

Formulaire Demande d'aide mutuelle

Procédure opératoire normalisée

Comment remplir le formulaire « Demande d'aide mutuelle »

Légende

Administration recevant de l'aide – La province ou le territoire qui demande une capacité de mobilisation de ressources humaines (professionnels de la santé), et/ou des biens de la santé.

Administration qui envoie de l'aide – La province ou le territoire qui procure une capacité de mobilisation de ressources humaines (professionnels de la santé), et/ou des biens de la santé à une administration recevant de l'aide dont la demande a été acceptée.

Objet

L'objet de la présente procédure opératoire normalisée (PON) est d'orienter ceux et celles qui souhaitent remplir un formulaire « Demande d'aide mutuelle (DAM) » pour faire face à un événement qui exige une capacité de mobilisation de ressources humaines/professionnels de la santé, ainsi que des biens de la santé.

Public cible

La présente PON sera utilisée par les directeurs de gestion des urgences sanitaires (DGUS).

Processus

L'Agence de la santé publique du Canada, centre des opérations du portefeuille santé (COPS), servira comme « guichet unique » du portefeuille fédéral de la Santé et activera le cadre de travail opérationnel pour des demandes d'aide mutuelle (CTODAM) et lancera un appel à toutes les administrations susceptibles de fournir de l'aide. Le COPS appuiera la coordination et la facilitation de la communication et de l'échange d'informations entre les provinces et les territoires.

- › Vous devez vous assurer d'obtenir une approbation du ministre responsable ou de son délégué pour faire une demande de CTODAM ou pour une réponse à une demande de capacité de pointe.
- › Les juridictions ont 72 heures / 3 jours ouvrables pour répondre à la demande CTODAM.
- › Veuillez ne pas utiliser d'acronymes et prendre le temps de les épeler.
- › Le COPS fournira un sommaire quotidien.
- › À la fin du 72 heures / 3 jours ouvrables, COPS fournira un sommaire final à la juridiction requérante.



Pour commencer

Veillez consulter les instructions des sections ci-dessous pour remplir chaque champ du formulaire de la DAM.

- Si la demande est pour des professionnels de la santé ainsi que pour des biens de santé, veuillez indiquer OUI au deux question et compléter les sections B et C.

Choisir la catégorie de demande (s)* :

Est-ce que la demande vise un/des professionnels de la santé : OUI : NON :

Des biens de santé sont-ils demandés? OUI : NON :

- Veuillez indiquer/surligner votre administration parmi les choix ci-dessous

P. ex. :

SECTION A: Administration*

Administration qui fournit de l'aide* : Veuillez indiquer/surligner votre administration parmi les choix ci-dessous

CB, AB, SK, MB, ON, QC, NB, TNL, NÉ, ÎPÉ, NU, TNO, YK

Nom de l'événement

- Si vous **êtes le demandeur**, nommez l'événement concerné
P. ex., inondations en Ontario

Nom du demandeur

- Indiquez le nom du demandeur

Poste

- Indiquez le poste ou le titre du demandeur
P. ex., directeur de gestion des urgences sanitaires (DGUS)

Téléphone (tous les jours, 24 heures sur 24)

- Indiquez le numéro de téléphone du demandeur

Remarque : Assurez-vous qu'il s'agit d'un numéro permettant de facilement joindre le demandeur durant l'événement

Courriel

- Indiquez le courriel du demandeur

Remarque : Assurez-vous qu'il s'agit d'un courriel permettant de facilement joindre le demandeur durant l'événement

Courriel de l'agent responsable ou du Centre des opérations (tous les jours, 24 heures sur 24)

- Indiquez le courriel de l'agent responsable, du Centre des opérations, de l'agent de service ou, le cas échéant, d'une autre personne-ressource de l'administration recevant de l'aide disponible tous les jours, 24 heures sur 24

Date et heure de la demande

- Identifier la date et l'heure à laquelle la demande sera envoyée à l'agent responsable du COPS
p. ex., 8 h.

Date à laquelle la capacité de mobilisation est requise*

- Identifier la date/heure à laquelle la capacité de mobilisation de ressources humaines ou des biens de la santé devrait idéalement être déployée dans l'administration recevant de l'aide
p. ex. ; 13h00 (si connu)

***Remarque :** si vous souhaitez que la capacité de mobilisation soit déployée à des dates/heures différentes, vous pouvez les saisir dans un champ distinct de la section « Ressources humaines »

Description de l'incident concerné et des besoins requis

Description de l'événement et des besoins requis *	<i>renseignements supplémentaires à l'intention de l'administration fournissant de l'aide</i>
Endroit et type d'hébergement	<i>p. ex. endroit: hôpital, stationnement, centre d'accueil, etc. p. ex. hébergement: hotel, univesité, base, gymnase d'université, etc.</i>
Autres renseignements (non-cités ci-dessus)	<i>p. ex. modifications des échéanciers en raison de conditions météorologiques</i>

