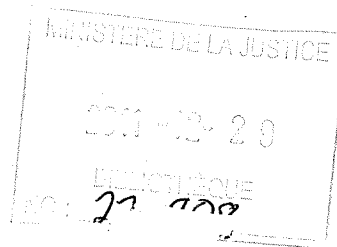


**LA TRAGEDIE DU 6 DECEMBRE 1989
A L'ECOLE POLYTECHNIQUE DE MONTREAL**

Groupe de travail De Coster



**LA PLANIFICATION DES MESURES
D'URGENCE ET LA GESTION DES
SINISTRES**

VERSION ABREGEE

Renaud Leroux m.d. ccmf (MU)

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	i
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS	xi
INTRODUCTION	1
AVERTISSEMENTS	4
CHAPITRE PREMIER - L'ÉVÉNEMENT À GÉRER: <u>UNE SCÈNE</u> <u>DE CRIME EN ÉVOLUTION, COMPORTANT DE NOMBREUSES</u> <u>VICTIMES</u>	6
1.1 Les phases de l'événement	6
1.2 Les facteurs d'incertitude et de confusion	7
1.2.1 La spécificité de l'événement	7
1.2.2 La convergence	8

CHAPITRE 2 - L'ÉTUDE DE LA GESTION ET DE LA COORDINATION DES OPÉRATIONS <u>SUR LES LIEUX DE</u> L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE	11
2.1 Synthèse des lacunes identifiées (non exhaustive)	11
2.2 L'analyse des lacunes identifiées	12
2.2.1 L'absence d'objectifs individuels et communs, clairs et connus de tous	12
2.2.2 L'absence d'une stratégie individuelle et commune, claire et connue de tous	13
2.2.3 L'absence d'une chaîne de commandement claire, bien identifiée et connue de tous	14
2.2.4 L'absence de mise en place des fonctions essentielles à la coordination et à la gestion, relevant d'une responsabilité commune	20
La fonction "analyse de la situation"	21
La gestion multiorganisationnelle des ressources humaines et matérielles	22

La fonction "communication entre les organisations et les groupes d'intervenants"	24
La fonction "recherche, sauvetage et brancardage"	24
La fonction "triage et répartition des victimes"	26
La fonction "inscription des victimes"	28
2.2.5 La faiblesse d'autres fonctions importantes qui exigent une bonne coordination	29
2.2.5.1 Le déclenchement de l'alerte	29
2.2.5.2 La mobilisation des ressources	30
2.2.5.3 L'organisation des lieux	31
2.2.5.4 L'absence d'identification des intervenants	35
2.2.5.5 L'absence de règles précises d'intervention sur les lieux d'un sinistre	36
2.2.5.6 La répartition des victimes dans les centres hospitaliers	39

2.2.6 La méconnaissance des rôles et des besoins réciproques	42
2.2.7 L'impact des lacunes observées sur la survie des victimes	44
CHAPITRE 3 - L'ÉTUDE DE LA <u>GESTION GÉNÉRALE CONJOINTE</u> DE L'ÉVÉNEMENT	46
CHAPITRE 4 - ANALYSE DES CAUSES DES FAIBLESSES DE LA COORDINATION ET DE LA GESTION	48
4.1 L'absence d'engagement clair de la part des organisations et du gouvernement	48
4.1.1 La législation du Québec est-elle adaptée aux besoins?	48
4.1.1.1 L'étude Deschênes	48
4.1.1.2 Une notion restrictive de l'urgence: la loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre	53
4.1.1.3 Conclusion	55

4.1.2 L'absence de leadership dans l'effort collectif de sauver des vies	55
4.1.3 Les budgets: un faux prétexte	57
4.1.4 L'absence totale de la formation appropriée	58
4.1.5 La timidité de la recherche	59
4.2 La faiblesse du niveau de préparation et de planification individuelles et collectives précédant Poly	60
4.2.1 Une planification efficace	61
4.2.2 La planification dans la région de Montréal	62
4.2.3 Analyse et discussion	68
4.3 Les faiblesses de l'évaluation des interventions collectives: un exemple, Poly	69
CHAPITRE 5 - SOLUTIONS ET RECOMMANDATIONS	74
5.1 Recommandations générales et structurantes	74

5.1.1	La voie de l'association, de la concertation et de la complémentarité	74
5.1.1.1	Les principes essentiels (Heide, p. 35-48)	74
5.1.1.2	Pour la région de Montréal	77
5.1.1.3	Extension au reste du Québec	82
5.1.1.4	Un appui senti et concret de la part du gouvernement, signe de son engagement et de sa volonté: un coordonnateur provincial... ..	82
5.1.1.5	...et un outil de planification dynamique basé sur la recherche: un institut national de gestion des urgences	84
5.1.2	La voie législative	86
5.2	Recommandations spécifiques	87
5.2.1	CSSSMM: un plan régional santé et services sociaux	87
5.2.1.1	Un mandat clair du CSSSMM reconnu par le MSSS	87

5.2.1.2 Un coordonnateur médical des mesures d'urgence dûment mandaté et reconnu	89
5.2.2 Le MSSS	91
5.2.3 Urgences-Santé	92
5.2.4 L'École Polytechnique	93
5.2.5 SPCUM	94
5.2.6 SIM	94
5.2.7 BMU de la CUM	96
5.2.8 Le MSP	96
CONCLUSION	99
BIBLIOGRAPHIE	103
ANNEXE	111

Liste des tableaux

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1:** Repérage des lois délimitant le champ d'application des pouvoirs dévolus aux différents organismes lors de situations d'urgence
- Tableau 2:** Projets de loi susceptibles de modifier les lois sélectionnées dans le tableau 4 (Rapport sur l'état des projets de loi suivi d'un index alphabétique. Projets de loi publics 1989-1990 - Secrétariat Assemblée Nationale et Direction de la Législation (au 19 octobre 1990))
- Tableau 3:** Nombre de règlements pertinents au domaine des mesures d'urgence accompagnant les lois retenues au tableau 4 (Tableau des modifications et index sommaire du 31-12-81 au 01-03-90)

Liste des abréviations

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACLS:	Advance Cardiac Life Support
ATLS:	Advance Trauma Life Support
BMU:	Bureau des Mesures d'Urgence
CANUTEC:	Guide des premières mesures d'urgence, opérations d'intervention, transport des matières dangereuses, Ottawa, 1986
CUM:	Communauté Urbaine de Montréal
CUQ:	Communauté Urbaine de Québec
CSSSMM:	Conseil de la Santé et des Services Sociaux du Montréal Métropolitain
CRSSS:	Conseil Régional de la Santé et des Services Sociaux
DSC:	Département de Santé Communautaire
DGSC:	Direction Générale de la Sécurité Civile
POLY:	Fusillade à l'École Polytechnique
ICS:	Incident Command System

MSSS:	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
MSP:	Ministère de la Sécurité Publique
MACS:	Multi Agency Coordination System
MRC:	Municipalité Régionale de Comté
NIIMS:	National Inter Agency Incident Management Systems
PIABS:	Plan d'Intervention Auprès des Blessés réels et ou potentiels lors d'un Sinistre
PC:	Poste de commandement
RAO:	Répartition Assistée par Ordinateur
SAAQ:	Société de l'Assurance-Auto du Québec
SIM:	Service de prévention des incendies, ville de Montréal
SPCUM:	Service de Police de la Communauté Urbaine de Montréal
START:	Simple Triage And Rapid Treatment

UMQ: Union des Municipalités du Québec

UMRCQ: Union des Municipalités Régionales de Comté du Québec

US: Urgences-Santé

Introduction

INTRODUCTION

À la fin d'août 1990, monsieur Robert de Coster, à l'intérieur du mandat reçu du ministre de la Sécurité publique, suite aux recommandations du coroner investigateur, le docteur Sourour, et du coroner en chef, dans l'affaire de la fusillade de l'École Polytechnique de Montréal, nous confiait la responsabilité d'analyser les aspects collectifs de cette intervention.

Pour ce faire, nous avons consulté tous les documents et rapports qui avaient été colligés par le docteur Sourour, (documents écrits, bandes sonores, bandes audio-visuelles); nous avons interviewé plus d'une soixantaine de personnes, dans plus d'une vingtaine d'organisations différentes; nous avons effectué une revue de la littérature générale sur les sinistres et spécifique au terrorisme.

Lors des interviews, toujours en présence d'au moins un autre collègue, nous avons utilisé une méthode semi-dirigée utilisant une grille tacite afin d'y découvrir la présence ou non des indicateurs de qualité identifiés à la lumière de notre revue de littérature et de notre expérience de ces mêmes indicateurs de qualité.

Dans le présent travail, dans un premier temps, nous rappellerons sommairement l'événement, son importance, de même que l'incertitude et la confusion que les responsables ont eues à gérer.

Ensuite, nous étudierons les différents aspects de la gestion et de la coordination qui ont prévalu sur les lieux de l'École Polytechnique. Nous nous concentrerons davantage sur les lacunes identifiées en comparaison avec une situation non pas idéale, mais "normale" que l'on devrait retrouver dans toutes régions densément peuplées comme la région de

Montréal, et que l'on a effectivement retrouvé lors des deux (2) missions (Baltimore et Toronto) que nous avons faites au cours de notre mandat, pour peu que les responsables des organisations y mettent de la volonté et de la confiance mutuelle.

De plus, nous attirerons brièvement l'attention sur les faiblesses de la gestion générale conjointe de l'événement. En effet, le caractère dramatique de l'événement risque de concentrer notre attention seulement sur la gestion des lieux du drame. Mais, ses effets ont largement dépassé les murs de l'École, ainsi que la stricte durée de la fusillade et du transport des blessés à l'hôpital. Pensons seulement aux effets psychologiques qui durent encore...

Puis, nous analyserons les causes des lacunes identifiées. Nous questionnerons l'engagement et la volonté des organisations de la région de Montréal et du gouvernement. Nous questionnerons aussi le niveau et l'efficacité de la préparation et de la planification, ainsi que de l'évaluation continue des interventions collectives qui prévalent à Montréal, et le support gouvernemental fourni.

Enfin, au chapitre des solutions et recommandations, nous nous concentrerons sur les gestes-clé qui ont des chances d'apporter des changements concrets rapides à Montréal et au Québec pour SAUVER DES VIES.

Avertissements

AVERTISSEMENTS

Dès le début, nous tenons à apporter les précisions suivantes:

- pour nous, le seul sens qu'a une telle étude, c'est l'obligation que nous avons collectivement de ne pas laisser passer une si grande tragédie sans en tirer toutes les leçons qui pourront SAUVER DES VIES;
- nous refusons de faire porter aux personnes qui ont eu à gérer Poly, la responsabilité des lacunes identifiées. Elles se sont retrouvées sur les lieux d'une tragédie pour laquelle elles n'avaient pas été préparées;
- nous nous sentons plus exigeants à l'endroit des organisations concernées, qui ont la responsabilité de préparer adéquatement leurs intervenants à coordonner leurs efforts pour gérer efficacement les urgences;
- pour alléger le texte, quand le masculin sera utilisé, on voudra bien entendre aussi le féminin;
- pour simplifier la discussion, les mots désastre, catastrophe, sinistre, et événement majeur seront considérés comme synonymes;
- l'horaire inscrit dans notre travail provient des textes et documents consultés et donc peut varier quelque peu selon le degré de précision des horloges utilisées. Par contre, la différentielle de cet horaire est absolument fiable.

**L'événement à gérer: une scène
de crime en évolution,
comportant de nombreuses victimes**

Chapitre premier

L'ÉVÉNEMENT À GÉRER: UNE SCÈNE DE CRIME EN ÉVOLUTION, COMPORTANT DE NOMBREUSES VICTIMES

1.1 Les phases de l'événement

Nous distinguons quatre (4) phases dans le déroulement des opérations: l'alerte ou notification, la phase de la sécurisation des lieux, celle des secours médicaux et de l'évacuation des victimes, et enfin la phase de recouvrement. Pour des raisons de compréhension, bien que nous donnons une dimension temporelle à chacune de ces phases, en réalité, la démarcation n'est pas si nette et il y a un chevauchement certain de l'une sur l'autre.

La dimension temporelle s'étend du premier appel reçu au 911 à l'arrivée de la première ressource à l'endroit du périmètre de sécurité.

La phase de la sécurisation des lieux s'étend de l'arrivée de la toute première ressource à l'emplacement où sera installé le périmètre externe de sécurité jusqu'à l'entrée dans l'École, des secours médicaux.

La troisième phase est celle des secours médicaux et de l'évacuation des victimes. Elle s'étend de l'entrée des secours médicaux dans l'École à l'arrivée à l'hôpital de la dernière victime.

Enfin, la dernière phase, celle du recouvrement, s'étend de l'arrivée à l'hôpital de la dernière victime évacuée et nous croyons que cette phase n'est pas encore terminée.

1.2 Les facteurs d'incertitude et de confusion

1.2.1 La spécificité de l'événement

Le rapport de debriefing de la SPCUM du 13 décembre 1989 relate les principaux facteurs d'incertitude et de confusion qui ont rendu difficile la gestion et la coordination de l'événement:

- "1- La nature et l'ampleur de l'événement;
- 2- La multitude de renseignements émis par autant de témoins;
- 3- La précipitation de l'action elle-même;
- 4- Le nombre d'étudiants possible qui occupaient la Polytechnique au moment du drame (2 000 environ);
- 5- La structure même de l'immeuble de l'École Polytechnique qui comporte six (6) étages (en plus des locaux des "machines" au septième étage) et sans omettre la complexité interne des nombreux locaux;
- 6- Le temps de réaction des secours policiers et ambulanciers;..."

À cela, nous ajoutons:

- 1- La confusion de départ entre la procédure de prise d'otages déclarée dans l'alerte, et la réalité, soit un crime en évolution;
- 2- La rumeur de la présence possible de plus d'un (1) tueur, et l'incertitude de la sécurité qui en découle;

- 3- La présence fortuite du directeur des opérations nord sur les lieux à l'arrivée des premiers policiers, générant une incertitude quant au commandement;
- 4- Les demandes répétées, en vain, d'ambulances par les policiers qui avaient investi les lieux, la consigne de sécurité respectée par les intervenants d'Urgences-Santé au périmètre externe, et la faible proportion de ressources d'Urgences-Santé sur les lieux durant la période critique de 17:45 à 18:02;
- 5- La distribution des victimes dans trois (3) endroits différents sur trois (3) étages;
- 6- L'absence de protocoles cliniques d'intervention face à des plaies par balle, à Urgences-Santé.

1.2.2 La convergence

L'une des caractéristiques d'un événement majeur ou d'un sinistre, souvent sous-estimée dans la planification et la préparation, est la convergence des nombreuses ressources qui viennent s'ajouter aux victimes réelles (primaires) et/ou potentielles.

Les organisations doivent se préparer à gérer cette convergence, facteur d'incertitude et de confusion.

À Poly, les forces en présence sur les lieux étaient:

- les victimes primaires;
- les victimes potentielles: les étudiants de Polytechnique (environ 2 000);
- les nombreux médias locaux, régionaux et nationaux;

- les parents et amis des victimes;
- la direction de l'École Polytechnique;
- les gardiens de sécurité de Polytechnique;
- les agents de sécurité de l'Université de Montréal;
- la SPCUM;
- le SIM;
- Urgences-Santé.

Les trois (3) groupes principaux d'intervenants, soit la SPCUM, le SIM, et Urgences-Santé, ont dirigé à eux seuls sur les lieux de Poly, plus de cent-cinquante (150) personnes, ainsi que leurs véhicules et équipements. Ajoutons à cela l'évacuation massive des étudiants et des professeurs, la convergence des médias, et des parents et amis, et il devient facile d'imaginer le tableau qui attendait les responsables de la gestion et de la coordination de l'événement.

Il est facile de comprendre, qu'à moins que les rôles n'aient été bien définis au préalable, des scénarios d'intervention polyvalents et multidisciplinaires souvent pratiqués, des protocoles d'intervention clairement établis pour chacun des groupes en présence, et connus de tous, et des mécanismes sérieux de gestion prévus, la confusion ait été extrêmement difficile à gérer.

**L'étude de la gestion et de la
coordination des opérations sur les
lieux de l'École Polytechnique**

Chapitre 2

L'ÉTUDE DE LA GESTION ET DE LA COORDINATION DES OPÉRATIONS SUR LES LIEUX DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE

2.1 Synthèse non exhaustive des lacunes identifiées (Voir annexe)

Nous avons revu tous les documents d'évaluation de l'événement disponibles, tous les documents audio-visuels disponibles, de même que tous les résumés d'entrevue effectués au cours de cette enquête.

Nous avons noté toutes les lacunes liées à la coordination des opérations. Nous les avons colligé sous les thèmes suivants:

- problèmes de coordination dans le déclenchement de l'alerte (notification);
- problèmes de coordination au poste de commandement (PC) et au périmètre extérieur;
- problèmes de coordination dans la stratégie commune d'intervention adoptée;
- problèmes de coordination dans la gestion des lieux (SPCUM);
- problèmes de coordination dans la stratégie d'Urgences-Santé.

On trouvera l'énumération de ces lacunes à l'annexe.

2.2 L'analyse des lacunes identifiées

2.2.1 L'absence d'objectifs individuels et communs, clairs et connus de tous

À l'analyse des documents, il nous apparaît clair que l'objectif de sauver des vies venait souvent en conflit avec la protection de la scène de crime. En effet pendant qu'ils s'occupaient des victimes, des ambulanciers se sont faits dire de bien faire attention de toucher à quoi que ce soit; que, eux, les policiers avaient leur travail à faire.

Certaines priorités d'action étaient susceptibles de s'affronter au point de créer de la confusion ou de l'incertitude. Ne mentionnons que le contrôle de l'agresseur, la sécurité des intervenants, les soins à apporter aux victimes et l'enquête judiciaire. L'objectif de "SAUVER DES VIES" vient en conflit avec d'autres valeurs ou priorités d'action.

