert des patients qui favorisent la communication entre prestataires durant le transport des patients. Il existe d'autres politiques relatives au transport des patients qui s'adressent à certaines populations précises de patients, telles que la Politique concernant les malades en phase critique des Services ontariens de soins aux malades en phase critique, élaborée en collaboration avec les Services ontariens de soins aux malades en phase critique, CritiCall Ontario, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les services de santé d'urgence et plusieurs administrateurs d'hôpitaux (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2013). La politique veille à ce que les patients en phase critique, c'est-à-dire qui sont à risque de perdre la vie ou un membre, reçoivent des soins en 4 heures et décrit en toutes lettres la procédure à suivre durant le transport des patients. Le guide de mise en œuvre contient le processus téléphonique en cinq étapes de CritiCall Ontario qui est lancé lorsque CritiCall Ontario communique avec les standards téléphoniques des hôpitaux afin de faire une demande de transfert pour un cas en phase critique, et prend fin lorsque l'hôpital met en œuvre son Plan de gestion de l'affluence des patients en phase critique pour réserver un lit et permettre le transfert du patient. Ce processus simplifié garantit la communication rapide entre médecins et le transfert rapide du patient. Bien que ces politiques ne concernent pas précisément les catastrophes naturelles, elles forment un cadre pouvant être opérationnalisé pour réduire au minimum les effets nocifs et les erreurs dans les cas où les patients doivent être transportés d'urgence durant des situations critiques.

Il faut cependant ajouter des stratégies de suivi aux procédures classiques de transfert de patients pour mieux faciliter le transfert des patients ou résidents durant une situation d'urgence. Pour empêcher les interruptions thérapeutiques après la relocalisation, il faut faire appel à des méthodes électroniques et non électroniques pour que le patient et son dossier médical soient bien transférés à l'organisation d'accueil après la relocalisation.

Plus précisément, il est recommandé que les documents incluent les caractéristiques démographiques, une description de l'apparence et les renseignements médicaux. Il est nécessaire d'inclure des renseignements qui identifient le patient afin d'apparier les patients à leur dossier médical dans les cas où le dossier médical serait perdu ou inaccessible durant une catastrophe, ou pour identifier les patients, surtout ceux qui ne peuvent le faire eux-mêmes. Les méthodes électroniques de suivi recensées par une revue systématique des méthodes de suivi des patients utilisées par plusieurs pays sont les étiquettes électroniques de triage comme les étiquettes intelligentes et autres capteurs qui déterminent le niveau du triage, l'identification par radio-fréquence ou radio-étiquettes, et les assistants numériques personnels (ANP) aux fins de triage dans ces situations (Smith & Macdonald, 2006). Une approche de cette nature doit être adoptée au Canada.

Une forte corrélation a également été mise au jour entre l'impact des évacuations et la hausse du nombre d'hospitalisations, de la mortalité, du stress et des traumatismes, surtout parmi les résidents des centres de soins infirmiers ayant un déficit cognitif (Brown, et al., 2013). Cela réitère le besoin criant pour que les établissements de soins se dotent d'un plan de gestion des situations d'urgence, et d'un plan robuste de transfert des soins pour les cas où les patients doivent être évacués. Il souligne également l'importance de

revoir ces plans régulièrement et les mettre à jour (Blanchard & Dosa, 2009; Dosa, et al., 2010; Laditka, Laditka, Cornman, Davis, & Richter, 2009; Nomura, et al., 2013; Thomas, et al., 2012; Willoughby, et al., 2017). En intégrant les hôpitaux dans les plans communautaires de préparation aux situations d'urgence, on améliore les transferts (Braun, et al., 2006). Le fait d'intégrer les hôpitaux et établissements de soins communautaires dans les plans facilite le suivi des patients et la communication durant les situations d'urgence et facilite les transferts après l'urgence.

Recommandation 4.3 :

Les établissements et organisations de soins doivent s'efforcer d'élaborer des plans d'urgence complets qui incluent une stratégie de réponse efficace pour protéger les personnes âgées contre les éclosons de maladie infectieuse. Ces stratégies doivent refléter les normes fondées sur les données probantes auxquelles des organisations telles Prévention et contrôle des infections Canada (PCI) souscrivent.

- Les établissements de soins doivent aussi évaluer régulièrement et faire tomber les obstacles à la mise en œuvre du plan d'urgence qui repose sur leurs pratiques habituelles.

Création de stratégies complètes de préparation aux situations d'urgence qui incluent la prévention des maladies infectieuses à déployer dans toute l'organisation

Les établissements de soins comme les hôpitaux, et centres de soins de longue durée et de soins infirmiers sont sujets aux éclosons de maladies infectieuses. Les éclosons sont souvent localisées à une unité ou à une section de l'établissement et peuvent être contenues si elles sont reconnues rapidement et qu'on intervient précocement. Ces établissements de soins sont vulnérables aux éclosons d'envergure durant une situation

d'urgence comme une pandémie, puisque la maladie infectieuse se répand rapidement parmi les patients et résidents.

La **Recommandation 4.3** souligne l'importance que les établissements de soins et autres organisations se dotent d'un plan d'urgence qui inclut des stratégies efficaces de réponse à la propagation et aux éclosions de maladie infectieuse. Durant la pandémie de COVID-19, le Canada s'est démarqué parmi les autres pays industrialisés en rapportant la plus grande proportion de décès dans ses centres d'hébergement et de soins de longue durée (Institut canadien d'information sur la santé, 2020). Il est reconnu que les centres de soins de longue durée sont vulnérables aux éclosions de maladie respiratoire, comme la COVID-19, la grippe et autres (McMichael, et al., 2020). Une étude menée dans un centre de soins infirmiers spécialisés de Kings County, à Washington, a nommé les employés travaillant dans différents centres alors qu'ils étaient malades et les transferts de résidents d'un centre à un autre comme des défis potentiels ayant permis au virus d'entrer dans ces centres, ce qui corroborait les résultats d'autres études (McMichael, et al., 2020; Lai, et al., 2020).

La vaccination des travailleurs des établissements et organisations de soins et l'introduction en temps voulu d'antiviraux serait l'une des stratégies les plus efficaces pour réduire au minimum le risque d'éclosion de maladie infectieuse (Cheng, Chen, Chou, Huang, & Huang, 2018; Rainwater-Lovett, Chun, & Lessler, 2014). Les études ayant évalué la vaccination parmi le personnel des établissements ont nommé le scepticisme à l'égard des vaccins comme un obstacle à l'adoption (Huhtinen, Quinn, Hess, Najjar, & Gupta, 2019). Les établissements qui offraient aux employés un programme d'immunisation sur place et qui avaient adopté des politiques exigeant l'immunisation comme condition d'emploi avaient un taux élevé de vaccination du personnel (Lai, et al., 2020).

Les approches non pharmaceutiques sont aussi efficaces pour prévenir la contagion, comme l'a indiqué le recours à l'EPI comme mesure préventive de la contagion (World Health Organization, 2020; Rainwater-Lovett, Chun, & Lessler, 2014).

La fermeture des établissements et centres de soins réduit aussi au minimum la contagion parmi le personnel et les résidents. Durant la pandémie de COVID-19, de nombreux établissements de soins, comme les hôpitaux, les centres de soins prolongés ont fermé leurs portes aux visiteurs non essentiels et l'accès y était limité au personnel seulement. La fermeture précoce de ces établissements serait efficace pour contenir les éclosions de maladie infectieuse et ainsi raccourcir l'éclosion (Inns, et al., 2018). L'interruption des nouvelles admissions, la formation de cohortes de patients ou résidents par unité, le renforcement actif de l'hygiène systématique et l'utilisation de désinfectants pour le nettoyage régulier des surfaces sont d'autres stratégies efficaces (Buffington, et al., 1993; Lee, Lee, Lee, & Park, 2020). La surveillance systématique et les rapports réguliers sont également recommandés pour reconnaître une infection précocement (Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2020). Les interventions groupées se sont montrées être les plus efficaces pour gérer les éclosions dans les établissements de soins (Hayden, et al., 2015).

Prévention et contrôle des infections Canada (PCIC) fournit un répertoire de lignes directrices fondées sur les données probantes et leurs recommandations découlant d'études épidémiologiques ayant démontré l'efficacité des interventions de contrôle des infections comme l'hygiène des mains, le nettoyage systématique, l'isolement, entre autres, dans les différents milieux de soins de santé (Agence de protection et de promotion de la Santé de l'Ontario (Santé publique

Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2014; Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2018; Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2012; Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, 2012; Siegel, Rhinehart, Jackson, & Chiarello, 2007; Canadian Committee on Antibiotic Resistance, 2007). Beaucoup de ces lignes directrices sont approuvées et publiées par des agences telles que Santé publique Ontario. Les centres de soins canadiens doivent utiliser ces lignes directrices et ressources d'éducation pour appuyer l'élaboration de plans d'urgence.

Domaine 5 : Lois et politiques

Tant à l'échelle fédérale, provinciale que locale, les organes directeurs ont un rôle réglementaire à jouer dans la préparation et la réponse aux situations d'urgence en décrivant et imposant par l'entremise de leurs politiques et de leur pouvoir législatif la façon, et l'ampleur à laquelle les organisations doivent contribuer aux efforts plus efficaces de préparation et de réponse aux situations d'urgence.

Une revue des lacunes existantes dans les lois et politiques en matière de préparation, de réponse et de rétablissement aux situations d'urgence visant les résultats chez les personnes âgées a été effectuée. L'investigation a été guidée par la **Question de recherche 5 : A-t-on formulé ou adopté des lois ou des politiques locales, provinciales ou fédérales visant à améliorer les efforts de préparation et de rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence (catastrophe naturelle ou pandémie)? (voir Approche de développement)**.

Les stratégies de recherche utilisées ont donné lieu à un total combiné de 4390 articles de revues savantes révisés par les pairs dont neuf ont été utilisés avec 15 documents d'orientation sur les lois et politiques aux fins d'extraction des données liées à cette question. L'examen de ces documents a révélé que bien que certaines provinces et certains territoires aient formulé et adopté des politiques et lois en réponse à leur expérience antérieure liée à des situations d'urgence, un fossé persiste dans l'application de ces politiques pour répondre aux besoins des personnes âgées et de leurs aidants non rémunérés. Dans le cas des provinces n'ayant pas adopté de lois en matière de préparation aux situations d'urgence, les lois en vigueur ainsi que les ressources utilisées durant la pandémie de COVID-19 peuvent servir de guide pour veiller à ce que les personnes âgées soient protégées durant une situation d'urgence. Les lacunes législatives

sont un obstacle pour assurer l'aide suffisante pour continuellement répondre aux besoins des personnes âgées durant les situations d'urgence partout au Canada. Les cinq recommandations d'experts fondées sur les données probantes sur les politiques et les lois proposent une occasion d'adopter des lois qui améliorent les résultats chez les personnes âgées durant les situations d'urgence.

Recommandation 5.1 :

Un comité consultatif national doit être mis sur pied pour éclairer l'élaboration d'un programme de préparation, de réponse et de rétablissement des Canadiens âgés. Les représentants des Canadiens âgés et de leurs aidants non rémunérés doivent participer afin de veiller à ce que leur point de vue y soit reflété.

Établissement d'un comité consultatif national sur la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence

En 2017, le Sénat américain a adopté le projet de loi S. 1834 pour amender le titre XXVIII de la *Public Health Service Act* afin d'y inclure la formation d'un comité consultatif national sur les personnes âgées et les catastrophes (Protecting Seniors During Disasters Act, 2017). Le comité consultatif devait être formé par le secrétaire du Sénat, en consultation avec les secrétaires des départements *Homeland Security et Veterans Affairs*. Le comité consultatif avait pour tâches d'évaluer et de commenter les activités liées aux besoins médicaux et de santé publique des personnes âgées durant toutes les situations d'urgence, et de conseiller le secrétaire et lui proposer des recommandations quant aux personnes âgées, aux subventions médicales et de santé publique et aux ententes de collaboration relatives aux activités de préparation et de réponse autorisées par le secrétaire. Pour veiller à ce que le comité ait l'expertise nécessaire pour exécuter ses tâches, le projet de loi S. 1834 désigne les représentants devant siéger au comité, dont : le directeur des

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'administrateur du Center for Medicare & Medicaid Services (CMS), l'administrateur de la *Federal Emergency Management Agency* (FEMA) et au moins deux professionnels de la santé non affiliés au gouvernement fédéral expérimentés dans la planification et la préparation des catastrophes médicales, ainsi que la réponse ou le rétablissement à ces catastrophes, et des représentants d'autres agences fédérales pertinentes, telles que le *Department of Energy* et le *Department of Homeland Security* (DHS).

