

1 M

MÉMOIRE

DU

GROUPE DE TRAVAIL DECOSTER SUR LA TRAGÉDIE DU 6 DÉCEMBRE 1989

À L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE MONTRÉAL

PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

SUR

L'EXAMEN DE LA SITUATION QUI PRÉVAUT À LA CORPORATION D'URGENCES-SANTÉ
DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

PAR

M. ROBERT DECOSTER
DR PIERRE LAPOINTE
M. SERGE COSSETTE

Décembre 1991

LA TRAGÉDIE DU 6 DÉCEMBRE 1989 À L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE MONTRÉAL

GROUPE DE TRAVAIL DECOSTER

EXTRAIT DU RAPPORT SYNTHÈSE DE M. ROBERT DECOSTER
RELATIF À URGENCES-SANTÉ



Desjardins

L'incroyable force de la coopération.

NOTES

la page de 6 décembre 1989
l'École Polytechnique
Montréal

Groupe de travail Deloitte

Extrait du rapport de synthèse
de M. Robert Deloitte
relatif à Mégenes-Santé



L'utilisation de ce papier recyclé à 100% aide à protéger l'environnement.

2. LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS ET HOSPITALIERS D'URGENCE

2.1 Les services préhospitaliers d'urgence

2.1.1 Le mandat de la corporation d'Urgences-Santé de la région de Montréal métropolitain (Urgences-Santé)

La Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et d'autres dispositions législatives (Loi 34), sanctionnée le 19 décembre 1988, constituait une corporation sans but lucratif sous le nom précité et lui assignait la responsabilité "d'organiser et coordonner un système préhospitalier d'urgences comprenant le transport ambulancier, en vue de favoriser l'accès aux services de santé".

Sa mission est claire. Elle est implicite dans la loi et elle découle de la Charte québécoise des droits et libertés:

Réduire la mortalité, la morbidité et les souffrances physiques et psychologiques.

Certes, on ne saurait nier à Urgences-Santé la responsabilité de limiter les coûts et les pertes opérationnelles. Ce deuxième volet donne une dimension pratique aux objectifs initiaux et fait porter à Urgences-Santé un devoir de saine gestion et d'efficacité maximale. Ce que nous ne saurions jamais accepter, par contre, c'est que l'objectif santé devienne assujéti, dans les faits, à un objectif secondaire, quel qu'il soit et quel qu'en soit les motifs.

2.1.2 La fonction première d'Urgences-Santé

La Loi 34 confie à Urgences-Santé l'exercice de certaines fonctions spécifiques notamment celle d'"exploiter un service d'ambulances et un service d'interventions médicales d'urgence".

Cette fonction spécifique, Urgences-Santé devait l'exercer, en exclusivité, ce mercredi 6 décembre à l'École Polytechnique. La corporation assumait ainsi par le fait même, et de concert avec les autres intervenants notamment la S.P.C.U.M., la responsabilité d'assurer aux victimes, dans les meilleurs délais et les meilleures conditions, accès à des soins de qualité et à un transport ambulancier adéquat et rapide.

Urgences-Santé devenait ainsi la composante majeure d'un système de soins médicaux d'urgence, une composante par ailleurs assujettie aux dictées du gestionnaire des lieux, la S.P.C.U.M., lors du drame en cause.

L'évaluation de la performance de ces deux acteurs clés a donc été effectuée en fonction de l'objectif santé et de ses deux prérequis, la **promptitude d'exécution** et la **qualité des soins**.

2.1.3 L'évaluation de la performance des services préhospitaliers

Après une minutieuse analyse des faits dans le cadre précité, force nous est de conclure que la prestation des soins médicaux à l'intérieur de l'École Polytechnique a subi des préjudices lourds de conséquences, imputables directement à des décisions et

comportements contestables de la S.P.C.U.M. d'une part, et à la piètre performance générale d'Urgences-Santé d'autre part.

2.1.3.1 La S.P.C.U.M.

Ce qu'on reproche à la S.P.C.U.M. c'est d'abord son délai à investir les lieux et à autoriser les services médicaux à les suivre à l'intérieur.

La fusillade commence vers 17:10. Dans les cinq minutes qui suivent, treize étudiantes sont atteintes (six survivent). En tout vingt-huit auront subi le même sort.

Les premiers véhicules de la S.P.C.U.M. et d'Urgences-Santé arrivent presque simultanément dans le périmètre extérieur de l'École vers les 17:22.

Les policiers investissent les lieux à 17:37 et invitent les services médicaux à les suivre à 17:40.

Ceux-ci font leur entrée à 17:45. Il s'est écoulé vingt-trois précieuses minutes du Golden Hour depuis l'arrivée des ressources sur les lieux jusqu'à la prestation des premiers soins médicaux, dont dix-huit directement imputables à la décision contestée de la S.P.C.U.M..

On reproche aussi à la S.P.C.U.M. le maintien à l'écart des ressources du Service des incendies de la Ville de Montréal présentes alors sur les lieux.

Alors qu'à l'intérieur les ressources très restreintes d'Urgences-Santé s'affairaient à prodiguer du secourisme primaire au détriment du transport des blessées graves, une trentaine de pompiers de la Ville de Montréal, dans neuf véhicules, attendaient à l'extérieur un signal qui n'est pas venu. Ils avaient tous une formation d'au moins trente heures en secourisme primaire et ils auraient pu apporter une aide précieuse à un personnel médical totalement débordé et permettre aux ambulanciers d'effectuer rapidement le transport des victimes les plus touchées.

Les services médicaux se sont plaints aussi de l'importance exagérée (sinon la préséance) que la S.P.C.U.M. a accordé à la sécurisation de la preuve pour fins de l'enquête criminelle et qui semble les avoir gênés dans l'exercice de leurs fonctions prioritaires.

Enfin on déplore le mutisme de la S.P.C.U.M. et l'absence totale d'échange d'informations et de communications.

Les opérations policières sont traitées longuement au chapitre 3 et dans le rapport de Me Mario Bilodeau intitulé: L'opération policière et les services de sécurité de l'École Polytechnique et de l'Université de Montréal.

2.1.3.2 Urgences-Santé

La contre performance d'Urgences-Santé le 6 décembre 1989 à l'École Polytechnique constitue un des faits marquants de l'opération collective des intervenants. Elle se mesure principalement par le temps de réponse et par la qualité des soins. Elle se manifeste

surtout par la non disponibilité des ressources essentielles et par l'anarchie qui a régné tout au cours de la prestation des soins médicaux à l'intérieur de l'École.

Nous incitons fortement le lecteur à se référer au rapport du docteur Pierre Lapointe intitulé "Les soins préhospitaliers et hospitaliers d'urgence". Il traite cette question en détail.

2.1.3.2.1 Le temps de réponse

Les premières victimes sont atteintes à	17:10;
L'agresseur se donne la mort à	17:29;
Les services médicaux sont autorisés à entrer dans la bâtisse à	17:45
Ils effectuent la première évacuation à	18:05;
et la dernière à	18:41
Cette dernière arrive au centre hospitalier vers les	18:56

Évaluée en fonction de l'objectif santé, des critères opérationnels reconnus et du concept du "Golden Hour" évoqués à la page 16 de l'INTRODUCTION, cette performance est jugée totalement inacceptable et lourde de conséquences.

Il suffit, d'une part, d'évoquer les souffrances atroces qu'ont vécues les victimes laissées à mourir seules et les victimes survivantes sans omettre les séquelles physiques et psychologiques qu'ont subies ces dernières.

On cite, d'autre part, le cas de deux victimes accueillies agonisantes à l'Hôpital Général de Montréal. Il est établi qu'elles seraient vraisemblablement décédées si elles y étaient arrivées quinze minutes plus tard. Heureusement, elles ont pu être sauvées en dernières minutes grâce à la qualité des soins qui leur ont été prodigués.

2.1.3.2.2 La qualité des soins à l'École Polytechnique

Le jugement sévère que nous portons sur ce sujet ne met aucunement en question la compétence professionnelle et le dévouement des personnes impliquées. Il fait porter l'odieux sur la non disponibilité des ressources essentielles et sur l'anarchie qu'elle a engendrée.

2.1.3.2.3 La non disponibilité des ressources essentielles

Le docteur Lapointe, aux pages 10, 11 et 12 de son rapport traite cette question avec minutie.

On retient en particulier qu'il devait y avoir, théoriquement, soixante-dix véhicules (environ 50% de la flotte) disponibles à ce moment de la journée. Pourtant, à 17:55, quarante minutes après le premier appel, Urgences-Santé n'avait pu assigner que sept ambulances. La répartition a dû continuer à déployer un effort désespéré pour finalement obtenir les dernières ressources requises ce qui faisait dire à un technicien rencontré "On ne sait pas comment Montréal a été protégée pendant Poly".

