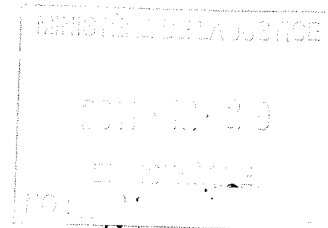


**LA TRAGEDIE DU 6 DECEMBRE 1989  
A L'ECOLE POLYTECHNIQUE DE MONTREAL**

**Groupe de travail De Coster**



**LES SERVICES PREHOSPITALIERS  
ET  
HOSPITALIERS D'URGENCES**

**Pierre Lapointe m.d.,C.S.P.Q.,F.R.C.P.(C)**

**RAPPORT SUR LES SERVICES DE SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE  
REMIS A MONSIEUR ROBERT DE COSTER,  
PRÉSIDENT DU GROUPE DE TRAVAIL,  
SUITE AUX ÉVÉNEMENTS DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE  
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

**TABLE DES MATIERES**

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	II
CHAPITRE PREMIER - LE MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL	2
CHAPITRE DEUXIEME - LES OBJECTIFS POURSUIVIS	3
CHAPITRE TROISIEME - LE RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ DE L'HOPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	5
CHAPITRE QUATRIEME - RÉSUMÉ DE L'INTERVENTION D'URGENCES-SANTÉ A L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE	9
- Le module infirmier	9
- Service de la répartition et service ambulancier	9
- L'intervention d'Urgences-santé à l'intérieur de la Polytechnique	12
CHAPITRE CINQUIEME - ANALYSE DU FONCTIONNEMENT HABITUEL DES INTERVENTIONS DIRECTS DANS LE SECTEUR DES SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE A MONTRÉAL	16
- Le 911	16

- Urgences-santé	18
- Le service infirmier	21
- Le triage	21
- Info-santé	24
- La priorisation	25
- Le service inter-hospitaliers	26
- Le service de la répartition	27
- Le service ambulancier	29
- Le service médical	34
- Le rôle des médecins de service	34
- Le rôle des médecins inscrits	35
- Le rôle hiérarchique des médecins dans les problèmes situationnels et les désastres	36
- Le rôle du médecin coordonnateur	37
- Les premiers répondants	38
- Les centres hospitaliers de courte durée	40
- L'Hôpital Général de Montréal	41
- L'Hôpital Général Juif	41
- L'Hôpital Royal Victoria	42

CHAPITRE SIXIEME	-	LE ROLE DES INTERVENANTS INDIRECTS DANS LE SECTEUR DES SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AU QUÉBEC	45
-		Le ministère de la Santé et des services sociaux	45
-		Les cas de sinistres	45
-		Le M.S.S.S. et les services préhospitaliers d'urgence	47
-		Les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux	49
-		La Corporation professionnelle des médecins du Québec	51
CHAPITRE SEPTIEME	-	LES QUESTIONS SOULEVÉES PAR LE DOCTEUR SOUROUR	57
CHAPITRE HUITIEME	-	CONCLUSIONS	62
CHAPITRE NEUVIEME	-	RECOMMANDATIONS	65
-		Au 911	65
-		A Urgences-santé	65
-		Au module infirmier	65
-		Au service inter-hospitalier	65
-		Au module de répartition	66
-		Au service ambulancier	66

- Aux services médicaux	67
- Sous l'aspect prospectif	67
- Sous l'aspect immédiat	67
- Sous l'aspect rétrospectif	68
- Aux premiers répondants	69
- Aux centres hospitaliers de courte durée	69

#### RÉFÉRENCES

#### ANNEXES

**LE MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL**

**CHAPITRE PREMIER**



**RAPPORT SUR LES SERVICES DE SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE  
LORS DES ÉVÉNEMENTS DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE MONTRÉAL  
LE 6 DÉCEMBRE 1989**

**1.- LE MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL**

Suite aux événements malheureux qui se sont déroulés à l'École Polytechnique de Montréal le 6 décembre 1989, alors qu'un tireur fou causa la mort de 14 personnes et en blessa 14 autres avant de se donner la mort, le ministre de la Sécurité publique nomma monsieur Robert De Coster à la tête d'un groupe de travail ayant comme mandat d'examiner le rôle et le fonctionnement des organismes impliqués lors de situations d'urgence, comme celui mentionné ci-haut, et de formuler les recommandations en vue d'améliorer l'efficience des intervenants (Annexe A).

Clairement identifiés dans le mandat, Urgences-santé, le 911, les équipes médico-ambulancières seront l'objet d'une recherche systématique tant dans leur fonctionnement que lors des sinistres.

Dans l'exécution de son mandat, le groupe De Coster n'a pas voulu répondre seulement aux questions soulevées par le coroner Sourour, mais aussi et surtout rechercher la vérité et s'assurer que les parents des victimes, la communauté universitaire et le public en général trouvent une information factuelle qui puisse apporter certaines réponses à leurs préoccupations légitimes; nous avons aussi voulu mettre en évidence les leçons à tirer et les modifications de comportement à effectuer en tant que société.

Le mandat du groupe De Coster a une extension au-delà du cadre spécifique de l'événement de la Polytechnique à Montréal et il est de son devoir d'analyser le rôle et le fonctionnement des intervenants en situation d'urgence pour l'ensemble du territoire québécois. Il veut formuler des recommandations en vue d'améliorer l'efficacité des services ayant à intervenir lors de situations d'urgence non pas seulement similaire à l'événement Poly mais dans toutes situations d'urgence où la vie humaine est en péril.

**LES OBJECTIFS POURSUIVIS**

**CHAPITRE DEUXIEME**

## 2.- LES OBJECTIFS POURSUIVIS

L'objectif d'un système de soins préhospitaliers d'urgence est de réduire la mortalité, la morbidité et les souffrances physiques et morales résultant d'une maladie soudaine ou de blessures.

Toutes les démarches, toutes les recherches et toutes les recommandations du groupe de travail ont été orientées vers l'atteinte de ces objectifs.

**LE RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA MORTALITÉ  
ET LA MORBIDITÉ DE L'HOPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL**

**CHAPITRE TROISIEME**

### 3.- LE RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL

En page 57 de son rapport, au point 2.5.5, le coroner Sourour souligne:

*"Suivant l'étude du comité médical, il est établi avec certitude qu'aucune des victimes décédées ne pouvait être médicalement sauvées compte tenu de la nature et de leur blessure et ce, même avec une intervention plus rapide des secours médicaux."*

Cette certitude, que l'on retrouve dans le texte du Dr Sourour et qui a été reprise par le directeur St-Germain de la police de la C.U.M., n'est pas perçue de la même façon par tous.

Aux yeux des membres du groupe de travail, la certitude qu'aucune des victimes décédées ne pouvait être médicalement sauvées n'est pas du tout démontrée et le mot "probabilité" devrait être employé à la place de "certitude" (1).

L'utilisation de l' AIS, de l' ISS, du TS, du TRISS, des MTOS et des autres échelles du même genre pour étudier la probabilité de décès ne peut être interprétée avec une certitude absolue; la relativité des résultats a forcé les membres du groupe à réclamer une nouvelle étude tenant compte, cette fois, de toutes les blessures et de toutes les circonstances pour chacune des victimes décédées.

En traumatologie, il est clairement démontré que plus le temps passe plus l'état des victimes se détériore de telle sorte que le temps devient le facteur crucial si l'on vise une mortalité et/ou une morbidité minimale sans négliger l'aspect des souffrances physiques et morales.

Le concept du Golden Hour (2), qui a été mis de l'avant par le Dr Cowley de Baltimore, est actuellement le dénominateur commun accepté dans la littérature internationale en traumatologie, et se réfère à la période

de temps immédiate après une agression ou un impact au cours de laquelle les services d'urgences peuvent intervenir avec succès pour traiter les blessures neurologiques, hémorragiques ou les détresses respiratoires.

Nous avons donc donné au "Groupe d'étude sur les décès évitables de l'Hôpital Général de Montréal" le mandat de refaire une étude de probabilité de décès à partir des données d'autopsie des 14 victimes de l'événement Polytechnique et de nous fournir de façon plus détaillée le pointage ayant conduit aux conclusions et aux probabilités en tenant compte de tous les facteurs circonstanciels et de toutes les lésions anatomiques, et non pas seulement de la plus grave des lésions dans 3 des 6 systèmes selon la méthode ISS.

Les résultats de cette deuxième étude, quoique d'une approche très différente de la première faite dans le cadre de l'investigation du coroner Sourour, corroborent le fait que les probabilités de survie des victimes étaient à toute fin pratique inexistantes; cependant, étant donné le caractère relatif et hypothétique de ces conclusions, le groupe se refuse à accepter en principe le fait que toute intervention était inutile.