Pour nous, il ne fait pas de doute qu'un événement comme celui de Poly doit être regardé sous l'angle de "SAUVER DES VIES". En effet, les délais d'intervention sont déterminants et chaque seconde perdue diminue de manière significative les chances de survie des victimes. EN TRAUMATOLOGIE MAJEURE, LES TEMPS DE RÉPONSE QUI DÉPASSENT SOIXANTE (60) MINUTES SONT ASSOCIÉS À UNE AUGMENTATION SIGNIFICATIVE DE LA MORTALITÉ. (Sampalis, 1990, ATLS, 1984). SEULE UNE ACTION CONCERTÉE ET COORDONNÉE, DE LA PART DE TOUS LES INTERVENANTS ET DES ORGANISATIONS, POURRA PERMETTRE D'ATTEINDRE CET OBJECTIF.

2.2.2 L'absence d'une stratégie individuelle et commune, claire et connue de tous

Aucune stratégie d'intervention à l'intérieur de l'École n'existait là-bas. Le feu roulant des événements, la foule sur les lieux, ainsi que les blessés à l'extérieur ont été des éléments incitant chacun des policiers à intervenir de façon précipitée et isolée sans coordination. (Rapport de debriefing de la SPCUM 89.12.13). Les policiers à l'intérieur se sont répartis les tâches sur initiative personnelle et sans supervision. Compte tenu de la cohue sur les lieux, de la complexité et de la dimension de la bâtisse, de la possibilité de plusieurs suspects et du mouvement constant du ou des suspects, une intervention devait être planifiée et non pas improvisée (idem).

Pourtant, la stratégie du directeur des opérations (le directeur du district 31) semblait pour lui tout à fait claire comme en témoigne le rapport de debriefing. Et elle met une priorité sur la sécurité et la sécurisation des lieux, l'intervention rapide des secours. Pourtant, tout s'est passé comme si, d'un côté, les policiers s'occupaient de la sécurisation et de la protection de la scène du crime, tandis que de l'autre, les intervenants d'Urgences-Santé tentaient tant bien que mal, à localiser les victimes, à faire le triage et les soins puis à les évacuer. Ils avaient même de la difficulté à obtenir du renfort, alors qu'au même moment, les pompiers des Services d'incendie de Montréal étaient en disponibilité à l'extérieur du périmètre.

Étant donné la présence de plusieurs zones dangereuses comportant de nombreuses victimes ("hot zones") dans un contexte de crime en progression, la stratégie à développer, selon les auteurs, est d'assurer la recherche des victimes, l'identification des zones dangereuses sécurisées et confiées à un commandement unique, et une intervention rapide

avec une protection adéquate des équipes médicales, et enfin une évacuation rapide immédiate des victimes dans une aire sécuritaire au-delà du périmètre externe, où la stabilisation pourra être faite (Lilja, 1989, Prescott, 1989). Certains recommandent la formation d'une équipe multidisciplinaire par zone dangereuse ("hot zone"). Une telle intervention exige l'élaboration d'un plan spécifique immédiat et rapide entre les chefs des différents groupes d'intervenants (policiers, pompiers, ambulanciers).

À Poly, la stratégie de l'intervention collective fut improvisée et les groupes d'intervenants (Urgences-Santé et SPCUM) ont pratiquement travaillé en parallèle.

2.2.3 L'absence d'une chaîne de commandement claire bien identifiée et connue de tous

Dès maintenant, nous tenons à préciser qu'il ne s'agit pas ici de critiquer les actions prises par les personnes qui ont assumé la direction des opérations, notamment le directeur du district 31. EN EFFET, NOUS AFFIRMONS QUE CES PERSONNES ONT PORTÉ SUR ELLES LE MANQUE D'ORGANISATION ET DE PLANIFICATION PRÉALABLE. Dans ce contexte, elles ont dû se débrouiller pour gérer l'incertitude et la confusion de cet événement hors de l'ordinaire.

Il s'agit ici d'analyser la fonction de commandement mise en place, et de la comparer à ce qu'elle devrait être dans un événement majeur comme Poly. Nous verrons plus loin, au chapitre de la planification préalable, comment nous expliquons ces lacunes. En somme, le directeur du district 31 ainsi que tous les autres directeurs impliqués, ou

superviseurs tant à Urgences-Santé qu'à la SPCUM, ont dû composer avec les faiblesses de la planification préalable.

De façon à assurer la mise en place rapide des fonctions essentielles supplémentaires à la bonne coordination d'un événement majeur, et afin de coordonner les priorités d'action, le commandement général de l'opération doit être bien identifié et séparé des fonctions spécifiques, notamment des fonctions policières dans le cas qui nous occupe.

Lors d'un événement majeur, il est nécessaire de déplacer dès le début les plus hauts officiers dans chacune des organisations, ou bien des personnes clairement mandatées et avec les pleins pouvoirs décisionnels, et surtout formés à l'intervention multidisciplinaire et à la gestion des lieux d'un événement majeur.

Idéalement, les responsables ainsi mobilisés doivent mettre en place le commandement général de l'opération (poste de commandement, directeur des opérations ou gérant des lieux, élaboration des stratégies) et désigner le directeur des opérations selon le protocole établi. **LE COMMANDANT GÉNÉRAL DÉSIGNÉ, OU DIRECTEUR DES OPÉRATIONS, OU GÉRANT DES LIEUX, NE DEVRA PAS GÉRER EN MÊME TEMPS LES OPÉRATIONS SPÉCIFIQUES DE SON SECTEUR.** Ceci doit être confié à un autre officier.

Le rôle du commandant général (ou directeur des opérations, ou gérant des lieux) est d'assurer la coordination des actions collectives, en fonction des objectifs et priorités établis. En toute circonstance, il doit être bien identifiable (dossard); de la même façon, les personnes responsables de chacun des autres secteurs impliqués (policiers, pompiers,

secteur santé, citoyens corporatifs impliqués, équipe de sauvetage, etc...) doivent être bien identifiables et bien identifiés (dossard).

Le commandement général n'est pas seulement la responsabilité du directeur désigné des opérations. Il implique une participation des chefs des organisations principales impliquées (policiers, pompiers, secteur santé) pour élaborer la stratégie initiale en fonction des priorités de chacun, des protocoles établis et des particularités de la situation à maîtriser.

La chaîne de commandement ne doit pas être discontinuée dans le temps et les protocoles doivent clairement le spécifier, de l'arrivée sur les lieux du premier intervenant jusqu'à la fin des opérations; d'où l'importance de préciser le rôle des premiers intervenants de chaque secteur à ce sujet. Les protocoles peuvent prévoir également comment s'exercera le commandement jusque dans la plus petite unité fonctionnelle multidisciplinaire (par exemple entre les pompiers et les équipes de sauvetage, entre les pompiers et les équipes de sauvetage et les équipes médicales, entre les policiers et les équipes médicales parce qu'il s'agissait, à Poly, d'une fusillade). Il s'agit donc d'une chaîne de commandement horizontale et verticale.

QUELLE ORGANISATION DEVRAIT PRENDRE LA CHARGE DU COMMANDEMENT GÉNÉRAL DES OPÉRATIONS MULTIDISCIPLINAIRES? À Poly, c'est la SPCUM qui a pris charge de la gestion des opérations générales sur le site selon le protocole établi entre la SPCUM et Urgences-Santé. Mais le directeur du district 31 a géré l'événement en même temps que les opérations policières.

Nous trouvons important de distinguer ici les actes criminels, comprenant les fusillades, le terrorisme, les désordres sociaux, etc..., des autres problèmes, notamment les incendies et les déversements de matières dangereuses, d'abord, et des accidents de la route et de tout autre problème nécessitant l'intervention multidisciplinaire, ensuite.

Au chapitre du commandement général des opérations, quel que soit le problème, nous pensons que l'idéal serait d'avoir un modèle toujours le même et un petit groupe de personnes formées spécifiquement à la gestion multidisciplinaire d'événements majeurs. Elles se formeraient à la connaissance des besoins spécifiques de chacune des organisations, des protocoles interdisciplinaires établis et aux principes de gestion et pourraient animer la concertation interorganisationnelle entre les crises.

L'alternative est de confier le commandement général à l'organisation dont l'événement relève de l'expertise propre: les actes criminels (désordres sociaux et terrorisme, alerte à la bombe, prise d'otages) au Service de police, les incendies et déversements de matières dangereuses, au Service d'incendie; quant aux accidents de la route et aux autres interventions, au Service des incendies ou de police. C'est le concept dit du "Lead Agency".

L'ESSENTIEL EST QUE LE COMMANDEMENT SOIT PRÉVU D'AVANCE, CONNU DE TOUS ET ACCEPTÉ PAR TOUS.

Nous pensons qu'un événement doit être considéré comme majeur dès qu'il implique l'intervention simultanée de deux (2) groupes et plus d'intervenants, et que ces principes

doivent être appliqués à chaque événement majeur, et donc se rapprocher du quotidien qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs victimes.

C'est ce que nous appelons un **SYSTÈME DE SOINS D'URGENCE** dont l'objectif principal, bien que n'étant pas le seul, est de **SAUVER DES VIES**.

Le poste de commandement:

Il s'agit ici beaucoup plus d'un concept pour fournir au gérant des lieux ou directeur des opérations l'outil approprié de gestion. Ce concept doit être appliqué dès le début. Les intervenants d'urgence sont souvent portés à confondre le concept de poste de commandement avec les aspects physiques du poste de commandement uniquement (poste de commandement mobile, etc...). Le poste de commandement doit être conçu dès l'arrivée des premiers intervenants sur les lieux d'un événement. Il doit être individuel (SPCUM, pompiers, Urgences-Santé, etc...) dans tous les cas, et **unifié à chaque fois qu'il y a deux (2) intervenants et plus**. Le mode d'unification relève de la concertation entre les intervenants avant qu'un événement ne se produise. Il sera simple ou complexe, fixe ou mobile, centralisé ou décentralisé, comme certains auteurs le recommandent lors d'une fusillade, afin de le rendre moins vulnérable à un tireur fou.

Il s'agit que les protocoles d'intervention interdisciplinaires prévoient un concept souple et polyvalent de poste de commandement, applicable à toute urgence, quel qu'en soit la grandeur. Des méthodes efficaces dans ce sens ont été développées (Anderson, Heide, 1989, NIIMS, 1986).

Ce concept doit être présent dès le début des opérations et jusqu'à la fin:

- Il sert de lieu de rassemblement des responsables.
- Il peut servir pour enregistrer les minutes du directeur des opérations, il peut servir pour assurer certaines communications, monitorer les communications interdisciplinaires et surtout celles du directeur des opérations et prendre la relève de celui-ci, s'il ne répond pas. Il s'agit en quelque sorte d'un centre de coordination sur place, au service du directeur des opérations.
- Il peut servir pour assurer la liaison des lieux de l'événement avec l'extérieur.
- Il sert à dégager l'événement du Centre de contrôle (ou RAO).

En somme, il est un peu surprenant que les organisations planifient si bien l'intervention multidisciplinaire lors d'un événement spécial prévu d'avance, et que ces organisations planifient si peu pour les événements qui, de façon certaine, surviendront dans la communauté un jour, mais qui ne sont pas attendus immédiatement.

À Poly, la SPCUM a appliqué le concept du poste de commandement dès le début des opérations et jusqu'à la fin. Par contre, le poste de commandement a reçu la mission de gérer en même temps les ressources, surtout les ressources sanitaires. Nous questionnons cette application car il nous paraît préférable que la convergence soit gérée par une fonction supplémentaire comme nous le verrons plus loin.

Quant à Urgences-Santé, ce n'est qu'à la toute fin des opérations, lorsque les victimes étaient toutes évacuées, que le poste de commandement mobile a été mis en place. Entretemps, aucun concept de poste de commandement n'a été établi, sauf au tout début par le premier véhicule-ambulancier, qui a rapidement quitté les lieux dès que des victimes capables de marcher sont sorties du périmètre de sécurité. Plus tard, le superviseur d'Urgences-Santé a quitté le poste de commandement de la SPCUM sans nommer de remplaçant, laissant la gestion des ressources de santé au périmètre, sans responsable. Qui plus est, le superviseur a perdu la communication avec son centre de contrôle, devant soit passer par le système de communication de la SPCUM pour demander des ressources, ou, voire même, tenter d'utiliser un téléphone public pour communiquer avec son centre de contrôle.

Les Services d'incendie de Montréal ont laissé un véhicule à proximité afin de monitorer l'événement.

Il n'y a pas eu de poste de commandement unifié et les communications conjointes se sont faites à vue.

2.2.4 L'absence de mise en place des fonctions essentielles à la coordination et à la gestion, relevant d'une responsabilité commune

Heide décrit six (6) fonctions supplémentaires qu'on doit identifier dans le plan et tout au long du déroulement des opérations, mais qu'on ne retrouve pas d'une manière aussi nécessaire et capitale dans le quotidien, et qui relèvent d'une responsabilité partagée.

La fonction "analyse de la situation"

La catastrophe est habituellement génératrice d'incertitudes (Denis, 1990) qui risquent de plonger les intervenants dans une situation de crise.

La fonction "analyse de la situation" est essentielle pour gérer l'incertitude et la confusion qui surviennent toujours lors d'un sinistre. Elle est un outil précieux que le directeur des opérations aura avantage à identifier clairement, sans quoi plus de vies pourraient bien être perdues. Les actions initiales sont souvent prises sur des informations vagues et imprécises, et plus ou moins fiables, comme ce fut le cas à la fusillade de Poly. Les désastres sont souvent "fluides" et la situation change de minute en minute.

C'est la fonction probablement la plus souvent négligée. Ce fut le cas le 6 décembre 1989. Ça ne semble souvent pas clair à qui revient de se préoccuper de l'analyse générale de la situation. Souvent, par ailleurs, les informations détenues par une organisation ne sont pas transmises aux autres. Il a été difficile, voire impossible, aux intervenants du réseau de la santé, de savoir ce qui se passait à l'intérieur de l'École, et par la suite, une fois rendus à l'intérieur, de fournir les informations qu'ils détenaient. À cause de cela, le portrait global du sinistre ne devient évident que tardivement (Heide, 1989, Quarantelli, 1983, 1981, Drabek, 1986) et il peut arriver que des vies soient perdues inutilement. Cette fonction doit être mise en place tôt dans le processus, et dépasse largement la première évaluation qu'on demande au premier intervenant sur les lieux de rapporter à son responsable ou à sa centrale, et dépasse largement aussi les rapports de situations périodiques qui pourront être faits.

La gestion multiorganisationnelle des ressources humaines et matérielles

La deuxième fonction supplémentaire à prévoir est celle de la gestion multi-organisationnelle des ressources humaines et matérielles. Lors d'un sinistre, convergent non seulement les ressources habituelles du quotidien, mais aussi les ressources additionnelles demandées. La plupart du temps, on assiste à un désordre de la convergence des ressources. Cette fonction est nécessaire pour rassembler les ressources à un même endroit et de les laisser s'amener au fur et à mesure qu'elles seront demandées par le directeur des opérations (ou gérant des lieux) (Lilja, 1989, Anderson, Waeckerle, 1989, Doyle, 1990, Prescott, 1989). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un attentat terroriste comme une fusillade, certains auteurs recommandent plutôt de disperser les véhicules afin de donner moins de prise au tueur.

Prescott insiste sur l'importance de l'intégration des secours médicaux avec les corps policiers dans la planification, les procédures et les exercices. Il souligne l'importance de la coopération et insiste sur l'implication des médecins dans la démarche. Cette intégration a fait défaut à Poly. La gestion multiorganisationnelle des ressources, bien qu'il y ait eu un certain contrôle de circulation au bas de la côte menant à l'École, n'a pas été accomplie. En effet, plusieurs policiers ont demandé à de nombreuses reprises des ambulances, des ambulances, des ambulances! Celles-ci ne venaient pas.

Dans un réseau décentralisé comme le nôtre, où chaque organisation est indépendante administrativement, la chaîne de commandement est très importante à prévoir durant la planification préalable. Du côté des policiers, la cascade de remplacement, à mesure que les niveaux hiérarchiques plus élevés arrivaient, semble s'être faite dans l'ordre sauf pour

certaines moments d'hésitation de la part des premiers arrivants, qui, sachant que le directeur était en route, ont peut-être été temporairement paralysés. Du côté d'Urgences-Santé, la confusion nous paraît encore plus grande. En effet, bien que le coordonnateur se soit tenu près du Lieutenant, directeur du district 31, à la lumière des rapports, il apparaît que le docteur Lamarre ait joué un beaucoup plus grand rôle dans la gestion des ressources et de l'opération en général. Nous pensons, que ce jour-là, Urgences-Santé a été, comme d'habitude, le reflet de la "culture" des trois (3) groupes imperméables (médecins, techniciens-ambulanciers, infirmières). Par ailleurs, la plupart des auteurs recommandent de médicaliser la chaîne de commandement du réseau de la santé, à l'instar des militaires.

Quant à la gestion multiorganisationnelle des ressources et à la chaîne de commandement, Emerson et Heide proposent d'adopter le NIIMS (National Inter Agency Incident Management Systems). NIIMS a été développé aux États-Unis et c'est un programme dont les objectifs sont d'uniformiser et de proposer une façon cohérente d'intervenir sur les lieux d'une urgence qu'elle qu'en soit la grosseur. Le programme propose une méthode pour identifier en tout temps, du début à la fin d'une urgence quotidienne ou d'un désastre, la chaîne de commandement. De plus, on y décrit l'une des parties importantes de ce programme qu'est l'ICS (Incident Command System) (Heide, 1989, Anderson, NIIMS, 1986) et qui propose les fonctions essentielles sur les lieux d'un sinistre, incluant la chaîne de commandement et toutes les autres incluses dans ce chapitre. Le programme existe en version juridique en Californie dans le comté de San Barnardino depuis 1985. Il a été baptisé LEICS.

La fonction "communication entre les organisations et les groupes d'intervenants"

Il ne s'agit pas seulement ici de la "quincaillerie" mais aussi des procédures de communications et de transmission de l'information. À cet effet, l'ICS (Incident Command System) identifie ce groupe et assigne du personnel à cette tâche spécifique, depuis le début du sinistre jusqu'à la fin. Cette fonction doit être prévue dans le plan et faire l'objet de simulations spécifiques, comme d'ailleurs les précédentes.