Bien que l'efficacité de ce comité n'ait pas encore été évaluée, les experts canadiens ont reconnu l'importance du mandat du comité formé aux É.-U. et l'impact qu'il pourrait avoir sur la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence. Aucun comité de cette nature n'a encore été formé au Canada. Les ressources qui existent, tel le Cadre de sécurité civile pour le Canada (voir le résumé des lois et cadres pertinents à l'Annexe B), pourraient coordonner la création d'un comité consultatif national visant à éclairer les décisions et la planification liées à la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence. Les groupes fédéraux, tels que Sécurité publique Canada auraient également un rôle à jouer dans la gestion et les activités du comité. En outre, la participation des personnes âgées à titre de membres du comité veillerait à ce que le point de vue de cette population soit intégré dans tous les résultats et produits mis de l'avant par le comité. On a constaté que les personnes âgées jouent un rôle essentiel dans l'élaboration des politiques, car elles connaissent « les principaux obstacles au vieillissement actif et proposent des options de redéveloppement après un tremblement de terre n'ayant jamais été considérés auparavant » (Annear, Keeling, & Wilkinson, 2014). Les fournisseurs pertinents du secteur privé, les professionnels de la santé spécialisés en gériatrie (gériatres, gérontopsychiatres,

personnel infirmier en gérontologie, travailleurs sociaux et pharmaciens, physiothérapeutes et ergothérapeutes et autres experts en gériatrie) et les organisations non gouvernementales qui œuvrent dans la préparation, la réponse et le rétablissement des personnes âgées, comme l'Armée du Salut et la Croix-Rouge canadienne seraient parmi les autres membres recommandés du comité. Les gérontologues pourraient également fournir observations et conseils sur les syndromes courants en gériatrie, comme la démence, le délire et la psychose, de même que les situations où les personnes âgées ont fréquemment besoin d'aide comme la prise de médicaments, la mobilité, la compréhension des instructions d'urgence et l'accès au soutien social, qui sont fréquemment gérés par des professionnels de la santé spécialisés en gériatrie.

Recommandation 5.2

Toutes les provinces et tous les territoires doivent encourager la mise en place durant l'année ou avant une urgence imminente d'une période d'achats de produits hors taxes de préparation aux situations d'urgence. Les gouvernements doivent également verser un financement ciblé pour aider/subventionner directement l'achat de trousseaux de préparation aux situations d'urgence par les Canadiens âgés. Les articles couverts doivent inclure une liste convenue d'accessoires d'urgence (telles que piles, générateurs portatifs, échelles de secours, radios, sacs de glace), d'airs climatisés, d'équipement de protection individuelle (p. ex. masques, gants, désinfectant pour les mains) et d'autres aides à la mobilité (canes, déambulateurs, etc.).

Appui aux activités de préparation

Lorsqu'elles sont confrontées au fardeau financier associé aux situations d'urgence, les personnes âgées se relèvent moins complètement que leurs cadets (Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera, 2002). Les groupes moins âgés sont moins

vulnérables aux dégâts matériels, car ils sont probablement assurés, ont une plus grande valeur de crédit, plus d'économies et ont moins de chance de vivre au seuil de la pauvreté, ou près de celui-ci (Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera, 2002). Les conditions d'admissibilité à l'aide financière expliqueraient également pourquoi les personnes âgées n'y ont pas recours aussi souvent que leurs cadets. C'est souvent parce que les personnes âgées ont un revenu fixe ou ne travaillent pas. En outre, dans les cas où elles reçoivent de l'aide, l'argent reçu est souvent insuffisant pour renflouer les pertes, ce qui rend les personnes âgées plus dépendantes des organismes caritatifs et de leurs prestations de sécurité sociale (Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera, 2002).

Au Canada, la Semaine de la sécurité civile est une initiative nationale de sensibilisation qui a lieu tous les ans depuis 1996 durant le mois de mai. Il s'agit d'une activité organisée en collaboration par des organisations fédérales, provinciales et territoriales de gestion des situations d'urgence qui appuient les activités de préparation aux situations d'urgence à l'échelle locale. La Semaine de la sécurité civile encourage les Canadiens à prendre trois mesures simples pour mieux se préparer à faire face à une situation d'urgence 1) Connaître les risques, 2) Préparer un plan d'urgence et 3) Avoir une trousse d'urgence (Gouvernement du Canada, 2015).

La vente d'articles d'urgence hors taxes est un incitatif pour que les personnes âgées se procurent les ressources nécessaires à leur trousse d'urgence ou abaisse les prix suffisamment pour que les personnes âgées dont les ressources financières sont limitées puissent avoir accès à ces articles essentiels. Pour l'heure, 16 états américains ont adopté les fins de semaine hors taxes, cependant, seuls trois états ont inclus les articles de préparation « liée aux intempéries » ou « liée aux intempéries graves » dans les articles admissibles à l'élimination de la taxe. Pour donner à toutes les personnes âgées l'accès aux ressources d'urgence

à prix réduit, il est recommandé que toutes les provinces et tous les territoires adoptent la vente hors taxes d'articles d'urgence et/ou mettent sur pied un fonds pour aider les personnes âgées à faible revenu à acheter des trousseaux d'urgence. Les articles devraient inclure, sans s'y limiter, piles, générateurs portatifs, aides à la mobilité (canes et déambulateurs), airs climatisés, échelles de secours, radios et sacs de glace. En outre, les données probantes montrent que la présence à domicile d'une trousse de base contenant des interventions non pharmaceutiques telles que des produits d'hygiène des mains, des masques et des mesures de contrôle de la température (p. ex. ventilateurs) réduit grandement la contagion et contribue indirectement à éviter les hospitalisations (Finkelstein, Prakash, Nigmatulina, McDevitt, & Larson, 2013). Il est ainsi essentiel de subventionner ces articles d'urgence à l'intention des personnes âgées afin d'améliorer les efforts de préparation aux situations d'urgence.

Recommandation 5.3 :

Toutes les provinces et tous les territoires doivent encourager la création d'un processus ou d'un programme national d'octroi de permis d'exercer au personnel infirmier, médecins, personnel paramédical et autres prestataires de services médicaux d'urgence leur permettant de dispenser bénévolement des soins médicaux d'urgence à l'extérieur des frontières provinciales et territoriales durant un état d'urgence déclaré.

Amélioration de la portabilité de l'expertise des professionnels de la santé durant une situation d'urgence

Il apparaît que l'accès aux services médicaux doit être continu durant la réponse aux situations d'urgence afin de répondre aux besoins médicaux émergents. Il est recommandé de prendre des mesures pour appuyer le recrutement préliminaire de professionnels de la santé afin de réunir rapidement et de façon standardisée une

équipe médicale émergente durant les situations d'urgence. Aux États-Unis, le *Medical Reserves Corps* (MRC) tient lieu de base de données de bénévoles médicaux et non médicaux pouvant offrir de l'aide médicale dans leur collectivité durant une situation d'urgence, et cela s'est avéré être très efficace. La création d'une ressource semblable est recommandée au Canada. Pour accroître la disponibilité des bénévoles médicalement formés durant une situation d'urgence, il faut prendre des mesures visant à adopter l'octroi de permis d'exercer interprovinciaux, et ce, dans toutes les provinces et tous les territoires. Tous les professionnels de la santé pertinents doivent collaborer avec leurs commission et législateurs provinciaux ou territoriaux pour adopter les lois nécessaires dans leur province ou territoire respectif.

Au Canada, l'octroi de permis relève des provinces. Durant une situation d'urgence, les provinces utilisent d'abord leurs propres ressources; mais dans les cas où elles ont besoin d'experts, le Canada s'est doté de mécanismes pour appeler des ressources supplémentaires. Par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a en place des mécanismes lui permettant d'autoriser assez rapidement les professionnels de la santé à pratiquer au Canada. La création d'un programme national d'octroi de permis d'exercer nous permettrait d'accélérer notre réponse et de veiller à ce que l'aide soit disponible lorsqu'elle est nécessaire. Par exemple, les collègues des médecins et chirurgiens des provinces de l'Atlantique travaillent ensemble pour harmoniser un certain nombre de procédures et pour créer des approches qui leur sont communes pour octroyer certains permis d'exercer aux médecins. Les É.-U. ont adopté un modèle semblable où 31 états ont formé un pacte pour le permis d'exercer en soins infirmiers (*Nurse Licensure Compact*, n.d.), 14 états et un territoire ont formé un pacte pour le personnel de service de gestion des

urgences (*National Registry of Emergency Medical Technicians*, n.d.) et 24 états ont formé un pacte pour les médecins (*Interstate Medical Licensure Compact*, n.d.). Une option possible pour le Canada serait de permettre aux professionnels de la santé de pratiquer dans différentes provinces et différents territoires en offrant leurs services à l'avance, par l'entremise de l'ASPC pour travailler dans différentes provinces durant une situation d'urgence.

Recommandation 5.4 :

Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent appuyer les exigences législatives qui obligent les lieux d'hébergement collectif (p. ex. centres de soins infirmiers, résidences-services et maisons de retraite) de mettre à jour et de soumettre régulièrement leur plan d'urgence qui décrit les mesures et les contingences à prendre en situation d'urgence. Ces plans doivent inclure :

- Un générateur de secours en cas de panne de courant prolongée, et un plan coordonné avec les agences communautaires pertinentes (p. ex. service municipal d'incendies) pour assurer l'évacuation efficace.
- Les directives concernant les interventions appropriées (p. ex. isolement, port du masque, éloignement physique) pour contrôler et prévenir les éclosions et la contagion dans la population durant une situation d'urgence.
- Seuils clairs de régulation de la température, précisément les températures maximales et minimales permises en fonction des normes de santé professionnelles et environnementales, et les mesures à prendre pour régler la température et réduire les fluctuations au minimum.
- Un résumé du nombre d'employés devant être maintenu durant une situation d'urgence pour minimiser les interruptions des soins et/ou des services.

Toutes les provinces et tous les territoires doivent s'efforcer d'uniformiser les exigences en matière

de plan d'urgence dans les lieux d'hébergement collectif conformément aux priorités énoncées dans la *Stratégie de sécurité civile pour le Canada* 2019 et veiller à ce que les plans d'urgence des lieux d'hébergement collectif soient alignés aux directives énoncées dans les plans d'urgence et de pandémie de leur province ou territoire.

Amélioration des efforts de contrôle de l'environnement dans les centres de soins infirmiers et résidences-services

En Ontario, la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* (2007) prévoit que tous les centres de soins infirmiers doivent être munis d'air climatisé et d'un générateur de secours pour alimenter tout l'équipement d'aide et de maintien de la vie en cas d'urgence. Si le système central d'air climatisé n'est plus fonctionnel dans l'établissement, chaque groupe de 40 résidents doit se voir désigner une aire de rafraîchissement. Mais ce n'est pas le cas dans toutes les provinces et tous les territoires. Par exemple, en Colombie-Britannique, la loi ne prévoit pas que tous les centres ajoutent à leur plan d'urgence des contingences garantissant que, en cas de panne de courant, les températures soient maintenues à un niveau raisonnable afin d'éviter l'exacerbation des problèmes de santé existants dans les centres de soins infirmiers et dans les centres de soins de longue durée.

Le comité recommande de demander à toutes les provinces et tous les territoires d'uniformiser leurs exigences et de veiller à ce que les mesures appropriées soient en place pour rétablir le courant dans un délai raisonnable, et qu'ils obligent les établissements à adopter des contingences supplémentaires pour veiller à ce que la température soit maintenue à un niveau approprié.

En plus de maintenir une température intérieure favorable et d'assurer l'alimentation constante en électricité, les plans d'urgence des lieux d'hébergement collectif doivent inclure des contingences visant à maintenir un personnel

suffisant durant les situations d'urgence. La pandémie de COVID-19 a mis au jour des barrières insurmontables pour maintenir un personnel suffisant dans les établissements comme les foyers de groupe et centres d'hébergement pour les personnes âgées.

Participation House, un foyer de groupe situé à Markham, en Ontario a affiché un taux élevé de démissions durant la pandémie alors que la dotation en personnel était décrite comme « critique » (Rocca, 2020). Le foyer de groupe a subi une éclosion grave du virus durant la pandémie alors que 95 % de ses résidents (40 sur 42) et 38 de ses employés ont été infectés (Riedner, 2020). Les études ont montré que, entre autres choses, le niveau de personnel aurait un impact significatif sur les résultats dans les lieux d'hébergement collectif (Trivedi, et al., 2012; Li, Birkhead, Strogatz, & Coles, 1996; Lin, et al., 2011; Harrington, Zimmerman, Karon, Robinson, & Beutel, 2000; Horn, Buerhaus, Bergstrom, & Smout, 2005; Kim, Kovner, Harrington, Greene, & Mezey, 2009). En conséquence, la planification efficace des situations d'urgence exige des mesures qui visent à maintenir un niveau approprié de personnel afin de réduire au minimum le risque d'éclotions généralisées et prolongées dans ces établissements.

Pour améliorer les efforts visant à éviter les éclotions dans les centres de soins infirmiers et résidences-services, il faut également s'assurer que le personnel ait reçu une formation adéquate et qu'il est bien préparé à faire face aux situations d'urgence. Une étude menée en 2020 qui visait à déterminer comment les 50 états américains avaient exigé que les établissements d'hébergement et de soins de longue durée réduisent, se préparent et répondent aux infections parmi leurs résidents a conclu que 31 états avaient adopté des politiques de contrôle des infections et certains états exigeaient que le personnel reçoivent une formation sur le contrôle des infections (Bucy,

Smith, Carder, Winfree, & Thomas, 2020). Les politiques de 10 états contenaient un libellé sur les épidémies, principalement en matière de maladies à divulgation obligatoire et des exigences de les divulguer aux départements de santé publique, et deux décrivaient la préparation d'urgence à une pandémie. Seuls 6 états mentionnaient les pratiques d'isolement des résidents comme une **façon efficace de lutter contre la contagion** (Bucy, Smith, Carder, Winfree, & Thomas, 2020).