Reprenant les écrits du coroner Boulianne, dans son rapport d'enquête concernant le décès de monsieur Walter Doire, survenu le 16 février 1989 à Québec, les membres du groupe d'enquête sont d'avis qu'"en matière de vie humaine, on ne doit jamais dire "il ne pouvait être sauvé", lorsqu'on a pas essayé" (3).

Nous considérons de plus que le principe de la compression du temps est un principe vital et essentiel dans les interventions médicales d'urgence; le fait, que les victimes décédées étaient vraisemblablement déjà mortes à l'entrée des secours, ne doit pas masquer le fait que certains blessés aient attendu pendant plus d'une heure et 15 minutes avant d'être évacués vers un centre hospitalier.

N'oublions pas qu'au départ, les 28 victimes à savoir les 14 décédées et les 14 blessées faisaient partie d'un même échantillonnage initial et

que le retard à les secourir justifie un questionnement sérieux en regard de la conception et de l'opération du plan de sinistre de tous les intervenants, et d'Urgences-santé en particulier.

L'enquête policière relate qu'au moins une victime serait décédée dans les mains de policiers qui l'on découverte entre 17:38 et 17:45. Il est difficile, à la lumière de ces faits, de passer sous silence les souffrances atroces des victimes agonisantes ou blessées, et de négliger l'importance d'une intervention hâtive. Un service de soins préhospitaliers d'urgence n'existe pas pour constater des décès mais bien pour diminuer la mortalité, la morbidité et les souffrances des victimes requérant des soins médicaux d'urgence.

Vue sous cet aspect, l'efficience d'Urgences-santé dans les événements de la Polytechnique soulève des interrogations et nous entendons bien disséquer la chaîne des éléments constituant leur intervention pour préciser les manquements, les discuter et essayer de faire les recommandations nécessaires en vue d'améliorer les soins préhospitaliers d'urgence tant dans l'opération quotidienne que lors des sinistres.

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

**CHAPITRE QUATRIEME**



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

##### - Le module infirmier

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

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

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

##### - Service de la répartition et service ambulancier

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

**CHAPITRE CINQUIEME**

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

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

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

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

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

### 5.1 Le 911

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

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



- 1° Les adresses fournies par la compagnie de téléphone Bell sont les adresses de facturation et certaines corrections peuvent être nécessaires au masque qui apparaît sur les écrans cathodiques afin de compléter les cartes d'appel. L'obtention des adresses de service, à partir des listes informatiques de la compagnie Bell, serait une amélioration appréciable qui ferait sauver des secondes précieuses dans certains cas d'urgence;
- 2° la carte d'appel alphanumérique, complétée par les commis du 911, n'est pas transmise aux utilisateurs, autres que la S.P.C.U.M., parce que ces utilisateurs n'ont pas le support technique requis pour recevoir cette information.

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

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

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

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

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

## 5.2 Urgences-santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- le service ambulancier;
- le service médical.

### 5.2.1 Le service infirmier

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

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

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

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

#### 5.2.1.1 Le triage

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 5.2.1.2 Info-santé

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

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

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

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

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



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

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

#### 5.2.1.3 La priorisation

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

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

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

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

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

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

#### 5.2.2 Le service inter-hospitaliers

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

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

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

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

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

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

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

### 5.2.3 Le service de la répartition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 5.2.4 Le service ambulancier

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

De plus, en page 10, 2<sup>e</sup> paragraphe, on peut lire:

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

### 5.2.5 Le service médical

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

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

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

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

Certains, enfin, préfèrent un statu quo.

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

#### 5.2.5.1 Le rôle des médecins de service

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

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

#### 5.2.5.2 Le rôle des médecins inscrits

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

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

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

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

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

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

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

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

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

interventions situationnelles ou dans les désastres.

#### 5.2.5.4 Le rôle du médecin coordonnateur

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

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

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

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

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

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

### 5.3 Les premiers répondants

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

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

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

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

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

Dans le même ordre d'idées, ces ressources de lutte contre l'incendie regroupent plus de 23 000 personnes professionnelles ou volontaires disponibles 24 heures sur 24 qui ont à leur disposition plus de 3 600 véhicules.

Dans les zones urbaines et semi-urbaines, le temps d'intervention des services d'incendie est de moins de 5 minute en moyenne ce qui les positionnent avantageusement par rapport aux services ambulanciers, comme **premiers répondants**.

Dans un mémoire daté du 19 octobre 1990, l'Association internationale des chefs de pompiers met de l'avant une résolution, votée au mois d'avril 1989 lors de la conférence annuelle de cette Association, et prônant que les services préhospitaliers d'urgence devraient être fournis par les services de lutte contre l'incendie. Par cette résolution, l'Association internationale veut faire des pressions sur les législateurs, les associations professionnelles et les autres parties intéressées à l'effet de prendre un engagement ferme et de supporter la démarche des services d'incendie qui se positionnent dans la distribution des services médicaux d'urgence (Annexe N).

Il est à noter qu'aux États-Unis actuellement, 65% de 32 000 services d'incendie participent à la distribution des soins préhospitaliers d'urgence dans leur région respective.

Une étude, publiée par Keller et Nash dans le "Journal of Emergency Medical Services" de janvier 1990 et portant sur les fournisseurs de soins dans les 200 villes les plus peuplées aux États-Unis, montre une tendance vers l'implantation de programmes de premiers répondants: en 1989, 26 villes se sont ajoutées à la liste des villes ayant un programme de premiers répondants, portant le total 1989 de ces villes à 172 soit 86% parmi les 200 villes les plus peuplées aux États-Unis (8).

Actuellement, sur l'Ile de Montréal, à l'initiative de certaines municipalités, des expériences pilotes sont en cours et un service de premiers répondants y est disponible dans au moins 6 municipalités.

Ces services d'incendie sont alertés par Urgences-santé via le service de répartition. Cependant, une répartition directe venant du 911 ferait sauver de précieuses minutes aux premiers répondants.

L'expérience en cours à Pointe-Claire est en fonction depuis une dizaine d'années; un projet pilote pour valider les temps de réponse, les statistiques vitales et les coûts à travers cette expérience pilote serait facilement réalisable; l'intérêt du service d'incendie spécifié a été vérifié et cadre bien avec leur fonctionnement et leurs aspirations.

Cependant, le grand problème associé actuellement avec l'implantation de services de premiers répondants à travers la province concerne la formation des premiers répondants. Le département des transports fédéral américain a publié un programme de formation pour l'ensemble des intervenants préhospitaliers d'urgence et une expérience pilote en utilisant le programme américain serait facilement réalisable au Québec.

#### 5.4 Les centres hospitaliers de courte durée

Les centres hospitaliers de courte durée ont une obligation de préparer un plan d'intervention en cas de désastre externe, leur permettant d'exploser leurs ressources pour répondre à un afflux massif de patients.

Le soir des événements de la Polytechnique, Urgences-santé a choisi 3 hôpitaux qui étaient limitrophes au campus universitaire et qui étaient dotés des services permettant de recevoir de grands traumatisés.



Cependant, il ne nous a pas été possible d'identifier les critères qui ont prévalu dans la répartition des victimes lors des événements de la Polytechnique.

#### 5.4.1 L'Hôpital Général de Montréal

On sait qu'au moment du drame, à l'Hôpital Général, l'urgence était pleine. A 17:45, l'urgence reçoit un appel d'Urgences-santé disant de se préparer à recevoir 8 blessés. Par hasard ce soir-là, en raison du party des fêtes, la plupart des médecins, résidents, infirmières et internes étaient présents à l'hôpital. Les locaux de l'urgence et l'hôpital ont été rapidement préparés; 6 victimes, la plupart gravement blessées, y ont été transportées dans les minutes subséquentes. Au moins 2 des victimes sont arrivées agonisantes.

Subséquentement, les représentants de cet hôpital nous ont clairement exprimé le besoin d'avoir des règles claires de répartition dans le quotidien et lors de désastres.

L'efficacité de l'intervention à cet hôpital a été impressionnante; en 90 minutes, toutes les victimes avaient quitté l'urgence, dont 4 pour des chirurgies majeures immédiatement après leur arrivée.

#### 5.4.2 L'hôpital Général Juif

A l'Hôpital Général Juif, l'alerte a été déclenchée par l'arrivée des ambulanciers en paniques.