À Poly, elle n'était pas identifiée et elle a été assumée de façon chaotique et désorganisée (voir rapport Cossette).

Elle suppose une uniformisation de la nomenclature. Le bureau des mesures d'urgence de la CUM a proposé un projet à la direction générale de la Sécurité civile qui ne l'a pas accepté. Il est possible que la direction générale de la Sécurité civile élabore, si ce n'est déjà fait, un tel lexique. Il serait très important qu'il ait été validé avec les intervenants une fois pour toutes.

La fonction "recherche, sauvetage et brancardage"

Dans le quotidien, cette fonction n'est souvent pas nécessaire. On connaît bien l'importance de la désincarcération, et à l'occasion les pompiers devront intervenir pour effectuer des manoeuvres très périlleuses (évacuation verticale). Ces ressources, dans le quotidien, ne sont pas souvent mobilisées, parce qu'une ambulance est dirigée à un endroit connu, le nombre des victimes est connu, et la situation ne requière évidemment pas de sauvetage.

Lors d'un sinistre, par contre, la plupart du temps, le nombre exact des victimes n'est pas connu, de même que leur localisation et leur état.

Dans beaucoup de désastres, cette tâche n'a été perçue comme sienne par aucune organisation; à Poly, ce sont les ambulanciers qui ont dû s'occuper de cette fonction eux-mêmes, alors que les pompiers étaient disponibles à l'extérieur. Or, on sait qu'à Poly, au moment critique où il était nécessaire d'évacuer rapidement (18:45), il y avait un manque évident de ressources.

Au Québec, et plus particulièrement à Québec, la problématique des équipes de sauvetage est bien connue. En effet, depuis plusieurs années, dans le plan de l'aéroport de Québec à Ste-Foy, nous tentons, sans succès, d'avoir accès aux équipes de sauvetage (volontaires) municipales. Or, l'exercice Bravo 110 de 1986, et le film Bravo 88 ont démontré clairement l'importance de cette fonction pour sauver des vies et la confusion qui s'installe quand elle n'est pas bien remplie (Bravo 110, Bravo 88). On a souvent tendance à confondre les ressources de santé avec les ressources de sauvetage et de brancardage. Or, bien que les ambulanciers soient formés pour stabiliser les victimes dans le champ, il ne leur appartient pas de mettre leur vie en danger pour aller éloigner les victimes d'un incident, avec matière dangereuse, ou d'une falaise, ou du haut d'un pont, etc. À Québec, ça ne nous paraît pas évident que les pompiers seront prêts à jouer ce rôle et à prendre cette tâche sur eux-mêmes en tout temps.

Une revue des Lois américaines a démontré que là aussi, aucune loi ne présente cette fonction à aucune organisation (FEMA, 1983).

La fonction "triage et répartition des victimes"

Dans un désastre, les ressources sont, par définition, au moins temporairement limitées par rapport au nombre de victimes à secourir. Pour faire image, dans le quotidien, c'est "tous pour un" (beaucoup de ressources pour une victime), alors que durant un sinistre c'est "un pour tous" (un intervenant pour de nombreuses victimes). Le triage est essentiel pour sauver le plus de vies possible dans le temps disponible, toujours en gardant l'objectif, si possible, du GOLDEN HOUR (ATLS, Sampalis), qui n'a pas été respecté à Poly.

Le triage sur les lieux du sinistre est une méthode rapide (60 secondes) d'identifier les victimes qui ont le plus besoin de soins et qui ont des chances de survie (code international rouge, catégorie 1), des autres qui peuvent attendre quelques heures (deux (2) à trois (3) sans compromettre leurs chances de survie (code international jaune, catégorie 2), des victimes qui peuvent marcher (code international vert, catégorie 3), et enfin de la dernière priorité d'évacuation (code international noir, catégorie 4).

Heide décrit deux méthodes dont la méthode START (Simple Triage and Rapid Treatment) (Hoag Memorial Hospital, Californie) que nous enseignons à Québec depuis plus de quatre (4) ans et qui est recommandée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette méthode permet, en utilisant trois (3) paramètres, non seulement d'effectuer un triage, mais aussi d'administrer les soins de base (60 secondes). Il n'est pas opportun de donner ici tous les détails de la méthode. Nous référons le lecteur au matériel pédagogique disponible à cet effet au ministère ou au CRSSS de Québec.

Évidemment, le triage est un processus dynamique, qui doit être répété à l'aire de rassemblement des victimes, durant l'évacuation, et à l'arrivée à l'hôpital. En général, nous recommandons trois (3) moyens d'identifier la couleur de la victime. Soit des cartons de triage appropriés, qui serviront aussi de dossiers préhospitaliers, des panneaux d'identification et des bâches, des quatre (4) couleurs mentionnées ci-haut.

Aucun de ces moyens n'a été utilisé à Poly. Les ambulanciers d'Urgences-Santé n'en avaient aucun, le triage ne faisait pas partie des tâches de l'ambulancier et il était réservé aux médecins, qui, selon l'enquête que nous avons faite (compte-rendu des sous-comités médicaux) n'auraient reçu aucune formation sur aucune méthode spécifique de triage.

Bien que l'un des médecins ait effectué du triage, nous pensons qu'il n'avait pas de méthode spécifique, et de toutes façons, aucun des médecins n'avait apporté ses cartons de triage. De sorte que l'une des victimes, près du photocopieur, a été triée trois (3) fois et par trois (3) personnes différentes! De plus, les premières victimes qui ont été évacuées, étaient les victimes qui étaient capables de marcher, donc de la troisième priorité d'évacuation, alors qu'au moins quatre (4) patientes de catégorie rouge ont été transportées beaucoup plus tard. Il appartenait à l'équipe d'ambulanciers du véhicule # 262, non seulement de rester sur place, puisqu'elle devait constituer le premier poste de commandement-santé et s'occuper en priorité de la gestion des lieux jusqu'à l'arrivée du coordonnateur; mais aussi elle devait garder les victimes dans l'ambulance et assurer l'ABC jusqu'à l'arrivée de ressources supplémentaires; et ceci, jusqu'à ce que la situation soit bien connue.

L'une des victimes transportée à 18:28 par le véhicule-ambulancier # 289 est devenue inconsciente durant le transport (conduite à l'hôpital Général) et nous pensons qu'une bonne coordination, qu'un bon triage et une bonne organisation des lieux auraient permis que cette victime quitte les lieux avant les blessés mineurs. De la même façon, le # 289 a quitté à 17:41 avec une seule patiente blessée légèrement à la tête.

La fonction "inscription des victimes"

Bien que cette responsabilité revient aux services municipaux d'urgence, elle est un bel exemple de la nécessité d'intégrer l'agir des organisations lors d'un sinistre, et toutes les autres organisations doivent coopérer pour que la liste soit complétée rapidement. Il suffit de penser aux familles qui cherchent de l'information sur leurs proches, comme c'est arrivé le soir de Poly, où une avalanche d'appels a déferlé un peu partout, et surtout dans les centres hospitaliers. On a mis du temps avant de mettre sur pied un numéro unique d'information. Il suffit aussi d'imaginer l'incertitude concernant le nombre réel de victimes. Pour ces deux (2) raisons, cette fonction doit être prévue dans le plan intégré des organisations appelées à intervenir ensemble sur les lieux d'un sinistre comportant de nombreuses victimes. Cette opération s'inscrit aussi dans le cadre des premières mesures de récupération psychologique à prendre, et elle fut un succès lorsque mise en place dès le début de l'accident d'autobus à Saint-Augustin-de-Desmaures à Québec en juin 1989 (Leroux, 1991).

À Poly, le centre de contrôle d'Urgences-Santé a commencé à se faire demander des informations à propos de la destination des bénéficiaires à 18:47 seulement.

2.2.5 La faiblesse d'autres fonctions importantes qui exigent une bonne coordination

2.2.5.1 Le déclenchement de l'alerte

Dinerman recommande de distinguer cinq (5) stades: l'état de veille (phase de latence), le sinistre appréhendé (sinistre possible), la pré-alerte (la probabilité d'un sinistre est élevée), l'alerte (menant aussitôt à une réponse), et enfin le recouvrement.

À Poly, comme c'est le cas la plupart du temps lorsqu'il s'agit d'un problème humain, il n'y a pas eu de pré-alerte. Toutefois, la menace a été perçue de façon différente à la SPCUM et à Urgences-Santé. À la SPCUM, l'alerte a été immédiatement donnée, et l'urgence perçue de façon juste (même si on l'a prise d'abord comme une prise d'otage, la menace imposait pour eux une mobilisation massive des ressources); à Urgences-Santé, étant donné l'incertitude de la situation, l'évidence de victimes dès le début, même si le nombre était indéterminé, le potentiel de gravité qu'imposait un lieu public, on aurait dû utiliser un système de pré-alerte et de mise en stand-by d'un grand nombre de ressources (niveau III de leur plan d'urgence, soit quinze (15) ambulances, six (6) véhicules-médecins, trois (3) coordonnateurs) et diriger la première vague à proximité des lieux. On aurait dû être en mesure de posséder, à l'heure exacte de la réception de l'alerte, le portrait précis de la flotte d'ambulances, ce qui n'était pas le cas, à la lumière des témoignages entendus et des documents examinés.

Il ne nous apparaît pas normal qu'un code de 10-19, indiquant dès lors que le répartiteur présentait une menace certaine (code de ressources nombreuses que l'on retrouve, et dans les procédures opérationnelles des répartiteurs, et dans le plan de désastre, comme

le déclencheur des trois (3) vagues successives de cinq (5), dix (10), quinze (15) ambulances et deux (2), quatre (4), six (6) médecins, ainsi qu'un (1), deux (2) trois (3) coordonnateurs (niveaux I, II, III)), n'amène qu'un (1) véhicule-médecin et trois (3) véhicules-ambulanciers, de la réception de l'appel (17:15) à 17:31 (heure d'arrivée du premier véhicule-médecin et des deuxième et troisième véhicules-ambulanciers (voir annexe 5). Il faudra attendre 17:55 avant que les cinquième, sixième et septième véhicules-ambulanciers soient rejoints et jusqu'à un peu plus de 18:00 avant qu'ils n'arrivent sur les lieux.

Pendant la même période, quatre véhicules-médecin ont été affectés à Poly et un autre s'y est rendu sans autorisation (technicien-ambulancier seul sans médecin). La demande d'un si grand nombre de médecins tend à démontrer que le répartiteur pressentait la menace et qu'il arrivait difficilement à trouver les ressources-ambulancières. Nous savons, que le répartiteur a été obligé de "magasiner" pour obtenir les ressources-ambulancières nécessaires.

2.2.5.2 La mobilisation des ressources

Les recommandations précédentes s'adressent aux ressources humaines. Les suivantes, aux ressources physiques.

À l'analyse du déroulement des opérations, un ambulancier s'est plaint d'un manque de ressources matérielles, notamment des solutés et des pansements supplémentaires.

Par ailleurs, le poste de commandement mobile d'Urgences-Santé est arrivé sur les lieux à la toute fin, ce qui nous incite à nous questionner non seulement sur l'efficacité du déclenchement de l'alerte, mais aussi sur l'efficacité de la mobilisation des ressources matérielles supplémentaires lors de sinistre.

Quant à la SPCUM, et au 911 ainsi qu'au RAO, il y a eu une certaine confusion dans la transmission des données et dans la monopolisation des ondes pendant un long moment par un témoin placé en lien direct avec un véhicule-policiers. Par ailleurs, la SPCUM n'a pas eu de difficulté à trouver le nombre de ressources appropriées et les temps d'interventions ont été raisonnables, compte tenu de la difficulté à localiser l'endroit.

L'alerte a également été transmise au service des pompiers via le Service de sécurité de l'Université de Montréal.

Nous questionnons vraiment ce déclenchement de l'alerte à la pièce, sans qu'il n'y ait analyse de la situation dès le 911, et tout au long de l'opération. Nous nous demandons si les services d'incendie, la SPCUM, Urgences-Santé ainsi que le 911 n'auraient pas avantage à examiner cette question de près, afin de mieux coordonner le déclenchement de l'alerte dès le 911.

2.2.5.3 L'organisation des lieux

On distingue:

- **La zone dangereuse** dont le rayon s'étend de l'agresseur (humain ou matière dangereuse ou brasier ou épave d'aéronef à risque, etc.) à une distance suffisamment grande au delà de laquelle la sécurité est assurée. Le périmètre de cette zone, qu'il soit fictif ou réel, s'appelle le **périmètre interne**. (Annexe 6). Lilja parle, dans le cas d'activités terroristes, comme le cas qui nous occupe à Poly, d'une "hot zone" (Lilja, 1989). À Poly, à la lumière des documents que nous avons eu et des bandes magnétoscopiques que nous avons vues, il y avait trois (3) zones dangereuses ou "hot zones".

- Un **périmètre de sécurité** délimitant une aire non dangereuse pour les intervenants et dont le rayon s'étend du périmètre interne jusqu'à une distance suffisamment grande pour contenir toutes les victimes, contrôler les entrées et les sorties d'une manière rigoureuse. Ce rayon variera en fonction de plusieurs facteurs, et le directeur des opérations (ou gérant des lieux) et le chef-trieur (voir Organisation et ou fonctionnement des Services de Santé d'urgences municipaux sur les lieux d'un sinistre, Québec 1988) lui donneront une forme et une superficie en fonction de la situation des besoins.

Dans le cas de Poly, le périmètre de sécurité a été placé à quelques centaines de pieds de l'École, au-delà du stationnement sur lequel donne la montée vers la Polytechnique. Le périmètre a semblé difficile à contrôler, et d'une part, des étudiants et étudiantes quittaient l'École et voulaient sortir alors que d'autres personnes, notamment des parents et les médias semblaient entrer dans le périmètre à leur gré (voir bandes magnétoscopiques obtenues des médias). D'ailleurs les ressources de santé se sont plaintes de la difficulté à

se frayer un passage entre la sortie des étudiants de l'École et leur ambulance située au-delà du périmètre de sécurité.

- **L'aire de rassemblement des blessés:** cette zone est délimitée pour accueillir le surplus de victimes évacuées de la zone dangereuse ou de l'intérieur du périmètre de sécurité, lorsque trop de victimes sont évacuées pour la capacité des ressources et que le transport ne suffit plus.

S'il y a suffisamment de ressources de brancardage, les équipes de santé se tiendront à l'entrée d'un goulot d'étranglement qu'elles auront constitué à même le périmètre de sécurité, en collaboration avec le directeur des opérations (ou gérant des lieux) et où elles effectueront le triage et la stabilisation de base. S'il n'y a pas suffisamment de ressources de brancardage, les secours médicaux feront le triage sur place comme ce fut le cas à l'École Polytechnique, mais ils n'iront jamais dans la zone dangereuse, celle-ci étant réservée aux équipes de sauvetage.

Quant il s'agit d'une urgence ou d'un sinistre causé par une activité terroriste comme une fusillade, entre autres, qui génère souvent une grande quantité de blessés, le niveau de sécurisation doit être très élevé. Il sera préférable que le directeur des opérations (ou gérant des lieux) soit l'officier de police senior. Pour des raisons de sécurité et parce qu'il s'agit de situations de "scoop and run", le triage des victimes et leur stabilisation devront être réduits au strict minimum. Les victimes devront être retirées très rapidement de la zone

dangereuse, amenées immédiatement dans un endroit sécuritaire et évacuées le plus tôt possible (Lilja, 1989).

La coopération entre les services policiers et les services médicaux est impé-rieuse, et certains plans prévoient des groupes spéciaux d'intervention mixtes qui s'entraînent ensemble pour assurer le triage et l'évacuation à l'intérieur du périmètre interne. (Lilja, 1989, Prescott, 1989)

À Poly, les équipes médicales se sont plaintes que leur sécurité n'était pas assurée et elles ont été laissées à elles-mêmes à plusieurs reprises. Elles ont dû s'identifier en criant à haute voix: "Urgences-Santé, Urgences-Santé!". L'un des médecins, s'est fait braquer une arme dans sa direction par un policier en civil qui ne l'attendait pas, alors que ses services avaient été requis à cette étage via une autre source d'information.

Enfin, le temps d'intervention auprès des victimes a été nettement trop long par rapport au standard reconnu. En effet, toutes les victimes gravement atteintes, ont eu une stabilisation avancée (notamment des solutés, comme en font foi les vidéos) sur place avant d'être transportées. Un technicien-ambulancier a même redemandé des solutés et des cathéters supplémentaires ainsi que des pansements et l'évacuation, par conséquent, a été retardée de manière significative. De plus, les équipes étaient constituées, d'une part, d'un médecin et de deux (2) techniciens-ambulanciers, et d'autre part de trois (3) techniciens-ambulanciers, au moins un (1) technicien-ambulancier a installé

plusieurs cathéters intra-veineux et solutés, ce qui, en plus d'être illégal était tout à fait injustifié et nuisible pour les victimes.

Par ailleurs, alors que les ressources étaient limitées, vers 18:00, les victimes ont été transportées une seule par ambulance alors qu'on recommande d'évacuer le plus tôt possible les rouges (catégorie 2) par groupe de deux (2) (MSSS, 1988); dans l'armée, on transporte les victimes par groupe de quatre (4) (deux (2) victimes, catégorie 1 à l'étage inférieur et deux (2) victimes de catégorie 2 à l'étage supérieure), dans des véhicules adaptés à cette fin.

2.2.5.4 L'absence d'identification des intervenants

Beaucoup de difficultés sont générées dans la gestion d'un sinistre parce que les responsables ne savent pas se reconnaître, ou qu'on ne sait pas à quel groupe appartient tel ou tel intervenant. L'exercice Bravo 110 (1986) mené dans la région de Québec a été éloquent à ce sujet. Depuis, une méthode d'identification des intervenants a été proposée et acceptée provincialement pour ce qui est du réseau de la Santé; soit: celle du chef-trieur, par un dossard, et des intervenants, par un brassard, aux lettrages rouges sur fond blanc (MSSS, 1988). Suite à l'exercice Bravo 110, une recherche a été menée par un professionnel du Bureau de la protection civile et il a recommandé des couleurs spécifiques à chaque groupes d'intervenants. Depuis, seul le réseau de la Santé et des Services sociaux a entériné officiellement ses couleurs et le principe de l'identification de la personne responsable par un dossard et des intervenants par un brassard.