De façon semblable, au Canada, la *Loi sur la gestion des urgences* de 2007 (Gouvernement du Canada, 2007) prévoit que le ministère fédéral de la Santé formule, mette à l'essai et maintienne un **plan d'urgence spécifique à son mandat dans le portefeuille fédéral de la Santé**. Dans les provinces et territoires, la gestion des urgences en santé est régie par une loi spécifique à chaque province et territoire exigeant que le gouvernement ait adopté un plan exhaustif d'urgence. En vertu de la loi, chaque province et territoire a formulé un plan d'urgence, dont certains citent précisément la grippe et/ou les pandémies. Dans certaines provinces, comme en Alberta, la loi stipule dans son *Pandemic Influenza Plans* des mesures à l'intention des groupes vulnérables, comme les personnes âgées, et des travailleurs et services de santé (Gouvernement de l'Alberta, 2014). La pandémie de COVID-19 a poussé les gouvernements des provinces à émettre des directives spécifiques aux établissements communautaires et de santé pour appuyer les décisions et mesures fondées sur les données probantes dans ces contextes.

Finalement, les lois doivent tenir compte de plans d'urgence dans les situations où l'absence d'infrastructure devient un obstacle à l'éloignement social ou à l'isolement. L'isolement est recommandé pour contrôler les éclosions de maladie dans les lieux d'hébergement collectif; de nombreux établissements ont cependant rapporté des difficultés liées à l'infrastructure comme

étant un obstacle à l'application des protocoles d'isolement parmi leurs résidents (Huhtinen, Quinn, Hess, Najjar, & Gupta, 2019; McMichael, et al., 2020). L'incapacité à se séparer physiquement durant une situation d'urgence est un obstacle à la gestion et au contrôle des éclosions de la maladie.

Recommandation 5.5 :

Toutes les provinces et tous les territoires doivent adopter une approche uniforme favorisant la collaboration entre prescripteurs et dispensateurs (c.-à-d. pharmaciens communautaires) locaux de produits pharmaceutiques, médecins et infirmières praticiennes afin de pouvoir remettre aux personnes atteintes d'une affection chronique un approvisionnement adéquat de médicaments d'ordonnance avant ou durant une situation d'urgence. Cette approche doit également souligner le besoin que les prestataires pharmaceutiques, les hôpitaux et les organismes de secours collaborent pour veiller à ce que les hôpitaux, organismes de secours et refuges d'évacuation aient à leur disposition un approvisionnement adéquat de médicaments d'ordonnance.

- Toute personne doit pouvoir obtenir un approvisionnement de 30 jours de ses médicaments d'ordonnance d'urgence avant et durant une situation d'urgence.

Accès assuré aux médicaments nécessaires durant une situation d'urgence

Les personnes âgées vivent souvent avec plusieurs affections chroniques qui nécessitent une prise en charge continue, ce qui peut inclure les médicaments d'ordonnance. Au Canada, les politiques sur la durée des ordonnances reposent grandement sur les organismes réglementaires provinciaux de médecins et pharmaciens. Bien qu'on n'ait relevé aucune étude sur l'accès aux médicaments durant une situation d'urgence au Canada, de nombreux rapports ont émergé aux É.-U. et autres territoires portant sur les difficultés d'accès aux médicaments vécues par les personnes

ayant été évacuées dans des refuges. Par exemple, au lendemain de l'ouragan Katrina, beaucoup de personnes âgées ont été déplacées dans des refuges publics à plusieurs milles de leur domicile. Des discussions de réflexion sur les soins médicaux dispensés à l'Astrodome à Houston, au Texas, et au *Mississippi Coliseum* et au *Mississippi Trade Mart* à Jackson, au Mississippi ont exposé l'impact que les obstacles existants à l'accès à un approvisionnement d'au moins 30 jours de médicaments d'ordonnance ont sur la santé d'une personne. À Jackson, MS, le *Department of Medicine*, en partenariat avec les établissements locaux de santé ont ouvert des cliniques Katrina temporaires dans les refuges établis au *Mississippi Coliseum* et au *Mississippi Trade Mart* (Currier, King, Wofford, Daniel, & deShazo, 2006). Bien que beaucoup des 2394 personnes évacuées aient quitté leur domicile avec l'approvisionnement de médicaments recommandé de trois jours, la plupart des personnes ont dû demander des médicaments supplémentaires pour prendre en charge leur maladie chronique (Aldrich & Benson, 2008; Currier, King, Wofford, Daniel, & deShazo, 2006). On a rapporté que les besoins médicaux les plus fréquents à la clinique étaient les renouvellements d'ordonnance, surtout de médicaments pour traiter des affections cardiovasculaires, des antihistaminiques ou décongestionnants, des psychotropes, des analgésiques et des antidiabétiques (Currier, King, Wofford, Daniel, & deShazo, 2006).

L'examen de plusieurs politiques pharmaceutiques et de prescription de médicaments en vigueur au Canada a mis au jour le fait que les politiques de renouvellement d'urgence ne sont pas uniformes dans les provinces et territoires, et que le problème était rarement évoqué. Une province, la Colombie-Britannique, permet aux médecins de rédiger des ordonnances avec renouvellements pendant jusqu'à un an (deux ans pour la pilule contraceptive). Aussi, les pharmaciens peuvent

indépendamment renouveler la plupart des médicaments pendant jusqu'à six mois. Durant des situations d'urgence graves, durant lesquelles les personnes sont déplacées pendant une période prolongée, soit de quelques jours à plusieurs mois, il est essentiel que les personnes qui dépendent de médicaments puissent évacuer leur domicile avec suffisamment de médicaments pour soutenir leur santé et leur bien-être, surtout si elles sont évacuées dans une région isolée ou si elles doivent rester dans un refuge où l'approvisionnement pharmaceutique peut être limité aux entrepôts et centres de coordination aux fins de réponse à la situation d'urgence (Currier, King, Wofford, Daniel, & deShazo, 2006). En conséquence, il est recommandé que toutes les provinces et tous les territoires adoptent une approche uniformisée de collaboration entre les prescripteurs et dispensateurs locaux de produits pharmaceutiques, plus précisément, les pharmaciens communautaires, médecins et infirmières praticiennes. Pour faciliter encore plus l'accès aux médicaments d'ordonnance durant une situation d'urgence, surtout dans les refuges, cette approche doit insister sur la collaboration entre organisations de fournisseurs de produits pharmaceutiques et agences de secours de manière à veiller à l'offre d'un approvisionnement adéquat de médicaments d'ordonnance.

Domaine 6 : Recherche

L'examen global des publications mises en évidence a révélé que la recherche dans le domaine de la préparation, la réponse et le rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence est très sous-développée. La nature imprévisible du type et du moment où une situation d'urgence peut survenir complique les méthodologies classiques de recherche. Il ne fait toutefois aucun doute que nous avons l'occasion de créer et d'évaluer les initiatives de préparation et leurs répercussions potentielles durant les efforts de réponse et de rétablissement, de même que les résultats attendus auprès des populations désignées, et le personnel et les organisations ayant la responsabilité de les aider.

Recommandation 6.1 :

Il faut prioriser la création d'efforts de financement et de recherche afin de mieux contribuer à l'élaboration d'un cadre commun de mesure de la qualité et du niveau de préparation aux situations d'urgence au sein des établissements, organisations, fournisseurs rémunérés, organisations communautaires et autres groupes qui travaillent principalement auprès des personnes âgées et de leurs aidants non rémunérés durant et après une situation d'urgence.

Recommandation 6.2 :

Un plus grand effort concerté est nécessaire pour utiliser les conclusions découlant des données étayant la planification, la conception et le peaufinage de plus d'interventions, de politiques et de règlements fondés sur les données probantes liés à la préparation aux situations d'urgence auprès des personnes âgées et des aidants non rémunérés, de même que des organisations et fournisseurs rémunérés qui auront la responsabilité de répondre à leurs besoins durant et après une situation d'urgence.

Priorisation de la recherche sur la préparation et la réponse aux situations d'urgence

Une revue des publications existantes portant sur la préparation, la réponse et le rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence a mis en lumière une lacune dans ce domaine de recherche. Les efforts actuels de recherche ont souligné que les personnes âgées sont beaucoup plus vulnérables aux conséquences négatives durant et après une situation d'urgence comparativement à leurs cadets; cependant, les recherches qui se sont penchées sur les interventions pouvant être mises de l'avant pour susciter des résultats positifs chez les personnes âgées sont limitées. Particulièrement, le nombre d'études ayant évalué les pratiques exemplaires d'aide et de soins aux personnes âgées ayant un déclin sanitaire ou fonctionnel, et les méthodes les plus efficaces pour leur dispenser des services et des ressources est insuffisant. Au sujet de l'opération des systèmes, la recherche décrit les effets de la surcharge des exigences opérationnelles dans les services d'urgence et les méthodes de suivi des patients qui sont utilisées à l'échelle internationale, mais aucune recherche ne porte sur les politiques et procédures les plus efficaces pour assurer un résultat favorable durant une surcharge des exigences opérationnelles et le transfert des patients durant une situation d'urgence. Il est essentiel de créer un programme de recherche lié à la préparation, la réponse et le rétablissement des personnes âgées aux situations d'urgence pour favoriser une meilleure exploration expérimentale des interventions d'urgence auprès des personnes âgées.

Les chercheurs doivent également créer un cadre de travail commun pour mesurer la qualité et le niveau de préparation aux situations d'urgence dans divers établissements et organisations. Un cadre d'évaluation commun réduit la variabilité et les biais pouvant être associés à la comparaison des systèmes ayant été évalués par différents cadres

de travail, qui diffèrent par les mesures et les domaines de mesure choisis.

Dans un rapport de recherche publié en 2004 par Sécurité publique et Protection civile Canada, les participants ont reconnu le peu de recherche liée à la gestion des urgences au Canada. Cela réitère le besoin d'encourager plus de diplômés à entreprendre des projets de recherche sur la gestion des situations d'urgence. En outre, les résultats de ces projets doivent être transférés aux praticiens afin de combler les lacunes entre les connaissances et la pratique (Sécurité publique et Protection civile Canada, 2004).

Des travaux ayant mesuré la préparation générale des Canadiens ont été publiés dans le rapport de 2014 intitulé La protection civile au Canada. Le rapport a eu recours aux données tirées de l'Enquête sur la préparation aux situations d'urgence et sur la résilience au Canada (EPUR), une enquête transversale effectuée par Statistique Canada pour la première fois en 2014, dans le but d'investiguer les activités de préparation aux situations d'urgence et la sensibilisation au risque parmi les Canadiens de 15 ans et plus dans les 10 provinces. Selon l'enquête, les situations d'urgence faisant intervenir l'éclosion d'une maladie grave étaient nommées comme un danger potentiel par environ la moitié des résidents interrogés dans chaque province, à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador (37 %), Île-du-Prince-Édouard (40 %) et Nouveau-Brunswick (44 %) (La préparation aux situations d'urgence au Canada, 2014). Les Canadiens sont d'avis que leur collectivité devra probablement faire face à un nombre de catastrophes naturelles et causées par l'homme. Les tempêtes hivernales (86 %) et les pannes de courant prolongées (76 %), suivies des éclosions de maladie grave ou menaçant la vie (51 %) et les accidents industriels et de transport (50 %) étaient les événements les plus fréquemment nommés (La préparation aux situations d'urgence au Canada,

2014). En outre, les personnes de 65 ans et plus ont été nommées comme ayant moins de chance d'avoir un vaste réseau social vers lequel se tourner en cas d'urgence (La préparation aux situations d'urgence au Canada, 2014). Bien que l'EPUR soit un point de départ pour comprendre le taux de préparation au Canada, les réponses n'ont pas été recueillies auprès des résidents des trois territoires. Il a également exclu les Canadiens vivant en établissement, tel que les centres d'hébergement et de soins de longue durée, qui hébergent des personnes âgées, lesquelles ont beaucoup plus besoin d'aide dans les situations d'urgence ou durant une catastrophe.

Application des conclusions pertinentes de la recherche aux pratiques réelles de santé en situation d'urgence

La **Recommandation 6.2** appuie aussi l'utilisation de la recherche dans l'élaboration de politiques en proposant d'ouvrir l'accès aux études publiées portant sur la préparation et le rétablissement aux situations d'urgence. Le fait d'ouvrir l'accès à la recherche sur la préparation et le rétablissement aux situations d'urgence favorise un plus grand nombre d'investigations expérimentales dans le domaine de la préparation et la réponse aux situations d'urgence.

Recommandation 6.3 :

Il faut créer un réseau de chercheurs, de personnes âgées, d'aidants non rémunérés, de bénévoles et de prestataires dédié à la préparation aux situations d'urgence afin d'encourager les partenariats à poursuivre l'évaluation non rémunérée des interventions de préparation aux situations d'urgence ciblant les personnes âgées. Les membres du réseau doivent revendiquer une plus grande concentration de la recherche sur la préparation aux situations d'urgence auprès des sociétés et revues savantes dont ils sont membres.