Le personnel de l'urgence a alors communiqué avec Urgences-santé pour obtenir des informations sur l'état de la situation à l'École Polytechnique. Urgences-santé leur a demandé de se placer en disponibilité au cas où

d'autres patients leur seraient acheminés. La direction de l'hôpital a alors mis ses effectifs en préalerte et vidé sa salle d'urgence. Au total l'Hôpital Général Juif a reçu 3 patients dont une victime gravement atteinte au niveau du visage et du crâne.

Après un certain temps, le Directeur des services professionnels de l'Hôpital Juif a communiqué avec Urgences-santé pour avoir un compte rendu des opérations à l'École Polytechnique et pour savoir combien d'autres victimes il devait attendre. Urgences-santé lui a alors répondu que tout était sous contrôle et qu'aucune autre victime ne serait acheminée à son hôpital.

Encore ici, les autorités de l'hôpital nous ont souligné le manque de communication.

#### 5.4.3 L'Hôpital Royal Victoria

Le centre hospitalier Royal Victoria a reçu 4 victimes blessées lors des événements de la Polytechnique. Ce centre hospitalier avait été avisé par Urgences-santé qu'il était désigné pour recevoir des victimes et les mécanismes de mise en branle du plan de désastres externes ont été appliqués afin de mettre la salle d'urgence en préalerte. Dans ce centre, la réception des victimes s'est faite sans problème particulier.

En résumé, mis à part les 3 victimes qui ont été évacuées à leur sortie spontanée de l'École Polytechnique, 10 des victimes restantes ont été transportées vers les 3 centres hospitaliers entre 18:05 et 18:41.

2 patients instables hémodynamiquement nécessitèrent des interventions chirurgicales immédiates afin d'assurer leur survie. 5 victimes nécessitèrent aussi un traitement chirurgical urgent

quoique leur état ait été considéré comme stable. Finalement, 6 patients reçurent des traitements pour des blessures périphériques. Une quatorzième victime se présenta d'elle-même à l'Hôpital Royal Victoria pour traitement.

Dans l'ensemble, la réponse des centres hospitaliers a été adéquate tenant compte de l'état d'engorgement relatif de leur salle d'urgence respective. Il ne faut cependant pas oublier que le nombre réel de victimes blessées amenées dans les hôpitaux ne dépassait pas la capacité habituelle quotidienne de réception de ces centres.

Cependant, personne ne peut prédire qu'elle aurait été la situation si les 14 victimes, qui sont décédées sur le site de fusillade, avaient été acheminées vivantes dans les hôpitaux en même temps que les 10 autres blessées.

Pour conclure, citons une phrase de la conclusion du comité d'étude sur la mortalité et la morbidité de l'Hôpital Général de Montréal:

*"It is the opinion of this committee that the level of care in the receiving hospitals was the most significant factor in avoiding death or severe impairment."*

**LE ROLE DES INTERVENANTS INDIRECTS DANS LE SECTEUR  
DES SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AU QUÉBEC**

**CHAPITRE SIXIEME**

## 6. LE RÔLE DES INTERVENANTS INDIRECTS DANS LE SECTEUR DES SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AU QUÉBEC

### 6.1 Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a un rôle dans la conception et la planification des services de soins préhospitaliers d'urgence pour l'ensemble de la province.

Pour les fins de l'exposé, nous allons parler d'abord du rôle du Ministère dans les cas de sinistres et, par la suite, de son rôle dans les soins préhospitaliers d'urgence.

#### 6.1.1 Les cas de sinistres

Dans une allocution prononcée par monsieur Reynald Gagnon, sous-ministre adjoint à la Direction générale du recouvrement de la santé au ministère de la Santé et des Services sociaux, celui-ci définit le rôle que le Ministère doit avoir dans le cas de sinistre (Annexe O):

*"Dans le domaine des mesures d'urgence, le Ministère exerce son rôle dans les deux volets qui le concerne, soit celui de la santé et celui des services sociaux.*

*Il est important bien sûr qu'un organisme reconnaisse son rôle mais il est aussi primordial que les autres intervenants dans ce domaine le connaisse afin qu'il n'y ait pas de chevauchements de tâches et que, chose plus importante, qu'il n'y ait pas de zones inoccupées, ce qui aurait pour effet de créer une absence dans les services essentiels à fournir à une population sinistrée.*

*Nous sommes tous d'accord pour reconnaître que la santé et les services sociaux font partis des services essentiels à donner à une population lors d'un sinistre. Nous*

*reconnaissons aussi que les services de santé d'urgence doivent être dispensés par les établissements et les services de notre réseau."*

Dans le même texte, le sous-ministre adjoint, M. Reynald Gagnon, résume la responsabilité du Ministère:

*"La Loi sur les services de santé et les services sociaux confie au Ministère le pouvoir de rendre accessible à toute personne d'une façon continue et pendant toute sa vie la gamme complète des services de santé et des services sociaux.*

*Lorsqu'un sinistre intervient et frappe la population, il y a souvent un moment de perturbation et parfois même une interruption plus ou moins longue des services essentiels. Le Ministère doit donc assurer à la population, en de tels moments, les services essentiels en santé et en services sociaux.*

*Au moyen de plans d'urgence définis, réalistes et fonctionnels, nous arriverons à garantir en cas de sinistre, la continuité de tels services de santé et des services sociaux à la population."*

Dans cette allocution prononcée le 7 novembre 1989, le sous-ministre adjoint, monsieur Reynald Gagnon, énonçait très clairement le mandat et les devoirs du ministère de la Santé et des Services sociaux en ce qui concerne les soins médicaux d'urgence à apporter à la population et il réfère sans ambages à la Loi sur les services de santé et les services sociaux comme donnant le pouvoir au Ministère de rendre accessible à toute personne les services de santé nécessaires en cas d'urgence ou de sinistre.

Dans le même document, il insiste sur le rôle du Ministère en précisant "que la planification des mesures d'urgence ne consiste pas à développer de nouvelles ressources mais bien à planifier l'intervention des ressources existantes dans le domaine de la santé et des services sociaux, en fonction des mandats et des rôles des établissements et des organismes susceptibles d'intervenir lors d'une situation d'urgence."

Et il ajoute "au niveau municipal, pour couvrir le secteur qui a pour responsabilité la santé physique, nous pouvons compter sur la participation du centre hospitalier de soins de courte durée, ou du centre local de services communautaires (C.L.S.C.) et des services ambulanciers. En ce qui a trait au secteur qui a pour responsabilité la santé publique, le département de santé communautaire (D.S.C.) couvre ce champ d'activités. Quant au volet de services psycho-sociaux relevant du secteur de responsabilité services sociaux, il doit être développé par le centre local de services communautaires (C.L.S.C.) du territoire".

#### 6.1.2 Le M.S.S.S. et le service préhospitalier d'urgence

La revue du dossier du transport ambulancier au Québec depuis le début des années 70, et l'ensemble des documents qui ont marqué l'évolution jusqu'à l'adoption de la Loi 34 en décembre 1988 nous amènent à faire 3 constats fondamentaux:

- 1<sup>o</sup> La problématique des soins préhospitaliers d'urgence a toujours été confondue avec la problématique du service ambulancier et le projet de loi 34 en est le plus bel exemple;

- 2° les objectifs santé ne sont aucunement présents dans ce dossier et ce n'est qu'avec le dépôt du rapport du Comité aviseur sur les soins préhospitaliers d'urgence que l'on peut voir des objectifs santé intégrés dans un plan directeur;
- 3° avec les progrès de la médecine d'urgence, des actes médicaux empruntés à l'expertise hospitalière sont maintenant transposés dans le contexte préhospitalier, déplaçant ainsi la responsabilité de la prise en charge des malades.

Avec le projet de loi 34, la notion d'imputabilité des actes posés en préhospitalier se situe dans un flou législatif et juridique de telle sorte qu'aucun contrôle de la qualité des services médicaux rendus à la population n'est exercé.

En abandonnant la prise en charge des malades au système préhospitalier, les notions d'imputabilité et d'obligation de moyens sont laissées à la discrétion des organismes qui gèrent le système préhospitalier d'urgence.

La loi n'a pas prévu de normes ou de critères de performance; la loi n'a pas prévu de mécanismes d'évaluation de l'efficience; la loi n'a pas prévu de contrôle médical des actes posés en préhospitaliers.

Dans le contexte actuel de la guerre de pouvoirs entre les différentes corporations oeuvrant dans le secteur préhospitalier, la population en prise en otage et l'on négocie des conventions collectives, des contrats de services, en priorisant le confort individuel avant les objectifs santé collectifs.