Le docteur Lapointe rejette au départ, la prétention voulant que la situation était attribuable à un manque de personnel et de véhicules en bon ordre à ce moment. Il fait à cet effet une démonstration concluante. À notre avis la pénurie de ressources tient à une tolérance excessive dans la gestion de la flotte et du personnel.

2.1.3.2.4 L'intervention d'Urgences-Santé à l'intérieur de l'École

La prestation des soins médicaux à l'intérieur de l'École s'est effectuée dans une anarchie totale, conséquence directe de la pénurie de secouristes et de personnel médical et de l'absence de coordination, de communications et de protocoles cliniques (voir pages 12 et 13 du rapport du docteur Lapointe).

2.1.4 Le fonctionnement quotidien d'Urgences-Santé

Le comportement d'Urgences-Santé au cours de la tragédie du 6 décembre 1989 n'est pas un accident de parcours ni l'effet du hasard, de l'imprévu ou de circonstances particulières. Au contraire notre analyse prouve, hors de tout doute, qu'il s'agit d'une situation de fait causée par des faiblesses, lacunes et autres facteurs chroniques clairement identifiés dans le fonctionnement quotidien:

- La non disponibilité des ressources et ses deux causes principales soit, la gestion de la flotte et la gestion du personnel.

- Des lacunes opérationnelles reliées à info-santé,

aux transports interhospitaliers,
à la priorisation,
au triage,
à la coordination,
aux moyens technologiques de communication et d'informatisation¹,
à la controverse concernant le rôle des médecins, etc..

À cette problématique s'ajoute d'autres faiblesses dans des domaines tels

le contrôle de qualité, médical et opérationnel,
l'encadrement professionnel,
les protocoles opérationnels et cliniques,
le traitement des plaintes,
le refus de transport,
les relations avec le réseau de la santé et autres intervenants,
les critères objectifs de performance, etc..

2.1.5 L'après-Poly

Immédiatement après la tragédie, Urgences-Santé, par la voix de sa direction, a fait état d'une ferme volonté de donner réponse aux multiples critiques formulées et d'apporter les correctifs et les améliorations qui s'imposent. Tout au cours de nos travaux nous espérons déceler un changement d'attitude et de comportement et l'amorce de correctifs. À date nous n'avons pas perçu qu'Urgences-Santé soit passée de la parole aux actes.

1. Voir le rapport de M. Serge Cossette.

2.2 Les services hospitaliers d'urgence

Les treize victimes en besoin de soins hospitaliers d'urgence ont été accueillies par trois centres de courte durée. Elle ont toutes eu un accès facile à des soins de première qualité.

L'expérience par contre soulève des interrogations en ce qui concerne l'accessibilité aux soins dans le cas de sinistres à multiples victimes, à l'efficacité des plans d'intervention et au processus de communications.

2.3 Urgences-Santé, la Loi 34 et le ministère de la Santé et des Services sociaux

2.3.1 Faire le procès d'Urgences-Santé c'est aussi, faire le procès de la Loi 34 et, dans une certaine mesure, du M.S.S.S.

Tout au long de notre investigation, nous avons été à même de constater

- les effets négatifs de la Loi 34,
- l'omniprésence du milieu syndical et son ascendance sur la direction, la gestion et les opérations d'Urgences-Santé et de ses satellites et
- l'inertie du M.S.S.S..

Tout d'abord, nous n'avons perçu, dans la Loi 34, aucune inférence, réelle ou tacite, à l'objectif santé. Cette approche est d'ailleurs le reflet de l'indifférence que nous avons constaté au M.S.S.S.. Comme les syndicats ouvriers locaux, pour leur part, donnent

priorité aux intérêts et au confort de leurs membres, il n'est pas surprenant, que, dans ce contexte général, Urgences-Santé emboîte le pas et cède systématiquement priorité à des objectifs financiers et opérationnels. Ces attitudes et comportements sont, sans aucun doute, une source importante des problèmes évoqués.

De fait, c'est réellement une entreprise de transport que la Loi 34 a créée. Elle devenait, en même temps, la composante majeure d'un système qui englobe et centralise non seulement les interventions médicales d'urgence et le transport ambulancier mais aussi, de par la volonté ou la complaisance du M.S.S.S., la formation du personnel, la location des véhicules et, sous certains aspects, la fabrication de ces derniers.

Cette structure pour le moins unorthodoxe est composée de satellites, organismes légalement distincts mais qui, en général, sont étroitement reliés au milieu syndical. Elle s'avère fragile et sources de problèmes qui débordent la compétence du groupe de travail qui en a senti néanmoins les conséquences.

Le gouvernement aurait avantage à se pencher sérieusement sur cette problématique. À cet effet, nous recommandons au gouvernement, d'inciter le Vérificateur Général à effectuer une vérification intégrée notamment la vérification d'optimisation des ressources. Un tel examen se généralise présentement dans les milieux gouvernementaux et a pour objectif de déterminer jusqu'à quel point les ressources humaines, financières et matérielles ont été gérées avec un souci d'économie d'efficience et d'efficacité. Elle permet également d'identifier la présence et le respect des liens de responsabilités ainsi que des pratiques et reddition de comptes¹.

1. Extrait du rapport du Vérificateur Général à l'Assemblée Nationale pour l'année terminée le 31 mars 1988.

Quant au M.S.S.S. on peut leur reprocher, outre de donner priorité aux aspects financiers et aux relations ouvrières, de tolérer un état de chose qu'il connaît et auquel il semble refuser de s'arrêter. Involontairement, dans une certaine mesure, il assume ainsi une part des responsabilités dans les ratés d'Urgences-Santé.

2.3.2 Conclusions

En matière de soins préhospitaliers d'urgence, un virage radical à deux volets s'impose dans l'immédiat:

Convertir l'anarchie préhospitalière actuelle en un véritable système intégré de soins préhospitaliers d'urgence;

Convertir l'entreprise de transport qu'est Urgences-Santé en un pilier performant dudit système tant dans les interventions médicales d'urgence que dans l'exploitation du service ambulancier.

Ce virage exige comme prérequis:

- De la part du gouvernement, une volonté réelle, un leadership et un ferme support à Urgences-Santé;

- De la part de cette dernière

un engagement formel de la Corporation envers l'objectif santé qui est sa raison d'être,

le libre exercice de ses devoirs, responsabilités et pouvoirs,

une concertation soutenue avec tous les intervenants de première ligne et

la correction de toutes les lacunes, faiblesses et anomalies décelées et de leurs causes.

D'autres recommandations spécifiques, que nous appuyons d'ailleurs, sont énoncées aux pages 65 à 68 du rapport du docteur Lapointe. Nous retenons particulièrement celles relatives

- au conflit entre le 9-1-1 et Info-Santé et
- l'incompatibilité des activités de transport préhospitalier d'urgence et celles du transport électif inter-hospitalier.

2.4 Un système intégré de soins préhospitaliers et hospitaliers d'urgence

2.4.1

La population a droit à des soins médicaux d'urgence appropriés. Ce droit est reconnu dans tous les pays développés et s'applique, à tout le territoire, au Québec comme ailleurs.

LA TRAGÉDIE DU 6 DÉCEMBRE 1989 À L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE MONTRÉAL

GROUPE DE TRAVAIL DECOSTER

EXTRAIT DU RAPPORT DU DR PIERRE LAPOINTE
RELATIF À URGENCES-SANTÉ

NOTES

Tragedie du 6 décembre 1982
L'École Polytechnique
à Montréal
Groupe de travail
Hester

Extrait du rapport de
Pierre Lapointe relatif
à Mgr Georges Sauté



**RÉSUMÉ DE L'INTERVENTION D'URGENCES-SANTÉ
A L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE**

CHAPITRE QUATRIÈME

- RÉSUMÉ DE L'INTERVENTION D'URGENCES-SANTÉ A L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE

- Le module infirmier

Vers 17:15, dès la réception des premiers appels concernant les coups de feu à l'École Polytechnique, les infirmières perçoivent l'événement comme un sinistre et envoient immédiatement le maximum de ressources que le service infirmier peut autoriser.

Malgré quelques problèmes à localiser la provenance des appels, la durée de traitement de ces appels ne diffère pas grossièrement des durées habituelles de l'opération quotidienne à la prise d'appel.

Aussitôt que le contact est fait avec l'assistant chef de la répartition, la priorisation des appels autres que STAT (10-30) (1) est instaurée (retriage) (Annexe B).

- Service de la répartition et service ambulancier

Dès que les répartiteurs reçoivent les demandes de ressources pour la Polytechnique, un véhicule médecin et deux véhicules ambulances sont affectés (17:18). Comme la perception au départ était de 2 à 3 morts et 2 à 3 blessés, la procédure de sinistre n'a pas été mise en force immédiatement.

En arrivant sur les lieux, la première équipe d'Urgences-santé demande 2 ambulances additionnelles (17:25), puis plusieurs ambulances (17:31), car ils sont témoins de la sortie de plusieurs blessés.

1) STAT: nécessitant un envoi urgent et immédiat de ressources.