2.2.5.5 L'absence de règles précises d'intervention sur les lieux d'un sinistre

Les règles d'intervention s'adressant à la première ressource médicale ou para-médicale sur les lieux d'un sinistre comportant de nombreuses victimes ont été définies (MSSS, 1988).

La première équipe d'ambulanciers arrivée sur les lieux doit constituer le poste de commandement santé (poste temporaire), se rapporter au directeur des opérations (gérant des lieux), évaluer la situation et faire rapport à la centrale de coordination. Elle stationnera son véhicule près du poste de commandement municipal (pompiers ou policiers) établi, jusqu'à la fin des opérations ou jusqu'à ce qu'elle soit remplacée par un poste de commandement sanitaire permanent. Elle assurera la transmission des informations à la centrale de coordination.

Le préposé de cette première équipe d'ambulanciers remplira le rôle de chef-trieur jusqu'à ce qu'il soit relevé par la ressource médicale mobilisée et identifiée dans le plan. Il identifie et regroupe les victimes qui sont capables de marcher, leur assure le support approprié ainsi que les premiers soins pertinents, collabore avec le directeur des opérations (gérant des lieux) afin d'assurer une organisation adéquate des lieux.

Si les ressources de brancardage sont suffisantes, le chef-trieur fera transporter les victimes à la zone de triage identifiée, fera ou fera faire le triage des blessés, qu'il fera regrouper par catégorie (rouge, jaune, vert ou noir) dans la zone de rassemblement identifiée et appropriée à la catégorie de victimes. S'il s'agit d'une scène de crime, des précautions

particulières seront prises en considération pour ce qui est des personnes décédées pour ne pas perdre d'indices du crime.

Si les ressources de brancardage ne sont pas suffisantes, le chef-trieur assurera le tri des victimes au point d'impact. Les équipes ambulancières, si elles ne sont pas les premières sur les lieux, prendront en charge les victimes qui ont besoin de soins immédiats et qui ont encore des chances de survie (catégorie rouge), par groupe de deux. À moins que le délai d'évacuation ne soit retardé, soit à cause de ressources de transport limitées, ou de tout autre facteur, climatique, géographique, ou autre, nuisant à la progression des véhicules ambulanciers vers les centres hospitaliers, nous privilégions qu'il n'y ait pas de stabilisation avancée (solutés, drains thoraciques, etc...), mais plutôt une stabilisation de base (dégagement des voies aériennes supérieures, pansement compressif, oxygène, etc...) et une évacuation rapide.

À Poly, la première ressource ambulancière arrivée sur les lieux s'est bien placée près du poste de commandement temporaire installé par la SPCUM et a demandé des ressources ambulancières supplémentaires; par contre, dès que des victimes capables de marcher ont quitté l'École pour se rendre vers le périmètre de sécurité, l'ambulance a quitté les lieux avec les deux (2) premières victimes. Par conséquent, le lien entre les lieux du sinistre et le centre de contrôle d'Urgences-Santé a été rompu immédiatement. La deuxième équipe ambulancière arrivée sur les lieux fit de même, transportant une seule victime à son bord. Une autre victime de catégorie verte aurait échappé au périmètre de sécurité et se serait rendue par ses propres moyens à l'hôpital Royal Victoria.

Le rôle de chef-trieur, une fois que les ressources d'Urgences-Santé ont eu l'autorisation d'entrer dans l'École, à la révision des témoignages, ne semblait pas clairement identifié, ni dans le plan, ni sur les lieux. Il y avait bien un coordonnateur qui assurait une coordination administrative de l'événement, placé qu'il était près du lieutenant Lessard, à l'entrée des étudiants de l'École Polytechnique. Toutefois, la perte des communications avec ses ressources qui se sont dispersées à l'intérieur, et à l'occasion avec le centre de contrôle d'Urgences-Santé, a limité d'une manière significative la portée de son rôle. C'est le premier médecin arrivé sur les lieux qui a partagé les ressources au deuxième et au troisième étages, il a pris charge d'une équipe (un (1) médecin, deux (2) techniciens-ambulanciers) et a confié la charge de la deuxième à un technicien-ambulancier (celui qui était chauffeur du véhicule médecin, et qui n'avait pas reçu l'autorisation de se rendre sur les lieux par le centre de contrôle).

À cause de l'absence de ressources de sauvetage et de brancardage, les ressources d'Urgences-Santé ont dû assurer à la fois la recherche, le sauvetage, le brancardage, le triage et la stabilisation des victimes, leur évacuation de l'École et leur transport à l'hôpital.

Aucune équipe n'avait de carton de triage ni aucun autre moyen d'identifier les victimes par catégorie (rouge: celles qui ont besoin de soins immédiats (moins d'une heure) et qui ont des chances de survie à la condition de recevoir les soins appropriés; jaune: celles qui ont besoin de soins à l'hôpital mais dont l'état peut attendre de deux (2) à trois (3) heures sans compromettre leurs chances de survie; vert: les victimes qui peuvent marcher; noir: la dernière priorité d'évacuation, soit celles qui ne respirent plus même après dégagement des voies aériennes, ou celles qui n'ont aucune chance de survie selon la

décision médicale). Seul un médecin est autorisé à poser une étiquette noire à une victime qui respire encore (Annexe 6). C'est dans cette dernière catégorie qu'on retrouvera le plus grand nombre de victimes décédées.

À Poly, les médecins et les techniciens-ambulanciers, n'avaient aucun moyen d'identifier les victimes une fois qu'elles étaient triées. De sorte qu'une victime (près du photocopieur) a été triée trois (3) fois et par trois (3) personnes différentes.

Par ailleurs, dans la majorité des cas, pour les victimes transportées sur civière, on a pris le temps d'installer un soluté et de faire une stabilisation avancée, plus tôt que d'assurer une évacuation immédiate ("scoop and run") comme c'est recommandé avec les blessures par balle.

Les victimes beaucoup plus gravement malades ont été évacuées et dirigées à l'Hôpital après les victimes moins malades.

Toutes les victimes gravement atteintes ont été concentrées au même hôpital (hôpital Général). Trois (3) centres hospitaliers ont été sollicités.

2.2.5.6 La répartition des victimes dans les centres hospitaliers

À ce jour, aucune étude n'a permis d'identifier de critères précis de qualité de la répartition des victimes dans les centres hospitaliers, pouvant affecter la mortalité ou la morbidité (Heide, 1989, p. 168).

Dans une étude portant sur vingt-neuf (29) désastres (Quarantelli, 1983), il a été impossible de relier un taux plus élevé de mortalité ou de morbidité en fonction d'aucune variable (proximité du CH, centre de traumatologie, etc.) concernant le genre d'hôpital, la distance, etc. La tendance générale du système de soins d'urgence et des victimes elles-mêmes, était de se concentrer la plupart du temps (77% des cas) dans un seul hôpital; et les victimes elles-mêmes semblent avoir tendance à quitter les lieux du sinistre par leurs propres moyens (Quarantelli, 1983). Toutefois, une distribution équilibrée et réaliste des victimes et surtout l'utilisation de tous les hôpitaux à la hauteur de leur capacité sans plus, semble être une approche raisonnable pour optimiser les ressources (Heide, 1989, p. 169).

Il ne nous a pas été possible d'identifier les critères qui ont prévalu dans la répartition des victimes lors de l'événement de Poly. On sait qu'au moment du drame, l'hôpital Général et son urgence étaient pleins. À 17:45, l'urgence de cet hôpital reçoit un appel d'Urgences-Santé disant de se préparer à recevoir huit (8) blessés. Par hasard, ce soir-là, en raison du party des fêtes, tous les médecins, résidents, infirmières et internes étaient présents à l'hôpital. Les lieux de l'urgence et l'hôpital ont été rapidement préparés et six (6) victimes, la plupart gravement malades y ont été transportées. Au moins deux (2) sont arrivées presque agonisantes. Les représentants de cet hôpital ont clairement exprimé le besoin d'avoir des règles claires de répartition, et dans le quotidien, et lors de désastre. L'efficacité de l'intervention à cet hôpital est impressionnante. En quatre-vingt-dix (90) minutes, toutes les victimes avaient quitté l'urgence, dont quatre (4) pour des chirurgies majeures; elles ont monté au bloc opératoire immédiatement à leur arrivée.

À l'hôpital General Juif, l'alerte a été déclenchée par l'arrivée des ambulanciers en panique (# 262). On se plaint qu'à Urgences-Santé, on n'ait aucune idée de la

disponibilité des lits dans les centres hospitaliers du Montréal métropolitain. Il n'y a aucune intégration des plans entre les centres hospitaliers et Urgences-Santé, ni aucune coordination. Il n'y a eu aucun moyen d'obtenir des informations sur l'état de la situation durant le drame de Poly. Enfin, on a manifesté le besoin d'un support pour la formation en sinistre, et le conseil de la Santé et des Services sociaux n'assure pas ce support dans le moment.

Le triage sur les lieux du sinistre, ne sert pas seulement à optimiser le peu de ressources pour le grand nombre de victimes, ni seulement à décider des priorités d'évacuation, mais aussi à assurer une bonne répartition des victimes dans les centres hospitaliers, afin de ne pas transporter le sinistre dans un établissement.

Dans une étude faite par Quarantelli (Quarantelli, 1983), on a trouvé que dans cinquante-cinq pour cent (55%) des cas étudiés, le personnel médical et para-médical affirmaient avoir fait du triage. Ce fut le cas à Poly. Cependant, les chercheurs ont démontré que le mot "triage" était utilisé à toutes les sauces pour décrire un processus vague des manipulations des victimes par le personnel médical et para-médical (Heide, 1989, p. 167). En réalité il n'y avait pratiquement pas de triage (Quarantelli, 1983).

Dans les deux (2) hôpitaux que nous avons visités, nous avons noté l'importance que ces centres hospitaliers accordaient à la pré-alerte, afin de pouvoir mieux se préparer, et ceci dès le début du déclenchement de l'alerte à Urgences-Santé, ou même avant. On a noté aussi l'importance des communications pour obtenir de l'information sur l'état de la situation et l'absence de coordination régionale.

2.2.6 La méconnaissance des rôles et des besoins réciproques

Les besoins les plus urgents étaient sans aucun doute ceux des personnes blessées: définir rapidement les priorités d'évacuation et assurer les soins de base, et les évacuer le plus vite possible dans les centres hospitaliers.

Nous pensons que ces besoins n'ont pas été tout à fait satisfaits. En effet, nous avons mentionné plus haut les problèmes liés au triage des victimes et à la stabilisation avancée (pose de solutés, etc...), dans un contexte de plaies par balle et de multiples victimes. Enfin, la direction des opérations médicales sur les lieux n'a pas été assumée par la personne la plus susceptible de peser le pour et le contre de l'incidence des décisions opérationnelles sur la survie des victimes.

La méconnaissance de la compétence des pompiers en premiers secours/recherche/sauvetage/brancardage et la non-utilisation de cette ressource ont sans aucun doute contribué à allonger les temps d'évacuation. Par ailleurs, à cause du caractère toujours urgent de leurs interventions, les pompiers ont développé une excellente expertise en gestion des urgences et dans l'entraide mutuelle, laquelle n'est jamais mise à profit, pour sauver des vies, sauf dans quelques très rares régions du Québec, comme à Pointe-Claire. Nous nous demandons pourquoi leurs interventions ne sont limitées qu'aux incendies ou aux déversements de matières dangereuses.

Les policiers de la SPCUM avaient besoin de s'orienter vite dans le labyrinthe qu'est l'École Polytechnique et de faire débarrer des portes, afin de trouver l'agresseur ou les

agresseurs, le ou les maîtriser et sécuriser les lieux. Les gardiens de l'École Polytechnique n'ont pas du tout été en mesure de les aider.

De plus, leur besoin de maintenir la communication avec Urgences-Santé au poste de commandement pour gérer adéquatement les ressources n'a pas été satisfait: aucune présence continue n'a été assurée par les intervenants d'Urgences-Santé.

Par ailleurs, on a noté dans le debriefing un "manque de conscientisation à l'importance d'une bonne coordination" entre les divers groupes d'intervenants de la SPCUM.

Enfin, les équipes médicales et ambulancières doivent d'abord assurer leur sécurité sur les lieux d'un événement majeur. Ce besoin n'a pas été satisfait par les policiers. Les escaliers, les entrées et sorties d'étages n'étaient pas sécurisées suffisamment et les intervenants, après une brève escorte, ont été laissés à eux-mêmes. Ils ont eu de la difficulté à distinguer certains policiers d'un tueur potentiel et ils ne possédaient que très peu d'information sur la situation.

L'intérieur du périmètre externe était encombré d'une foule de personnes, dont les médias, ce qui nuisait ainsi à la progression de l'évacuation et au travail des ambulanciers.

Ceux-ci ont eu une certaine difficulté à trouver les victimes et nous avons noté, plus haut, la pertinence de délimiter trois (3) zones dangereuses (périmètre interne, "hot zones").

De plus, ni Urgences-Santé, ni la SPCUM n'avaient un surplus de matériel et d'équipement sur les lieux, ni aucun moyen de triage et de rassemblement adéquat des

victimes. On aurait pu manquer de brancards si le nombre des victimes avait été plus grand. On a manqué de pansements.

Les protocoles opérationnels d'intervention à Urgences-Santé n'étaient pas adaptés pour une situation de la sorte (règles d'intervention sur les lieux d'un sinistre, organisation et fonctionnement des services de santé d'urgence municipaux sur les lieux d'un sinistre, et intervention auprès des blessés sur les lieux pour sinistre comportant de nombreuses victimes).

Enfin, nous avons questionné plus haut la chaîne de commandement d'Urgences-Santé.

En somme, nous affirmons que les rôles, responsabilités et besoins réciproques n'étaient pas clairement connus des intervenants, facteur significatif de confusion.

2.2.7 L'impact des lacunes observées sur la survie des victimes

Le rapport Sampalis confirme que les quatre (4) survivantes les plus gravement blessées sont arrivées in extremis à l'hôpital, et que seule la rapidité de réaction au Centre hospitalier a permis de les sauver. L'une d'elles est devenue inconsciente durant le transport.

Le manque de coordination a allongé les délais d'évacuation d'une manière significative et mis la vie de quatre (4) personnes en danger.

**L'étude de la gestion générale
conjointe de l'événement**

Chapitre 3

L'ÉTUDE DE LA GESTION GÉNÉRALE CONJOINTE DE L'ÉVÉNEMENT

Nous avons analysé ci-haut la coordination locale à l'École même durant la phase de l'impact.

Toutefois, d'autres missions restaient à remplir: notamment, l'identification des victimes par les parents qui attendaient dans un local de l'université, les décisions administratives concernant l'École au lendemain, et surtout la récupération psychologique de tous les groupes de victimes; enfin la réévaluation de tous les gestes posés du début jusqu'au retour complet à la normale.

Le directeur de l'École a été présent dès le début. Mais un comité de coordination n'a été constitué que le lendemain. La récupération psychologique a été confiée aux psychologues de l'Université de Montréal, lesquels avaient peu d'expérience dans ce domaine. Pourtant, au départ des étudiants pour le congé des Fêtes, on s'est inquiété du suivi psychologique, et les CLSC de la province et du regroupement de Montréal ont dû élaborer une stratégie à cet effet, à la dernière minute et sans préparation adéquate.

Entretemps, chaque organisation gérait sa situation séparément sans trop de liaison; l'École et la SPCUM préparaient les funérailles, Urgences-Santé et la SPCUM ont organisé sans concertation, chacun de leur côté, un debriefing psychologique pour leur membre. Chaque Centre hospitalier s'organisait avec la récupération des victimes hospitalisées et la convergence des médias, **ET AUCUNE ORGANISATION N'A PRIS LE LEADERSHIP D'AUCUNE ÉVALUATION CONJOINTE DE TOUS LES ASPECTS.**

**Analyse des causes des faiblesses
de la coordination et de la gestion**

Chapitre 4

ANALYSE DES CAUSES DES FAIBLESSES DE LA COORDINATION ET DE LA GESTION

4.1 L'absence d'engagement clair de la part des organisations et du gouvernement

L'ennemi numéro 1 d'une bonne préparation est l'apathie gouvernementale. À tous les niveaux de gouvernement privé, public, municipal, régional et provincial existe une inertie ou une absence de volonté, ou enfin une réticence à mettre beaucoup d'énergie ou d'argent pour contrer une menace qui est perçue comme lointaine ou peu probable. Parfois, il s'agit d'une non volonté de transférer des pouvoirs. Parfois, il peut s'agir de l'ignorance. Toute cette inertie et d'autres raisons de ne rien faire ou de paralyser le vouloir faire des intervenants du milieu, et bien d'autres attitudes paralysantes, sont regroupées sous un syndrome appelé "syndrome du titanic" (Denis, 1987) "Cela ne nous arrivera pas!". La rareté relative des sinistres, liée au fait que la culture au Québec ait été orientée vers les désastres majeurs (niveau III) et pas du tout vers les désastres de niveau I (ACEP) favorisent ce syndrome et cette apathie gouvernementale.

4.1.1 La législation du Québec est-elle adaptée aux besoins?

4.1.1.1 L'étude Deschênes

Monsieur Deschênes a piloté un projet de recherche sur le cadre juridique applicable, aux mesures d'urgence en cas de sinistre grave, présenté dans le cadre du programme de maîtrise en droit, le 6 novembre 1990 à l'Université Laval (Deschênes, 1990). Un repérage législatif complet des lois refondues du Québec (1977) jusqu'à 1990 inclus, ainsi qu'un repérage réglementaire, ont été menés.

En résumé, il est intéressant de noter que la législation concernant les urgences est tout à fait disparate, qu'on retrouve de nombreuses lois (Tableaux 1 et 2), mais qu'aucun règlement, sauf trois (3) pertinents au domaine des urgences (Tableau 3), ne viennent appuyer ou préciser les lois.