Les Conseils régionaux qui ont, en dehors de la région de Montréal métropolitain, le pouvoir de réglementation dans le secteur préhospitalier, réclament du ministère de la Santé et des services sociaux un cadre leur permettant d'asseoir leur plan de services préhospitaliers d'urgence tel que prévu dans la Loi 34.

Cependant, même si un tel cadre existe à travers les recommandations du comité aviseur sur les soins préhospitaliers d'urgence, le M.S.S.S. se montre hésitant et timide dans ce dossier. A preuve, la réforme de la santé annoncée récemment est quasi silencieuse sur la problématique du préhospitalier.

La création d'un comité ministériel de traumatologie, pour enclencher le processus de désignation des centres de traumatologie et la naissance d'un comité préhospitalier semblent être des ébauches valables d'action, mais l'absence de prise de position publique ferme de la part du Ministère et l'absence d'attribution de crédit sont actuellement interprétés dans le réseau comme une absence de volonté politique d'avancer dans le dossier des soins préhospitaliers d'urgence.

## 6.2 Les Conseil régionaux de la santé et des services sociaux

Depuis la modification, en décembre 1984, de l'article 2 de la Loi sur la protection de la santé publique accordant le pouvoir au Ministre de la santé et des services sociaux de déléguer aux Conseils de la santé et des services sociaux des différentes régions administratives du Québec des pouvoirs et des fonctions additionnels relativement au transport ambulancier, les Conseils régionaux ont les pouvoirs de:

1. Délivrer des permis d'exploitation des services d'ambulances conformément à la Loi sur la protection de la santé publique;
2. par règlement, déterminer les zones des services d'ambulances;
3. par règlement, établir les normes permettant de fixer le nombre maximal d'ambulances, ce nombre peut être fixé pour une région administrative ou par zone;
4. par règlement, établir des normes de transport par ambulance entre établissements;
5. par règlement, déterminer les normes d'équipement, de fonctionnement et d'inspection des opérations des services d'ambulances et les qualifications du personnel affecté à ces services;
6. par règlement, déterminer les conditions et modalités que doit remplir toute personne qui sollicite un permis d'exploitation de services d'ambulances;
7. par règlement, déterminer les documents et renseignements que doit fournir un titulaire de permis d'exploitation de services d'ambulances, les rapports qu'il doit fournir, les droits qu'il doit verser, les conditions et modalités de renouvellement du permis et les dossiers qu'il doit tenir;
8. par règlement, déterminer toute mesure utile en vue d'assurer la protection et la sécurité des personnes transportées en ambulance.

Ce pouvoir de réglementation demeurait soumis à l'approbation du ministère de la Santé avant que le règlement puisse entrer en vigueur.

En transférant le pouvoir de réglementation aux Conseils régionaux, l'administration du transport ambulancier leur était déléguée et, actuellement, les Conseils régionaux, à l'exception du Conseil 06A, sont encore assujettis à cette modification de l'article 2 de la Loi sur la protection de la santé publique.

Dans la région de Montréal métropolitain, la création de la Corporation d'Urgences-santé par le biais de la Loi 34, dépouille le C.R.S.S.S. 06A d'une partie de ses pouvoirs et consacre le fait qu'Urgences-santé devient une corporation indépendante relevant directement du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il est donc de la responsabilité de la Corporation d'Urgences-santé de la région de Montréal métropolitain de participer à la planification et la coordination des interventions à risques et des sinistres dans le cadre des responsabilités dévolues aux divers organismes en matière de santé publique.

C'est ainsi que le Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain, en collaboration avec la Corporation d'Urgences-santé, devraient procéder à la nomination d'un coordonnateur des mesures d'urgence dans le secteur santé.

### 6.3 La Corporation professionnelle des médecins du Québec

Au chapitre M-9 des lois refondues du Québec, nous retrouvons la Loi médicale qui donne à l'Ordre des médecins du Québec ou la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le cadre dans lequel ladite corporation doit agir.

A l'article 15 de cette Loi, on lit:

*"15. En outre des fonctions prévues à l'article 86 du Code des professions, le bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec donne avis au Ministre de la santé et des*

services sociaux sur la qualité des soins médicaux fournis dans les établissements et sur les normes à suivre pour relever le niveau de la qualité de ces soins."

A l'article 16, on peut lire:

"16. Dans l'exercice des fonctions qui lui sont attribuées au paragraphe a) de l'article 15, le Bureau peut faire effectuer des enquêtes au sujet de la qualité des soins médicaux fournis par les établissements et former un comité d'enquête à cette fin."

A l'article 17, on peut aussi lire:

"17. Il est interdit d'entraver de quelque façon que ce soit un membre d'un comité d'enquête formé en vertu de l'article 16 dans l'exercice de ses fonctions et de le tromper par des réticences ou par de fausses déclarations ou de refuser de lui fournir un renseignement ou un document relatif à une enquête qu'il tient en vertu de la présente loi."

A la section 6 de la même Loi concernant l'exercice de la médecine, on peut lire à l'article 31:

"31. Constitue l'exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain.

L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie,

*la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies et d'infections."*

A la section 7 concernant l'exercice illégal de la médecine, on peut lire à l'article 43:

*"43. Sous réserve des droits et privilèges expressément accordés par la loi à d'autres professionnels, nul ne peut poser un des actes décrits à l'article 31 s'il n'est pas médecin."*

Or, dans le Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que les médecins, à la section 2 sur les principes généraux on peut lire à l'article 2.04:

*"2.04. Toute personne habilitée qui exerce sa profession pour un employeur qui a conclu un contrat de services pour les fins du présent règlement, avec un établissement, agit sous ordonnance médicale permanente et conformément à un protocole au sens du présent règlement lorsqu'elle agit conformément à une ordonnance permanente et à un protocole établis dans cet établissement."*

A l'article 1.01 de ces mêmes règlements, "une personne habilitée se définit comme toute personne à qui le présent règlement permet, aux conditions qui y sont énoncées, de poser un acte prévu aux annexes"; dans le même article, "un protocole se définit comme une description de procédures, méthodes ou limites qui doivent être observées par quiconque lorsque tout acte est posé et qui sont établies par le Conseil des médecins et dentistes de l'établissement ou par le chef de département clinique après dépôt au Conseil

des médecins et dentistes, après consultation du directeur ou du chef de service de qui relève, sur le plan professionnel, les personnes habilitées ou, lorsqu'un établissement ne possède pas de Conseil des médecins et dentistes, par celui qu'un établissement de la région avec lequel un contrat de services a été conclu pour les fins du présent règlement, ou qui sont établis par le médecin traitant ou, en son absence, par le médecin responsable du bénéficiaire s'il s'agit d'un acte qui peut être posé à l'extérieur d'un établissement".

Tout acte posé par une personne non habilitée ou tout acte posé en l'absence d'ordonnance médicale permanente ou en l'absence de protocole, contrevient au Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale et constitue de l'exercice illégal de la médecine.

Nous avons toutes les raisons de penser que la Corporation professionnelle des médecins du Québec n'a pas eu tout l'éclairage et toutes les informations concernant le triage et la priorisation qui sont en opération à Urgences-santé.

Nous avons aussi de bonnes raisons de croire que la Corporation professionnelle des médecins du Québec n'a pas toutes les informations sur les agissements quotidiens par des personnes autres que des médecins lors des interventions préhospitalières chez Urgences-santé.

Nous avons finalement des raisons de croire que certaines plaintes de bénéficiaires, dirigées soit au Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain soit à Urgences-santé, auraient dû être acheminées à la Corporation professionnelle des médecins du Québec pour enquête et recommandations (Annexe P).

Nul ne peut se substituer à la Corporation professionnelle en ce qui concerne l'analyse de la qualité et de la pratique médicales et

nul ne devrait restreindre l'accessibilité au soins médicaux d'urgence pour la population sans que la Corporation professionnelle des médecins n'ait exercé son droit de regard.

**LES QUESTIONS SOULEVÉES PAR LE DOCTEUR SOUROUR**

**CHAPITRE SEPTIEME**



## 7. LES QUESTIONS SOULEVÉES PAR LE DOCTEUR SOUROUR

1. *"Puisqu'il appert, dès les premiers appels que reçoit Urgences-santé, qu'il s'agit d'un événement exigeant l'intervention immédiate des policiers et compte tenu qu'ils proviennent directement des usagers plutôt que du centre 911, pourquoi Urgences-santé ne prend-elle pas sans délai des dispositions pour informer le SITI (SPCUM)?"*

Après vérification auprès du personnel d'Urgences-santé, il est impossible pour un citoyen ordinaire de faire directement une demande de ressources à Urgences-santé et que toute demande doit passer soit par le biais d'une téléphoniste du Bell soit par un acheminement direct du 911.