Établissement d'un réseau de chercheurs en santé durant les urgences

Malheureusement, la recherche sur la gestion des urgences n'est pas une priorité au Canada. Ainsi, la **Recommandation 6.3** propose de créer un réseau national de gestion et de préparation aux situations d'urgence composé de prestataires, de personnes âgées et de bénévoles. Le réseau pourrait être utilisé pour partager l'information, mais il revendiquerait surtout de concentrer la recherche sur la préparation aux situations d'urgence. Les participants de la table ronde ont également proposé que le réseau pourrait être épaulé par une organisation connectée à toutes les universités offrant des programmes de gestion des situations d'urgence et qui effectuent de la recherche sur la gestion des situations d'urgence, de même que par les autorités fédérales et provinciales responsables de la gestion des situations d'urgence.

Le comité recommande également que le réseau actuel de chercheurs sur la préparation aux situations d'urgence continue d'exister afin de soutenir la progression des efforts de recherche liés à la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence. Les tâches du groupe de recherche doivent comprendre l'évaluation de l'efficacité des politiques et procédures en vigueur dans les établissements et organisations et les gouvernements, l'identification des lacunes des connaissances et du transfert des connaissances, et la délégation des priorités de recherche. L'on souhaite que ce groupe de chercheurs comble la lacune actuelle de la recherche sur la préparation, la réponse et le rétablissement aux situations d'urgence pour étayer l'élaboration de politiques fondées sur les données probantes.

Recommandation 6.4 :

La recherche sur les aidants non rémunérés et la préparation aux situations d'urgence est nécessaire afin de mieux informer les aidants non rémunérés de la façon de prendre soin de leurs parents et amis vulnérables durant une situation d'urgence.

Recherche sur la préparation des aidants non rémunérés aux situations d'urgence

Il peut être très exigeant d'être un aidant non rémunéré. Composer avec une situation d'urgence, en plus des responsabilités d'aidant, peuvent rapidement dépasser les capacités de l'aidant, ce qui entraîne des conséquences dévastatrices. En conséquence, il est essentiel que les aidants non rémunérés soient bien soutenus, c'est-à-dire qu'ils puissent identifier les défis potentiels et prendre les mesures nécessaires pour que la personne âgée dont ils prennent soin soit prête. Les participants à la table ronde ont reconnu le rôle essentiel joué par les aidants non rémunérés durant la préparation aux situations d'urgence et la réduction des victimes après un événement majeur parmi les personnes âgées. La revue des publications a relevé différents niveaux de responsabilité et différents rôles dans la réduction des conséquences négatives après une situation d'urgence. Les articles de recherche ont toujours noté le besoin de mettre en place des stratégies fondées sur les données probantes pour régler les problèmes liés à la préparation aux situations d'urgence, surtout dans les ménages qui comptent des personnes âgées frêles et leur aidant non rémunéré (Levac, Toal-Sullivan, & O'Sullivan, 2012). La **Recommandation 6.4** note l'importance de mener plus de recherche s'attardant particulièrement sur les aidants non rémunérés, ce qui pourrait encore plus combler la lacune et fournir les données pour appuyer les stratégies pouvant atténuer les conséquences négatives parmi les personnes âgées après une situation d'urgence.

Recommandation 6.5 :

La recherche sur la préparation et la réponse aux situations d'urgence dans les collectivités canadiennes et les lieux d'hébergement collectif pour personnes âgées (p. ex. centres de soins infirmiers, maisons de retraite et foyers de groupe et résidences-services) est nécessaire. Elle doit :

- Déterminer le niveau actuel de préparation dans ces environnements de même que souligner les défis qui font obstacle à la préparation.
- Caractériser l'impact de l'urgence sur la population âgée et nommer les pratiques exemplaires émergentes sur la façon de composer avec les urgences futures

Préparation des lieux d'hébergement collectif à une situation d'urgence

L'expérience récente du Canada avec la pandémie de COVID-19 et le nombre élevé de décès à ce jour dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (Institut canadien d'information sur la santé, 2020) a mis au jour les lacunes du système qui ont rendu les lieux d'hébergement collectif vulnérables durant une situation d'urgence. La

Recommandation 6.5 décrit le besoin de plus de recherche afin de mieux comprendre le niveau actuel de préparation aux situations d'urgence des lieux d'hébergement collectif de personnes âgées. Des plans d'urgence exhaustifs doivent décrire les contingences pour une multitude de situations d'urgence d'ampleur et de nature variées, y compris les pandémies. Les plans d'urgence dans les lieux d'hébergement collectif de personnes âgées doivent inclure un protocole clair dans les cas de pandémie.

Dans une étude réalisée par Lum, Mody, Lona et Ginde (2014), une enquête nationale visant à déterminer les caractéristiques des centres d'hébergement et de soins américains associés à la présence d'un plan en cas de pandémie a conclu que la majorité des centres d'hébergement et de soins qui ne s'étaient pas dotés d'un plan contre

une pandémie de grippe étaient de petite taille, à but lucratif et non affiliés à une chaîne, et le taux de vaccination du personnel était faible (Lum, Mody, Levy, & Ginde, 2014). Si l'on comprend ces caractéristiques, on pourrait mieux cibler les centres qui doivent élaborer un plan pour composer avec une pandémie, ou une autre situation d'urgence.

Un programme robuste de recherche sur la préparation à une situation d'urgence des lieux d'hébergement collectif des personnes âgées favorise l'accumulation de données probantes étayant les pratiques exemplaires visant à composer avec les situations d'urgence en temps voulu. Les chercheurs doivent cibler tous les niveaux de la gestion des situations d'urgence, y compris les résidents ou patients, les prestataires ou personnel, les programmes et établissements. Les données de surveillance, comme les données tirées de la pandémie de COVID-19, peuvent servir de pierre d'assise pour les nouvelles études et les études en cours.

Glossaire

Maladie d'Alzheimer : Une forme de démence qui cause des problèmes de mémorisation, de pensée, de comportement et de fonctionnement indépendant; elle est une cause courante de démence (<https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers>).

Établissements de soins : Une organisation qui dispense des soins de santé et des services connexes aux patients hospitalisés ou ambulatoires, tels que des services diagnostiques ou thérapeutiques, des services de laboratoire, des médicaments et autres services de santé.

Lieux d'hébergement collectif : Désigne un ensemble de lieux d'hébergements (centres de soins et maisons de retraite) où les personnes âgées vivent ou passent la nuit et utilisent des aires communes (<https://www.publichealthontario.ca/fr/diseases-and-conditions/infectious-diseases/respiratory-diseases/novel-coronavirus/congregate-living-settings-resources>).

Démence : Un terme général utilisé pour désigner un groupe de maladies liées au déclin progressif des capacités cognitives, y compris la mémoire, la communication, le langage, l'attention, le raisonnement, le jugement et la perception visuelle qui a des conséquences négatives sur l'état fonctionnel (<https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia>).

Épidémie : La survenue de cas de maladie dépassant les attentes normales (https://www.who.int/environmental_health_emergencies/disease_outbreaks/en/).

Situation d'urgence : Un état où un territoire fait face à un événement ayant des conséquences sur la santé publique; utilisé ici pour désigner les catastrophes naturelles ou les pandémies (<https://www.who.int/emergencies/crises/en/>).

Personnel de réponse aux situations d'urgence : Personnel responsable de fournir des services d'aide durant une situation d'urgence, y compris les pompiers, les policiers, les autorités de défense civile ou de gestion des situations d'urgence, les shérifs ainsi que le personnel militaire et de fabrication ou de transport.

Professionnels des soins gériatriques : Praticiens spécialisés dans le traitement des problèmes physiques, mentaux, émotionnels et/ou sociaux des personnes âgées, y compris, les infirmières, dentistes, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et physiothérapeutes, et pharmaciens.

Catastrophe de soins de santé : Une situation qui survient lorsque les effets destructeurs d'une catastrophe naturelle submergent la capacité d'une région ou d'une collectivité donnée de répondre à la demande de soins de santé (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1291330/>).

Professionnel de la santé : Une personne ayant été certifiée et autorisée à dispenser des services de prévention, de guérison, de réadaptation et de promotion de la santé (http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf).

Système de commandement en cas

d'incident : Un outil standardisé qui facilite le commandement, le contrôle et la coordination efficaces de la réponse à une situation d'urgence, permettant ainsi aux agences de collaborer pour uniformiser la réponse (https://ops.fhwa.dot.gov/publications/ics_guide/glossary.htm).

Catastrophe naturelle : Un acte de la nature de magnitude telle qu'elle crée une situation catastrophiques où les habitudes de vie quotidienne sont soudainement perturbées et les personnes sont plongées dans l'impuissance et la souffrance et, en conséquence, ont besoin de nourriture, de vêtements, de refuge, de soins médicaux et infirmiers ainsi que d'autres nécessités de la vie, et la protection contre les facteurs et conditions environnementaux défavorables (https://www.who.int/environmental_health_emergencies/natural_events/en/)

Pandémie : Une épidémie survenant dans le monde entier, ou dans une région très vaste qui traverse les frontières internationales et qui touche habituellement un grand nombre de personnes (<https://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/11-088815/en/#:~:text=A%20pandemic%20is%20defined%20as,are%20not%20considered%20pandemics.>)

Équipement de protection individuelle

(EPI) : Articles portés ou utilisés comme barrière pour aider à prévenir l'exposition potentielle à une maladie infectieuse.

Confinement : Une précaution prise lorsque des substances dangereuses (chimiques, biologiques ou radiologique) sont libérées dans l'air. Cela nécessite de trouver une petite pièce sans fenêtre ou avec peu de fenêtres de l'édifice où se trouve la personne.

État d'urgence : Une circonstance déclarée par un gouvernement lorsqu'une catastrophe est survenue et être grave ou imminente et pour laquelle on prévoit que de l'aide gouvernementale sera nécessaire pour aider les ressources locales afin de prévenir ou d'atténuer les dommages, les pertes et la souffrance dans un région (<http://ready.nj.gov/about-us/state-of-emergency.shtml>).

Aidants non rémunérés : Personnes qui fournissent de l'aide et des soins à un membre de leur famille ou aux personnes qui vivent dans d'autres domiciles.

Références

- Agence de protection et de promotion de la Santé de l'Ontario (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. (2014). *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé, 4e éd.* Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. (2018). *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé, 3e éd.* Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. (2020). *Pratiques exemplaires de prévention, de surveillance et de contrôle des nouvelles infections respiratoires dans tous les milieux de soins.* Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. (2012). *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, 3e éd.* Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. (2012). *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé, 3e éd.* Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Ahronheim, J. C., Arquilla, B., & Gambale Greene, R. (2009). *Elderly populations in disasters: Hospital guidelines for geriatric preparedness.* New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.468.704&rep=rep1&type=pdf>
- Aldrich, N., & Benson, W. F. (2008, January). Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. *Preventing Chronic Disease, 5*(1), 1-7. Retrieved from http://www.cdc.gov/pccd/issues/2008/jan/07_0135.htm
- Al-Rousan, T. M., Rubenstein, L. M., & Wallace, R. B. (2014, March). Preparedness for natural disasters among older US adults: A nationwide survey. *American Journal of Public Health, 104*(3), 506-511. doi:10.2105/AJPH.2013.301559
- Alzheimer's Association . (2018). *Alzheimer's & Dementia Facts and Figures* . Retrieved July 4, 2018, from Alzheimer's Association : <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures>
- American Delirium Society. (2015). *What is delirium?* Retrieved from American Delirium Society: <https://americandeliriumsociety.org/what-delirium>

- American Occupational Therapy Association. (2006). The role of occupational therapy in disaster preparedness, response, and recovery. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 642-649. Retrieved from <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/MH/Articles/Disaster-Relief.aspx>
- Annear, M., Keeling, S., & Wilkinson, T. (2014, March). Participatory and evidence-based recommendations for urban redevelopment following natural disasters: Older adults as policy advisers. *Australasian Journal on Ageing*, 33(1), 43-49. doi:10.1111/ajag.12053
- Ardalan, A., Mazaheri, M., Naireni, K. H., Rezaie, M., Teimoori, F., & Pourmakek, F. (2010, January). Older people's needs following major disasters: a qualitative study of Iranian elders' experiences of the Bam earthquake. *Ageing & Society*, 30(1), 11-23. doi:10.1017/S0144686X09990122
- Ashida, S., Robinson, E. L., Gay, J., & Ramirez, M. R. (2016, November). Motivating rural older residents to prepare for disasters: Moving beyond personal benefits. *Ageing & Society*, 2117-2140. doi:10.1017/S0144686X15000914
- Ashida, S., Robinson, E. L., Gay, J., Slagel, L. E., & Ramirez, M. R. (2017, February). Personal disaster and emergency support networks of older adults in a rural community: Changes after participation in a preparedness program. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 11(1), 110-119. doi:10.1017/dmp.2016.197
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2011). *Position officielle de l'ACE : Ergothérapie et sécurité culturelle*. Retrieved from Promouvoir l'excellence en ergothérapie: [https://www.caot.ca/document/4190/E%20-%20Ergoth%3%A9rapie%20et%20s%3%A9curit%3%A9%20culturelle%20\(2011\).pdf](https://www.caot.ca/document/4190/E%20-%20Ergoth%3%A9rapie%20et%20s%3%A9curit%3%A9%20culturelle%20(2011).pdf)
- Banks, L. (2013, January). Caring for elderly adults during disasters: Improving health outcomes and recovery. *Southern Medical Journal*, 106(1), 94-98. doi:10.1097/SMJ.0bo13e31827c5157
- Beatty, M. E., Phelps, S., Rohner, C., & Weisfuse, I. (2006). Blackout of 2003: Public Health Effects and Emergency Response. *Public Health Rep*, 36-44.
- Benson, W. F. (2017, June 27). *CDC's disaster planning goal: Protect vulnerable older adults*. Retrieved from https://www.cdc.gov/aging/pdf/disaster_planning_goal.pdf
- Bhalla, M. C., Burgess, A., Frey, J., & Hardy, W. (2015, October). Geriatric disaster preparedness. *Prehospital and Disaster Medicine*, 30(5), 443-446. doi:10.1017/S1049023X15005075
- Blackmon, B. J., Lee, J., Cochran, D. M., Kar, B., Rehner, T. A., & Baker, A. M. (2017, January). Adapting to life after Hurricane Katrina and the Deepwater Horizon oil spill: An examination of psychological resilience and depression on the Mississippi Gulf Coast. *Social Work in Public Health*, 32(1), 65-76. doi:10.1080/19371918.2016.1188746