TABLEAU 1
=====

**RÉPÉRAGE DES LOIS DÉLIMITANT LE CHAMP D'APPLICATION
DES POUVOIRS DÉVOLUS AUX DIFFÉRENTS ORGANISMES LORS DE SITUATIONS D'URGENCE**

CHAPITRE	TITRE
C-19	Loi sur les cités et villes
C-27.1 *	Code municipal
E-11	Loi sur l'entraide municipale contre les incendies
E-18	Loi sur l'exécutif
M-14	Loi sur le ministère de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation
M-15.1	Loi sur le ministère de l'énergie et des ressources
M-15.2	Loi sur le ministère de l'environnement
M-19.2	Loi sur le ministère de la santé et des services sociaux
M-19.3	Loi sur le ministère de la sécurité publique
M-22.1	Loi sur le ministère des affaires municipales
M-24	Loi sur le ministère des communications
M-28	Loi sur le ministère des transports
M-30	Loi sur le ministère du conseil exécutif
O-8.1 **	Loi sur l'organisation policière
P-13	Loi de police
P-33 ***	Loi sur la protection civile
P-35	Loi sur la protection de la santé publique
P-38.1 **	Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre
Q-2	Loi sur la qualité de l'environnement
S-5	Loi sur les services de santé et les services sociaux

*	Code municipal maintenant incorporé dans la refonte permanente.
**	Nouvelles lois en vigueur depuis la refonte de 1977.
***	Loi remplacée par la <u>Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre</u> , (L.Q. 1979 c.64, a.55)

SOURCE : Deschênes M., Projet de recherche sur le cadre juridique applicable aux mesures d'urgence en cas de sinistre grave - Approche méthodologique - Législation québécoise, rapport no 1, Université Laval, 6 novembre 1990

TABLEAU 2
=====

**PROJETS DE LOI SUSCEPTIBLES DE MODIFIER LES LOIS SÉLECTIONNÉES
DANS LE TABLEAU 4 (Rapport sur l'état des projets de loi
suivi d'un index alphabétique. Projets de loi
publics 1989-1990 - Secrétariat Assemblée Nationale et
Direction de la Législation. (au 19 octobre 1990))**

No de projets de loi	Titre	Commentaires
Avant-projet de loi	Loi sur les services de santé et les services sociaux	Révision de la loi actuelle (Dépôt)
P.L. 26	Loi modifiant la loi sur le ministère des Transports	Présentation
P.L. 23	Loi modifiant la loi sur le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation et d'autres dispositions législatives	Présentation (89-12-19)
P.L. 29	Loi modifiant la loi sur la C.U.M.	1990 c. 15 (Entrée en vigueur 89-06-22)
P.L. 32	Loi modifiant la loi sur la protection de la santé publique	Présentation (90-04-26)
P.L. 37	Loi modifiant la loi sur le ministère des Communications	Présentation (90-04-10)
P.L. 65	Loi modifiant la loi sur la qualité de l'environnement	1990 c. 26 (Entrée en vigueur 90-06-22)
P.L. 68	Loi modifiant la loi sur l'organisation policière et modifiant la loi de police et diverses dispositions législatives	1990 c. 27 (Entrée en vigueur 90-09-01)

SOURCE : Deschênes M., Projet de recherche sur le cadre juridique applicable aux mesures d'urgence en cas de sinistre grave - Approche méthodologique - Législation québécoise, rapport no 1, Université Laval, 6 novembre 1990

TABLEAU 3
=====

NOMBRE DE RÉGLEMENTS PERTINENTS AU DOMAINE DES MESURES D'URGENCE
ACCOMPAGNANT LES LOIS RETENUES AU TABLEAU 4
(Tableau des modifications et index sommaire du 31-12-81 au 01-03-90)

LOIS	NOMBRE DE RÉGLEMENTS EN VIGUEUR	NOMBRE DE RÉGLEMENTS PERTINENTS AU DOMAINE
C-19	8	nil
C-27.1	13	nil
E-11	nil	nil
E-18	3	nil
M-14	4	nil
M-15.1	2	nil
M-15.2	2	nil
M-19.2	10	nil
M-19.3	nil	nil
M-22.1	2	nil
M-24	10	nil
M-28	3	nil
M-30	4	nil
O-8.1	nil	nil
P-35	2	1
P-38.1	2	1
Q-2	25	nil
S-5	16	1

SOURCE : Deschênes M., Projet de recherche sur le cadre juridique applicable aux mesures d'urgence en cas de sinistre grave - Approche méthodologique - Législation québécoise, rapport no 1, Université Laval, 6 novembre 1990

Nous pensons que la conséquence risque d'être la suivante: les intervenants interprètent à leur façon l'application des lois, et à mesure que les dirigeants changent, les organisations mises en place changent elles aussi.

Nous avons mené une entrevue avec monsieur Deschênes le 26 novembre 1990. Dans le cadre de la présentation du projet ci-haut mentionné, une consultation a été faite à un spécialiste du droit des collectivités locales, soit Me Jacques L'Heureux de l'Université Laval.

Il semble qu'il n'y ait aucune loi du droit public qui oblige les municipalités à agir dans le domaine des mesures d'urgence sur son territoire. Même en vertu du "Common Law", les municipalités ne sont pas tenues d'agir. Donc, c'est le gouvernement provincial qui a la discretion d'agir. Tout se définit en vertu de la discretion d'agir, soit de la part du gouvernement, soit du Ministre.

La seule obligation que la municipalité a, semble-t-il, c'est de respecter les normes qu'elle s'impose lorsqu'elle a décidé d'agir. La municipalité a le pouvoir de créer un Service d'incendie, mais n'en a pas le devoir. Par contre, si elle le crée, elle peut en définir les limites (objectifs).

Partant, elle n'est pas obligée de créer un plan municipal d'urgence, mais si elle en crée un, elle doit se conformer aux règlements sur le plan municipal de prévention des sinistres et des mesures d'urgence, définis en vertu de la loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre.

Ici au Québec et au Canada, on doit se référer aux partages constitutionnels des compétences (aux provinces, reviennent les compétences locales ou privées). Le pouvoir des municipalités découlerait, donc, des partages avec les gouvernements fédéral et provincial, d'où la création des corporations publiques, politiques, dont les statuts sont approuvés par les gouvernements locaux que sont les municipalités.

4.1.1.2 Une notion restrictive de l'urgence: la loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre

La Loi de la protection des personnes et des biens définit un sinistre (L.R.Q., P-38.1, 1989, article 1D): "Un événement grave, réel ou attendu prochainement, causé par un incendie, un accident, une explosion, un phénomène naturel ou une défaillance technique, découlant d'une intervention humaine ou non, qui, par son ampleur, cause ou est susceptible de causer la mort de personnes, une atteinte à leur sécurité ou à leur intégrité physique ou des dommages étendus aux biens".

D'abord, cette définition n'inclut pas les attentats terroristes comme celui de Poly, ni même la réglementation qui accompagne la Loi (P.-38.1 R.1 et R.2 annexe 1 (A.2)); ensuite, cette définition est orientée vers les désastres de niveau III (ACEP), comme nous le verrons plus loin.

Si nous voulons sauver des vies, il est essentiel qu'une définition inclue toutes les causes potentielles et susceptibles de causer des effets sur la santé, et qu'elle enchasse les risques élevés pour la vie, et ce, de façon prioritaire.

La province de l'Ontario définit l'urgence comme une situation causée par les forces de la nature, un accident, un acte intentionnel ou pas (de l'homme) qui constitue un danger élevé pour la vie ou les biens (Emergency Plans Act, 1983-Ontario, article 1 C). Cette Loi est beaucoup mieux adaptée et oriente beaucoup mieux l'agir des premiers intervenants.

Pour la plupart des auteurs, ce qui semble caractériser et distinguer un sinistre, c'est bien plus la rupture du fonctionnement habituel, de tous les jours (Waeckerle, 1989, Heide, 1989, Lilja, 1989, Heide, 1989, Doyle, 1986).

Wuorinen insiste sur le fait que l'objectif premier du plan doit être de prévenir les accidents mortels et les blessures (Wuorinen, 1986).

La notion de désastre est difficile à définir en fonction des caractéristiques physiques seules (le phénomène en lui-même). On doit tenir compte des effets du sinistre surtout. Les effets varient selon le degré de prévention et de préparation (Gabor, 1983).

L'importance du nombre des victimes et des dégâts matériels est souvent utilisée pour définir le désastre, mais dix victimes pour une région rurale peuvent être un désastre pour cette communauté (Heide, 1989). Une coordination inter-organisationnelle est toujours requise (Wright, 1977).

L'Agence fédérale américaine de Mesures d'Urgence (FEMA) définit un désastre de la façon suivante: "An occurrence of a severity and magnitude that normally results in death, injury, and property damage, and that cannot be managed through the routine procedure

and resources of government. It usually develops suddenly and unexpectedly and requires immediate, coordinated, and effective response by multiple government and private sector organizations to meet human needs and speed recovery (FEMA, 1984).

4.1.1.3 Conclusion

En conclusion, nos lois et règlements contribuent peu à guider l'agir des organisations et des intervenants. L'imputabilité reste floue. Et les pouvoirs du gouvernement dans ce domaine ne sont pas clairement transférés.

Par ailleurs, dans un contexte décentralisé comme le nôtre, où chaque organisation ou gouvernement est une corporation juridique indépendante, seules, à court terme, une concertation efficace et une association des organisations entre elles, en vue d'un objectif commun, SAUVER DES VIES, ont des chances de succès.

4.1.2 L'absence de leadership dans l'effort collectif de sauver des vies

Nous distinguerons ici le réseau municipal:

- la ville de Montréal;
- le 9-1-1;
- la SPCUM (incluant le RAO);
- le Service d'incendie de Montréal;
- la Communauté urbaine de Montréal;
- le bureau des mesures d'urgence de la Communauté urbaine de Montréal;

- le ministère de la Sécurité publique (direction générale de la sécurité publique).

Et le réseau socio-sanitaire:

- les centres hospitaliers;
- les CLSC;
- les départements de santé communautaire;
- le CSSSMM;
- Urgences-Santé;
- le MSSS.

Nous avons observé que ni l'une ni l'autre de ces organisations n'a pris l'initiative d'animer ou de donner l'occasion aux partenaires de s'associer autour d'objectifs communs, et surtout pas autour de l'objectif de SAUVER DES VIES, afin de se doter de protocoles et procédures communs, partagés et connus de tous, et une stratégie de gestion claire des événements.

Le bureau des mesures d'urgence de la CUM a un mandat restreint, comme nous l'avons vu plus haut, à cinq (5) grands désastres, de niveau III et donc, n'a pas vraiment de mandat pour les urgences comme Poly. Nous estimons que cette organisation, dans le cadre de son mandat, fait de l'excellent travail. Mais celui-ci est limité et ne couvre pas l'intervention multidisciplinaire courante.

La SPCUM établit ses propres protocoles d'intervention pour les événements majeurs (scène de crime); le Service de prévention des incendies de Montréal établit ses protocoles d'intervention sur les lieux d'incendies ou de déversements de matières dangereuses. Qu'arrive-t-il des accidents de la route et d'autres types d'urgence?

Dans la région de Montréal il n'y a pas de coordonnateur médical à plein temps, comme c'est le cas à Québec et en Montérégie (Leroux, intervention des services de santé et des services sociaux d'urgence lors de l'incendie de BPC survenu à St-Basile-le-Grand).

Quant à la DGSC, elle coordonne les MOID pour venir en aide aux municipalités dans certaines circonstances, et aide les municipalités à planifier pour les grands désastres. Or, ce que les municipalités veulent, ce n'est pas d'un plan mais d'être préparées à intervenir.

4.1.3 Les budgets: un faux prétexte

Dans la plupart des organisations visitées, lors de nos entrevues, nous avons entendu parler davantage d'argent, de limite budgétaire, que de SAUVER DES VIES.

Nous interprétons cela comme un signe clair de la non-volonté de s'engager concrètement, de la part des décideurs, pour des événements qu'ils perçoivent comme lointains. D'où l'importance de planifier le plus proche possible des événements quotidiens.

Par exemple, la recherche et la production des étiquettes de triage devenues provinciales ont été financées en 1986 par le CRSSS de Québec, et bien que, dans le moment, les stocks soient épuisés, les règles administratives pour assurer le renouvellement des stocks,

dans un délai court, sont inexistantes malgré que le besoin est actuel et a été clairement manifesté.

Cela met de la pression sur les intervenants et tend à les démotiver.

4.1.4 L'absence totale de la formation appropriée

Durant notre enquête, nous avons rencontré plusieurs coordonnateurs de mesures d'urgence. Aucun de ceux-ci n'a une formation uniforme.

Il n'existe aucun "Core curriculum" uniforme sur l'intervention multidisciplinaire, auprès des victimes, ni sur la gestion de ces événements, que ce soit dans la formation des pompiers, policiers, ambulanciers, médecins, ou autres.

Un effort significatif a été fait par la division des mesures d'urgence du MSSS, en concertation avec le réseau afin de définir ces paramètres (MSSS, 1987; MSSS, 1988).

Par ailleurs, le besoin d'une formation en gestion d'événements majeurs pour les officiers supérieurs, est ressorti plusieurs fois dans le rapport de debriefing de la SPCUM.

À Urgences-Santé, aucune formation significative n'a été donnée aux ambulanciers ou aux médecins, pas plus qu'aux répartiteurs ou aux infirmières, sur l'intervention lors de sinistre. L'Institut des techniciens ambulanciers du Québec donne une formation minimale, mais ses professeurs n'ont aucune accréditation.

Aucune formation intégrée n'est donnée à Montréal.

À notre connaissance, la seule expérience qui existe d'une manière organisée se donne à Québec, dans le cadre du programme PIABS du CRSSS de Québec depuis 1986. Mais des difficultés d'intégrer les services municipaux et d'adapter le programme pour assurer cette intégration limitent l'efficacité du programme. Et peu de support n'est apporté par les organismes extérieurs (MSSS, MSP).

Plusieurs municipalités préfèrent engager des entreprises privées, parce que celles-ci les préparent mieux que les organisations gouvernementales, à faire face au sinistre. Aucune de ces entreprises privées n'est accréditée, et préparent-elles vraiment les municipalités pour les bons événements?

4.1.5 La timidité de la recherche

À Montréal, mis à part le Bureau des mesures d'urgence de la CUM, aucune autre organisation ne finance ou ne pilote de projets de recherche sur les urgences ou les sinistres. Seul un groupe, piloté par le docteur Gaétan Carrier, du DSC de Maisonneuve-Rosemont, s'intéresse aux analyses de risque et vulnérabilité. Le financement de ces projets est une tâche ardue et décourageante.

Un autre groupe, du DSC du CHUL, a réussi avec peine à obtenir enfin un financement mixte privé/public significatif (Godon, Guerrier, Leroux, Piges, projet d'inventaire géocodé en santé environnementale). Ce projet est un bel exemple de concertation mais il a fallu près de deux (2) années pour rassembler tous les fonds nécessaires.

Un autre projet piloté par le CRSSS de Québec et financé par Protection civile Canada, en vue de développer un modèle d'intervention en récupération psychologique des victimes, d'une urgence collective et de l'appliquer à une région donnée, a dû être arrêté faute de renouvellement des subventions de Protection civile Canada, principalement à cause d'un manque d'appui clair du MSSS.

Enfin, Protection civile Canada est actuellement le seul catalyseur de la recherche dans ce domaine au Québec, et malgré tout, l'appui des ministères québécois pour autoriser les projets est souvent difficile à obtenir.

En conclusion, il n'y a aucune coordination de la recherche dans le domaine des urgences au Québec, et un appui presque nul ou difficile à obtenir des organismes gouvernementaux.

4.2 La faiblesse du niveau de préparation et de planification individuelles et collectives précédant Poly

Le deuxième ennemi d'une bonne préparation est le syndrome du "plan papier" (Heide, 1989). C'est la tendance qu'ont les organisations de faire de la rédaction du plan, la phase principale et parfois unique de leur préparation (Quarantelli, 1983). Les plans écrits sont importants, mais ils sont une illusion de préparation, si les autres étapes beaucoup plus importantes, à notre avis, sont négligées. Cette illusion, c'est le syndrome du "plan papier". Parmi toutes les organisations que nous avons visitées durant notre enquête, très peu ne sont pas atteintes de ce syndrome.

4.2.1 Une planification efficace

Elle commence par un mandat clair donné à un individu précis qui devient imputable, auprès de la plus haute instance décisionnelle d'une organisation. Cette tâche ne doit pas être laissée à un individu subalterne (Dinerman, 1989, page 10). L'Emergency Plans Act de la province d'Ontario, à l'article 5, transfère l'autorité du Lieutenant Gouverneur au coordonnateur des mesures d'urgences. Cette Loi autorise, dans le cas d'une municipalité donnée, les employés municipaux à prendre action même si l'urgence n'a pas été déclarée (article 9).

Nous avons cherché à savoir si parmi les organisations impliquées dans l'événement de Poly, la méthodologie de planification utilisée correspondait aux critères de qualité éprouvés (Leroux, réflexions sur le programme PIABS). Sans des objectifs concrets et mesurables, ainsi qu'un calendrier réaliste, de même qu'une réévaluation constante des objectifs, il n'est pas possible de faire de petits pas et d'arriver à des réalisations concrètes et efficaces. Il s'agit là d'une approche par programme et par projets. Sans cette approche, il sera très difficile aux organisations de faire des pas concrets et significatifs dans leur processus de planification. Nous avons enfin cherché à connaître l'état de la concertation entre les organisations impliquées dans le déroulement des opérations d'urgence à Montréal.

Le troisième critère majeur d'un bon plan, est son évaluation continue et périodique (Bern, 1989, Pepe, 1989, Leroux, 1990). Vu l'importance de ce critère dans l'explication des lacunes de Poly, il sera développé séparément au prochain chapitre.

4.2.2 La planification dans la région de Montréal

Partant de la fusillade, nous avons voulu connaître la performance des organisations locales et régionales par rapport aux critères énumérés ci-haut.

À chacune des organisations visitées, nous avons obtenu le plan papier, nous avons demandé les objectifs en matière de planification d'urgence des deux (2) dernières années, le rapport annuel de l'organisation, les exercices et leur évaluation faites au moins depuis les deux (2) dernières années.