Lorsque l'appel est acheminé par la téléphoniste du Bell, il est impossible de localiser la provenance de l'appel à partir de l'écran plasma. Ceci peut expliquer un délai à compléter la carte d'appel de cette demande d'aide.

Il est à remarquer qu'il se déroule un délai de 42 secondes entre les premiers appels acheminés directement à Urgences-santé et ceux acheminés officiellement par le 911. Face à un tel court délai, l'explication la plus probable est que ces appels se sont croisés avec les appels du 911, que les infirmières ont communiqué entre elles et constaté que la police était déjà avisée et en direction.

2. *"N'y a-t-il pas lieu qu'Urgences-santé puisse, par la seule identification d'un nom d'un édifice public, faire en sorte de pouvoir le localiser immédiatement, à tout le moins quant aux édifices importants en nombre d'usagers?"*

Il nous semble en effet souhaitable qu'Urgences-santé possède un logiciel de géomatique lui permettant de préciser le lieu d'appel et le lieu de l'événement qui justifie la demande de ressources.

En décembre 1989 et encore aujourd'hui, un tel outil de travail n'est pas disponible ni au service infirmier ni à la répartition.

3. *"Y a-t-il une directive stricte qui fait en sorte qu'un ambulancier affecté sur les lieux d'un événement se rapporte à sa centrale sans délai s'il ne peut ou ne prévoit pouvoir établir le trajet approprié pour s'y rendre?"*

Lorsqu'un ambulancier est affecté à une mission, il est encadré du début à la fin de son intervention étape par étape par le répartiteur. Toute information supplémentaire nécessaire pour l'ambulancier peut lui être fournie par la répartition qui est en contact constant avec lui. Il n'existe donc pas de directive stricte mais il existe un encadrement accessible tout au long du trajet pour se rendre au site d'un événement donné. Cet encadrement n'existe plus lorsque le personnel quitte le véhicule.

4. *"Y a-t-il des protocoles bien définis pour procéder dans le temps minimal à la prise en note des informations essentielles à l'affectation des secours appropriés et à la transmission des informations utiles?"*

Tenant compte de l'absence de support informatique à la prise d'appels à Urgences-santé, de l'absence de support informatique à la répartition (qui doit affecter les ressources appropriées) et du système de communications utilisé pour la transmission des informations, des délais relativement importants peuvent être générés par le traitement manuel des informations et par les outils artisanaux avec lesquels les répartiteurs sont forcés de performer.

Il faut de plus noter qu'il n'existait à Urgences-santé, en décembre 1989, aucune procédure de synchronisation des horloges des différents services de telle sorte que des différences de 1 à 2 minutes entre l'horloge du service infirmier et celle du service de répartition sont non seulement possibles mais réelles.

Quant à l'existence de protocoles définis pour procéder à la prise en note des informations, il faut se référer aux documents produits par le syndicat des infirmières d'Urgences-santé pour bien se rendre compte de la façon et de la philosophie avec lesquelles les informations sont recueillies (Annexe P).

5. *"Dans l'affirmative, les préposés d'Urgences-santé ont-ils la formation adéquate pour les suivre?"*

Les acquis expérimentiels sont les instruments les plus précieux des infirmières à la prise d'appels et des répartiteurs pour l'affectation des ressources appropriées. Tous reçoivent une formation, lors de leur initiation dans leur service respectif, et un suivi durant une période de temps variable.

6. *"Ne devait-il pas y avoir une procédure stricte d'établie qui fait en sorte que lors d'événements à caractère criminel et médical, il y ait un échange systématique d'informations entre les policiers et les secours médicaux afin que ces derniers puissent planifier convenablement leurs interventions?"*

Il est évident qu'il doit y avoir une procédure stricte permettant les opérations conjointes lors d'événements particuliers impliquant des recours combinés. Ce type de procédure opérationnelle doit faire partie d'un plan d'intervention en cas de désastre ou de sinistre et un tel plan existait sur papier à Urgences-santé.

7. *"Le plan de sinistre ne devrait-il pas être mieux défini?"*

Il est important que le plan de sinistre soit très bien défini et actuellement, un plan intérimaire de réponse en cas de sinistre est en préparation à Urgences-santé; les questions, soulevées par le Dr Sourour en page 50 de 58 dans son rapport, y trouvent une réponse précise (Annexe Q).

8. *A la dernière question soulevée par le Dr Sourour en page 51 de 58 de son rapport, pourquoi le décès des victimes au local C230.4 au deuxième étage n'est pas constaté par un médecin alors qu'un médecin supplémentaire était en attente à l'extérieur et qu'on ne requiert pas ses services? Est-ce un manque de coordination?*

Poser la question c'est y répondre.

L'ensemble des questions soulevé par le Dr Sourour soulève non seulement le problème du plan d'intervention en cas de désastre, mais aussi et surtout les problèmes associés au fait que le plan de désastre à Urgences-santé était plus un plan papier pour lequel les exercices et les simulations n'avaient pas eu une fréquence et un suivi permettant l'identification et la correction des problèmes.

Lorsque sont survenus les événements de l'École Polytechnique, Urgences-santé, inondé avec des problèmes de gestion quotidienne, confronté à des demandes de ressources dépassant ses disponibilités, a été pris au dépourvu et n'a pu réellement fournir des ressources pour satisfaire les besoins qu'après 18:05.

Le but principal d'un plan d'intervention en cas de sinistres est de diminuer au minimum l'improvisation lors d'un sinistre et de favoriser au maximum l'efficacité du triage, de la coordination, des communications, de la chaîne de commandements et de l'évacuation des victimes.

L'intervention d'Urgences-santé lors des événements de la Polytechnique, tout comme l'intervention d'Urgences-santé lors de l'attentat à la bombe à la gare centrale en 1984, ont illustré une kyrielle de problèmes qui auraient pu, par des simulations et des exercices du plan d'intervention en cas de sinistres, être identifiés et corrigés avant qu'une catastrophe réelle ne se présente et que des humains aient à en souffrir (Annexe R).

**CONCLUSIONS**

**CHAPITRE HUITIEME**

## 8.- CONCLUSIONS

Si, aujourd'hui, un événement similaire à celui de l'École Polytechnique survenait, la réponse des intervenants santé serait toute aussi déficiente que le 6 décembre 1989.

Sur le plan **accessibilité**, hormis une légère amélioration au complètement de la carte d'appel au 911, aucune amélioration n'a été apportée au module infirmier d'Urgences-santé.

Sur le plan **disponibilité**, mis à part le nombre plus grand de véhicules ambulanciers possédés par C.T.S.A.M., la gestion de la flotte et du personnel ambulancier présentent toujours les mêmes problèmes surtout aux heures de pointe. Les premiers répondants ne font pas encore partie des intervenants habituels dans le secteur santé.

Sur le plan **efficacité**, les temps de réponse sont toujours bien au-delà des normes acceptables et aucun outil de mesure de performance n'a été instauré pour permettre ainsi l'évaluation des interventions; la confection d'un dossier clinique des interventions ambulancières n'est pas encore en vigueur.

Sur le plan **qualité**, aucun contrôle médical sur les interventions "terrains" n'est effectué, aucun protocole clinique n'est appliqué, aucune validation médicale des gestes ambulanciers posés n'est faite, aucun mécanisme d'évaluation de l'efficacité des interventions n'existe en-dehors des plaintes formulées soit par des intervenants contre d'autres intervenants soit par des bénéficiaires. La gestion des plaintes des bénéficiaires, dévolues au Conseil régional par la loi, est faite par Urgences-santé qui se place ainsi en conflit d'intérêts.

Sur le plan de la **continuité**, l'orientation des bénéficiaires vers les différents centres hospitaliers est faite par le biais du logiciel OMER, mais on y intègre toujours pas l'achalandage des clients extra-régionaux et des clients ambulants. La mise à jour des données est statique, de telle sorte que l'image projetée par OMER ne reflète pas nécessairement

l'heure juste. Les communications entre les centres hospitaliers de courte durée et Urgences-santé sont quasi inexistantes dans les opérations quotidiennes des salles d'urgence à Montréal.

Sur la plan de la coordination et des communications, aucune nouvelle mesure n'est en vigueur et opérationnelle alors que, lors du drame de la Polytechnique, tout comme lors de l'explosion de la bombe à la gare centrale en 1984, les grands problèmes étaient reliés à la coordination sur le site et aux communications.

Sur l'aspect de la planification des mesures d'urgence, il existe un plan intérimaire en préparation.