- Blanchard, G., & Dosa, D. (2009, November). A comparison of the nursing home evacuation experience between Hurricanes Katrina (2005) and Gustav (2008). *Journal of the American Medical Directors Association, 10*(9), 639-643. doi:10.1016/j.jamda.2009.06.010
- Bloomfield, S. F., Exner, M., Carlo, S. C., Nath, K. J., & Scott, E. A. (2012). *The chain of infection transmission in the home and everyday life settings, and the role of hygiene in reducing the risk of infection*. Retrieved from <http://www.ifh-homehygiene.org/IntegratedCRD.nsf/111e68ea0824afe1802575070003f039/9df1597d905889868025729700617093?OpenDocument>
- Bohnert, N., Chagnon, J., & Dion, P. (2015, May 26). *Population Projections for Canada (2013 to 2063), Provinces and Territories (2013 to 2038)*. Retrieved from Statistics Canada: https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/91-520-x/91-520-x2014001-eng.pdf?st=3J5XsLb_
- Braun, B. I., Wineman, N. V., Finn, N. L., Barbera, J. A., Schmaltz, S. P., & Loeb, J. M. (2006, June 6). Integrating hospitals into community emergency preparedness planning. *Annals of Internal Medicine, 144*(11), 799-811. doi:10.7326/0003-4819-144-11-200606060-00006
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*(32), 513-531.
- Brown, L. M., Dosa, D. M., Thomas, K., Hyer, K., Feng, Z., & Mor, V. (2013, September). The effects of evacuation on nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias, 27*(6), 406-412. doi:10.1177/1533317512454709
- Brunkard, J., Namulanda, G., & Ratard, R. (2008, December). Hurricane Katrina deaths, Louisiana, 2005. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 2*(4), 215-223. doi:10.1097/DMP.0b013e31818aaf55
- Bucy, T., Smith, L., Carder, P., Winfree, J., & Thomas, K. (2020, May). Variability in state regulations pertaining to infection control and pandemic response in US assisted living communities. *Journal of American Medical Director Association, 21*(5), 701-702. doi:10.1016/j.jamda.2020.03.021
- Buffington, J., Chapman, L. E., Stobierski, M. G., Hierholzer, J. C., Gary, H. E., Guskey, L. E., . . . Schonberger, L. B. (1993). Epidemic keratoconjunctivitis in a chronic care facility: Risk factors and measures for control. *Journal of the American Geriatrics Society, 41*, 1177-81.
- Bustinza, R., Lebel, G., Gosselin, P., Belanger, D., & Chebana, F. (2013). Health impacts of the July 2010 heat wave in Quebec, Canada. *BMC Public Health, 1*-7.
- Byrd, L. (2010). Crisis shelters for communities of elders (including nursing home residents). *Gerontological Advanced Practice Nurses Association, 31*(3), 230-232. doi:doi:10.1016/j.gerinurse.2010.04.007
- Canadian Committee on Antibiotic Resistance. (2007). *Infection Prevention and Control Best Practices for Long Term Care, Home and Community Care including Health Care Offices and Ambulatory Clinics*. Toronto.

- Catizone, C. A. (2017). *Model state pharmacy act and model rules of the national association of boards of pharmacy*. Mount Prospect: National Association of Boards of Pharmacy. Retrieved from <https://nabp.pharmacy/publications-reports/resource-documents/model-pharmacy-act-rules/>
- CBC News. (2017, May 18). *Flood victims suffering from psychological distress, Montreal officials say*. Retrieved from CBC : <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/flood-victims-suffering-from-psychological-distress-montreal-officials-say-1.4121037>
- Centers for Disease Control. (2020). *CDC Interim Guidance for General Population Disaster Shelters During the COVID-19 Pandemic*. Retrieved from https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/COVID19_Homeless-H.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020, May 19). *Additional COVID-19 Guidance for Caregivers of People Living with Dementia in Community Settings*. Retrieved from Centers for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/caregivers-dementia.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020, June 25). *COVID-19 Guidance for Older Adults*. Retrieved from Centers for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/aging/covid19-guidance.html>
- Cheng, H. Y., Chen, W. C., Chou, Y. J., Huang, A. S., & Huang, W. T. (2018). Containing influenza outbreaks with antiviral use in long-term care facilities in Taiwan, 2008-2014. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 12(2), 287-292. doi:10.1111/irv.12536
- Cherniack, P. E., Sandals, L., Brooks, L., & Mintzer, M. J. (2008, May-June). Trial of a survey instrument to establish the hurricane preparedness of and medical impact on a vulnerable, older population. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(3), 242-9. doi:10.1017/S1049023X00064943
- Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Yip, P. S. (2008, May 23). A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 23(12), 1231-1238. doi:10.1002/gps.2056
- Cloyd, E., & Dyer, C. B. (2010, December). Catastrophic events and older adults. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22(4), 501-513. doi:10.1016/j.ccell.2010.10.003
- Collander, B., Green, B., Millo, Y., Shamloo, C., Donnellan, J., & DeAtley, C. (2008, January/February). Development of an "All-Hazards" hospital disaster preparedness training course utilizing multi-modality teaching. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(1), 63-67. doi:10.1017/s1049023x00005598
- Croix-Rouge canadienne. (2019, août 15). *Soyez prêt : Préparation aux urgences*. Retrieved from Croix-Rouge canadienne: <https://www.croixrouge.ca/nos-champs-d-action/urgences-et-catastrophes-au-canada/soyez-pret-preparation-aux-urgences>

-
- Currier, M., King, D. S., Wofford, M. R., Daniel, B. J., & deShazo, R. (2006). A Katrina experience: Lessons learned. *The American Journal of Medicine*, *119*(11), 986-992. doi:10.1016/j.amjmed.2006.08.021
- Dosa, D., Feng, Z., Hyer, K., Brown, L. M., Thomas, K., & Mor, V. (2010). Effects of Hurricane Katrina on nursing facility resident mortality, hospitalization, and functional decline. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, *4*(Suppl 1), S28-S32. doi:10.1001/dmp.2010.11
- Dyer, C. B., Regev, M., Burnett, J., Fest, N., & Cloyd, B. (2008). SWiFT: A rapid triage tool for vulnerable older adults in disaster situations. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, *2*(Suppl 1), S45-50. doi:10.1097/DMP.0b013e3181647b8
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008, August). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *20*(8), 423-428. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x
- Exum, E., Hull, B. L., Lee, A. W., Gumieny, A., Villareal, C., & Longnecker, D. (n.d.). Applying telehealth technologies and strategies to provide acute care consultation and treatment of patients with confirmed or possible COVID-19. *Journal of Acute Care Physical Therapy*, *11*(3), 103-112. doi:10.1097/JAT.000000000000143
- Fagan, L. A., & Sabata, D. (2011). *Home modifications and occupational therapy*. Retrieved from American Occupational Therapy Association: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/PA/Facts/Home-Modifications.aspx>
- Fernandez, L. S., Byard, D., Lin, C.-C., Benson, S., & Barbera, J. A. (2002, April/June). Frail elderly as disaster victims: Emergency management strategies. *Prehospital and Disaster Medicine*, *17*(2), 67-74. doi:10.1017/s1049023x00000200
- Field, C. B., Barros, V. R., Dokken, D. J., Mach, K. J., & Mastrandrea, M. D. (2014). *Summary for policymakers. Climate change 2014: Impacts, adaptation, and vulnerability - Part A: Global and sectoral aspects. Contribution of working group ii to the fifth assessment report of the Intergovernmental panel on climate change*. Cambridge, United Kingdom and New York, USA: Cambridge University Press.
- Finkelstein, S., Prakash, S., Nigmatulina, K., McDevitt, J., & Larson, R. (2013, April 08). A home toolkit for primary prevention of Influenza by individuals and families. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, *5*(4), 266-271. doi:10.1001/dmp.2011.78
- Ford, H., Trent, S., & Wickizer, S. (2016). An assessment of state board of pharmacy legal documents for public health emergency preparedness. *American Journal of Pharmaceutical Education*, *80*(2), 20. doi:10.5688/ajpe80220

- Gibson, M. J., & Hayunga, M. (2006). *We Can Do Better*. Retrieved May 25, 2017, from American Association of Retired Persons: <https://assets.aarp.org/rgcenter/il/better.pdf>
- Global News. (2017, July 11). Seniors under pressure amid B.C. wildfires. *Global News*. Toronto, Ontario, Canada. Retrieved from <https://globalnews.ca/news/3591341/seniors-under-pressure-amid-b-c-wildfires/>
- Gouvernement de l'Alberta. (2014, March). *Alberta's Pandemic Influenza Plan*. Retrieved from Government of Alberta.
- Gouvernement du Canada. (2007). *Loi sur la gestion des urgences*. Retrieved from Lois Justice: <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/e-4.56/>
- Gouvernement du Canada. (2015, Janvier 15). *À propos de la campagne*. Retrieved from Préparez-vous: <https://www.preparez-vous.gc.ca/cnt/bt/index-fr.aspx>
- Gouvernement du Canada. (2018, Février 27). *Guide de préparation aux urgences à l'intention des personnes ayant une incapacité ou des besoins particuliers*. Retrieved from Préparez-vous: <https://www.preparez-vous.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/pplwthdisblts/index-fr.aspx>
- Gouvernement du Canada. (2020, Juillet 16). *Maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19) : Mise à jour sur l'épidémiologie*. Retrieved from Gouvernement du Canada: <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html>
- Grant, K. (2020, October 27). Grim milestone: Canada marks 10,000 COVID-19 deaths as county battles second wave. Retrieved from https://www.theglobeandmail.com/canada/article-canada-exceeds-10000-covid-19-deaths/?utm_medium=Referrer:+Social+Network+Media&utm_campaign=Shared+Web+Article+Links
- Greenstein, J., Chacko, J., Ardolic, B., & Berwald, N. (2016, June). Impact of Hurricane Sandy on the Staten Island university hospital emergency department. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(3), 335-339. doi:10.1017/S1049023X16000261
- Harrington, C., Zimmerman, D., Karon, S. L., Robinson, J., & Beutel, P. (2000, September 1). Nursing home staffing and its relationship to deficiencies. *The Journals of Gerontology: Series B*, 55(5), S278-S287. doi:10.1093/geronb/55.5.S278
- Hart-Wasekeesikaw, F. (2009). *Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier des Premières nations, des Inuit et des Métis*. Ottawa: Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada. Retrieved from <https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FrenchFinalReviewofliterature.pdf>