A l'arrivée du coordonnateur (17:36), celui-ci informe la répartition qu'il ne veut pas de véhicules supplémentaires.

La procédure de sinistre sera mise en force dès qu'il y aura confirmation de besoin de d'autres ressources.

Par contre, la répartition n'a pas la possibilité d'envoyer plus de ressources; il n'y a que 8 à 10 ambulances disponibles pour couvrir tout le territoire.

A 17:45, heure d'entrée dans la Polytechnique, le coordonnateur d'Urgences-santé dispose donc sur le site de 3 ambulances et 1 véhicule médecin puisqu'une ambulance a été autorisée à quitter avec 2 blessés en direction de l'Hôpital Général Juif.

Alors que le P.D.G. d'Urgences-santé attribue ce fait au manque de personnel et de véhicules ambulanciers en bon ordre de marche (Annexe C), notre recherche nous a démontré que, théoriquement 70 véhicules étaient disponibles à cette heure, mais qu'on avait dégarnis les 23 points rouges (constituant l'emplacement et le nombre critique minimal d'ambulances à garder en disponibilité pour les urgences) afin de compenser:

- pour les 14 équipes ambulancières qui ne s'étaient pas rapportées;
- pour les 25 véhicules affectés à certains transports inter-établissements;
- pour les 20 équipes ambulancières à qui on avait accordé une période de repas (malgré le fait que c'était l'heure de pointe, qu'il y avait une chute de neige, que la circulation était lente, et qu'on était en pleine période de changement de quart);

- pour les 3 véhicules qui s'étaient rapportés non disponibles à cause de bris mécanique ou d'autres raisons.

Avant d'entrer à l'intérieur de l'école, le coordonnateur demande 2 ambulances additionnelles.

A l'intérieur de la Polytechnique, les communications sont coupées entre la répartition et le coordonnateur, et celui-ci communique avec la répartition par le téléphone et via les communications radios de la S.P.C.U.M.; plusieurs demandes de ressources sont ainsi faites à la répartition.

Finalement, les 5^e, 6^e et 7^e ambulances sont affectées à 17:55 soit 40 minutes après le premier appel à Urgences-santé, pour arriver sur le site vers 18:02. Les autres affectations sont ensuite faites entre 18:00 et 18:17.

En révisant les bandes d'enregistrement des communications radios de la S.P.C.U.M., on relève 19 demandes de véhicules ambulances dont 10 entre 17:45 et 18:00.

- A 17:58:30, le commandant policier sur le site demande à la centrale de police (PRAO) de communiquer avec Urgences-santé pour obtenir 6 ambulances additionnelles.
- A 18:03:04, la centrale informe le commandant qu'Urgences-santé ne peut lui garantir 6 ambulances de plus.
- Le commandant demande alors à la centrale de faire les pressions nécessaires car les blessés sont dans le **BESOIN URGENT**.

Pendant ce temps, la répartition cherche désespérément des ressources et loge des appels dans les points de service de secteur, afin de mettre le plus rapidement possible des ressources sur la route.

Au total, les 14 victimes auront été transportées par 10 ambulances en 12 transports.

A cause du potentiel énorme de victimes à l'intérieur de l'École Polytechnique, les 23 minutes d'attente avant l'entrée des ressources santé à l'intérieur auraient dû permettre de regrouper en pré-alerte des effectifs suffisants pour permettre une réponse maximale telle que prévue à l'intérieur du plan de sinistre d'Urgences-santé.

- L'intervention d'Urgences-santé à l'intérieur de la Polytechnique

6 personnes d'Urgences-santé sont entrées dans l'École Polytechnique en se divisant en 2 équipes, une vers le 3^e étage et l'autre vers le 2^e étage.

A cause de l'état de dispersion des blessés ou des décédés et à cause du fractionnement de l'équipe d'intervention d'Urgences-santé, au fur et à mesure que l'on découvrait des victimes encore vivantes, le personnel d'Urgences-santé s'éparpillait et s'occupait à faire du secourisme primaire. Aucun triage coordonné n'a pu être fait, aucune priorité de triage ne fût attribuée aux différentes victimes et, parce que le personnel était occupé à faire du secourisme primaire, aucun transport de victimes en péril n'a pu être effectué avant l'arrivée de ressources supplémentaires à l'intérieur de la Poly.

La présence de premiers répondants, à ce stade, se serait avérée précieuse puisqu'ils auraient pu s'occuper du secourisme primaire permettant aux ressources ambulancières d'effectuer immédiatement le transport des victimes les plus touchées. Malheureusement, il s'écoule de 17:45 à 18:05 avant que des renforts ambulanciers ne se manifeste et que la première victime puisse être évacuée.

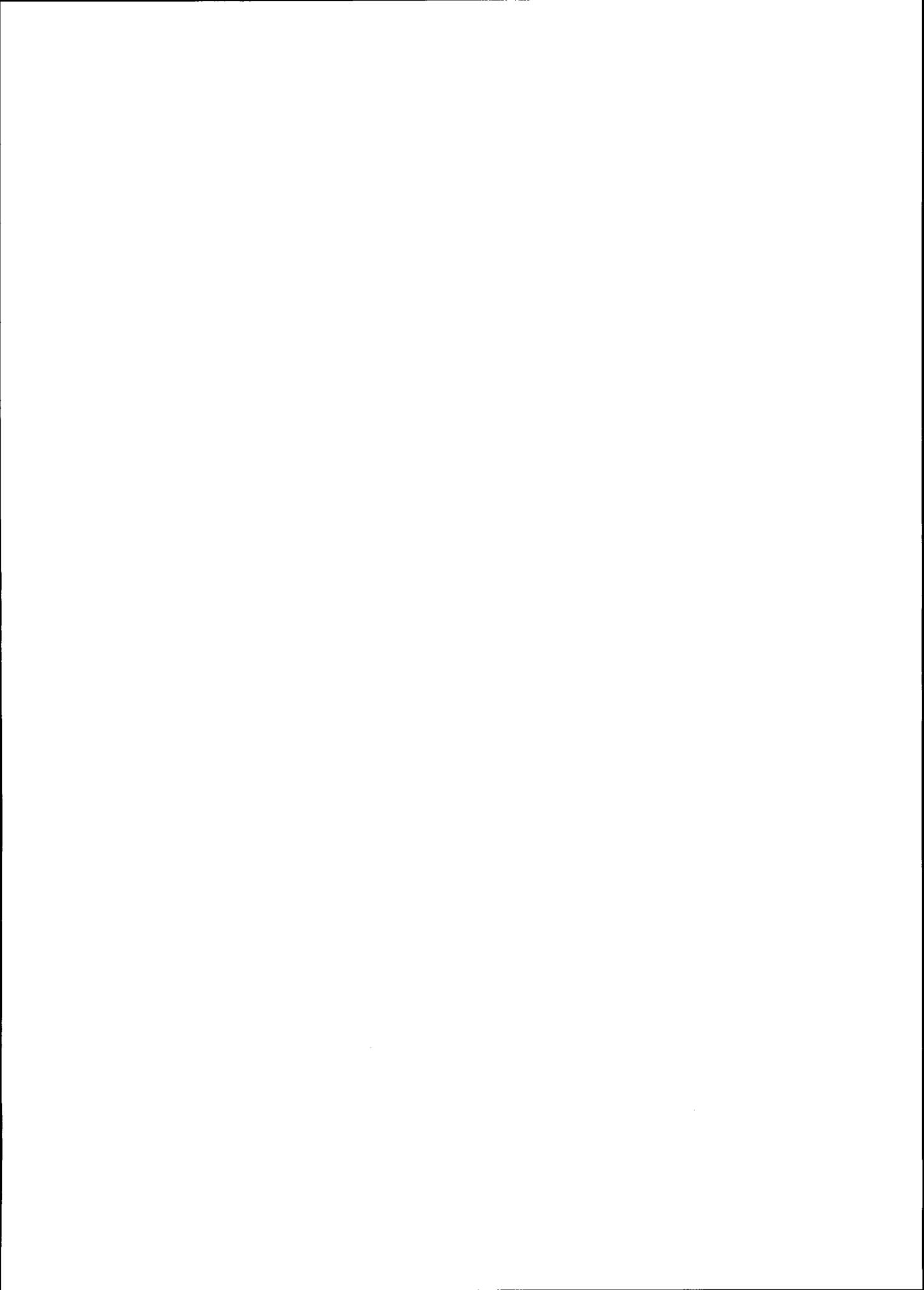
Vers 18:10, une équipe ambulancière supplémentaire apparaît et le médecin au 3^e étage de l'École Polytechnique leur ordonne de transporter immédiatement une victime ayant un pneumothorax. Faisant fi de la prescription médicale, les 2 techniciens ambulanciers abandonnent cette patiente et s'affairent auprès d'une autre victime qui avait une plaie par balle au bras.