**RECOMMANDATIONS**

**CHAPITRE NEUVIEME**



## 9.- RECOMMANDATIONS

### Recommandations à l'intention des intervenants directs

#### Au 911:

Nous recommandons la création d'un tronc commun alphanumérique pour la transmission de la carte d'appel qui sera cheminée à la répartition des utilisateurs.

Nous recommandons la création d'une bascule sur un numéro spécifique pour les appels Info-santé et pour la file d'attente 210 d'Urgences-santé.

#### A Urgences-santé:

##### Au module infirmier:

Nous recommandons la création d'un service Info-santé indépendant du 911 et possédant un numéro particulier.

Nous recommandons l'abolition du triage et la mise en place d'une répartition directe assistée par ordinateur (Direct Dispatch).

Nous recommandons l'abolition de toute forme de priorisation.

Nous recommandons la dotation d'un support informatique pour la prestation du service Info-santé.

##### Au service inter-hospitalier:

Nous recommandons que toutes demandes urgentes de transports inter-hospitaliers soient acheminées au 911.

Nous recommandons que tous transports inter-hospitaliers non-urgents soient effectués par des ressources ambulancières distinctes des ressources ambulancières affectées à l'urgent.

Au module de répartition:

Nous recommandons l'implantation d'une répartition assistée par ordinateur avec un support informatique permettant l'abolition des messagers, l'encadrement terrain des ressources et l'information géomatique pertinente aux interventions.

Au service ambulancier:

Nous recommandons la séparation de la flotte ambulancière en deux volets distincts pour l'urgent et le non-urgent.

Nous recommandons que la flotte ambulancière réservée pour les transports urgents soit exclusivement utilisée à ces fins et que les emplacements d'attente des véhicules fassent l'objet d'une étude reliée aux temps de réponse.

Nous recommandons que la flotte réservée pour le transport non-urgent comprenne 3 types de véhicules soit:

- pour le transport horizontal;
- pour le transport adapté;
- pour le transport sur-spécialisé.

Nous recommandons la dotation de radios portatifs pour l'ensemble des équipes terrain, pour l'urgent et non-urgent.

Nous recommandons l'utilisation de la flotte non-urgent pour tamponner les débordements de besoins urgents, et jamais l'inverse.

Nous recommandons la réaffectation des coordonnateurs sur la route afin de faire le contrôle disciplinaire de l'activité terrain et du respect des protocoles opérationnels.

Nous recommandons le confinement de l'autorité des chefs d'équipe à la vérification matérielle aux départs et aux fins de quart.

Aux services médicaux:

Sous la responsabilité du Directeur médical, nous recommandons la mise en force d'un contrôle médical conceptuel et opérationnel:

- Sous l'aspect prospectif:
  - pour la conception des procédures et des politiques;
  - pour la conception des protocoles opérationnels;
  - pour la conception des protocoles cliniques;
  - pour la conception des programmes de formation de tous les intervenants;
  - pour la diffusion de la formation et la surveillance des stages cliniques;
  - pour l'évaluation pré et per emploi des intervenants;
  - pour la supervision et l'évaluation de la formation continue de tous les intervenants.
- Sous l'aspect immédiat:
  - Nous recommandons que les médecins de service aient **comme rôle prioritaire** la validation de l'application des protocoles

cliniques par les équipes de terrain et l'autorisation des ordonnances préétablies.

- Nous recommandons que les médecins de service fassent l'évaluation et l'autorisation de renfort lors de problèmes situationnels.
- Nous recommandons que les médecins inscrits exercent le leadership opérationnel et clinique lors d'interventions terrains spécifiques selon des protocoles établis par le Bureau médical.
- Nous recommandons que les médecins inscrits aient la responsabilité du site des interventions spéciales ou lors de problèmes situationnels jugés tels par la répartition ou par le médecin de service ou encore lors de sinistres.
- Sous l'aspect rétrospectif:
  - Nous recommandons la création d'un dossier clinique préhospitalier pour les activités ambulancières et les activités médicales.
  - Nous recommandons un contrôle serré des dossiers cliniques d'interventions des techniciens ambulanciers et des médecins.
  - Nous recommandons un contrôle de l'état des bénéficiaires lors de leur arrivée hospitalière et l'établissement d'une corrélation entre les dossiers préhospitaliers et les dossiers hospitaliers.
  - Nous recommandons la création de séances de mortalité/morbidité avec étude des comportements et de l'efficacité des protocoles cliniques.

Aux premiers répondants:

Nous recommandons l'officialisation des expériences pilotes déjà en cours dans certaines municipalités de l'Ile de Montréal en encourageant la signature d'ententes spécifiques entre les services municipaux concernés, le 911 et Urgences-santé.

Nous recommandons l'utilisation de l'expérience en cours à Pointe-Claire comme projet pilote pour valider les temps de réponse, les statistiques vitales et les coûts réels d'un service de premiers répondants (étude coût/bénéfice sur une durée de 18 à 24 mois).

Nous recommandons la création d'un projet pilote sur la formation comme premier répondant avec le Service de prévention des incendies de la ville de Montréal en se servant du programme proposé par le Département du transport fédéral américain (DOT).

Aux centres hospitaliers de courte durée:

Nous recommandons l'intégration de tous les centres hospitaliers de courte durée dans le réseau de communication radiophonique d'Urgences-santé.

Nous recommandons la notification continuelle des salles d'urgence des centres hospitaliers de courte durée au sujet des bénéficiaires qui leur sont acheminés par le service de soins préhospitaliers d'urgence.

Nous recommandons la création de points de service pour les transports inter-hospitaliers dans tous les centres hospitaliers du réseau et que ces points de service soient sous la responsabilité continue des centres hospitaliers.

## RÉFÉRENCES

1. Cayten C. Gene,  
EMS Medical Directors' Handbook, Mosby editor, 1989, p. 103-117;  
"Evaluation of Emergency Medical Service Systems".
2. Trunkey, D.D.,  
Scientific American, 1983; 249: 28-35 "Trauma".
3. Bouliane, M.A.  
Rapport d'enquête du coroner, concernant le décès de Walter Doire, le 16  
février 1989, page 9.
4. Krentz, M.J.  
Emergency Medicine Clinics, February 1990; 8: 17-32  
"Medical Accountability".
5. Roush, W.R  
Prehospital Care 1985; 6-7  
"What EMS was intended to be".
6. Lavoie, A.  
Fondation québécoise des maladies du coeur, Montréal, 14 octobre 1989  
"La survie à l'arrêt cardio-respiratoire préhospitalier: une étude des  
cas traités par Urgences-santé, 1987-89".
7. Sampalis, J.S.  
Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McGill Universi-  
ty, Montréal, June 1990  
"Evaluation of Prehospital Trauma Services in Montréal".
8. Keller, R.A et al.  
JEMS, janvier 1990: 79-99  
"EMS in the United States, a survey of Providers in the 200 most Popu-  
lous Cities".

**ANNEXE A**

Le ministre de la  
Sécurité publique

Sainte-Foy, le 21 août 1990

Monsieur Robert De Coster  
2172, Parc Bourbonnière  
SILLERY (Québec)  
G1T 1B4

Monsieur,

Je suis très heureux que vous ayez accepté de présider le groupe de travail que j'ai mis sur pied suite aux événements de l'École Polytechnique de Montréal pour examiner le rôle et le fonctionnement des organismes impliqués lors de situations d'urgence, et je vous en remercie.

Comme nous en avons déjà discuté, le mandat de votre groupe de travail sera le suivant:

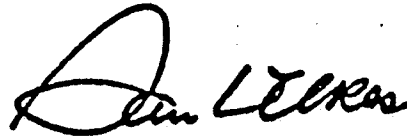
- Examiner, tel que soulevé par le Dr Sourour dans son rapport, le rôle et le fonctionnement du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal, d'Urgence-santé, du 9-1-1, des équipes médico-ambulancières et d'autres organismes impliqués dans les événements du 6 décembre dernier;
- Etudier les questions soulevées par le coroner Sourour dans son rapport d'investigation;
- Analyser le rôle et le fonctionnement des intervenants en situations d'urgence;
- Formuler les recommandations que vous jugerez à propos en vue d'améliorer l'efficacité des services ayant à intervenir lors de situations d'urgence.

L'échéancier prévu est la fin décembre 1990.



Enfin, par la présente, vous et votre groupe êtes mandatés pour rencontrer les différents intervenants tant publics que privés que vous jugerez nécessaires afin de remplir la tâche qui vous a été confiée.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sam L. Elkas". The signature is fluid and cursive, with a large initial "S" and "E".