-
- Hayden, M. K., Lin, M. Y., Lolans, K., Weiner, S., Blom, D., Moore, N. M., . . . Weinstein, R. A. (2015). Prevention of colonization and infection by *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase-producing enterobacteriaceae in long-term acute-care hospitals. *Clinical Infectious Diseases*, *60*(8), 1153-63. doi:10.1093/cid/ciu1173
- Horn, S. D., Buerhaus, P., Bergstrom, N., & Smout, R. J. (2005, November). RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents: pressure ulcers and other adverse outcomes are less likely as RNs spend more time on direct patient care. *American Journal of Nursing*, *105*(11), 58-70. doi:10.1097/00000446-200511000-00028
- Huhtinen, E., Quinn, E., Hess, I., Najjar, Z., & Gupta, L. (2019). Understanding barriers to effective management of influenza outbreaks by residential aged care facilities. *Australian Journal on Aging*, *38*(1), 60-63. doi:10.1111/ajag.12595
- Inns, T., Keenan, A., Huyton, R., Harris, J., Iturriza-Gomara, M., O'Brien, S. J., & Vivancos, R. (2018). How timely closure can reduce outbreak duration: gastroenteritis in Care homes in North West England, 2012-2016. *BMC Public Health*, *12*(1), 488. doi:10.1186/s12889-018-5413-x
- Institut canadien d'information sur la santé. (2020). *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : Où se situe le Canada par rapport aux autres pays?* Toronto: Institut canadien d'information sur la santé. Retrieved from <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>
- Interstate Medical Licensure Compact. (n.d.). *Interstate Medical Licensure Compact*. Retrieved from Interstate Medical Licensure Compact: <https://imlcc.org/>
- James, X., Hawkins, A., & Rowel, R. (2007, September 25). An assessment of the cultural appropriateness of emergency preparedness communication for low income minorities. *Journal of Homeland Security and Emergency Management*, *4*(3). doi:10.2202/1547-7355.1266
- Jeong, Y., Law, M., DeMatteo, C., Stratford, P., & Kim, H. (2016). The role of occupational therapists in the contexts of a natural disaster: A scoping review. *Disability and Rehabilitation*, *38*(16), 1620-1631. doi:10.3109/09638288.2015.110659
- Jhung, M. A., Shehab, N., Rohr-Allegrini, C., Pollock, D. A., Sanchez, R., Guerra, F., & Jernigan, D. B. (2007, September). Chronic disease and disasters medication demands of Hurricane Katrina evacuees. *American Journal of Preventive Medicine*, *33*(3), 207-210. doi:10.1016/j.amepre.2007.04.030
- Jia, Z., Tian, W., Liu, W., Cao, Y., Yan, J., & Shun, Z. (2010, March 30). Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *BMC Public Health*, *10*(172). doi:10.1186/1471-2458-10-172
- Kelly, H. (2011). The classical definition of a pandemic is not elusive. *Bulletin of World Health Organization*, *89*, 540-541. doi:10.2471/BLT.11.088815

- Killian, T. S., Moon, Z. K., McNeill, C., Garrison, B., & Moxley, S. (2017, February). Emergency preparedness of persons over 50 years old: Further results from the health and retirement study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 80-89. doi: 10.1017/dmp.2016.162
- Kim, H., Kovner, C., Harrington, C., Greene, W., & Mezey, M. (2009, March). A panel data analysis of the relationships of nursing home staffing levels and standards to regulatory deficiencies. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(2), 269-278. doi:0.1093/geronb/gbn019
- Kosa, K. M., Cates, S. C., Karns, S., Godwin, S. L., & Coppings, R. J. (2012, August 12). Are Older Adults Prepared to Ensure Food Safety During Extended Power Outages and Other Emergencies?: Findings from a National Survey. *Educational Gerontology*, 763-775. doi:10.1080/03601277.2011.645436
- Kosatky, T., Dufresne, J., Richard, L., Renouf, A., Giannetti, N., Bourbeau, J., . . . Sauve, C. (2009, May). Heat awareness and response among Montreal residents with chronic cardiac and pulmonary disease. *Canadian Journal of Public Health*, 100(3), 237-240. doi:10.1007/BF03405548
- Kouadio, I. K., Aljunid, S., Kamigaki, T., Hammah, K., & Oshitani, H. (2012). Infectious diseases following natural disasters: Prevention and control measures. *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 10(1), 95-104. doi:10.1586/eri.11.155
- Kraushar, M., & Rosenberg, E. R. (2015, August). A community-led medical response effort in the wake of Hurricane Sandy. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(4), 354-358. doi: 10.1017/dmp.2015.60
- Kulig, J. C., Penz, K., Karunanayake, C., MacLeod, M. L., Jahner, S., & Andrews, M. E. (2017, May). Experiences of rural and remote nurses assisting with disasters. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(2), 98-106. doi:10.1016/j.aenj.2017.04.003
- La préparation aux situations d'urgence au Canada. (2014). Retrieved from Statistique Canada: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2015001/article/14234-fra.htm>
- Laditka, S. B., Laditka, J. N., Cornman, C. B., Davis, C. B., & Richter, J. V. (2009, January/February). Resilience and challenges among staff of Gulf Coast nursing homes sheltering frail evacuees following Hurricane Katrina 2005: Implications for planning and training. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(1), 54-62. doi:10.1017/s1049023x00006543
- Lai, E., Tan, H. Y., Kunasekaran, M., Chughtai, A. A., Trent, M., Poulos, C., & MacIntyre, C. R. (2020, February 18). Influenza vaccine coverage and predictors of vaccination among aged care workers in Sydney Australia. *Vaccine*, 38(8), 1968-1974. doi:10.1016/j.vaccine.2020.01.004
- Lamb, K. V., & O'Brien, C. (2010). An overview: Disaster preparedness for gerontological nurses. *Geriatric Nursing*, 31(3), 228-230.

-
- Laverdiere, E., Payette, H., Gaudreau, P., Morais, J. A., Shatenstein, B., & Genereux, M. (2016, October 20). Risk and protective factors for heat-related events among older adults of Southern Quebec (Canada): The NuAge study. *Canadian Journal of Public Health, 107*(3), e258-e265. doi:10.17269/cjph.107.5599
- Lee, M. H., Lee, G. A., Lee, S. H., & Park, Y. H. (2020). A systematic review on the causes on transmission and control measure of outbreaks in long-term care facilities: Back to basic infection control. *PLoS One, 15*(3), e0229911. doi:10.1371/journal.pone.0229911
- Levac, J., Toal-Sullivan, D., & O'Sullivan, T. L. (2012, June). Household emergency preparedness: A literature review. *Journal of Community Health, 37*(3), 725-733. doi:10.1007/s10900-011-9488-x
- Li, J., Birkhead, G. S., Strogatz, D. S., & Coles, F. B. (1996, May 15). Impact of institution size, staffing patterns, and infection control practices on communicable disease outbreaks in New York State nursing homes. *American Journal of Epidemiology, 143*(10), 1042-1049. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a008668
- Lin, H., Ng, S., Chan, S., Chan, W. M., Lee, K. C., Ho, S. C., & Linwei, T. (2011). Institutional risk factors for norovirus outbreaks in Hong Kong elderly homes: A retrospective cohort study. *BMC Public Health, 11*, 297. doi:10.1186/1471-2458-11-297
- Lum, H. D., Mody, L., Levy, C. R., & Ginde, A. A. (2014). Pandemic influenza plans in residential care facilities. *Journal of the American Geriatrics Society, 62*(7), 1310-1316. doi:10.1111/jgs.12879
- Marshall, H., Ryan, P., Robertson, D., Street, J., & Watson, M. (2009, October). Pandemic Influenza and community preparedness. *American Journal of Public Health, 99*(Suppl 2), S365-S371. doi:10.2105/AJPH.2008.153056
- McMichael, T. M., Currie, D. W., Clark, S., Pogosjans, S., Kay, M., Schwartz, N. G., . . . Duchin, J. S. (2020). Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *The New England Journal of Medicine, 382*(21), 2005-2011. doi:10.1056/NEJMoa2005412
- Ministère de la Santé de l'Ontario. (2020). *Document d'orientation à l'intention des fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire*. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_home_community_care_guidance.pdf
- Ministère de la Santé de l'Ontario. (2020). *Document d'orientation à l'intention des fournisseurs de soins primaires dans un milieu communautaire*. Toronto. Retrieved from http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_primary_care_guidance.pdf
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2013, Décembre). *Stratégie de soins aux malades en phase critique*. Retrieved from health.gov.on.ca: <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/criticalcare/life.aspx>

- Mokdad, A. H., Mensah, G. A., Posner, S. F., Reed, E., Simoes, E. J., & Engelgau, M. M. (2005, November). When chronic conditions become acute: Prevention and control of chronic diseases and adverse health outcomes during natural disasters. *Preventing Chronic Disease, 2* (Spec No), A04.
- National Council on Aging. (2018). *Healthy aging facts*. Retrieved June 15, 2018, from National Council on Aging (NCOA): <https://www.ncoa.org/news/resources-for-reporters/get-the-facts/healthy-aging-facts/>
- National Registry of Emergency Medical Technicians. (n.d.). *Recognition of EMS personnel licensure interstate compact*. Retrieved from National Registry of Emergency Medical Technicians: <https://www.nremt.org/rwd/public/document/replica>
- Navaranjan, D., Rosella, L. C., Kwong, J. C., Campitelli, M., & Crowcroft, N. (2014, March 1). Ethnic disparities in acquiring 2009 pandemic H1N1 influenza: A case-control study. *BMC Public Health, 14*, 214. doi:10.1186/1471-2458-14-214
- NIA Long-Term Care COVID-19 Tracker Open Data Working Group. (2020, August 4). NIA Long-Term Care COVID-19 Tracker. Toronto, Ontario, Canada.
- Nomura, S., Gilmour, S., Tsubokura, M., Yoneoka, D., Sugimoto, A., Oikawa, T., . . . Shibuya, K. (2013, March). Mortality risk amongst nursing home residents evacuated after the Fukushima nuclear accident: A retrospective cohort study. *PLOS One, 8*(3), e60192. doi:10.1371/journal.pone.0060192
- Nurse Licensure Compact. (n.d.). *Nurse Licensure Compact*. Retrieved from Nurse Licensure Compact: https://www.nursecompact.com/privateFiles/Updated_1pager_NLCversion.pdf
- Nursing. (2006). JCAHO sets standards for patient handoffs. *Nursing2006, 36*(3), 35. Retrieved from https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2006/03000/JCAHO_sets_standards_for_patient_handoffs.34.aspx
- Ochi, S., Hodgson, S., Landeg, O., Mayner, L., & Murray, V. (2014). Disaster-driven evacuation and medication loss: A systematic literature review. *PLOS Current Disasters, 18*. doi:10.1371/currents.dis.fa417630b566a0c7dfdbf945910edd96
- Papadimitriou, C., & Carpenter, C. (2013). *Client-centered practice in spinal cord injury rehabilitation: A field guide*. Chicago: National Institute on Disability and Rehabilitation Research. Retrieved from <http://www.carf.org/ClientCenteredPracticeinSCIR rehab/>
- Parker, G., Lie, D., Siskind, D. J., Martin-Khan, M., Raphael, B., Crompton, D., & Kisely, S. (2016, January). Mental health implications for older adults after natural disasters--a systematic review and meta-analysis--Corrigendum. *International Psychogeriatrics, 28*(1), 21. doi:10.1017/S1041610215001465

-
- Patel, M. S., Phillips, C. B., Pearce, C., Kljakovic, M., Dugdale, P., & Glasgow, N. (2008). General Practice and Pandemic Influenza: A Framework for Planning and Comparison of Plans in Five Countries. *PLoS One*, 3(5), e2269. doi:10.1371/journal.pone.0002269
- Pesiridis, T., Galanis, P., Sourtzi, P., & Kalokairinou, A. (2014). Development, implementation and evaluation of a disaster training programme for nurses: A switching replications randomized controlled trial. *Nurse Education in Practice*, 63-67. doi:10.1016/j.nepr.2014.02.001
- Piersol, C. V., Canton, K., Connor, S. E., Giller, I., Lipman, S., & Sager, S. (2017). Effectiveness of interventions for caregivers of people with alzheimer's disease and related major neurocognitive disorders: a systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 7105180020p1-7105180020p10. doi:10.5014/ajot.2017.027581
- Plouffe, L., Kang, I., & Kalache, A. (2008). *Older persons in emergencies: An active ageing perspective*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43909/9789241563642_eng.pdf;jsessionid=AFE8166AA285B415FFF227043787123B?sequence=1
- Prévention et contrôle des infections. (2020). *Recommandations en PCI concernant l'utilisation d'équipements de protection individuelle pour la prise en charge des personnes dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée*. Retrieved from <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/updated-ipac-measures-covid-19.pdf?la=fr>
- Protecting Seniors During Disasters Act*. (2017, September 19). Retrieved 2018, from Library of Congress: <https://www.congress.gov/115/bills/s1834/BILLS-115s1834is.pdf>
- Rainwater-Lovett, K., Chun, K., & Lessler, J. (2014). Influenza outbreak control practices and the effectiveness of interventions in long-term care facilities: a systematic review. *Influenza and other respiratory viruses*, 8(1), 74-82. doi:10.1111/irv.12203
- Riedner, H. (2020, June 9). *'Tears of joy': COVID-19 outbreak at Markham's Participation House officially over*. Retrieved from York Region: <https://www.yorkregion.com/news-story/10018164--tears-of-joy-covid-19-outbreak-at-markham-s-participation-house-officially-over/>
- Rocca, R. (2020, April 13). *Coronavirus: 'Critical' staffing levels remain at Markham group home where most staff walked out*. Retrieved from Global News: <https://globalnews.ca/news/6812654/coronavirus-participation-house-markham/>
- Roslin, A. (2018, November 19). Retrieved from Zoomer: <https://www.everythingzoomer.com/health/2018/11/19/seniors-natural-disaster-relief/>
- Roush, R. E., & Tyson, S. K. (2012, December). Geriatric emergency preparedness and response workshops: An evaluation of knowledge, attitudes, intentions, and self-efficacy of participants. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 6(4), 385-392. doi:10.1001/dmp.2012.63