A l'intérieur du bâtiment, les effectifs d'Urgences-santé ne peuvent se coordonner puisqu'ils ne peuvent communiquer ni entre eux, ni avec Urgences-santé, ni avec le superviseur, ni avec les policiers. Ils ne peuvent demander de renfort, ils ne peuvent faire de bilan de la situation.

Graduellement, dans l'anarchie la plus totale, au fur et à mesure que les véhicules ambulanciers se présentent sur le site et que leurs équipages parviennent aux victimes blessées, celles-ci sont évacuées de façon aléatoire au gré de l'ordre d'arrivée des ressources de transports. Aucun étiquetage n'a été fait, aucun triage réel n'ayant pu être réalisé; des victimes en détresse sont évacuées après que des victimes stables avec des blessures périphériques soient déjà en route vers les centres hospitaliers.

C'est enfin vers 18:41 que la dernière victime blessée quitte le site de la tuerie soit 56 minutes après l'entrée des premières ressources ambulancières dans le bâtiment et 83 minutes après la première affectation de ressources par Urgences-santé. Cette dernière victime arrivera au centre hospitalier vers 18:56, 98 minutes après la première affectation de ressources.

Les souffrances physiques et morales endurées par les victimes durant ces interminables minutes doivent être considérées dans nos commentaires sur l'efficacité de l'intervention d'Urgences-santé lors des événements de la Polytechnique.



**ANALYSE DU FONCTIONNEMENT HABITUEL
DES INTERVENANTS DIRECTS DANS LE SECTEUR
DES SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE A MONTRÉAL**

CHAPITRE CINQUIEME

- ANALYSE DU FONCTIONNEMENT HABITUEL DES INTERVENANTS DIRECTS DANS LE SECTEUR DES SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE A MONTRÉAL

Pour les fins de l'analyse, 4 composantes du système intégré seront considérées comme des intervenants directs dans le secteur des soins préhospitaliers d'urgence à Montréal:

- le 911;
- Urgences-santé;
- les premiers répondants;
- les centres hospitaliers de courte durée.

Pour une région donnée, lors d'un sinistre, les services préhospitaliers d'urgence interviennent d'abord avec les mêmes ressources que dans le quotidien. Cependant, à cause de l'énorme pression qui s'exerce alors sur ce système, et l'efficacité est diminuée, les faiblesses du quotidien deviennent des lacunes importantes.

Dans le cas des services préhospitaliers d'urgence à Montréal, une quantité importante de faiblesses et de lacunes ont été notées lors de notre analyse des opérations quotidiennes, nous permettant d'expliquer la performance de ce système préhospitalier d'urgence lors des événements de la Polytechnique.

5.1 Le 911

Le 911 à Montréal peut se comparer avec la plupart des structures similaires en Amérique du nord: son temps de réponse rencontre les normes internationales et ses équipements sont des plus modernes.

En regard du mandat santé, nous avons relevé 3 problèmes justifiant des correctifs:

1^o Les adresses fournies par la compagnie de téléphone Bell sont les adresses de facturation et certaines corrections peuvent être nécessaires au masque qui apparaît sur les écrans cathodiques afin de compléter les cartes d'appel. L'obtention des adresses de service, à partir des listes informatiques de la compagnie Bell, serait une amélioration appréciable qui ferait sauver des secondes précieuses dans certains cas d'urgence;

2^o la carte d'appel alphanumérique, complétée par les commis du 911, n'est pas transmise aux utilisateurs, autres que la S.P.C.U.M., parce que ces utilisateurs n'ont pas le support technique requis pour recevoir cette information.

L'utilisation de cette carte alphanumérique ferait gagner de précieuses secondes aux utilisateurs comme les pompiers et Urgences-santé;

3^o l'ordinateur servant à la répartition des appels policiers aurait la capacité de traiter l'ensemble des appels des 3 utilisateurs principaux soit les policiers, les pompiers et le secteur santé.

Son utilisation pour créer une répartition directe assistée par ordinateur pour ces 3 services représenterait une amélioration majeure en regard de l'accessibilité des services d'urgence pour la population.

Cette extension de la répartition assistée par ordinateur accrédirait le message que la C.U.M. diffuse à la télévision sur le rôle du 911:

"Dans une situation d'urgence, chaque seconde compte; c'est pour cela que la C.U.M. met à la disposition de sa population le 911".

5.2 Urgences-santé

La Corporation d'Urgences-santé est née de l'adoption de la Loi 34 modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives en décembre 1988.

L'article 149.5 de cette Loi mandate la Corporation d'Urgences-santé de la région de Montréal métropolitain pour coordonner l'ensemble des services préhospitaliers d'urgence et pour se faire elle doit assurer la réception et la réponse aux appels urgents, la distribution de soins de stabilisation et de transports ambulanciers, l'intervention médicale d'urgence.

Dans un document adopté par le Conseil d'administration le 19 septembre 1989 et amendé par ce Conseil d'administration le 16 janvier 1990 portant le numéro US900116-9, le lecteur pourra trouver la mission d'Urgences-santé, son mandat légal et ses responsabilités, la déclaration de principe ainsi que sa philosophie de gestion (Annexe D).

Dans ce document majeur et dans son rapport annuel 89-90, Urgences-santé insiste sur la qualité et l'efficacité des services, le développement des ressources humaines et la collaboration avec les partenaires.

Cependant, les entrevues que nous avons menées, l'analyse des documents que nous avons faite, l'observation du fonctionnement quotidien d'Urgences-santé ne nous ont pas permis de retrouver dans ses opérations, la concrétisation de la déclaration de principe et des éléments de la philosophie de gestion énoncés dans la résolution du Conseil d'administration datée du 16 janvier 1990.

Il serait souhaitable que la visite du groupe d'enquête De Coster ait motivé Urgences-santé à accélérer le processus de production de certains éléments essentiels à un fonctionnement minimal décent

dans un système préhospitalier d'urgence notamment la rédaction de protocoles cliniques d'interventions et de protocoles opérationnels, de la création de dossiers cliniques préhospitaliers pour les interventions d'urgence, de la création de critères objectifs de performance en terme de temps de réponse, en terme de survie post-arrêt cardiaque, en terme de durée d'intervention sur le site, etc...

Nous voulons de plus informer les lecteurs que des témoins nous ont avisé qu'ils étaient victimes de pressions et qu'ils devaient par conséquent déposer dans l'anonymat le plus formel.

Sauf quelques exceptions, tous les témoins du secteur santé ont donc été entendus en présence d'au moins 2 membres du groupe d'enquête; tenant compte du climat de lutte de pouvoirs entre les différents groupes d'employés à Urgences-santé, des représentants de chacun des syndicats ont été rencontrés dans le cadre de l'enquête.

L'ensemble du personnel d'Urgences-santé que nous avons rencontré a eu une attitude très positive et a manifesté une volonté de changement surtout en ce qui a trait à la création de critères et de normes permettant l'évaluation mesurable de la performance de la Corporation d'Urgences-santé.

Cependant, nous n'avons pas perçu la même tendance dans nos rencontres avec la Direction et certains cadres supérieurs, pas plus que nous avons senti chez-eux une philosophie de gestion qui était axée sur la qualité du service aux bénéficiaires.

Le Directeur médical nous a cependant convaincu de ses objectifs de qualité et, pour peu qu'on lui en donne le mandat et les moyens, nous croyons qu'il pourra imposer à cette entreprise de transport qu'est Urgences-santé, des objectifs santé et un contrôle de qualité qui y sont absents actuellement.

Dans la réalité quotidienne, les bénéficiaires, demandeurs de soins préhospitaliers d'urgence, sont abandonnés à un système où les intervenants sont laissés à eux-mêmes, habituellement sans encadrement professionnel, sans intégration ni lien réel avec le réseau de la santé ou avec les autres intervenants du service d'urgence, policiers ou pompiers.

Ils agissent sans protocole, posent des gestes qui souvent ne leur sont pas délégués et pour lesquels la notion d'imputabilité est inexistante.

Encore heureux qu'à Montréal, dans certains interventions, des médecins fassent partie des intervenants; cependant, encore faudrait-il que leur autorité soit acceptée et que leur leadership permette le contrôle de l'anarchie préhospitalière.

L'implantation d'un contrôle médical prospectif (planification, formation, protocoles), immédiat (validation des interventions terrains, supervision directe via la centrale, intervention médicale lors de problème situationnel) et rétrospectif (examen des dossiers d'intervention, évaluation de la performance, étude des mortalités, formation continue) est le seul moyen éprouvé pour donner aux bénéficiaires un minimum de responsabilisation et de prise en charge dans le secteur préhospitalier (4).

Sur l'aspect des opérations, notre analyse du fonctionnement quotidien d'Urgences-santé a porté sur les services suivants:

- Le service infirmier;
- le service inter-hospitalier;
- le service de la répartition;

- le service ambulancier;
- le service médical.

5.2.1 Le service infirmier

Le service infirmier a comme rôle de recevoir les appels du public et les traiter, qu'il s'agisse d'un envoi de ressources face à un besoin urgent ou qu'il s'agisse d'un conseil-santé ou d'une orientation vers une ressource de la Santé et des Services sociaux.