L'École Polytechnique de Montréal, bien qu'elle ait un comité de mesures d'urgence, n'a aucun représentant des services d'incendie ni des services de police sur son comité. Aucun exercice sérieux n'a été mené depuis plusieurs années. Nous n'avons pas réussi à obtenir de document de planification, ni aucun objectif précis. Un rapport d'un consultant a bien été remis aux autorités de l'École Polytechnique peu de temps après la fusillade (janvier). Une consultation rapide nous permet de prédire qu'il s'agira là d'un beau plan papier.

La ville de Montréal a confié aux services de prévention des incendies, et à son directeur, le mandat d'assurer la planification d'urgence. À la consultation de ce plan, par exemple, à la section Urgences-Santé (chapitre 8) révisée en 1990, nous avons constaté qu'il n'est pas tout à fait le même que celui qui nous a été remis par Urgences-Santé. Par ailleurs, au chapitre des ressources humaines, on y retrouve encore en 1990, le nom du directeur général du CSSSMM, ainsi que celui de l'ancien directeur médical, le docteur Pierre Masson. Par ailleurs, ce plan est basé sur la Loi de la protection des personnes et des

biens et toujours en fonction des sinistres majeurs, sans qu'on détermine exactement la signification des sinistres majeurs sauf peut-être en fonction des causes. On y trouve une excellente description des rôles des premiers intervenants du service de prévention des incendies, à qui on confie clairement le rôle de SAUVER DES VIES, et plus spécifiquement le rôle de sauvetage et de brancardage.

C'est bien dommage qu'on s'en tienne à la Loi de la protection des personnes et des biens pour élaborer un plan qui ne servira que très rarement, et c'est bien dommage que les pompiers n'aient pas joué leur rôle dans l'incident de Poly. Plus loin, on y trouve une description du rôle des services policiers. Nulle part dans ces descriptions, n'est-il question de sauver des vies. La section dévolue à Urgences-Santé n'est pas vraiment très claire concernant l'organisation des lieux et les règles de l'intervention, pas plus que la fonction de triage. Dans la cueillette des documents obtenus d'Urgences-Santé, nous savons qu'au moins deux (2) exercices multidisciplinaires ont eu lieu dans le métro, soit le 9 juin 1985 et en septembre 1986. Nous n'avons pas non plus trouvé de documents portant sur la planification des mesures d'urgence par objectifs mesurables ni de réévaluation de ces objectifs.

Les services d'incendies de Montréal (SIM) sont maîtres d'oeuvres du plan des mesures d'urgence de la ville de Montréal. Lors de notre rencontre, ils ont admis que la Loi de la protection des personnes et des biens et son interprétation actuelle laisse un trou énorme dans le quotidien et lors de sinistres, surtout lors de sinistres de petite et moyenne ampleur, sauf ceux causés par le feu ou les matières dangereuses, où alors le SIM a un mandat très clair de coordonner. Par contre, il est très surprenant que le SIM ne se soit pas impliqué dans l'événement de Poly au niveau du sauvetage et du brancardage, puisque,

de façon très explicite, ce rôle leur est dévolu clairement dans le plan. Tous les pompiers sont formés pour une intervention en stabilisation de base. Enfin, nous n'avons pas vu, pas plus que dans aucune autre organisation, sauf au Bureau des mesures d'urgence de la CUM, de document d'évaluation d'un événement réel ou d'un exercice nous permettant de penser que la démarche est vraiment efficace.

Le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (SPCUM) a un plan d'urgence qui souffre des mêmes inconvénients que ceux énumérés ci-haut. Il souffre aussi des mêmes inconvénients au niveau de la démarche critique de planification et de réévaluation. Pas d'autres exercices que ceux mentionnés ci-haut ne sont parvenus à notre connaissance. Quant à la répartition assistée par ordinateur (RAO), il y a bien d'excellentes procédures opérationnelles pour le quotidien, et une procédure prévue en cas d'arrêt de fonctionnement de la centrale, mais il n'y a pas de procédure spécifique pour les événements majeurs. Toutefois, la chaîne de commandement est bien identifiée. Des rencontres d'évaluation ont eu lieu avec le 911. Mais il n'y a plus de rencontre multidisciplinaire avec les représentants des autres centrales d'urgence (Services d'incendie, Urgences-Santé).

Le 911 n'a pas de procédure spécifique en cas de sinistre.

Quant au Bureau des mesures d'urgence de la CUM, il détient un mandat spécifique de la CUM, de voir à préparer pour les municipalités de la CUM, un plan d'intervention pour faire face à cinq (5) grands sinistres majeurs: les accidents d'aéronefs, les inondations, les matières dangereuses, les pannes majeures d'électricité et la contamination des eaux. Il travaille en fonction des désastres de niveau III, conformément à la Loi de

la protection des personnes et des biens; cette démarche n'a aucune incidence sur le quotidien. Le bureau n'a pas participé à aucune évaluation conjointe de Poly.

La Direction générale de la sécurité civile (DGSC), qui a des directeurs régionaux dans six (6) régions du Québec, dont celles de Montréal centre, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie, est une création de la Loi de la protection des personnes et des biens, modifiée en 1989, suite aux recommandations issues de l'expérience de St-Basile-le-Grand. Cette organisation se mobilise à chaque fois que le sinistre demande l'intervention de plus de deux (2) ministères ou organismes à intervention directe et plus, touche deux (2) municipalités et plus, ou que l'événement est un événement médiatique à risques. Dans la phase précédant un sinistre, elle a la tâche d'accompagner les municipalités afin de les aider à élaborer leur plan selon le guide de la protection civile de 1990. **Encore une fois, l'objectif de sauver des vies n'est pas l'objectif prioritaire clairement identifié, la planification se fait en fonction des grands désastres conformément aux causes identifiées dans le règlement accompagnant la Loi, et non pas en fonction des effets.** Son rôle principal durant un sinistre est de s'assurer de la coordination efficace des ministères et organismes à intervention directe. Par conséquent, cet organisme n'a été mêlé ni de près ni de loin à l'événement de Poly. Il n'y a pas non plus, à l'intérieur de cette organisation, un mécanisme prévu d'aide et d'animation de debriefings opérationnels multidisciplinaires. Pourtant, on s'attendrait que cette organisation développe ce genre d'expertise.

À Urgences-Santé, nous avons obtenu copie du plan mentionné plus haut, et nous n'y avons trouvé aucune méthodologie de triage clairement identifiée; il a été difficile d'identifier les rôles et responsabilités, ainsi que la chaîne de commandement. Par ailleurs, il s'agit là de l'ancien plan antérieur à 1989 alors qu'Urgences-Santé appartenait au

Conseil de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, nous avons trouvé un plan de contingence très bien fait sur les feux d'artifices, ainsi qu'un plan d'intervention en cas d'accidents d'aéronefs à l'aéroport de Dorval. D'ailleurs, trois (3) exercices ont été menés avec l'aéroport, dont nous avons reçu copie des évaluations, le dernier remontant à 1988. Outre ces exercices et ceux du Métro mentionnés plus haut, il n'y a pas de processus continu que ce soit information aux intervenants, formation, exercices partiels (que ce soit du déclenchement de l'alerte, de la mobilisation des ressources, de l'organisation et de la gestion des lieux d'un sinistre, du triage), ou exercices intégrés. Pourtant, la meilleure définition d'un sinistre se rapprochant le plus de notre conception et de la conception de la littérature, c'est dans le plan d'Urgences-Santé que nous l'avons trouvée. C'est dommage qu'il y ait un écart entre la définition et l'agir.

Le Conseil de la Santé et des Services sociaux du Montréal métropolitain (CSSSMM) avait délaissé la planification d'urgences depuis qu'Urgences-Santé est devenue une corporation indépendante relevant directement du Ministère. Durant la dernière année, cependant, le CSSSMM a été invité par le Bureau des mesures d'urgence de la CUM à siéger à la démarche de planification pour les cinq (5) grandes vulnérabilités mentionnées plus haut. Il existe bien une coordonnatrice, mais elle effectue son travail à temps partiel et sa fonction principale n'est pas celle-là, sauf lorsqu'un événement spécial se déclare, comme ce fut le cas à Oka.

Toutefois, lors de notre rencontre, nous n'avons pas perçu que le CSSSMM se voyait comme un leader du réseau dans ce domaine, ni vraiment comme imputable face aux mesures d'urgence, ni même face aux urgences en général. Il n'a pas non plus participé à aucun exercice, et son rôle n'est pas bien défini. Fait intéressant à noter: dans le plan

d'Urgences-Santé, qui se retrouve encore dans celui de la ville de Montréal, au début du plan, on retrouve un schéma expliquant le rôle intégrateur du CSSSMM, qui reflétait probablement la vision de l'ancienne organisation. Dans le plan remis par Urgences-Santé directement, cette page n'apparaît plus.

En somme, face à l'événement de Poly, le CSSSMM ne se voit aucune responsabilité, ni aucun rôle précis, pas même dans la phase de recouvrement, ou comme participant à une évaluation de l'intervention. Pourtant, trois (3) centres hospitaliers ont été mis à contribution de manière significative. Encore-là, le CSSSMM, comme la plupart des autres CRSSS de la province, n'accepte pas le rôle ou la tâche d'accompagner les centres hospitaliers dans la planification des sinistres externes ou internes. Bien qu'ils ont le pouvoir de le faire, ils n'y sont pas obligés.

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a, depuis un an, une fonction de coordination des mesures d'urgence bien identifiée et a demandé aux CRSSS de la province d'identifier, de leur côté, les personnes en autorité qui occuperaient cette fonction d'exécution advenant un sinistre.

Dans un projet de protocole d'entente MSSS - CRSSS, resté lettre morte jusqu'à maintenant (projet de protocole d'entente MSSS - CRSSS) (MSSS, décembre 1989), à l'élaboration duquel nous avons participé, et dont le but était de régionaliser les sinistres externes (i.e. ceux qui surviennent à l'extérieur du milieu hospitalier), donc, moyennant les ressources financières appropriées, on précise les objectifs-santé à rencontrer lors d'un sinistre (Annexe 8, art. 5), ceux-là même qui ont été développés dans le programme PIABS de Québec depuis 1986.

Beaucoup d'autres fonctions ont été décrites à l'intérieur d'autres documents élaborés par le Ministère avec notre collaboration et basées sur l'expérience développée dans la région de Québec, notamment la méthodologie de triage (Annexe 6, Heide, 1989) (Heide), l'organisation des lieux d'un sinistre comportant de nombreuses victimes, la chaîne de commandement, et les règles d'intervention sur les lieux d'un sinistre par du personnel para-médical et du personnel médical. Toutefois, ces méthodes n'ont pas pénétré le milieu des ambulanciers, ne sont pas obligatoires, et sont laissées à la discrétion du CRSSS.

Le Ministère, à la demande du comité provincial de sécurité civile, est à rédiger son plan. On est bien loin d'avoir donné l'occasion aux intervenants provinciaux de répondre adéquatement à des événements comme Poly et bien loin de SAUVER DES VIES. D'une part, il n'y a pas eu de volonté expresse de régionaliser les mesures d'urgence. D'autre part, les mesures d'urgence se résument à deux (2) personnes et une (1) secrétaire au Ministère. Ce n'est pas surprenant que le Ministère ne se soit pas impliqué ni de près, ni de loin dans l'événement de Poly.

4.2.3 Analyse et discussion

Ce qui est frappant, c'est le manque d'uniformité dans la place que les organisations donnent aux mesures d'urgences et dans l'importance que prend la planification de l'intervention en cas de sinistre, l'absence d'objectifs communs clairs, l'absence de méthodologie claire. En effet, mis à part le Service de prévention des incendies de Montréal et le Bureau des mesures d'urgence de la CUM, la responsabilité de la planification est dévolue à un employé subalterne et, en général, n'est pas une fonction à plein temps. Par ailleurs, il n'existe pas de formation adéquate uniforme ni de "culture" des sinistres de niveaux I

et II au Québec (ACEP). La formation des intervenants à tous les niveaux n'est pas uniforme et elle est déficiente. Seul le Collège d'études fédérales d'Arn Prior, près d'Ottawa, donne une formation francophone générale valide pour tout le Canada mais, encore là, celle-ci vise le sinistre de niveau III en fonction des causes et peu en fonction des effets, notamment ceux sur la santé.

Mis à part les aéroports fédéraux, les organisations n'ont aucune obligation, ni aucune accréditation ou exigence à rencontrer, et il y a absence d'imputabilité. En effet, qui est imputable pour l'absence de planification conjointe dans un événement comme Polytechnique? Qui a l'obligation, dans son travail, de voir à la planification multidisciplinaire de l'intervention, à la recherche et au développement de nouvelles méthodes?

4.3 Les faiblesses de l'évaluation des interventions collectives: un exemple, Poly

Un processus d'évaluation continu des interventions collectives est la meilleure façon d'améliorer la coordination et la gestion (Bern, Pepe, Leroux).

Il s'agit d'une approche par essai et erreur, qu'une organisation peut difficilement éviter, puisque chaque plan est différent et doit être adapté au besoin et à la "culture" propre de l'organisation.

Toutefois, deux (2) moyens extraordinairement efficaces, quand ils sont bien utilisés, sont à la portée de toutes les organisations et des coordonnateurs de mesures d'urgence. Ce

sont les exercices et une méthodologie éprouvée d'évaluation, et des exercices, et des événements réels (Leroux, 1990).

Beaucoup ont tendance à organiser de gros d'exercices qui prennent beaucoup d'énergie, et qui, à moins d'être extrêmement bien planifiés, et d'avoir au préalable mesuré chacune des plus petites parties du plan, avoir informé et formé le personnel, rapporteront peu de renseignements qu'on aurait pu obtenir autrement. Nous privilégions, donc, les exercices partiels, surtout ceux qu'on peut adapter aux tâches quotidiennes. Ceux-là demandent moins d'énergie à préparer et à planifier et rapportent gros. Enfin, une méthodologie éprouvée d'évaluation des événements réels et des exercices est absolument indispensable (Leroux, 1990). Cette méthode, développée dans le cadre du programme PIABS (plan d'intervention auprès des blessés réels et ou potentiels lors d'un sinistre) de la région de Québec permet de modifier le plan progressivement, de le parfaire, et de le rendre conforme aux besoins des intervenants; à la condition toutefois de poursuivre le processus jusqu'à l'actualisation des actions identifiées dans la synthèse des rapports et séances d'évaluation.

L'évaluation, dont nous parlons ici, n'est pas un simple "debriefing" que beaucoup d'organisations ont l'habitude de faire. En effet, bien qu'il s'agisse-là d'une étape très importante et indispensable, qui doit être faite le plus tôt possible après l'événement, l'évaluation comprend bien plus: la rédaction de son vécu par le plus grand nombre d'intervenants, ainsi que leurs commentaires et recommandations; il est indispensable que les chefs de chacune des organisations présentes sur les lieux du sinistre, ainsi que tous les autres postes clés de toutes les organisations impliquées sur les lieux, dans les centrales de coordination, etc. On prendra soin de colliger à partir du début les coupures de presse

et les bandes magnétoscopiques qu'on peut obtenir très facilement tôt après l'événement, soit des médias eux-mêmes, ou de firmes spécialisées. On fera de même pour les bandes audios de médias radio.

Ensuite, le debriefing, pour être valable, doit se faire dans chacune des organisations impliquées (policiers, pompiers, organisation du réseau de la Santé et des Services sociaux, centrale de coordination, etc.) et être suivi d'une évaluation multidisciplinaire, regroupant une personne responsable de chacune des organisations.

Vient l'étape de la synthèse: une personne parmi les organisations présentes au debriefing général est chargée de sélectionner les observations pertinentes de tous les documents disponibles, de proposer une action correctrice pour chaque observation ainsi qu'un calendrier et d'identifier une personne responsable pour chaque action. Ce projet sera ensuite validé avec les intervenants.

Enfin, la phase cruciale, la plus souvent manquée, est celle de l'actualisation des actions identifiées et d'une réévaluation constante.

Suite à l'événement de Poly, Urgences-Santé et la SPCUM ont procédé, chacun de leur côté, à une évaluation des opérations. Nous n'avons pas réussi à mettre la main sur la séance d'évaluation effectuée par les techniciens-ambulanciers eux-mêmes.

Un seul technicien-ambulancier a participé à la séance d'évaluation d'Urgences-Santé. La plupart des autres personnes présentes à ce debriefing sont du personnel-cadre d'Urgences-Santé, infirmières, médecins-coordonnateurs, médecins sur lieux, coordonnateurs des opérations sur lieux, répartiteur, l'agente d'informations, etc... Lors de celle-ci, on y

a, entre autres, révisé une procédure d'intervention et discuté du problème des communications. Conclusion: plus il y aura de portatifs, plus le risque que les communications soient embourbées est grand!

La SPCUM a commandé un rapport complet de l'événement. Des mesures concrètes ont été adoptées suite à ce rapport, dont le changement important dans le rôle du premier policier arrivé sur les lieux d'un crime en progression. Celui-ci désormais s'impliquera directement dans la maîtrise de l'agresseur; des cours théoriques et pratiques ont d'ailleurs lieu régulièrement. Nous déplorons l'absence d'un plan conjoint d'intervention avec Urgences-Santé.

Il n'y a pas eu non plus d'évaluation conjointe multidisciplinaire. Seul l'enquêteur de SPCUM a rencontré les gens d'Urgences-Santé mais pour évaluer leur perception du rôle de la police.

Solutions et recommandations

Chapitre 5

SOLUTIONS ET RECOMMANDATIONS

5.1 Recommandations générales et structurantes

5.1.1 La voie de l'association, de la concertation, et de la complémentarité

5.1.1.1 Les principes essentiels (Heide, 1989, pp. 35-48)

1. Se rapprocher du quotidien

Les intervenants, à moins d'avoir eu une formation spécifique incluant des exercices fréquents, répéteront, la plupart du temps, lors d'une urgence, les mêmes gestes qu'ils posent dans le quotidien.

Il est préférable d'inclure dans le processus de planification et de réévaluation, toute urgence nécessitant l'intervention de plus d'une organisation, peu importe le nombre de victimes.