- Ruskin, J., Rasul, R., Schneider, S., Bevilacqua, K. G., Taioli, E., & Schwartz, R. M. (2018, April). Lack of access to medical care during Hurricane Sandy and mental health symptoms. *Preventive Medicine Reports*, 24(10), 363-369. doi:10.1016/j.pmedr.2018.04.014
- Ryan, P. (2009, May/June). Integrated theory of health behavior change: Background and intervention development. *Clinical Nurse Specialist*, 23(3), 161-170. doi:10.1097/NUR.0b013e3181a42373
- Santé Ontario. (2020). *Utilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI) pendant la pandémie de COVID-19*. Retrieved from https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-05/Ontario%20Health%20Personal%20Protective%20Equipment%20Use%20During%20the%20COVID-19%20Pandemic_rev10May20%20PDF_French_v2.pdf
- Scott, L. A., Carson, D. S., & Greenwell, B. (2010, August). Disaster 101: A novel approach to disaster medicine training for health professionals. *The Journal of Emergency Medicine*, 220-226. doi:10.1016/j.jemermed.2009.08.064
- Sécurité publique et Protection civile Canada. (2004). *Emergency management education in Canada*. Ottawa. Retrieved from <https://bcaem.ca/wp-content/uploads/2019/05/PS4152005E.pdf>
- Seeds for Change. (2010). *Consensus Decision Making*. Retrieved July 18, 2018, from Seeds for Change: <https://www.seedsforchange.org.uk/consensus>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2007). *Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Retrieved from Centers for Disease Prevention and Control: <https://www.cdc.gov/niosh/docket/archive/pdfs/NIOSH-219/0219-010107-siegel.pdf>
- Sinha, S. (2012). *Vivre bien et plus longtemps : Rapport soumis au ministre de la Santé et des Soins de longue durée et au ministre délégué aux Affaires des personnes âgées sur les recommandations visant à contribuer à la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/seniors_strategy/docs/seniors_strategy_report.pdf
- Siskind, D. J., Sawyer, E., Lee, I., Lie, D. C., Martin-Khan, M., Farrington, J., . . . Kisely, S. (2016, May). The mental health of older persons after human-induced disasters; A systematic review and meta-analysis of epidemiological data. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(5), 379-388. doi:10.1016/j.jagp.2015.12.010
- Smith, E., & Macdonald, R. (2006). Managing health information during disasters. *Health Information Management Journal*, 35(2), 8-13. doi:10.1177/183335830603500204
- Société Alzheimer du Canada. (2018, Juin 29). *Dernières informations et statistiques*. Retrieved from Société Alzheimer du Canada: <https://alzheimer.ca/fr/agissez/changer-les-esprits>

- Société Alzheimer du Canada. (2019, Mai 12). *La préparation aux catastrophes naturelles et aux situations d'urgence*. Retrieved from Société Alzheimer du Canada: <https://alzheimer.ca/fr/les-aides-et-le-soutien/je-prends-soin-dune-personne-atteinte-dun-trouble-neurocognitif/faire-0>
- Sorensen, S., Pinquart, M., Habil, D., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356-372. doi:10.1093/geront/42.3.356
- Stamenova, V., Agarwal, P., Kelley, L., Fujioka, J., Nguyen, M., Phung, M., . . . Bhattacharyya, O. (2020). Uptake and patient and provider communication modality preferences of virtual visits in primary care: a retrospective cohort study in Canada. *BMJ Open*, 10(7), e037064. doi:10.1136/bmjopen-2020-037064
- Stark, S., Landsbaum, A., Palmer, J., Somerville, E. K., & Morris, J. C. (2009, July). Client-centered home modifications improve daily activity performance of older adults. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(Spec No), 235-245. doi:10.1177/000841740907600s09
- Statistique Canada. (2020). *Projections démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2018 à 2043)*. Ottawa: Statistique Canada. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-520-x/91-520-x2019001-eng.pdf?st=WNdoAJ29>
- Steuter-Martin, M., & Pindera, L. (2018, January 4). Looking back on the 1998 ice storm 20 years later. *CBC News*. Ottawa, Ontario, Canada: CBC. Retrieved from <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/ice-storm-1998-1.4469977>
- Swathi, J. M., Gonzalez, P. A., & Delgado, R. C. (2017, Nov 30). Disaster management and primary health care: Implications for medical education. *International Journal of Medical Education*, 8, 414-415. doi:10.5116/ijme.5a07.1e1b
- Thomas, K. S., Dosa, D., Hyer, K., Brown, L. M., Swaminathan, S., Feng, Z., & Mor, V. (2012, October). The impact of forced transitions on the most functionally impaired nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1895-1900. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04146.x
- Thomas, T. N., Sobelson, R. K., Wigington, C. J., Davis, A. L., Harp, V. H., Leander-Griffith, M., & Cioffi, J. P. (2018, January/February). Applying instructional design strategies and behavior theory to household disaster preparedness training. *Journal of Public Health Management and Practice*, 24(1), e16-e25. doi:10.1097/PHH.0000000000000511
- Tricco, A. C., Lillie, E., Soobiah, C., Perrier, L., & Straus, S. E. (2013, September). Impact of H1N1 on socially disadvantaged populations: Summary of a systematic review. *Influenza and other Respiratory Viruses*, 7(Suppl 2), 54-58. doi:10.1111/irv.12082

- Trivedi, T. K., DeSalvo, T., Lee, L., Palumbo, A., Moll, M., Curns, A., . . . Lopman, B. A. (2012, October 24). Hospitalizations and mortality associated with norovirus outbreaks in nursing homes, 2009-2010. *JAMA*, *308*(16), 1668-1675. doi:10.1001/jama.2012.14023
- van Solm, A. (2016). *Application of interRAI assessments in disaster management: Identifying vulnerable persons in the community*. Retrieved from UWSpace: <https://uwspace.uwaterloo.ca/handle/10012/10795>
- van Solm, A. I., Hirdes, J. P., Eckel, L. A., Heckman, G. A., & Bigelow, P. L. (2017, November/December). Using standard clinical assessments for home care to identify vulnerable populations before, during, and after disasters. *Journal of Emergency Management*, *15*(6), 355-366. doi:10.5055/jem.2017.0344
- Welch, A. E., Caramanica, K., Maslow, C. B., Brackbill, R. M., Stellman, S. D., & Farfel, M. R. (2016, April). Trajectories of PTSD among lower Manhattan residents and area workers following the 2001 World Trade Center disaster, 2003-2012. *Journal of Traumatic Stress*, *29*(2), 158-166. doi:10.1002/jts.22090
- Whitehead, J. C., Edwards, B., Van Willigen, M., Maiolo, J. R., Wilson, K., & Smith, K. T. (2000, December). Heading for higher ground: Factors affecting real and hypothetical hurricane evacuation behavior. *Environmental Hazards, Volume 2*(4), 133-142. doi:10.1016/S1464-2867(01)00013-4
- Willoughby, M., Kipsaina, C., Ferrah, N., Blau, S., Bugeja, L., Ranson, D., & Ibrahim, J. E. (2017, August 1). Mortality in nursing homes following emergency evacuation: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(8), 664-670. doi:10.1016/j.jamda.2017.02.005
- World Health Organization. (2020). *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages*. Retrieved from file:///C:/Users/mmedn7f/Downloads/WHO-2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.3-eng.pdf
- Wyte-Lake, T., Claver, M., Griffin, A., & Dobalian, A. (2014). The role of the home-based provider in disaster preparedness of a vulnerable population. *Gerontology*, *60*(4), 336-345. doi:10.1159/000355660
- Zibulewsky, J. (2001, April). Defining disaster: The emergency department perspective. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 144-149. doi:10.1080/08998280.2001.11927751

Annexes

Annexe A : Index des recommandations et organismes compétents

L'index ci-dessous contient les 29 recommandations présentées dans ce livre blanc et identifie les domaines de gestions des situations d'urgence qu'on a déterminé être responsables d'adopter ou de mettre la recommandation donnée en application.

Recommandations	Agences fédérales pertinentes	Gouvernements provinciaux et locaux	Établissements et organisations de soins	Professionnels de la santé et personnel de réponse aux situations d'urgence	Programmes et services communautaires	Personnes âgées et aidants non rémunérés
Domaine 1: Personnes âgées et aidants non rémunérés						
Recommandation 1.1 : Les personnes âgées et leurs aidants non rémunérés doivent avoir accès à de l'information et à des ressources adaptées et faciles d'accès liées à la préparation aux situations d'urgence de même qu'à un guide d'élaboration d'un plan personnalisé de préparation aux situations d'urgence qui tienne compte des besoins fonctionnels et sanitaires individuels des personnes âgées ainsi que des stratégies appropriées pour favoriser la prévention des infections et des maladies. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété.	X	X	X	X	X	X
Recommandation 1.2 : Les personnes âgées qui dépendent d'aides à la mobilité doivent éliminer ou réduire au minimum les obstacles pouvant obstruer l'évacuation, et prendre les mesures pour assurer leur sécurité dans leur environnement				X		X
Recommandation 1.3 : Si les agences locales de réponse aux situations d'urgence ont mis sur pied un registre de personnes ayant des besoins fonctionnels ou autres, y compris les personnes handicapées, les personnes âgées et/ou leur aidant non rémunéré devrait s'y inscrire afin de recevoir l'aide nécessaire durant les situations d'urgence.			X	X	X	X
Recommandation 1.4 : Les personnes âgées ayant un déficit sensoriel, comme une perte visuelle ou auditive, doivent prendre des précautions supplémentaires pour se préparer aux situations d'urgence.				X	X	X
Recommandation 1.5 : Les personnes âgées vivant avec une maladie chronique doivent maintenir une liste à jour de leurs affections médicales, traitements (médicaments, équipement médical durable, fournitures et autres besoins de soins de santé), professionnels de la santé et personnes à contacter en cas d'urgence, y compris un mandataire.				X		X
Recommandation 1.6 : Les personnes âgées qui prennent des médicaments doivent collaborer avec leurs professionnels de la santé pour veiller à avoir un approvisionnement d'au moins 30 jours de médicaments durant une situation d'urgence.				X		X

Recommandations	Agences fédérales pertinentes	Gouvernements provinciaux et locaux	Établissements et organisations de soins	Professionnels de la santé et personnel de réponse aux situations d'urgence	Programmes et services communautaires	Personnes âgées et aidants non rémunérés
Recommandation 1.7 : Les personnes âgées qui dépendent d'un dispositif médical électrique doivent s'assurer d'avoir une alimentation électrique de secours, surtout si le dispositif sera utilisé durant un confinement. <ul style="list-style-type: none"> Les personnes âgées et/ou les aidants non rémunérés doivent communiquer à l'avance avec le distributeur d'électricité pour parler de leurs besoins et s'assurer de la disponibilité d'une source d'alimentation électrique de secours et surtout, parler du besoin de recharger les téléphones cellulaires et autres appareils sans fil. Les personnes âgées et/ou les aidants non rémunérés doivent obtenir de l'aide pour avoir et entretenir une alimentation électrique de secours à domicile, au besoin, comme lorsqu'elle est nécessaire dans les régions rurales pour déplacer de l'équipement lourd et de l'essence ou accéder à ces ressources, et faire fonctionner cet équipement. 				X	X	X
Recommandation 1.8 : Il faut encourager les personnes âgées à continuer d'entretenir un réseau d'entraide local vers lequel elles peuvent se tourner durant une catastrophe ou une situation d'urgence imminente, surtout si elles vivent seules ou s'il est difficile d'accéder à la famille.				X	X	X
Recommandation 1.9 : Les aidants non rémunérés des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou d'autres démences doivent recevoir de l'aide pour détecter les signes de détresse, d'anxiété ou de confusion, faire appel à des stratégies pour détourner l'attention, et les aider à rester calmes durant les situations d'urgence. De plus, les aidants non rémunérés doivent être prêts à prévenir l'égarement, et doivent avoir un plan en place pour situer la personne qu'ils soignent si elle s'égare ou nécessite une intervention médicale durant une situation d'urgence.				X	X	X
Domaine 2 : Services et programmes communautaires						
Recommandation 2.1 : Faciliter l'accès aux programmes communautaires adaptés qui renseignent les personnes âgées et leurs aidants non rémunérés sur les situations d'urgence pouvant survenir dans leur région et comment s'y préparer et y répondre. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété. <ul style="list-style-type: none"> Les programmes et organisations communautaires doivent collaborer avec les autorités de santé publique de la région pour créer et distribuer des ressources d'éducation sur le contrôle des infections, et les pratiques de prévention des maladies et des blessures à l'intention des personnes âgées et leurs aidants non rémunérés durant les situations d'urgence. 		X	X		X	