Le support technologique dont bénéficie le service infirmier se situe entre l'âge de pierre et les temps modernes: sauf l'aide d'un écran plasma affichant l'adresse de facturation du service téléphonique de l'appelant, la fiche d'appel est complétée manuellement et sa transmission au service de la répartition est tout aussi athlétique.

En plus des lacunes technologiques, 3 niveaux de problèmes opérationnels ont été identifiés au niveau du service infirmier:

- le triage;
- Info-santé;
- la priorisation.

5.2.1.1 Le triage

Le triage est le moyen par lequel des infirmières évaluent l'importance des demandes du public et décident de l'envoi de ressources spécifiques.

Héritage des objectifs de 1981 de gestion des abus, le triage n'a pas su s'adapter au fait que, dès 1983-1984, les abus étaient sous contrôle.

Le triage trouve la raison de son maintien dans la rationalisation des coûts par la restriction d'envoi de ressources et l'orientation des demandes vers d'autres services du réseau Santé et Services sociaux.

En allongeant la durée de la prise d'appels, cet objectif de rationalisation des coûts se fait au dépend de l'accessibilité des soins préhospitaliers d'urgence pour la population. Un simple regard sur les temps de réponse interne à Urgences-santé en est la preuve la plus évidente (Annexe E).

Par le triage, le demandeur porte le fardeau de la preuve et doit prouver que son besoin est réel et suffisamment grand pour justifier l'envoi de ressources d'urgence; dans les sociétés occidentales modernes le fardeau de cette preuve porte sur le système qui doit prouver que le demandeur n'a plus besoin des ressources urgentes (5).

Avec la Loi 34, Urgences-santé a même sollicité un avis légal soutenant son attitude de refus d'envoi de ressources suite à certaines demandes interprétées comme non justifiées (Annexe F). Il serait cependant intéressant de pousser le débat plus loin et de vérifier si

cette attitude ne contrevient à l'article 2 de la Charte québécoise des droits et libertés qui spécifie:

"Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours, toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate..."

La philosophie de restriction de l'accès aux ressources d'urgence à Urgences-santé donne raison au coroner Marc-André Boulianne qui, sur le réseau Radio-Canada à l'émission Enjeux, affirmait que "pour lui en cas de besoin il prendra un taxi".

Au niveau de la prise d'appel, le mode opérationnel d'Urgences-santé est l'antithèse de ce que doit être un système moderne de soins préhospitaliers d'urgence. Bien que le triage rencontre certains objectifs d'économie de ressources, ce ne sont pas là les objectifs premiers d'un service public dont l'action doit être centrée sur la survie des demandeurs, sur une efficacité mesurable en terme de temps de réponse court et en une diminution de la mortalité, de la morbidité et des souffrances et non pas seulement en dollars sauvés.

Les seules études évaluant la performance d'Urgences-santé montrent que celles-ci soulèvent des questions fondamentales sur l'efficacité du système montréalais et suggèrent des corrections majeures pour atteindre l'objectif

premier de sauver la vie des demandeurs et de diminuer leurs souffrances (Annexe G) (6,7).

5.2.1.2 Info-santé

Par l'utilisation du service 911 pour fournir de l'information réseau et pour exercer une activité conseil nursing, Urgences-santé confond le 911 avec le 411.

Cette activité Info-santé représente environ 50% des appels 911, et comme la durée de ces appels informatifs est plus longue que la durée des appels urgents, Info-santé génère une file d'attente au 911 (Annexe H).

Le 911, encombré de la file d'attente (file 210), rempli une carte d'appel, coupe la communication, informe Urgences-santé de ses appels abandonnés qui sont au nombre d'environ 300 par mois actuellement (Annexe I).

Urgences-santé rappelle alors les demandeurs abandonnés et traite leurs demandes avec des retards préjudiciables.

C'est ainsi que dans un témoignage, il a été mis en preuve que des victimes, avec des conditions médicales très urgentes, ont dû attendre de 12 à 15 minutes avant d'être rappelées par Urgences-santé. En confondant 911 et 411, Urgences-santé encombre le 911, cause une file d'attente, génère des appels abandonnés, retarde le traitements d'appels urgents et, à la limite, se place dans une position où des décès

peuvent survenir faute d'un traitement immédiat de leur demande de soins.

Il appartient à Urgences-santé de remplir son mandat et prouver que les appels abandonnés ne causent pas de préjudice à l'accessibilité des soins pour la population.

5.2.1.3 La priorisation

Chez Urgences-santé, la priorisation consiste au retriage des appels afin de compenser pour un manque de ressources ambulancières à la répartition. Il existe même de la priorisation phase II où l'on procède au retriage des appels affectés en STAT c'est-à-dire extrême urgence.

Dans l'ensemble des témoignages entendus à ce sujet, la priorisation, telle que pratiquée à Urgences-santé, est considérée comme immorale parce que les décisions sont fondées sur les ressources ambulancières et non pas sur les besoins de la population.

Comme les ressources se font parfois très rares, moins de 10 ambulances pour tout le territoire (735 kilomètres carrés et 1.1 millions de population), et même totalement inexistante à l'occasion, la priorisation devient le camouflage avec lequel Urgences-santé cache son incapacité de gérer sa flotte ambulancière au détriment de la santé de la population (Annexe J).

Cette attitude d'Urgences-santé a été décriée par le personnel du module infirmier et du module de répartition (Annexe K) et a fait l'objet d'un document produit par le syndicat des employés d'Urgences-santé, présenté à son p.d.g. en janvier 1990 (Annexe L).

La problématique profonde du manque de ressources ambulancières serait aussi directement liée à une mauvaise gestion des horaires du personnel ambulancier et de la flotte de véhicules, à une indiscipline flagrante du personnel et à un manque de contrôle des activités terrains.

Pour l'ensemble des employés d'Urgences-santé, la priorisation est un scandale qui reflète bien l'absence d'objectifs santé d'Urgences-santé.

5.2.2 Le service inter-hospitaliers

3 aspects du fonctionnement du service inter-hospitaliers justifient des commentaires.

D'abord, il nous apparaît injuste d'accepter que toutes les demandes de transports inter-hospitaliers soient d'emblée considérées comme justifiées alors que les demandes du public subissent un triage serré.

Ensuite, il nous apparaît anormal que la priorité d'urgence soit déterminée par l'établissement demandeur.

Enfin, il nous apparaît nettement dangereux, pour la qualité du service d'urgence, de dégarnir les points rouges normalement couverts par des véhicules ambulances en attente d'urgences et ainsi avoir un nombre de véhicules

d'urgence disponibles inférieur au seuil critique minimal de 23 déterminé par une étude de l'Université de Montréal en 1983.

L'utilisation d'une flotte unique pour l'urgent et le non urgent ne doit pas compromettre le seuil critique des véhicules d'urgence, en attente stratégique, au profit du transport inter-hospitaliers sélectif.

Une telle pratique pourrait s'avérer néfaste en cas de sinistres.

5.2.3 Le service de la répartition

Le service de la répartition est le système nerveux central de la chaîne d'interventions dans le service de soins préhospitaliers d'urgence; tout le déroulement d'une intervention du début à la fin est en quelque sorte coordonné par le service de la répartition, et ceci à toutes les étapes.

Tout d'abord, sur le plan technologique, les outils qu'Urgences-santé met à la disposition de ses répartiteurs et répartitrices datent de l'époque des cavernes.

Ce service n'est pas informatisé et toutes les informations reçues du service infirmier lui sont transmises de façon manuscrite et sont gérées par les répartiteurs et répartitrices de façon manuelle sur un grand tableau magnétique. Le seul support informatique que l'on retrouve dans ce service se situe au niveau de la gestion des destinations vers les établissements (OMER).

La tâche du répartiteur peut se diviser en 2 grandes opérations: la première consiste dans le choix des ressources nécessaires, en l'affectation du véhicule concerné

et au transfert des communications de ce véhicule au groupe radio qui va lui fournir l'encadrement. Cette tâche de sélectionner la ressource et de l'affecter s'appelle la répartition sur la fréquence primaire. La seconde est l'encadrement au cours de l'intervention et constitue la répartition sur la fréquence secondaire. C'est aussi au niveau de la fréquence primaire que les répartiteurs effectueront la relocalisation des véhicules disponibles afin d'assurer une couverture territoriale adéquate.

Toute l'opération de la répartition, que ce soit au niveau de la fréquence primaire ou de la fréquence secondaire exploite au maximum la mémoire et l'expérience des répartiteurs, qui ne peuvent absolument pas bénéficier d'un support technique autre que leur plaquette aimantée. Dans un tel contexte, gérer une flotte qui varie entre 50 et 80 véhicules sur un territoire de 735 kilomètres carrés desservant une population de 2.1 millions tient du prodige.