Principe:

Baser la planification sur ce que les intervenants vont "probablement" faire, et non sur ce qu'ils "devraient" faire.

Seule chaque organisation peut dire exactement ce que ses intervenants feront "probablement".

2. Une perspective interorganisationnelle: un système de planification et d'intervention d'urgence multidisciplinaire

Sauver des vies ne peut pas être uniorganisationnel. L'exemple de Poly est frappant. Un simple accident de la route avec incarceration nécessite au moins l'intervention des pompiers ou des équipes de sauvetage (désincarcération, matières dangereuses, et premiers secours), des ambulanciers (stabilisation et transport), des policiers (contrôle routier, sécurité), un centre hospitalier (soins définitifs), des centres de contrôle (alerte, mobilisation des ressources, répartition).

Les objectifs de chacune des organisations et les rôles de leurs intervenants sont différents et le plus souvent méconnus les uns des autres.

Par ailleurs, il y a des tâches essentielles et d'autres importantes à remplir dans la gestion générale et spécifique des lieux d'un événement, qui relèvent de la juridiction d'aucune organisation et de toutes en même temps.

Principe:

La planification d'événements majeurs, pour être efficace, doit être interorganisationnelle.

Or, comme les désastres n'ont pas de frontière, et que dans la région de Montréal, certains services sont déjà régionalisés (CUM, BMU de la CUM,

SPCUM, 911, Urgences-Santé, CSSSMM), la planification doit être régionale. Ailleurs au Québec, on devra considérer le territoire de la Communauté Urbaine de Québec, de la Communauté régionale de l'Outaouais et des MRC.

Le système devra être complet, c'est-à-dire, même s'il pourra se subdiviser en unités fonctionnelles (ex.: polices/pompiers/ambulanciers de la région Nord), il ne devra surtout pas oublier d'intervenants ni d'organisations.

Le système devra être respectueux de la légitimité de l'autonomie de chacune des organisations et des groupes d'intervenants.

3. Un plan accepté et connu de tous: un processus de concertation vertical et horizontal

Le processus de planification est nettement plus important que le document écrit lui-même.

La planification par les usagers eux-mêmes (les intervenants) permet à ceux-ci de s'approprier le plan, et à tous (directeurs, officiers, intervenants, etc...) de s'approprier le plan et de développer leur confiance mutuelle.

Principe:

Le processus de planification est plus important que le document écrit qui en résulte.

5.1.1.2 Pour la région de Montréal

Pour respecter les principes ci-haut mentionnés, seule aura des chances de succès, une méthode qui permette de:

- développer un climat de confiance;
- préserver l'autonomie de chaque organisation;
- apprendre à travailler ensemble;
- développer des protocoles et procédures communs;
- décrire la chaîne de commandement;
- élaborer des stratégies communes;
- clarifier les objectifs réciproques et les prioriser, notamment celui de SAUVER DES VIES.

Pour ce, nous recommandons, pour le territoire de la CUM, un SYSTÈME RÉGIONAL INTÉGRÉ d'interventions d'urgence, dynamique, souple, polyvalent et complet,

- accepté par tous;
- basé sur la concertation et l'implication de tous (élus, directeurs, officiers, intervenants);

- sans perdant;
- assurant le respect mutuel de l'autonomie et des responsabilités de chaque organisation;
- animé par un leader régional neutre, clairement identifié dans la communauté, dûment mandaté et légitimé, accepté par tous et jouissant d'un support administratif et financier (budget protégé), suffisant. Il pourra être supporté administrativement par une organisation en particulier, mais celle-ci, devra accepter que le coordonnateur soit au service de tous.
- dont la mission est, entre autres, de développer, appliquer et mesurer des protocoles et procédures communs d'interventions d'urgence.

Les organisations visées par ce système sont:

- la CUM, le BMU de la CUM, le 911, la SPCUM et le RAO, les services d'incendie des vingt-sept (27) villes de la CUM, les élus des vingt-neuf (29) villes de la CUM, le CSSSMM, Urgences-Santé et son centre de contrôle, les centres hospitaliers de courte durée, la DGSC, le MSSS, le MSP.

Les niveaux visés de participants sont:

- les élus;
- les directions générales;
- les directions opérationnelles;
- les supervisions;
- les intervenants;

- les coordonnateurs ou responsables de mesures d'urgence,

et plus spécifiquement:

- les pompiers;
- les policiers;
- les ambulanciers;
- les médecins d'Urgences-Santé.

UN EXEMPLE DE SYSTÈME INTÉGRÉ: le "FIRESCOPE¹ multiagency coordination system" (MACS)

Développé dans le cadre d'un projet de recherche commandé et financé par le Congrès Américain à la suite d'incendies dévastateurs en Californie du Sud survenus en 1970, ce PROCESSUS a été adopté par le "national interagency incident management system" (NIIMS).

NIIMS est un concept applicable à tout type d'urgences pouvant survenir dans la communauté, incluant les urgences locales nécessitant l'intervention de plusieurs organisations différentes.

1. FIRESCOPE signifie: Firefighting resources of Southern California organized for potential emergencies

Ce type d'urgence, qui demande une intervention collective coordonnée, arrive de plus en plus souvent (densité de population - risques technologiques - etc...).

À un certain moment, il y a rarement une frontière absolument claire entre les limites de juridiction des organisations et apparaissent alors toujours des zones grises.

En plus de proposer une terminologie commune, NIIMS propose une méthode de gestion des lieux du sinistre applicable à toute grosseur d'urgences et à tout type d'urgences:

- règles communes dans l'organisation des lieux et standardisation des procédures;
- polyvalence pour tout type d'urgences;
- polyvalence, des plus petites au plus grandes urgences;
- fournit une méthode d'expansion logique et harmonieuse de l'organisation en fonction de la grandeur de l'urgence;
- respecte l'autonomie de chaque organisation;
- applicable à toute organisation;
- minimise les coûts de l'entraînement, des opérations et de l'administration courante.

NIIMS facilite le partage des ressources et la coordination des efforts collectifs face à une agression. Des standards et protocoles communs dans la démarche régionale, entre autres pour les procédures d'intervention et les communications, fournissent la base de la flexibilité nécessaire.

Quand les responsables des organisations réussissent à se parler et à travailler ensemble pour atteindre des objectifs communs, ils trouvent alors des façons plus efficaces et efficaces de faire les choses.

Cela crée un climat d'entraide et de support mutuel. NIIMS permet de provoquer ces choses et développe un climat de confiance.

NIIMS réussit à rassembler plusieurs organisations indépendantes ayant chacune sa propre juridiction, ses politiques, son financement, chacune ses forces et ses limites, dans une forme de coopération jusqu'au paravant inconnue en mesures d'urgence.

Il rassemble les organisations autour d'un système unique au profit de chacune et sans perdant, et surtout au profit des victimes.

En résumé, NIIMS est pratique; c'est une méthode facile d'arriver à utiliser d'une manière efficace les ressources de toutes les organisations pour faire face de façon rapide et efficace à tout type d'urgences.

Recommandation no 1:

Mettre en place sur le territoire de la CUM, un **système régional intégré** d'interventions d'urgence, en concertation, dynamique, souple, polyvalent, et complet.

5.1.1.3 Extension au reste du Québec

Recommandation no 2:

Mettre en place, sur le territoire de la CUQ et de la Communauté régionale de l'Outaouais, un **système régional intégré** d'interventions d'urgence en concertation, dynamique, souple, polyvalent et complet.

Recommandation no 3:

Mettre en place, par territoire de MRC, un **système régional intégré** d'interventions d'urgence en concertation, dynamique, souple, polyvalent et complet.

5.1.1.4 Un appui senti et concret de la part du gouvernement, signe de son engagement et de sa volonté: un coordonnateur provincial...

Afin de rendre réalisable l'implantation de **SYSTÈMES RÉGIONAUX DE GESTION INTÉGRÉE D'INTERVENTIONS D'URGENCE** et pour passer à la population et aux organisations un message clair et congruent de sa volonté, nous recommandons à la plus haute instance décisionnelle du gouvernement du Québec de confier à une personne dûment mandatée et légitimée, la responsabilité de coordonner et d'animer le milieu à la poursuite d'une gestion intégrée et coordonnée des interventions d'urgence.

Le coordonnateur devra avoir:

- un pouvoir de concertation;
- une autorité déléguée du plus haut niveau décisionnel du gouvernement, autorité tant horizontale (les ministères) que verticale (les régions et les municipalités);
- un support administratif, logistique et financier (budget protégé) adéquat.

Le profil du coordonnateur sera le suivant:

- talent d'animateur (marketing);
- capable de travailler en concertation;
- bien accepté de tous;
- avoir une expérience pertinente;
- avoir un sens de la recherche développé;
- neutre politiquement.

Recommandation no 4:

La nomination d'un coordonnateur provincial mandaté et légitimé par la plus haute instance décisionnelle du gouvernement du Québec, avec pouvoir de concertation, et autorité horizontale et verticale déléguée.

5.1.1.5 ...et un outil de planification dynamique basée sur la recherche: un institut national de gestion des grandes urgences

Afin de supporter les intervenants et les organisations dans une démarche de recherche de la "vérité" québécoise, dans le domaine de la gestion et de la coordination des interventions d'urgence, nous recommandons la création d'un centre multidisciplinaire d'études, de recherche et de formation, véritable outil de marketing.

Des communautés ont largement profité de la création d'un centre de recherche (Disaster Research Center de l'Université du Delaware).

Sa mission sera de:

- rassembler et fournir toutes les expertises entourant la gestion et l'intervention d'urgence, ainsi que la gestion des crises, notamment, des sociologues, des experts de la sécurité et de la sûreté, des psychologues, des ingénieurs (systèmes de communications), des spécialistes de la communication avec les médias, de la gestion de crise, des urgentologues, des spécialistes en santé communautaire, des toxicologues, etc...;
- étudier tous les aspects des urgences nécessitant de multiples intervenants, et de nombreuses victimes, notamment la gestion des lieux, la coordination, la chaîne de commandement, l'identification des intervenants, les aspects de sécurité, le sauvetage/brancardage/premiers secours, les aspects psychosociaux;

- assister le coordonnateur provincial et les coordonnateurs régionaux dans le marketing des programmes provinciaux et régionaux;
- coordonner, stimuler, et financer la recherche;
- organiser la formation;
- travailler avec le milieu pour développer des protocoles et procédures au profit des organisations concernées;
- s'associer aux autres organisations locales, régionales, provinciales, canadiennes, étrangères (américaines, européennes, etc...), et internationales;
- constituer un centre provincial de documentation.

Ces budgets auront avantage à être protégés et son administration séparée de la fonction publique.

Recommandation no 5:

La création d'un Institut national de gestion des grandes urgences, véritable centre multidisciplinaire d'études, de recherche, de formation et de marketing de la gestion et de la coordination des interventions d'urgence.

5.1.2 La voie législative

En effet, le Québec subit l'influence des pays voisins, notamment des États-Unis, de la culture anglo-saxonne, des britanniques et de la culture française. Dans ces pays, les modes d'intervention et de gestion de crises découlent de leur législation, différente de celle du Québec. Or, le Québec emprunte à ces pays, leur modèle de gestion des mesures d'urgence.

Il serait intéressant d'analyser nos législations respectives, d'en mesurer les différences, et de vérifier si les modèles de gestion utilisés au Québec et empruntés ailleurs sont congruents avec nos lois. Il se pourrait que nous découvriions que nos modèles d'intervention empruntés ne correspondent pas à notre législation; et donc, il y aurait lieu que le Québec se donne une culture propre de gestion des crises. Il s'agit là d'une analyse structurelle.

Une analyse politique, beaucoup plus longue et moins pratique, afin d'expliquer le "trou" des petites et moyennes urgences, pourrait être faite. Il s'agirait d'étudier la volonté des gouvernements passés et actuels, à la lumière de nos traditions, et en regard de nos ressources et des conjonctures (par exemple: le fait qu'une longue période se soit écoulée sans qu'il n'y ait de sinistre).

La voie de l'analyse structurelle semble plus intéressante et plus concrète. Il s'agirait davantage d'une analyse des différences structurelles (critères d'action, etc...). Cette analyse permettrait mieux de créer la réglementation qui manque concernant les mesures d'urgence (Deschênes).

5.2 Recommandations spécifiques

5.2.1 CSSSMM: un plan régional santé et services sociaux

5.2.1.1 Un mandat clair du CSSSMM reconnu par le MSSS

À l'instar des CRSSS de Québec (Leroux, réflexions sur le programme PIABS, juillet 1990) et de Montérégie (Leroux, rapport d'évaluation de l'intervention des services de santé et des services sociaux lors de l'incendie d'un entrepôt de BPC à St-Basile-le-Grand, juin 1989, p. 85-87), le CSSSMM devrait inscrire cette planification dans sa programmation et lui conférer un caractère prioritaire.

Dans un réseau décentralisé comme celui de la santé et des services sociaux, où chaque organisme et établissement a un conseil d'administration indépendant, le conseil régional doit démontrer un leadership pour donner l'occasion à ses organismes et établissements de se donner des règles claires d'intervention.

Pour avoir du sens, une telle démarche doit provenir d'une volonté expresse du conseil d'administration du CSSSMM.

Celui-ci est le seul organisme qui a le mandat d'amener les organismes et établissements du réseau de la santé et des services sociaux opérant sur son territoire, à se donner entre eux des règles claires de fonctionnement et d'animer la concertation.

Par ailleurs, outre le volet curatif pour lequel Urgences-Santé et trois (3) centres hospitaliers de courte durée ont mobilisé leurs ressources lors de l'événement de Poly, le volet psychosocial aurait dû être mobilisé et prêt à intervenir d'une manière coordonnée, en appui aux ressources de l'École Polytechnique, dès le début; par ailleurs, d'autres urgences nécessiteront l'application du volet Santé publique (projet de protocole d'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les Conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux, décembre 1989).

Enfin, souvent, les urgences, parce qu'elles n'ont pas de frontière, seront la source de conflit de juridiction (Leroux, 1989), à moins que les règles et protocoles aient été définis dans la phase de la planification.

Recommandation no 6:

Nous recommandons au conseil d'administration du CSSSMM de voter une résolution claire mettant sur pied, de façon prioritaire, une démarche de planification, de coordination, et de concertation entre les organismes et établissements de son territoire, responsables de fournir les services reconnus dans les trois (3) champs d'application de l'intervention auprès des blessés en cas de sinistre (Annexe 8, art. 5).

5.2.1.2 Un coordonnateur médical des mesures d'urgence dûment mandaté et reconnu

Il nous apparaît essentiel que durant la phase de planification, d'implantation et d'évaluation du programme, un professionnel soit mandaté pour animer la démarche selon le plan prévu.

Le professionnel choisi, en plus d'être membre en règle de la Corporation des médecins et des chirurgiens, doit posséder les qualités suivantes:

- avoir une préoccupation régionale;
- être capable d'animer des groupes, autant que possible, au consensus;
- avoir la capacité de rassembler;
- avoir une préoccupation de santé communautaire, une préoccupation clinique (plan curatif), et une préoccupation psychosociale;
- être bien accepté par l'ensemble du réseau.

Le candidat devrait avoir une bonne expérience en médecine d'urgence et désirer développer une expertise en médecine de catastrophe.

Pour avoir l'autorité nécessaire, le coordonnateur régional doit recevoir un mandat clair du conseil d'administration du CSSSMM; il nous apparaît également essentiel que le coordonnateur soit officiellement introduit auprès des plus hautes instances du ministère de la Santé et des Services sociaux et auprès des établissements et organismes du réseau de la santé et des services sociaux de la région de Montréal.

Comme il s'agit là d'un programme ayant trait à l'organisation des soins lors d'événements majeurs, il nous paraît important de procéder à l'engagement de cette personne depuis un département de santé communautaire du territoire, afin de favoriser son implication dans le milieu et son contact avec le milieu hospitalier; nous recommandons que le coordonnateur soit intégré à cette équipe de santé communautaire. Il y aura lieu qu'il soit introduit et son mandat clarifié auprès des autres chefs de département de santé communautaire (Leroux, Évaluation de l'intervention du Service de Santé et des Services sociaux lors de l'incendie d'un entrepôt de BPC à St-Basile-le-Grand, juin 1989).

Recommandation no 7:

Nommer, dans les plus brefs délais, un coordonnateur médical des mesures d'urgence (plein temps), dûment mandaté et légitimé, pour assurer, en concertation, la planification de la coordination régionale de l'intervention des organismes et établissements du réseau de la santé et des services sociaux lors d'un événement majeur sur son territoire.

5.2.2

Le MSSS

Recommandation no 8:

Confier clairement aux CRSSS, dont le CSSSMM, la responsabilité de la coordination et de l'actualisation des plans d'intervention auprès des blessés en cas de sinistre, en complétant dans les plus brefs délais, la démarche de protocole d'entente dont le projet a été déposé en décembre 1989 (Annexe 8).

Recommandation no 9:

Prendre immédiatement les mesures pour assurer la présence dans toutes les ambulances du Québec, du matériel requis en cas d'événements majeurs ou de sinistre, entre autres, vingt-cinq (25) étiquettes de triage.

Recommandation no 10:

Prendre les mesures nécessaires pour assurer une formation minimale en intervention auprès des blessés en cas de sinistre, à tous les ambulanciers de la province.

5.2.3

Urgences-Santé

Recommandation no 11:

Nous recommandons au conseil d'administration et à son président directeur général, de prendre les mesures pour revoir entièrement:

- 1) le processus de la planification de l'intervention auprès des blessés en cas de sinistre ou d'événement majeur;
- 2) tous les aspects de cette planification, notamment les rôles, les protocoles et les procédures, et ceci en fonction d'un seul objectif: SAUVER DES VIES;
- 3) et d'y inclure l'évaluation systématique de tous les événements majeurs.

Recommandation no 12:

Situer le poste de coordonnateur des mesures d'urgence à un niveau hiérarchique élevé.

Recommandation no 13:

Assurer à la personne occupant ce poste, le support administratif (et budgétaire) approprié.

Recommandation no 14:

Reconsidérer la chaîne de commandement utilisée par le personnel d'Urgences-Santé sur les lieux d'un événement majeur, notamment le rôle des médecins dans cette chaîne.