	Agences fédérales pertinentes	Gouvernements provinciaux et locaux	Établissements et organisations de soins	Professionnels de la santé et personnel de réponse aux situations d'urgence	Programmes et services communautaires	Personnes âgées et aidants non rémunérés
Recommandations						
Recommandation 2.2 : Les programmes qui offrent aux personnes âgées des services de secours aux sinistrés et/ou des services communautaires essentiels, comme les Popotes roulantes, et d'aide à la vie quotidienne (services financiers, médicaux, d'hygiène personnelle, d'alimentation et de transport) doivent recevoir une formation sur la préparation aux situations d'urgence. Ces programmes doivent également élaborer un plan et protocole afin de répondre adéquatement aux besoins de leurs clients durant une situation d'urgence, et y adhérer. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété.					X	
Recommandation 2.3 : Les programmes communautaires qui fournissent aux personnes âgées des services de santé et d'hygiène à domicile doivent intégrer des stratégies visant à réduire au minimum le contact personnel non nécessaire et à utiliser les ressources (p. ex. équipement de protection individuelle, tel que jaquettes, masques, gants, désinfectant pour les mains, etc.) dans leurs plans et protocoles de préparation aux situations d'urgence.					X	
Recommandation 2.4 : Les gouvernements locaux doivent avoir recours aux données identifiant les personnes à risque afin de permettre aux intervenants d'urgence de prioriser les efforts de recherche et de sauvetage après une situation d'urgence.		X				
Domaine 3 : Professionnels de la santé et personnel de réponse aux situations d'urgence						
Recommandation 3.1 : Les professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence doivent recevoir une formation sur les soins gériatriques pertinents à leur discipline et comment venir en aide aux personnes âgées et à leurs aidants non rémunérés avant, durant et après une urgence. La formation supplémentaire doit également les sensibiliser aux pratiques exemplaires et précautions nécessaires pour réduire le risque de contagion durant la réponse à une situation d'urgence. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété.			X	X	X	
Recommandation 3.2 : Les professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence doivent s'efforcer de réduire les conséquences négatives chez les personnes âgées durant et après une situation d'urgence en adoptant des stratégies conçues pour protéger la santé physique et mentale des personnes âgées avec lesquelles ils pourraient entrer en contact. Ces stratégies consistent à évaluer le bien-être psychologique des personnes âgées à la recherche de signes de détresse et de dispenser les traitements appropriés ou de les aiguiller en spécialité, le cas échéant.			X	X		

	Agences fédérales pertinentes	Gouvernements provinciaux et locaux	Établissements et organisations de soins	Professionnels de la santé et personnel de réponse aux situations d'urgence	Programmes et services communautaires	Personnes âgées et aidants non rémunérés
Recommandations						
Recommandation 3.3 : Les professionnels de la santé et le personnel de réponse aux situations d'urgence doivent recevoir une formation de sensibilisation aux cultures afin de dispenser des soins et de l'aide appropriés aux personnes âgées de différentes origines culturelles et religieuses avant, durant et après une urgence. Les prestataires doivent avoir des options à leur disposition pour venir en aide aux personnes âgées et leur aidants non rémunérés qui se heurtent à la barrière de la langue ou à des obstacles culturels pour accéder aux services d'aide (p. ex. traducteurs, matériel écrit en langues autres que l'anglais et le français, etc.). Cela est d'importance particulière pour le personnel qui intervient auprès des peuples autochtones, dans des milieux communautaires diversifiés et durant une évacuation en réponse à une urgence.			X	X		
Domaine 4 : Établissements et organisations de soins						
Recommandation 4.1 : Les établissements et organisations de soins doivent inclure une formation sur la préparation et la réponse aux situations d'urgence dans leur programme de formation systématique du personnel.	X	X	X			
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser les pratiques et outils éducatifs multimodaux pour favoriser l'acquisition des connaissances et le changement de comportement. Il faut recruter des représentants bénévoles parmi les Canadiens âgés et leurs aidants non rémunérés pour élaborer et distribuer les ressources et le matériel de formation, afin que leur point de vue soit entendu et y soit reflété. 						
Recommandation 4.2 : Durant le processus standardisé actuel de transfert des soins, il convient d'ajouter d'autres stratégies visant à améliorer la collecte et le transfert des renseignements pouvant identifier une personne et des anamnèses médicales pour favoriser le suivi efficace, la relocalisation et les soins du patient durant une situation d'urgence.			X			
Recommandation 4.3 : Les établissements et organisations de soins doivent s'efforcer d'élaborer des plans d'urgence complets qui incluent une stratégie de réponse efficace pour protéger les personnes âgées contre les éclosons de maladie infectieuse. Ces stratégies doivent refléter les normes fondées sur les données probantes auxquelles des organisations telles Prévention et contrôle des infections Canada (PCI) souscrivent.			X			
<ul style="list-style-type: none"> Les établissements de soins doivent aussi évaluer régulièrement et faire tomber les obstacles à la mise en œuvre du plan d'urgence qui repose sur leurs pratiques habituelles. 						

Recommandations	Agences fédérales pertinentes	Gouvernements provinciaux et locaux	Établissements et organisations de soins	Professionnels de la santé et personnel de réponse aux situations d'urgence	Programmes et services communautaires	Personnes âgées et aidants non rémunérés
Domaine 5 : Lois et politiques						
Recommandation 5.1 : Un comité consultatif national doit être mis sur pied pour éclairer l'élaboration d'un programme de préparation, de réponse et de rétablissement des Canadiens âgés. Les représentants des Canadiens âgés et de leurs aidants non rémunérés doivent participer afin de veiller à ce que leur point de vue y soit reflété.	X		X	X	X	X
Recommandation 5.2 : Toutes les provinces et tous les territoires doivent encourager la mise en place durant l'année ou avant une urgence imminente d'une période d'achats de produits hors taxes de préparation aux situations d'urgence. Les gouvernements doivent également verser un financement ciblé pour aider/subventionner directement l'achat de trousse de préparation aux situations d'urgence par les Canadiens âgés. Les articles couverts doivent inclure une liste convenue d'accessoires d'urgence (telles que piles, générateurs portatifs, échelles de secours, radios, sacs de glace), d'airs climatisés, d'équipement de protection individuelle (p. ex. masques, gants, désinfectant pour les mains) et d'autres aides à la mobilité (canes, déambulateurs, etc.).	X					
Recommandation 5.3 : Toutes les provinces et tous les territoires doivent encourager la création d'un processus ou d'un programme national d'octroi de permis d'exercer au personnel infirmier, médecins, personnel paramédical et autres prestataires de services médicaux d'urgence leur permettant de dispenser bénévolement des soins médicaux d'urgence à l'extérieur des frontières provinciales et territoriales durant un état d'urgence déclaré.		X				
Recommandation 5.4 : Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent appuyer les exigences législatives qui obligent les lieux d'hébergement collectif (p. ex. centres de soins infirmiers, résidences-services et maisons de retraite) de mettre à jour et de soumettre régulièrement leur plan d'urgence qui décrit les mesures et les contingences à prendre en situation d'urgence. Ces plans doivent inclure : <ul style="list-style-type: none"> Un générateur de secours en cas de panne de courant prolongée, et un plan coordonné avec les agences communautaires pertinentes (p. ex. service municipal d'incendies) pour assurer l'évacuation efficace. Les directives concernant les interventions appropriées (p. ex. isolement, port du masque, éloignement physique) pour contrôler et prévenir les éclosions et la contagion dans la population durant une situation d'urgence. Seuils clairs de régulation de la température, précisément les températures maximales et minimales permises en fonction des normes de santé professionnelles et environnementales, et les mesures à prendre pour régler la température et réduire les fluctuations au minimum. Un résumé du nombre d'employés devant être maintenu durant une situation d'urgence pour minimiser les interruptions des soins et/ou des services. Toutes les provinces et tous les territoires doivent s'efforcer d'uniformiser les exigences en matière de plan d'urgence dans les lieux d'hébergement collectif conformément aux priorités énoncées dans la <i>Stratégie de sécurité civile</i> pour le Canada 2019 et veiller à ce que les plans d'urgence des lieux d'hébergement collectif soient alignés aux directives énoncées dans les plans d'urgence et de pandémie de leur province ou territoire.		X			X	

Recommandations	Relevant Federal Agencies	Provincial & Local Governments	Care Institutions & Organizations	Health Care Professionals & Emergency Response Personnel	Community-Based Services & Programs	Individuals & Unpaid Caregivers
Recommandation 5.5 : Toutes les provinces et tous les territoires doivent adopter une approche uniforme favorisant la collaboration entre prescripteurs et dispensateurs (c.-à-d. pharmaciens communautaires) locaux de produits pharmaceutiques, médecins et infirmières praticiennes afin de pouvoir remettre aux personnes atteintes d'une affection chronique un approvisionnement adéquat de médicaments d'ordonnance avant ou durant une situation d'urgence. Cette approche doit également souligner le besoin que les prestataires pharmaceutiques, les hôpitaux et les organismes de secours collaborent pour veiller à ce que les hôpitaux, organismes de secours et refuges d'évacuation aient à leur disposition un approvisionnement adéquat de médicaments d'ordonnance. <ul style="list-style-type: none"> Toute personne doit pouvoir obtenir un approvisionnement de 30 jours de ses médicaments d'ordonnance d'urgence avant et durant une situation d'urgence. 	X	X		X	X	
Domaine 6 : Recherche						
Recommandation 6.1 : Il faut prioriser la création d'efforts de financement et de recherche afin de mieux contribuer à l'élaboration d'un cadre commun de mesure de la qualité et du niveau de préparation aux situations d'urgence au sein des établissements, organisations, fournisseurs rémunérés, organisations communautaires et autres groupes qui travaillent principalement auprès des personnes âgées et de leurs aidants non rémunérés durant et après une situation d'urgence.	X					
Recommandation 6.2 : Un plus grand effort concerté est nécessaire pour utiliser les conclusions découlant des données étayant la planification, la conception et le peaufinage de plus d'interventions, de politiques et de règlements fondés sur les données probantes liés à la préparation aux situations d'urgence auprès des personnes âgées et des aidants non rémunérés, de même que des organisations et fournisseurs rémunérés qui auront la responsabilité de répondre à leurs besoins durant et après une situation d'urgence.	X					
Recommandation 6.3 : Il faut créer un réseau de chercheurs, de personnes âgées, d'aidants non rémunérés, de bénévoles et de prestataires dédié à la préparation aux situations d'urgence afin d'encourager les partenariats à poursuivre l'évaluation non rémunérée des interventions de préparation aux situations d'urgence ciblant les personnes âgées. Les membres du réseau doivent revendiquer une plus grande concentration de la recherche sur la préparation aux situations d'urgence auprès des sociétés et revues savantes dont ils sont membres.	X					
Recommandation 6.4 : La recherche sur les aidants non rémunérés et la préparation aux situations d'urgence est nécessaire afin de mieux informer les aidants non rémunérés de la façon de prendre soin de leurs parents et amis vulnérables durant une situation d'urgence.	X	X				
Recommandation 6.5 : La recherche sur la préparation et la réponse aux situations d'urgence dans les collectivités canadiennes et les lieux d'hébergement collectif pour personnes âgées (p. ex. centres de soins infirmiers, maisons de retraite et foyers de groupe et résidences-services) est nécessaire. Elle doit : <ul style="list-style-type: none"> Déterminer le niveau actuel de préparation dans ces environnements de même que souligner les défis qui font obstacle à la préparation. Caractériser l'impact de l'urgence sur la population âgée et nommer les pratiques exemplaires émergentes sur la façon de composer avec les urgences futures. 	X				X	

Annexe B : Résumé des lois et cadres pertinents à la préparation des personnes âgées aux situations d'urgence

Politique/ Loi	Provincial / National	Lien
Alberta's Pandemic Influenza Plan par le gouvernement de l'Alberta	Alberta	https://open.alberta.ca/publications/alberta-s-pandemic-influenza-plan
Community Care and Assisted Living Act	Colombie-Britannique	https://www.bclaws.ca/civix/document/id/complete/statreg/02075_01
Pharmacy Disaster Preparedness (2009) un énoncé de politique sur la pratique professionnelle	Colombie-Britannique	http://library.bcpharmacists.org/6_Resources/6-2_PPP/5003-PGP-PPP25.pdf
Dispositions pour une pandémie de grippe au Manitoba (préparation et réponse de la santé publique aux situations d'urgence)	Manitoba	https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/pandemic.fr.html
Loi sur les foyers de longue durée	Ontario	https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/07108
Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (2013)	Ontario	http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/emb/pan_flu/pan_flu_plan.aspx
Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza Mission (2006)	Québec	https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001256/
Un cadre de sécurité civile pour le Canada (2017) par Sécurité publique Canada	National	https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2017-mrgnc-mngmnt-frmwrk/index-fr.aspx
Préparation du Canada en cas de grippe pandémique par le Réseau pancanadien de santé publique	National	https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grippe-influenza/preparation-canada-cas-grippe-pandemique-guide-planification-secteur-sante.html
Loi sur le ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile	National	https://laws.justice.gc.ca/fra/lois/P-31.55/
Loi sur la gestion des urgences (L.C. 2007, ch. 15)	National	https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/E-4.56/
Préparation aux urgences au Canada (refer to the highlights on Page 3)	National	https://www.preparez-vous.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/yprprdnssgd/index-fr.aspx
Plan d'intervention fédéral-provincial-territorial en matière de santé publique dans les cas d'incidents biologiques par le Réseau pancanadien de santé publique (voir l'Annexe L pour le plan de réponse)	National	https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/mesures-interventions-urgence/plan-intervention-matiere-sante-publique-cas-incidents-biologiques.html
Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza (par Santé publique Canada)	National	https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/nml-pndmc-nflnz/index-fr.aspx
Loi sur la mise en quarantaine (2005)	National	https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/q-1.1/page-1.html