Les équipements radios dont sont dotées les équipes terrains ne permettent pas de garder contact avec la répartition lorsque les équipes sont à l'extérieur de leurs véhicules. Cette lacune pose d'énormes problèmes puisque dès qu'une équipe est affectée à une mission et qu'elle quitte son véhicule, elle ne peut plus être rejointe pour une modification urgente d'affectation et ainsi contribue au problème de la disponibilité des ressources.

Le problème de la gestion d'une flotte unique pour le transport inter-hospitaliers et pour les transports urgents est ainsi accentué par le fait que toute réaffectation d'une équipe ambulancière est impossible si cette équipe n'est pas à l'intérieur de son véhicule.

Cet aspect particulier a grandement contribué au manque de disponibilité de véhicules lors des événements de la Polytechnique.

Finalement, les problèmes de congestion des urgences dans les centres hospitaliers de courte durée à Montréal ne sont pas sans compliquer la tâche des répartiteurs qui doivent, à partir des données fournies par le logiciel OMER, gérer les détournements vers les centres les moins congestionnés.

En résumé, les problèmes d'absence d'informatisation de la centrale de répartition, les problèmes de communication, les problèmes de gestion d'une flotte unique à la fois pour l'urgent et l'inter-hospitaliers, les problèmes de congestion des salles d'urgence, tous ces problèmes contribuent à rendre l'opération quotidienne du service de répartition un cauchemar qui exploite au maximum les ressources intellectuelles des répartiteurs.

Ce cauchemar quotidien, vécu par ces employés d'Urgences-santé, a eu des conséquences négatives importantes lors de l'intervention à l'École Polytechnique.

Un système de soins préhospitaliers d'urgence forme une chaîne qui a la force du plus faible de ses maillons; les lacunes identifiées à la répartition, qui est le centre névralgique du fonctionnement du système, ont un effet négatif majeur sur l'efficacité globale du service à Urgences-santé.

5.2.4 Le service ambulancier

Les problèmes associés avec le service ambulancier peuvent être classés en 2 grandes catégories soit:

- les problèmes de gestion de la flotte ambulancière; et
- les problèmes de gestion du personnel ambulancier.

Toute une série de problèmes ont été soulevés et nous en extrayons une série de 10 qui ont été soumis au Président directeur général de la Corporation d'Urgences-santé en janvier 1990 (Annexe L):

1. 15 à 20% des horaires d'ambulance des techniciens ambulanciers ne sont pas comblés quotidiennement;
2. la gestion des horaires des techniciens ambulanciers est déficiente;
3. le nombre des véhicules se rapportant non disponibles, pendant leur horaire de travail, est trop élevé;
4. les techniciens ambulanciers utilisent une période de temps additionnelle à leur période de repas;
5. les heures passées à l'intérieur des centres hospitaliers représentent une perte de productivité effarente;
6. le temps passé à effectuer un appel inter-établissement est trop élevé;
7. un système permettant à un technicien ambulancier de choisir son véhicule par ancienneté s'avère désastreux en raison du retard occasionné pour remettre cette ambulance en disponibilité;

8. les retenues de civières dans les centres hospitaliers représentent une perte de productivité très importante;
9. les transports de patients vers les hôpitaux périphériques et hors régions par les véhicules de la flotte s'éternisent et diminuent l'efficacité;
10. le nombre de véhicules sur la flotte ne peut répondre à tous les appels d'alarme du module infirmier.

On nous mentionne aussi le manque de contrôle des 10-06 c'est-à-dire des véhicules qui se rendent non disponibles. Il est constaté que le nombre de véhicules hors service est trop élevé, la plupart des véhicules étant neufs. Aucun contrôle ne serait effectué par un responsable sur la légitimité des non disponibilités. C'est ainsi que sur un quart de travail normal de 7:30 à 15:30, en moyenne plus de 30% des véhicules se déclarent non disponibles. Les principales raisons invoquées sont:

- des problèmes personnels;
- de la maladie;
- des raisons reliées à des problèmes mécaniques.

Il est intéressant de noter que les véhicules se déclarant non disponibles en fin de quart le font en moyenne 1 heures 49 minutes avant la fin de ce quart. De façon globales, les véhicules reviennent disponibles sur la route après une moyenne de 55.9 minutes d'absence.

Il a même été suggéré de mettre sur pied un registre des véhicules hors services tenu par la répartition. Pour ce faire, on suggérerait l'installation d'un terminal sur le

bureau du chef d'équipe de la répartition qui enregistrerait les données pertinentes, notamment la raison de la non disponibilité afin d'établir des statistiques en regard du nombre de véhicules hors service.

Un autre exemple, serait la gestion des périodes de repas où la majorité des techniciens prendrait plus ou moins 45 minutes de repas. Cette pratique fait que si les 80 véhicules ambulanciers prennent 15 minutes de plus par repas, il en résulte une perte de disponibilité de 20 heures par quart de travail. Ce nombre d'heures de non disponibilité a un effet direct sur la quantité de véhicules qui peuvent effectuer des interventions surtout aux heures de pointe où se situe les repas.

Il n'y aurait aussi aucun contrôle qui est fait entre le temps où un technicien se rapporte arrivé dans un hôpital (10-17) et le moment où il se rapporte disponible (10-05).

On nous souligne aussi de la non productivité des appels inter-établissements et l'on nous suggère même d'avoir dans la flotte ambulancière, des véhicules conçus pour le transport multipatients.

L'ensemble de ces problèmes de gestion de flotte et de ces problèmes de gestion du personnel a des effets directs majeurs sur la disponibilité des ressources. Dans le quotidien, aux heures de pointe, ces problèmes de gestion entraînent de la priorisation, dans une situation de sinistre comme la situation vécue lors des événements de la Polytechnique, ils précipitent une diminution de l'efficacité et, dans le cas particulier des arrêts cardiaques, peuvent signifier la mort de citoyens.

Il nous apparaît trop facile de sursimplifier le problème et d'attribuer tous les problèmes de manque de ressources au fait que les véhicules ont besoin d'être modernisés ou que l'on manque de personnel. Il faudrait avant tout optimiser la gestion de la flotte et du personnel avant d'en arriver à cette conclusion. N'oublions pas l'article 149.5 de la Loi sur les services de la santé et des services sociaux confie à Urgences-santé le mandat d'organiser et de coordonner un système préhospitalier d'urgence comprenant le transport ambulancier en vue de favoriser l'accès aux services de santé.

L'organisation des ressources ambulancières relève donc de la Corporation d'Urgences-santé et non pas des infirmières ou des répartiteurs.

Dans un avis légal signé par monsieur Chantal Roy de l'étude Desjardins et Ducharme en date du 15 juin 1990, on peut lire en page 9, 3^e paragraphe (Annexe F):

"Toutefois, Urgences-santé devra, quant à elle, répondre d'un préjudice causé par le manque de ressources ambulancières. Il faudrait alors évaluer si elle a fait preuve de diligence dans l'organisation et l'administration d'un système préhospitalier d'urgence. A titre d'exemple, elle pourrait être appelée à répondre à l'évaluation qu'elle aurait faite du nombre de véhicules ambulanciers nécessaires pour desservir son territoire."

De plus, en page 10, 2^e paragraphe, on peut lire:

"Ainsi, Urgences-santé a l'obligation de coordonner de façon diligente un système préhospitalier d'urgence. Elle doit également répondre de la négligence de ses préposés..."

5.2.5 Le service médical

Les commentaires que nous avons recueillis au sujet du rôle des médecins dans les opérations quotidiennes sont très controversés et même contradictoires.

Certains considèrent que les médecins devraient être retirés des interventions terrains et exercer seulement un contrôle direct en encadrant les interventions via la répartition ("ON LINE MEDICAL CONTROL").

D'autres pensent que les médecins devraient ne faire que de l'activité terrain mais en divisant les ressources en 2 groupes:

- Un premier groupe pour faire de la pratique générale à domicile (semi-urgent et/ou électif) (S.O.S. MÉDECIN);
- un deuxième groupe pour faire de l'urgentologie lors des interventions très graves (SAMU).

Certains, enfin, préfèrent un statu quo.

Pour les fins de notre analyse, nous allons considérer le rôle des médecins de service, le rôle des médecins inscrits, le rôle hiérarchique des médecins dans les problèmes situationnels et les désastres, et le rôle du médecin coordonnateur, du directeur médical.

5.2.5.1 Le rôle des médecins de service

Le rôle des médecins de service nous est apparu trop discret et nous ne pensons pas qu'ils rendent à la population la prestation qu'on

attend d'eux: il n'y a qu'un très faible pourcentage des problèmes qui leur sont acheminés; ils sont les complices impuissants de la priorisation qui, en soit, est un fonctionnement immoral; ils endossent des annulations de transports; en fait, ils ne servent qu'à valider les cas litigieux; ils n'offrent aucun encadrement médical aux interventions ambulancières.