SAM L. ELKAS

**ANNEXE B**

## CONDENSÉ DU PROTOCOLE DE RADIOCOMMUNICATION

### CODES DE RADIOCOMMUNICATION

10-1	À l'écoute	10-31	Changez d'établissement pour ...
10-2	Répétez le message	10-33	Donnez plus d'informations
10-3	Affectation annulée	10-34	Service d'incendie demandé
10-4	Message compris	10-35	Service de police demandé
10-5	Disponible	10-43	Problème psychiatrique
10-0-6	Noe-disponible	10-44	Décès
10-0-7	Demande de ressources d'Urgences-santé	10-45	Phase terminale
	<i>Spécifiez quantité, catégorie</i>	10-46	Syndrome immunodéficitaire acquis (SIDA)
	<i>10-16/29/30, raison</i>	10-50	Test de radio (1-2-3-4-5)
10-0-8	Interception urgente et imprévue		<i>Réception</i>
10-0-9	Période de repas		<i>1/5 nulle, incompréhensible</i>
10-10	État de la situation		<i>2/5 partielle</i>
	<i>(Utilisé exclusivement par un coordonnateur)</i>		<i>3/5 compréhensible avec difficulté</i>
	<i>Niveau 1: aggravation improbable</i>		<i>4/5 compréhensible avec quelques interférences</i>
	<i>Niveau 2: aggravation possible</i>		<i>5/5 excellente</i>
10-11	Appel téléphonique au ...	10-51	Utilisation du groupe 1
10-12	Poser d'attente	10-52	Utilisation du groupe 2
10-14	Véhicule d'Urgences-santé impliqué dans un accident	10-53	Utilisation du groupe 3
10-16	Affectation non-urgente avec conduite sans gyrophare et sans sirène	10-54	Utilisation du groupe 4
10-17	Arrivé sur les lieux	10-55	Utilisation du groupe 5
10-18	Demeurez à l'écoute	10-56	Utilisation du groupe 6
10-19	Appel à plusieurs ressources	10-57	Utilisation du groupe 7
10-20	Précisez l'emplacement	10-58	Utilisation du groupe 8
10-21	Changez de position	10-59	Utilisation du groupe 9
10-25	Retenu d'équipement	10-60	Utilisation du groupe 0
10-28	Médecin d'Urgences-santé à bord de l'ambulance	10-77	Début du quart de travail
10-29	Affectation immédiate et conduite sans gyrophare et sans sirène	10-89	Fin du quart de travail
10-30	Affectation urgente et conduite avec utilisation obligatoire des gyrophares et si nécessaire	10-90	Disponibilité spéciale
		10-99	Arrêt cardiorespiratoire
		10-100	Vie de ressources-terrain en danger

### CHIFFRES

0	- nul	5	- trois + deux
1	- unité	6	- trois + trois
2	- un + un	7	- quatre + trois
3	- deux + un	8	- quatre + quatre
4	- deux + deux	9	- cinq + quatre

Les nombres supérieurs à 9 sont énumérés chiffre par chiffre (ex : 123 : un, deux, trois)

### ALPHABET PHONÉTIQUE

A	- Alpha
B	- Bravo
C	- Charlie
D	- Delta
E	- Echo
F	- Fox-trot
G	- Golf
H	- Hôtel
I	- India
J	- Juliette
K	- Kilo
L	- Lima
M	- Mike
N	- Novembre
O	- Oscar
P	- Papa
Q	- Québec
R	- Roméo
S	- Sierra
T	- Tango
U	- Uniforme
V	- Victor
W	- Whisky
X	- X-Ray
Y	- Yankee
Z	- Zulu

### TERMES DE DESCRIPTION DE L'ÉTAT D'UN BÉNÉFICIAIRE

#### SYSTÉMIQUE

agitation  
coma  
confus  
convulsion  
diarrhée  
étourdissement  
fièvre  
problème respiratoire  
problème urinaire  
sommolence  
syncope  
vomissements

#### SPÉCIFIQUE

brûlure  
douleur (sans trauma)  
D.R.S. (douleur rétro-sternale)  
engorgement  
éruption  
faiblesse  
oedème  
paralyse  
plaie (sans trauma)  
polytrauma  
saignement  
trauma

#### REMARQUES

Phase terminale 10-45  
Syndrome immunodéficitaire acquis ou  
SIDA 10-46

#### SITUATIONNEL

accident (de la route)  
accouchement  
décès 10-44  
électrocution  
grossesse  
incarcération  
intoxication  
psychiatrie 10-43  
violence

#### RÉGIONS

tête  
face  
nez  
oreille  
bouche  
gorge  
cou  
thorax  
dos  
lombaire  
bassin  
abdomen  
rectal  
général  
membre supérieur  
membre inférieur  
GÉNÉRALISÉ

PERIODES DE PRIORISATION  
 POUR LE MOIS  
 DE DECEMBRE 1989  
 - DU 01 AU 17 DECEMBRE -

DATE JOUR	HEURE DES PERIODES DE PRIORISATION	DUREE DES PRIORISATIONS
01	vendredi 09 H 00 A 18 H 57 16 H 17: préjudice (fiche M-83350) 16 H 30: procédé 2: Ø véh. Est	09 H 57
03	dimanche 00 H 30 A 07 H 05 12 H 00 A 13 H 30 15 H 00 A 16 H 00 16 H 54 A 18 H 30 23 H 04* - 00 H 00*	06 H 35 01 H 30 01 H 00 01 H 36 00 H 54 } 11 H 35
04	lundi 00 H 00 A 01 H 00 08 H 18 A 15 H 30 15 H 30 A 21 H 13	01 H 00 07 H 12 05 H 43 } 13 H 55
05	mardi 09 H 30 a 17 H 35	08 H 05
06	mercredi (fusillade à la Polytechnique de l'U. de Mtl)	08 H 30 A 13 H 47 17 H 25 A 20 H 33 05 H 17 03 H 08 } 08 H 25
07	jeudi (panne 9-1-1: début: 13 H 07)	09 H 34 A 14 H 20* 04 H 46
08	vendredi (panne 9-1-1: fin: 20 H 20)	09 H 30 A 18 H 00 08 H 30
10	dimanche 02 H 58 A 07 H 30	04 H 32
11	lundi 11 H 25 A 13 H 35*	02 H 10
13	mercredi (spectacle Rolling Stones)	09 H 10* - 22 H 08 12 H 58
14	jeudi (spectacle Rolling Stones)	09 H 00 A 21 H 36 12 H 36

**ANNEXE C**

dant six mois. Aucune compensation monétaire ne leur a été versée.

«Nous sommes réellement déçus. On nous a laissés tomber: le gouvernement, les médias...»

#### Le soir du drame

La famille songe à poursuivre l'École Polytechnique. Le père a déjà rencontré un avocat mais, pour l'instant, il n'y a rien de décidé.

Ces parents ont vécu l'enfer le soir du drame. Le père revenant du travail et, sur le pont Jacques-Cartier, il apprend à la radio qu'il y a une tuerie à l'École Polytechnique. Il arrive chez lui et passe la soirée à écouter les informations et à attendre un téléphone de la police, mais en vain. Les heures passent et il n'a toujours pas de nouvelles de sa fille. Vers minuit, il quitte son domicile et se rend à Polytechnique.

Il attend avec d'autres parents dans un auditorium, au pavillon principal de l'Université de Montréal. Tout à coup, la police se présente et lance le nom d'une nouvelle victime. C'est sa fille.

Il se rend immédiatement dans une morgue temporaire, installée hâtivement dans une salle de l'École. Il identifie le corps de sa fille. Le médecin lui donne alors deux pilules. Des calmants. Une pour sa femme et une pour lui. Depuis, c'est la colère et la frustration.

## Peut-on améliorer l'efficacité des services d'urgence?

Le rapport du groupe de travail sera remis au ministre Claude Ryan à la fin du mois



SUZANNE COLPRON

Comment doivent agir les policiers contre un tireur fou qui menace la vie des gens?

Pour répondre à cette question et aux dizaines d'autres soulevées par le coroner Teresa Sourour dans son rapport de 135 pages sur la tuerie de l'École Polytechnique, Québec a formé un comité de travail.

Le groupe, présidé par Robert De Coster, ex-directeur de la Régie de l'assurance-automobile du Québec, a commencé ses travaux en septembre. Il doit remettre son rapport au ministre de la Sécurité publique, Claude Ryan, à la fin du mois.