5.2.4 L'École Polytechnique

Recommandation no 15:

Prendre les mesures nécessaires pour assurer la participation active du responsable de la sécurité de l'Université de Montréal, du directeur du district de la SPCUM, des coordonnateurs des mesures d'urgence du SIM, et d'Urgences-Santé, à la démarche de planification des mesures d'urgence de l'École.

5.2.5

SPCUM

Recommandation no 16:

Réévaluer complètement le processus de planification des interventions en cas de sinistre et d'événements majeurs, et confier cette responsabilité à une personne occupant un niveau hiérarchique élevé.

Recommandation no 17:

Réévaluer complètement la fonction de gestion des événements majeurs nécessitant une intervention multidisciplinaire. Établir un protocole à ce sujet. Séparer cette fonction de la gestion des opérations policières proprement dites. Et assurer la formation des officiers à ce sujet.

5.2.6

SIM

Recommandation no 18:

Maintenir la responsabilité de la planification des mesures d'urgence au niveau hiérarchique actuel.

Recommandation no 19:

Inclure dans le processus de planification actuel des interventions lors de sinistre, la planification et l'évaluation des interventions lors d'événements majeurs (i.e. Tout événement impliquant un recours multiple).

Recommandation no 20:

Définir le rôle du pompier du Service d'incendies de Montréal en premiers secours/recherche/sauvetage/brancardage et développer un mécanisme de concertation avec la SPCUM et Urgences-Santé pour assurer son intégration dans l'intervention de tout événement majeur sur son territoire.

5.2.7 BMU de la CUM

Recommandation no 21:

Développer, en concertation avec le 911 et les autres partenaires impliqués dans les interventions d'urgence, une fonction régionale de surveillance des événements majeurs, adjacente au 911.

5.2.8 Le MSP

Recommandation no 22:

Prendre les mesures nécessaires pour officialiser, dans les plus brefs délais, sur le territoire du Québec, un mode d'identification des intervenants et des responsables (dossard, brassard, couleurs, etc...).

Recommandation no 23:

Prendre les mesures pour que l'intervention lors d'un sinistre comportant de nombreuses victimes (gestion et protocole d'intervention) soit enseignée à tous les groupes d'intervenants dans le cadre de la formation académique (policiers, pompiers, personnel ambulancier, médecins, personnel infirmier), et continue au Québec.

Conclusion

CONCLUSION

Après avoir rappelé les événements survenus à l'École Polytechnique de Montréal le 6 décembre 1989, et mis en évidence la simultanéité de deux (2) composantes essentielles, une scène de crime en évolution, d'une part, comportant de nombreuses victimes, d'autre part, nous en mesurons l'importance régionale et l'indice de sévérité.

Il devient dès lors évident qu'un tel événement a mis à l'épreuve la capacité régionale de réagir aux événements majeurs nécessitant un effort collectif. En effet, seul un effort collectif hautement coordonné et extrêmement bien géré pouvait assurer hors de tout doute des soins appropriés avec la promptitude requise particulièrement chez de nombreux traumatisés par balle.

De nombreuses lacunes dans la gestion et la coordination de cet effort collectif ont été relevées: entre autres,

- l'absence d'objectifs individuels et communs clairs et connus de tous;
- l'absence d'une stratégie individuelle et commune claire et connue de tous;
- une chaîne de commandement plus ou moins claire, bien identifiée et connue de tous;
- l'absence de mise en place de fonctions essentielles à la coordination et à la gestion, et relevant d'une responsabilité commune;
- la faiblesse de certaines autres fonctions importantes à la coordination, notamment l'organisation des lieux, l'identification des intervenants, et les règles d'intervention sur les lieux d'un sinistre;
- la méconnaissance des rôles et des besoins réciproques spécialement chez les pompiers, policiers et ambulanciers.

Ces lacunes ont sans aucun doute allongé le temps d'évacuation des victimes vers les centres hospitaliers, mettant ainsi leur vie en danger.

Aucune organisation n'a vraiment assuré le leadership de la coordination de la gestion générale de l'événement, du déclenchement de l'alerte jusqu'au retour à la vie normale. Ainsi, les organisations impliquées ont davantage tenté seules de mener à bien leurs actions, sans qu'il n'y ait véritablement de mise en commun continue, régulière, et organisée des objectifs.

À l'analyse des causes de ces faiblesses, nous refusons de faire porter sur le dos des intervenants eux-mêmes le poids des lacunes observées. Nous questionnons davantage l'engagement et la volonté des organisations concernées et du gouvernement, de donner l'occasion aux intervenants de bien se préparer face aux urgences nécessitant une intervention collective multidisciplinaire pour SAUVER DES VIES.

Comme gestes-clé, pour commencer à faire des pas concrets dans la bonne direction, nous proposons une association des organisations concernées de la région de Montréal, autour d'un objectif prioritaire, soit SAUVER DES VIES. Nous leurs proposons de commencer immédiatement une démarche régionale de concertation, et d'identifier une personne responsable, clairement mandatée et légitimée, qui assurera le leadership de la préparation et de la planification.

Pour appuyer cette démarche, et son extension à tout le Québec, nous proposons d'abord la nomination d'un coordonnateur provincial, avec pouvoir de concertation, jouissant d'une

délégation de la plus haute autorité; ensuite, la création d'un institut national de gestion des urgences, véritable centre d'études, de recherche, de formation, et de marketing.

Enfin, nous faisons plusieurs recommandations spécifiques aux organisations étudiées.

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIAN (ACEP), Student manual for disaster management and planning for Emergency Physician's Course, Emmitsburg, MD, American College of Emergency Physicians, disaster committee, Federal Emergency Management Agency, Emergency Management Institute, pas de date.

ANDERSON, P.R. ET COLL., Organization: Organizing to respond to the incident, Stillwater, Oklahoma, International Fire Service Training Association, Oklahoma State University, pas de date.

BERN, A.I., Disaster Medical Services, dans Roush, WR, Principles of EMS Systems, American College of Emergency Physicians, pas de date.

DE BOER, J., Definition and classification of Disasters: Introduction of a Disaster Severity Scale, J Emerg Med, volume 8, pp. 591-595, 1990.

DE BOER, J. ET COLL., The Medical Severity Index of Disasters, J Emerg Med, volume 7, pp. 269-273, 1989.

DENIS, H., La gestion de catastrophe, éd. Les Publications du Québec, Québec, 1990.

DENIS, H., Les risques technologiques majeurs, Conférence dans le cadre d'une session estivale en santé communautaire, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, juin 1987.

DESCHÊNES, M., Projet de recherche sur le cadre juridique applicable aux mesures d'urgence en cas de sinistre grave - Approche méthodologique - Législation québécoise, Rapport no 1, Université Laval, Sainte-Foy, 6 novembre 1990.

DINERMAN, N., Critical Perspectives in Disaster Planning and Management, 1989 Scientific Assembly, American College of Emergency Physicians, Course # TU-102, 1989.

DOYLE, C.J., Mass Casualty Incident: Integration with Prehospital Care, Emerg Med North Am, vol. 8, no 1, pp. 163-165, février 1990.

DRABEK, T.E., Human System Responses to Disaster: An Inventory of Sociological Findings, ed. Springer-Verlag, New York, 1986.

FEDERAL EMERGENCY MANAGEMENT AGENCY, Introduction to Emergency Management, Federal Emergency Management Agency, SM-60, Washington, DC, 1983.

FEDERAL EMERGENCY MANAGEMENT AGENCY, Objectives for local Emergency Management, Federal Emergency Management Agency, CPG 1-3, Washington, DC, 1984.

GABOR, T. ET COLL., Évaluation du degré de vulnérabilité aux catastrophes chimiques: l'inventaire des facteurs de la vulnérabilité d'une collectivité au danger chimique, revue Plan d'urgence, p. 10, septembre 1983.

HEIDE, E.A.D., Disaster Response: Principles of Preparation and Coordination, ed. Mosby, St-Louis, 1989.

ICMA, Emergency Management, Baseline Data Report, vol. 15, no 4, ICMA, 1988.

ICMA, Emergency Planning: An Adaptive Approach, Baseline Data Report, vol. 20, no 5, ICMA, 1988.

LEROUX, R., Rapport d'évaluation de l'intervention des Services de santé et des Services sociaux lors de l'incendie d'un entrepôt de BPC à Saint-Basile-le-Grand, Longueuil, Conseil de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, juin 1989.

LEROUX, R., Les conséquences et les répercussions psychosociales immédiates d'un sinistre - Expérience vécue: Accident de l'autobus Dupont à Saint-Augustin-de-Desmaures, Publication autorisée (août 1990) dans la Revue de l'Administration hospitalière, Montréal, 1991.

LEROUX, R., Réflexions sur le programme PIABS (Plan d'intervention auprès des blessés réels et/ou potentiels lors de sinistre), Québec, Conseil de la Santé et des Services sociaux de la région de Québec, juillet 1990.

LEROUX, R., Processus d'évaluation PIABS, Conférence dans le code des présentations scientifiques, Conseil de la Santé et des Services sociaux de la région de Québec, Programme PIABS, Québec, mars 1990.

LILJA, G.P. ET COLL., Medical Aspects of Disaster Management, in Kuehl, A.E., National Association of EMS Physicians - EMS Medical Director's Handbook, ed. Mosby, Baltimore, 1989.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Organisation et fonctionnement des services de santé d'urgence municipaux sur les lieux d'un sinistre, Ministère de la Santé et des Services sociaux, direction des mesures d'urgence et ambulances, Québec, mars 1988.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Protocole d'entente entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les Conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux concernant le partage des responsabilités en matière de planification des mesures d'urgence en cas de sinistre (Projet), Ministère de la Santé et des Services sociaux, direction des mesures d'urgence et ambulances, Québec, décembre 1989.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Intervention auprès des blessés lors d'un sinistre comportant de nombreuses victimes, Ministère de la Santé et des Services sociaux, direction des mesures d'urgence et ambulances, Québec, novembre 1987.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, Guide de planification, Ministère de la Sécurité publique, Direction générale de la Sécurité civile, Québec, 1990.

NATIONAL WILDFIRE COORDINATING GROUP, The National Interagency Incident Management System (NIIMS) - Teamwork in Emergency Management, ed. Boise Interagency Fire Center, NFES # 1354, Boise, 1986.

NOTO, R., La chaîne médicale des secours en médecine de catastrophe, Bull. Acad. Natle. Med., vol. 172, no 3, pp. 315-322, 1988.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, L'organisation des soins médicaux, Washington, D.C., Organisation mondiale de la Santé, Bureau Panaméricain de la Santé, p. 13, 1983.

PEPE, P.E. ET COLL., Ten Golden Rules for Urban Multiple Casualty Incident Management, Prehospital and Disaster Medicine, vol. 4, no 2, pp. 131-134, 1989.

PRESCOTT, J.E., Terrorism and Emergency Medical Response, Scientific Assembly, American College of Emergency Physicians, Course # WE-79, 1989.

QUARANTELLI, E.L., Disaster Planning: Small and Large - Past, Present and Future. Presented at the American Red Cross EFO Division Disaster Conference, Blacksburg, VA, Feb. 19-22, 1981.

QUARANTELLI, E.L., Delivery of Emergency Medical Care in Disasters: Assumptions and Realities, ed. Irvington Inc., New York, 1983.

RUTHERFORD, W.H. ET DE BOER, J., The Definition and Classification of Disasters, Injury, vol. 15, no 1, pp. 10-12, 1982.

SAMPALIS, J.S., Evaluation of Prehospital Trauma Services in Montreal, Thèse de doctorat, Université McGill, Montréal, juin 1990.

TIERNEY, K.J., Emergency Medical Preparedness and Response in Disasters: The Need for Interorganizational Coordination, in Petak WJ, Emergency Management: A challenge for public administration, Special issue, Public Admin Rev 45:77, janvier 1985.

WAECKERLE, J.F. ET COLL., Recent Disasters: A Review of Preparedness with Future Guidelines, Scientific Assembly, American College of Emergency Physicians, Course # TU-102, 1989.

WRIGHT, J.E., The Prevalence and Effectiveness of Centralized medical Response to Mass Casualty Disasters, Mass Emergencies, 2:189, 1977.

WUORRINEN, V., Planification des mesures d'urgence, Centre canadien d'Hygiène et de Sécurité au Travail, numéro DUCCHSST, pp. 86-10F, Hamilton, 1986.

Annexe

Annexe

Synthèse des lacunes identifiées (non exhaustive)

SYNTHÈSE DES LACUNES IDENTIFIÉES (NON EXHAUSTIVE)

PROBLÈMES DE COORDINATION DANS LE DÉCLENCHEMENT DE L'ALERTE (NOTIFICATION)

- 911: voir le rapport sur les communications rédigé par monsieur Serge Cossette;
- les pompiers n'ont pas été appelés dès le début; dans le cas d'événement majeur comme celui-là, ils ne sont pas appelés d'emblée à moins qu'il n'y ait incendie ou matières dangereuses;
- entre le 911 et le RAO: voir le rapport sur les communications.

PROBLÈMES DE COORDINATION AU POSTE DE COMMANDEMENT (PC) ET AU PÉRIMÈTRE EXTÉRIEUR

- il n'y avait personne pour diriger les ambulanciers;
- il y a eu beaucoup de confusion dans la décision de laisser entrer ou pas les équipes médicales;
- absence de PC unifié (SPCUM-US-POMPIERS);
- les premiers ambulanciers sur les lieux quittent avec deux (2) victimes capables de marcher (donc sans danger de mort), interrompant le commandement initial des services de santé d'urgence sur place;
- le premier superviseur d'Urgences-Santé laisse le PC pour entrer à l'intérieur de l'École, sans assurer de relève;
- le véritable PC d'Urgences-Santé est arrivé sur les lieux à la fin de l'évacuation des victimes.

PROBLÈMES DE COORDINATION DANS LA STRATÉGIE COMMUNE D'INTERVENTION ADOPTÉE

- il n'y a eu aucune opération conjointe entre la SPCUM et les services de sécurité de Poly;
- absence d'informations sur ce qui se passe;
- pas d'équipe conjointe d'intervention (SPCUM - URGENCES-SANTÉ) tout au long des opérations jusqu'à la sécurisation définitive des lieux;
- sécurisation discontinue des équipes médicales (escaliers, ascenseurs, entrées et sorties des étages);
- absence d'objectifs communs (protection de la vie);
- plus ou moins bonne compréhension des rôles respectifs (une ambulancière à qui un policier demande de surveiller l'entrée du 5^e étage ou de transmettre un message à un autre policier parce que son appareil portatif fait défaut);
- absence d'identification adéquate des intervenants;
- non intégration des pompiers qui sont en stand-by alors qu'on manque de ressources de brancardage;
- lenteur de l'évacuation des victimes;
- difficultés de communication et de transmission de l'information;
- difficultés d'évacuation des victimes dans le périmètre externe de sécurité à cause de la foule et des médias qui nuisent au passage des ambulanciers;
- la recherche des victimes par les équipes médicales a été difficile;
- aucune aire de rassemblement des victimes désignée;

- "la liaison avec le personnel superviseur d'Urgences-Santé s'est faite difficilement au début. En effet, les superviseurs les premiers arrivés sur les lieux se dirigeaient à l'intérieur de l'École au lieu de demeurer en liaison au poste de commande des policiers".

PROBLÈMES DE COORDINATION DANS LA GESTION DES OPÉRATIONS SUR LES LIEUX (SPCUM)

- la présence fortuite du directeur des opérations régionales nord sur les lieux et "son acceptation tacite du premier déploiement des forces, plutôt qu'une stratégie d'entrée" a créé une certaine confusion;
- absence de périmètre interne ou "hot zone":
trois (3) zones dangereuses: cafétéria
2^e étage (C-230-4)
3^e étage (B-311);
- absence de matériel de triage des victimes (carton de triage, tréteaux de couleur, bâches de couleur) dans les équipements de la SPCUM ni dans les ambulances d'Urgences-Santé;
- "aucune stratégie d'intervention à l'intérieur de l'École ne fut élaborée. Le feu roulant des événements, la foule sur les lieux, ainsi que les blessés à l'extérieur ont été des éléments incitant chacun des policiers à intervenir de façon précipitée et isolée sans coordination";
- "...il y avait plusieurs blessés à l'intérieur. Ces policiers à l'intérieur se sont répartis les tâches sur initiative personnelle et sans supervision";

- "compte tenu de la cohue sur les lieux, de la complexité et de la dimension de la bâtisse, de la possibilité de plusieurs suspects et du mouvement constant du ou des suspects, une intervention devait être planifiée et non pas improvisée";
- "les problèmes de communication et de supervision précédemment identifiés ne facilitaient pas la coordination de l'événement";
- "le rôle de chacun des intervenants qui n'est pas clairement déterminé et communiqué aux ou par les responsables de l'opération, laissait ainsi place à l'initiative personnelle";
- "manque de formation et conscientisation des policiers à l'importance et à l'efficacité d'une bonne coordination lors d'une telle intervention";
- "confusion quant à la localisation, le nombre, les intentions et les déplacements du ou des suspects. Donc, difficulté pour les premiers policiers arrivés, de prioriser une action par rapport aux autres et de coordonner les différentes actions possibles".

PROBLÈMES DE COORDINATION DANS LA STRATÉGIE D'URGENCES-SANTÉ

- méconnaissance du rôle de la première équipe arrivée sur les lieux;
- méconnaissance des priorités d'évacuation;
- absence d'un protocole clair de triage (une victime a été triée trois (3) fois);
- non disponibilité des cartons de triage pour le premier médecin sur les lieux (laissés à l'auto!) et absence de ces cartons dans l'équipement des ambulances;
- absence de moyens alternatifs (tréteaux et bâches de couleur);

- triage sur les lieux d'un sinistre non autorisé aux ambulanciers dans les protocoles d'intervention d'Urgences-Santé;
- protocole inadéquat de stabilisation des victimes sur les lieux - retards inutiles de l'évacuation des victimes à cause de la stabilisation avancée (solutés) - "scoop and run" préférable;
- impossibilité de communiquer entre eux - absence d'appareils portatifs de radio communication.