5.2.5.2 Le rôle des médecins inscrits

Régulièrement, à Urgences-santé, le médecin inscrit est employé à toutes les sauces, soit des visites à domicile pour des cas douteux, soit pour la validation de refus de traitements soit pour des problèmes psychiatriques souvent associés à la désinstitutionalisation.

Pendant que les médecins inscrits sont ainsi occupés à des tâches de routine, les arrêts cardiaques, les détresses respiratoires, les polytraumatisés sont traités par les ambulanciers sans qu'aucun médecin ne puisse y être affecté puisque non disponible, étant occupé aux interventions non-urgentes.

Le cas des arrêts cardiaques dans les extrémités du territoire est particulièrement pathétique; dans l'ensemble 50% des appels urgents ne sont pas couverts par des médecins.

Dans les interventions avec ressources multiples, le manque de coordination et de hiérarchie entre les différentes ressources complique la prestation des soins médicaux aux victimes.

Suite à la publication par des chercheurs du département d'épidémiologie et de biostatistiques de la Faculté de médecine de l'Université McGill, d'un document intitulé "Evaluation of Prehospital Trauma Care in Montréal" et concluant que les soins avancés prodigués par les médecins en préhospitalier n'amélioreraient pas la survie, certains médecins eux-mêmes se questionnent sur la pertinence de leurs interventions sur le terrain (Annexe M).

5.2.5.3 Le rôle hiérarchique des médecins dans les problèmes situationnels et les désastres

La prestation des médecins lors des problèmes situationnels et des désastres a été soulevé par plusieurs témoins, l'absence de cours structurés sur le triage et l'absence de simulation ont été mis au premier plan comme facteur négatif en regard de la performance des médecins.

Nous rappelant que le leadership ne s'apprend pas, un témoin nous a souligné qu'aucun leader n'est identifié à l'intérieur de la cohorte de médecins inscrits à Urgences-santé et que même, si des plans théoriques existent, ils ne sont pas lus ou même diffusés.

Les relations entre les techniciens ambulanciers et les médecins ont été portées à notre attention et l'existence d'une hiérarchie médicale a été posée comme condition essentielle pour améliorer les prestations lors des

interventions situationnelles ou dans les désastres.

5.2.5.4 Le rôle du médecin coordonnateur

Le rôle du médecin coordonnateur est clairement identifié aux termes de la convention qui régit son engagement et ses conditions de travail.

Son rôle en tant que gestionnaire des horaires des équipes médicales ainsi que son influence disciplinaire sur les médecins à travers le Bureau médical nous semblent évidents.

Cependant, la distinction reste à faire entre ce rôle disciplinaire et le rôle du Directeur médical comme gestionnaire de la qualité des soins à l'intérieur de l'organisation d'Urgences-santé. Ces rôles semblent souffrir de zones grises pour ne pas dire de superpositions. Il nous apparaît évident que des conflits de juridiction entre ces 2 autorités nuisent à la prestation globale des soins médicaux à Urgences-santé.

Le rôle de l'un et de l'autre mériteraient d'être précisé surtout dans le contexte où un contrôle médical serré doit être exercé dans toutes les activités des différents groupes d'employés à Urgences-santé.

Dans le contexte actuel, nous ne croyons pas que ni le Directeur médical ni le médecin coordonnateur soient en mesure d'assurer la qualité des actes médicaux posés par les médecins inscrits, notamment à cause de l'absence

de protocoles d'interventions cliniques et à cause que plusieurs des médecins intervenants sur le terrain n'ont pas de formation particulière en traumatologie ou en intervention lors de sinistres.

5.3 Les premiers répondants

On définit les premiers répondants comme étant le premier groupe d'individus formés et désignés pour fournir une assistance médicale dans les urgences. Leur degré de formation peut varier selon les différentes juridictions mais inclus obligatoirement des notions minimales sur le secourisme, sur le maintien des voies respiratoires, sur le contrôle de la colonne cervicale, sur une assistance de la ventilation, sur une assistance de la circulation, sur le contrôle des hémorragies et, enfin, sur le déplacement des victimes.

La formation de base recommandée par le département du transport fédéral aux États-Unis comprend un minimum de 40 heures de cours.

Le terme de premier répondant ne doit pas référer au premier passant ou curieux qui, témoin d'un événement, prête assistance aux victimes. Ce type d'assistant ou d'intervenant devrait être plus correctement appelé "l'aide par les passants" ou tout simplement "les bons samaritains".

Pour offrir une couverture maximale en des temps de réponse minimaux, l'utilisation des disponibilités existantes est un élément important dans la planification d'un système de soins préhospitaliers d'urgence, devant couvrir l'ensemble d'un territoire sans pour autant avoir à créer des structures parallèles coûteuses et inefficaces.

Il faut réaliser qu'au Québec, il y a 937 services d'incendie desservant plus de 1500 municipalités et que de fait, l'ensemble du territoire québécois habité est protégé contre les incendies.

LA TRAGÉDIE DU 6 DÉCEMBRE 1989 À L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE MONTRÉAL

GROUPE DE TRAVAIL DECOSTER

EXTRAIT DU RAPPORT DE M. SERGE COSSETTE



Desjardins

L'incroyable force de la coopération.

NOTES

La Tragedie du 6 decembre
1989 à l'École Polytechnique
à Montréal

Groupe de travail
Ueloster

Extrait du rapport
M Serge Casselle



L'utilisation de ce papier recyclé à 100% aide à protéger l'environnement.

3.3 Urgences-Santé

Urgences-Santé effectue présentement la réception des appels en provenance du 9-1-1 pour des services médicaux d'urgence, la validation des coordonnées de provenance des appels, un premier tri entre les appels de demande d'intervention des services préhospitaliers et de demande d'information (Info-Santé), un second tri entre l'urgent et le non-urgent, la répartition des ressources et l'intervention auprès du bénéficiaire, la désignation des centres hospitaliers d'urgence receveurs et l'acheminement des patients à ces derniers. Il doit aussi effectuer le transport inter-hospitalier requis sur le territoire.

3.3.1 Les modules de communication

Les principaux modules de communication à Urgences-Santé sont :

- la réception des appels

les appels sont reçus à Urgences-Santé par les services infirmiers à l'aide de consoles téléphoniques raccordées à l'autocommutateur téléphonique du 9-1-1. En conséquence, les fonctions de gestion de la réception des appels de 9-1-1 sont aussi disponibles à Urgences-Santé.

les appels pour le transport inter-hospitalier sont reçus par des préposés indépendants des services infirmiers par l'entremise de l'autocommutateur téléphonique d'Urgences-Santé indépendant de celui du 9-1-1.

- l'identification de la provenance de l'appel

les données du système d'identification des appels du 9-1-1 sont disponibles aux services infirmiers.

- les tris

l'acheminement au 9-1-1 des appels pour Info-Santé force le personnel infirmier à faire un premier tri pour identifier les appels nécessitant l'envoi de ressources pré-hospitalières versus les demandes d'information, ce qui occasionne des délais indûs.

par la suite, un second tri est effectué pour identifier le degré d'urgence relié à l'envoi des ressources.

- la répartition des ressources

la répartition des ressources exige la connaissance de l'inventaire et de la localisation des ressources disponibles. Cette information à Urgences-Santé est distribuée sur des cartes topographiques sur lesquelles sont posés des aimants, sur des formulaires et dans la tête des répartiteurs. Il n'existe pas d'aide à la répartition informatisée, ce qui pourrait améliorer l'efficacité de cette dernière.

- l'intervention

lors d'une intervention des communications radio sont disponibles entre le véhicule ambulancier et la répartition, par contre il n'y a pas de communications avec la répartition pour l'ambulancier hors de son véhicule. En conséquence, ce dernier doit retourner à son véhicule ou dénicher un appareil téléphonique s'il y a nécessité de communiquer, ce qui est une source de délais supplémentaires et peut laisser l'ambulancier sans protection dans des situations occasionnellement difficiles.

- la désignation des salles d'urgences

lors de la désignation des salles d'urgence pour la réception des bénéficiaires l'on utilise un logiciel d'aide à la décision (OMER), qui malheureusement contient une information incomplète, ce qui amène des décisions qui ne sont pas nécessairement optimum compte tenu des disponibilités des salles d'urgence.

- le transport du bénéficiaire

lorsque le patient a été pris en charge, les moyens de radiocommunication entre l'ambulance et la répartition sont disponibles mais il n'y a pas de communications directes entre l'ambulance et les centres hospitaliers receveurs.

3.3.2 Les réponses aux questions du coroner

Nous trouverons ci-après les commentaires et réponses, concernant les communications, aux questions du coroner à l'égard d'Urgences-Santé.

Puisqu'il appert des premiers appels que reçoit Urgences-Santé qu'il s'agit d'un événement exigeant l'intervention immédiate des policiers et compte tenu qu'ils proviennent directement des usagers plutôt que du centre 9-1-1, pourquoi Urgences-Santé ne prend-t-elle pas sans délai des dispositions pour informer le S.I.T.I. (SPCUM)?