- Indiquez une brève description de l'incident concerné et de vos besoins. Veillez à inclure les informations suivantes (si vous les connaissez) :
- le type d'événement
 - la probabilité que la situation s'aggrave
 - une brève description du type de capacité de mobilisation requise
 - une brève description de la raison pour laquelle vous faites une demande de capacité de mobilisation
 - la fonction que les ressources humaines ou matérielles devront assumer ou le type de services qu'elles devront offrir
 - le ou les objectifs que vous souhaitez atteindre grâce à cette capacité de mobilisation

Emplacement et type d'hébergement

- Décrivez l'emplacement et le type d'hébergement qui seront offerts au personnel (si vous les connaissez)
P. ex., emplacement : hôpital, stationnement, centre de réception, etc.
P. ex., hébergement : hôtel, base militaire, université, etc.

Autres renseignements pertinents non mentionnés précédemment

- Indiquez toute autre information associée à votre demande

P. ex., la date à laquelle la capacité de mobilisation est requise pourrait changer selon les facteurs suivants : si la température aggrave la situation et si plus de ressources sont nécessaires

SECTION B: Professionnels de la santé

Professionnels de la santé sollicités

- Décrivez le type de professionnels de la santé sollicités

Remarque : vous pouvez solliciter plusieurs types

Remarque : cette liste pourra être modifiée et peaufinée plus tard lorsque vous en saurez plus sur l'événement

Nombre de ressources humaines

- Identifiez le nombre de professionnels de la santé requises (si vous le connaissez)

Date de début et date de fin

- Identifiez la date à laquelle vous vous attendez à ce que les professionnels de la santé soient requises
- Identifiez la date à laquelle vous vous attendez à ce que les professionnels de la santé soient libérées

Durée

- Identifiez la période pendant laquelle vous aurez besoin des professionnels de la santé (si vous la connaissez)
P. ex., de quatre à six semaines

Attestations requises

- Décrivez toutes les attestations à jour que les professionnels de la santé doivent posséder
P. ex., techniciens enregistrés en gestion de l'information sur la santé, formation en RCP, etc.

Remarque : L'ASPC ne coordonne pas l'obtention des attestations ni des permis d'exercer des professionnels de la santé. L'autorité provinciale-territoriale en matière de délivrance de permis aux professionnels de la santé réside dans la juridiction où se trouve l'emploi

Expertise et expérience requises

- Inscrivez l'expertise et l'expérience que les professionnels de la santé doivent posséder
P. ex., avoir travaillé avec des populations mal desservies

Remarque : Vous devrez fournir une description de poste pour chaque expertise demandée et autres documents pertinents dans Word

Lieu/type d'immeuble et environnement de travail

- Indiquez un lieu de travail pour indiquer où les professionnels de la santé travaillera
- Indiquez l'environnement de travail dans lequel les professionnels de la santé travaillera

Capacités linguistiques

- Identifier les exigences linguistiques pour le poste

SECTION C: Biens de santé

Entrez la liste complète des biens de la santé sollicités

- Décrivez les biens de la santé sur lesquelles porte la présente demande

P. ex., lits portatifs, couvertures, respirateurs, vaccins contre la grippe, etc.

Veillez prendre contact avec la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) en premier – n'hésitez pas à nous rejoindre si vous avez des questions.

Nom de la personne-ressource sur place, son titre, numéro de téléphone et courriel

- Identifiez le nom de la personne qui recevra les biens de la santé expédiés sur place à la date précisée
- Indiquez son poste ou son titre
- Indiquez le numéro de téléphone de la personne-ressource sur place
- Indiquez le courriel de la personne-ressource sur place
- Fournissez l'adresse de livraison des biens de la santé sollicités

Adresse de livraison des biens

- Indiquez le nom de la ville/du village où les biens de la santé sont requis
- Indiquez la province où les biens de la santé sont requis
- Indiquez le code postal de l'adresse de livraison

Commentaires

- Inscrivez tout autre commentaire pertinent

P. ex., sonnez à votre arrivée

P. ex., composez le 123-456-7890 pour planifier la livraison

Envoi du formulaire de la DAM

- Sauvegardez votre formulaire de la DAM dûment rempli et suivez les étapes ci-dessous :
 - > Veuillez-vous assurer que le formulaire de la DAM est entièrement rempli
 - > Envoyez votre formulaire de la DAM et autres documents applicables, c'est-à-dire les descriptions de poste, etc. (envoyer les autres documents applicables en version WordPerfect) par courriel au guichet unique du COPS à l'adresse suivante : hpoc-cops@phac-aspc.gc.ca
 - > **Attendez** de recevoir un courriel confirmant que l'agent responsable du COPS a reçu votre formulaire