La réception des appels de services (urgences et Info-Santé) à Urgences-Santé est faite par les services infirmiers, par l'entremise de consoles téléphoniques raccordées au commutateur du 9-1-1, qui constituent la seule porte d'entrée pour le public. Par contre, il est facile de confondre un appel comme provenant directement du public, même s'il origine du 9-1-1, dû au mode opérationnel en place.

En effet, lors de la réception d'un appel au 9-1-1 qui exige les services d'Urgences-Santé, l'utilisateur est transféré directement à ces derniers s'il s'agit d'un recours simple ou est mis en appel conférence avec Urgences-Santé (le préposé du 9-1-1 continuant à remplir sa fiche d'appel) s'il s'agit d'un recours multiple. En conséquence, le S.I.T.I. est avisé par le 9-1-1 lorsque requis.

N'y a-t-il pas lieu qu'Urgences-Santé puisse du nom d'un édifice public, faire en sorte de pouvoir le localiser immédiatement, à tout le moins quant aux édifices importants en nombre d'utilisateurs?

Ce sujet fait l'objet de recommandations à l'article 3.2.4 et sera repris lorsque nous traiterons des "Interventions multiples" (chapitre 3.6). Les recommandations, si appliquées, permettront de rendre l'information de localisation des édifices publics disponible à l'ensemble des intervenants.

Quels sont les équipements devant être spécialement utilisés lorsque le plan de sinistre est appliqué?

Quels sont les dispositifs de communication?

Les dispositifs de communication requis devraient être les mêmes que ceux utilisés lors des opérations normales. Les systèmes de communication mis en place devraient avoir été conçus avec les caractéristiques nécessaires et les capacités suffisantes pour acheminer le surcroît de communications requis lors de sinistre.

Les dispositifs doivent permettre les communications pour répondre aux besoins de chacun des intervenants ainsi qu'aux besoins des intervenants entre eux. Un exemple de réseau de radio-communications pouvant être mis en place sera explicité à l'item 3.6.3 "Recommandations" du chapitre 3.6 "Interventions multiples".

Sont-ils fonctionnels à l'intérieur des édifices?

Les équipements doivent être fonctionnels non seulement à l'intérieur des édifices, mais aussi entre l'intérieur et l'extérieur. Des véhicules répéteurs ou des stations

répétitrices portatives devraient être rendus disponibles aux responsables ambulanciers pour les cas où ce type de communications s'effectue difficilement.

Les recommandations concernant "Urgences-Santé" et les "Interventions multiples" tiendront compte de ces préoccupations.

3.3.3 La problématique

Si nous examinons pour débiter les principaux éléments de la problématique qui ont un impact sur la compression du temps et la qualité de l'information, nous constatons :

- que les temps d'attente avant la prise d'appels sont trop longs à certaines périodes;
- que le tri et le traitement des appels pour Info-Santé occasionne un délai supplémentaire; utilise des ressources d'urgence pour le non-urgent et a un effet sur leur disponibilité;
- que l'acheminement des fiches par messenger est source de délais supplémentaires et que le complètement manuel des fiches d'appels est occasionnellement source de confusion;
- que la répartition manuelle des ressources d'intervention et l'absence de contrôle sur ces dernières rendent impossible une gestion optimale, d'où impact sur les temps d'intervention;

- que le système d'identification de l'origine des appels étant celui du 9-1-1, nous y retrouvons la même problématique qui contribue occasionnellement à l'augmentation des délais d'intervention; c'est-à-dire les coordonnées de l'adresse de facturation plutôt que de localisation des appareils et l'absence de coordonnées pour les appareils téléphoniques reliés à un autocommutateur privé;
- l'absence de moyens de communication pour les ressources terrain leur permettant de communiquer hors de leur véhicule, entre eux ou avec la répartition;
- des difficultés à obtenir l'information pertinente et actualisée aux fins de déterminer le centre hospitalier receveur adéquat;
- l'absence de moyens de communication entre les ressources terrain et les salles d'urgence (centres hospitaliers);
- l'obligation pour les ressources terrain de changer de groupe radio pour communiquer, en fonction des tâches ou fonctions auxquelles elles sont affectées, qui occasionne des difficultés opérationnelles;
- une congestion occasionnelle des communications radio;
- l'absence de moyens de communication pour les interventions ou les transports interrégionaux.

Par la suite si nous nous intéressons à l'accessibilité et la fiabilité des communications, nous découvrons :

- un système de radiocommunications conçu en fonction de normes commerciales plutôt que de normes pour services publics, ce qui résulte en:
 - une absence de génératrice de secours en cas de panne électrique au site répéteur du Mont-Royal;
 - une non disponibilité occasionnelle des moyens de communication;
 - une installation non sécuritaire des radios aux locaux d'Urgences-Santé;
- que les locaux d'Urgences-Santé pour les équipements de communication sont situés au sous-sol et vulnérables aux inondations;
- que les câbles téléphoniques reliant les consoles cheminent dans les corridors du sous-sol et sont très vulnérables au vandalisme.

3.3.3.1 La Polytechnique

L'événement de Polytechnique a fait ressortir avec acuité la déficience des moyens de communication pour Urgences-Santé et a eu un impact indéniable sur le déroulement des événements, que l'on songe aux :

- difficultés d'identification du lieu de l'événement;
- difficultés de coordination des ambulanciers entre eux dû à l'absence de communications à l'intérieur de l'édifice;
- difficultés de coordination entre les ambulanciers, les coordonnateurs et la centrale dû à l'absence de communications entre l'intérieur et l'extérieur de l'édifice;
- difficultés de coordination entre le responsable des opérations de la SPCUM et le coordonnateur d'Urgences-Santé dû à l'absence de moyens de communication;
- difficultés pour rejoindre le personnel en quantité suffisante.

3.3.4 Les recommandations

Afin d'améliorer la performance d'Urgences-Santé en vue de l'atteinte de l'objectif de sauver des vies, exprimé au début du présent document, nous recommandons :

- d'éliminer l'accès à Info-santé par le 9-1-1 et informer le public en conséquence;
- que les appels pour Info-santé aient leur propre file d'attente et soient reçus et traités par du personnel différent de celui affecté aux demandes d'intervention d'Urgences-Santé;
- que les performances du temps de réponse aux appels de demande d'intervention soient gérées de très près et que l'on prenne les dispositions pour s'assurer de la capacité de réponse requise lors de pointe d'achalandage, afin d'éliminer les appels abandonnés;
- que des ententes soient prises avec la Communauté urbaine de Montréal pour se donner les moyens de transférer les cartes d'appel alpha-numérique du 9-1-1 à Urgences-Santé de façon instantanée jusqu'à ce que ce dernier se soit donné accès de façon permanente à un système de répartition informatisé; la fourniture temporaire de consoles de répartition de la C.U.M (type position ressources) peut être envisagée ou tout autre moyen pertinent;
- que des rencontres exploratoires avec la C.U.M. aient lieu pour examiner la possibilité d'utiliser leur système de répartition assisté par ordinateur aux fins

de la répartition des ressources d'Urgences-Santé; advenant une impossibilité, qu'Urgences-Santé mette en place son propre système informatisé de répartition en s'assurant de la compatibilité avec celui de la C.U.M.

- qu'une entente soit prise avec le 9-1-1 afin que ces derniers soient responsables de l'identification de l'origine de l'appel et effectuent le tri entre les appels urgents et non urgents à destination de Urgences-Santé. Ce tri sera fait à parti de protocoles et guides élaborés par Urgences-Santé en collaboration avec le 9-1-1;
- que les fiches alpha-numérique nécessitant l'envoi de ressources préhospitalières soient transférées directement à la répartition qui dépêchera les ressources selon les priorités et en assurera le suivi;
- de retarder le projet de sectorisation de la répartition jusqu'à ce que l'on puisse s'assurer qu'elle n'empêchera pas la mise en place des recommandations qui précèdent;
- de réviser à court terme, et régulièrement par la suite, la distribution des points d'attente pour les ambulances. Des rencontres exploratoires concernant des possibilités de collaboration avec le Service de préventions de incendies de Montréal, qui vient de se doter d'un système de simulation pour optimiser la localisation de leurs points des services, devraient avoir lieu;
- de se doter d'un système de radiocommunication adéquat en participant à la réalisation du "système de communication radio en commun" proposé par le

Bureau des mesures d'urgence (B.M.U.) de la CUM (sommaire exécutif fourni en annexe) ou en actualisant le projet de "système de radiocommunications" préparé par DMR pour Urgences-Santé en 1987 si le projet du B.M.U. ne se concrétise pas. Les système proposés incluent la fourniture de radios portatifs pour les ressources terrain

- de mettre en place un système informatisé pour connaître l'état dynamique de la disponibilité des centres hospitaliers receveurs dès que les données d'encombrement auront été normalisées pour les centres hospitaliers. L'utilisation d'un logiciel réseau de gestion des salles d'urgence doit aussi être considéré.