«Le mandat du comité est d'examiner le rôle et le fonctionnement des organismes en situations d'urgence», explique un des membres du comité, M. Gaetan Levasseur. Il peut aussi émettre des recommandations pour améliorer l'efficacité des services d'urgence. M. Ryan pourra conserver le rapport sur son bureau ou le rendre public.

Selon son prédécesseur, Sam Elkas: «Il ne s'agit pas de jeter le blâme sur aucun des organismes impliqués dans la tragédie du 6

décembre, mais de les amener à être en mesure d'intervenir le plus efficacement possible afin de préserver des vies humaines.»

Les membres du comité — Mario Bilodeau, criminaliste, Serge Cossette, spécialiste en système inter-communications, Pierre Lapointe, médecin et conseiller en soins pré-hospitaliers, Renaud LeRoux, médecin et conseiller en mesures d'urgence, Gaetan Levasseur, spécialiste en prévention des incendies — ont déjà réalisé une centaine d'entrevues et consulté plus de 150 documents sur Polytechnique.

#### 40 appels au 911

Au 911, le directeur Denis Lizotte rappelle qu'un nouveau système de communication avait été installé la veille de la tragédie du 6 décembre. «On n'a pas changé grand-chose au système actuel, dit-il. La différence, c'est que notre personnel est plus habitué.»

N'empêche. Le soir du drame, le nom de l'École ne figurait pas dans la banque de géocodage du centre 911. Impossible d'acheminer l'information au répartiteur du SPCUM sans connaître l'adresse de l'établissement.

«On avait absolument besoin

de l'adresse pour valider l'appel», explique M. Lizotte. Le soir du massacre, plus de 40 personnes ont téléphoné au 911. Mais ce n'est qu'au bout du cinquième appel qu'on est parvenu à situer l'École. Tous les étudiants pouvaient nommer l'établissement mais peu connaissaient l'adresse.

«Compte tenu des circonstances, le délai de trois minutes entre le premier appel au 911 et sa transmission au répartiteur est raisonnable», estime M. Lizotte. Aujourd'hui, le même appel serait acheminé dans les 30 secondes. On sauverait deux minutes et demie.

Autre amélioration: depuis l'an dernier, le préposé peut transmettre un appel à la police avant la fin de la communication. Le code «D» indique que d'autres informations vont suivre. Cette modification a été apportée au lendemain du massacre.

#### La même longueur d'ondes

Urgences Santé, de son côté, n'a pas changé ses procédures. L'organisme s'est contenté de poursuivre les mesures adoptées en juillet 1989. «À l'époque, nous n'avions pas suffisamment d'ambulances et de techniciens», rapporte le président directeur général Pierre Lamarche.

Pour corriger la situation, Urgences Santé a remplacé sa flotte et mis sur pied un programme de formation au cegep Ahuntsic. Un an plus tard, 100 techniciens sont sortis de l'école. «On comble mieux nos quarts de travail et on contrôle mieux les absences», précise M. Lamarche.

L'organisme, qui relève du ministère de la Santé et des Services sociaux, étudie présentement la possibilité de se doter d'un nouveau système de communications de 12 millions. Son système radio actuel ne lui permet pas de transmettre des données ni d'échanger des informations confidentielles ou d'accéder à des dossiers médicaux.

Le 6 décembre, Urgences Santé aurait été en mesure de réagir avec plus de rapidité et d'efficacité avec un système de communications alphanumérique. Seul le service de police de la CUM possède ce type de système.

«Si on pouvait unifier nos moyens de communications sur le territoire de la CUM et regrouper toutes les informations détectées par les corps d'urgence, on aurait fait un grand pas», conclut M. Lamarche.

**ANNEXE D**

1. La mission
2. Le mandat légal et les responsabilités
3. La déclaration de principe
4. La philosophie de gestion

Document adopté par le Conseil d'administration le 19 septembre 1989

Résolution no US890919-4.3a

Document amendé par le Conseil d'administration le 16 janvier 1990

Résolution no US900116-9



## **1 LA MISSION**

La Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain est un organisme à but non lucratif relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui offre à la population des régions 06 et 13 des services et des soins préhospitaliers d'urgence. Elle assure l'accès aux services de santé en collaboration étroite avec les établissements de santé du territoire, le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain et les organismes responsables de la sécurité publique.

## **2 LE MANDAT LÉGAL ET LES RESPONSABILITÉS**

La mission et les responsabilités de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain, de même que les valeurs fondamentales qui guident l'administration de ses activités originent de la loi:

"149.5 La Corporation a pour objet, dans son territoire, sous réserve des pouvoirs accordés à tout conseil régional et à tout établissement, d'organiser et de coordonner un système pré-hospitalier d'urgence comprenant le transport ambulancier en vue de favoriser l'accès aux services de santé. Elle exerce à cette fin les fonctions suivantes:

- 1° participer à la concertation des différents intervenants en matière de transport ambulancier;
- 2° exploiter un service d'ambulances et un service d'interventions médicales d'urgence;
- 3° recevoir les appels des personnes et des établissements qui demandent des services d'ambulance et y donner suite de façon appropriée;

- 4° concevoir et implanter un système d'information pour connaître, de façon quotidienne, la situation des services d'urgence dans les établissements en regard du nombre de transferts et de transports en ambulance effectués et en informer le conseil régional de son territoire;
- 5° autoriser le transport d'une personne vers un autre établissement que celui prévu initialement lorsque ce premier établissement vit une situation d'engorgement, après avoir appliqué toutes les procédures en vigueur;
- 6° s'assurer des qualifications du personnel affecté aux services constituant le système pré-hospitalier d'urgence et de la qualité des services dispensés par ce personnel."

(article 149.5, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, 1988, projet de loi 34)

En résumé, la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain coordonne l'ensemble des services préhospitaliers d'urgence et pour ce faire assure:

- a) la réception et la réponse aux appels urgents;
- b) la dispensation de soins de stabilisation et de transport ambulancier;
- c) l'intervention médicale d'urgence.

Enfin, il est de la responsabilité de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain:

- d'élaborer, développer et maintenir à jour les protocoles de traitement et de soins appropriés aux types d'interventions requises en situation d'urgence;

- dans le cadre des responsabilités dévolues aux divers organismes en matière de santé publique, de participer à la planification et à la coordination des interventions à risque et des sinistres;
- concevoir un système de gestion de données nous permettant d'évaluer de façon continue notre performance.

### 3 LA DÉCLARATION DE PRINCIPE

La Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain, de par sa mission et la nature des services qu'elle offre à l'ensemble de la population, s'engage à mettre en oeuvre par tous les moyens à sa disposition, des mécanismes permanents qui assurent, dans toutes les interventions qu'elle effectue, le respect des principes fondamentaux suivants:

- le respect des droits et des besoins des personnes auprès desquelles sont dispensés des services préhospitaliers d'urgence de même que le respect intégral de leur dignité;
- la reconnaissance du droit à la sécurité du bénéficiaire qui ne doit être compromise par une imprudence, un acte téméraire ou une action préjudiciable à son égard, que ce droit à la sécurité soit mis en péril par le comportement, l'attitude, la violence, l'agression, les actes professionnels, par l'utilisation du véhicule ou par toute autre omission ou action d'un intervenant;
- la reconnaissance que la dispensation des services préhospitaliers d'urgence s'effectue sans discrimination à l'égard des bénéficiaires; que cette discrimination soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, les moeurs, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap;

(Charte des droits et libertés de la personne, Québec, art. 10 et Loi sur les services de santé et les services sociaux, Québec, section 1, point 5))

- sous réserve des dispositions législatives, Urgences-santé assure l'exercice de la liberté qu'a une personne qui réside au Québec de choisir l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé.

(Loi sur les services de santé et les services sociaux, Québec, section 1, point 6 et Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, Québec, article 149.5))

#### 4 LA PHILOSOPHIE DE GESTION

Pour actualiser sa mission, la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain s'appuie sur un certain nombre de valeurs qui apparaissent fondamentales au maintien et au développement des activités qu'elle doit assurer.

Ces valeurs sont:

- la qualité et l'efficacité des services;
- le développement des ressources humaines;
- la collaboration avec les partenaires.

Le texte qui suit veut expliciter chacune de ces valeurs de gestion, tout en identifiant les politiques générales de fonctionnement qui, en tant que paramètres, guideront la gestion courante des activités de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain.

##### La qualité et l'efficacité des services

Une des premières responsabilités de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain envers sa clientèle est de lui offrir un service de qualité. Cela signifie que le bénéficiaire reçoit des services qui lui sont dispensés avec célérité et de façon professionnelle. De plus, la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain est soucieuse de son rendement comme organisation et de l'efficacité réelle des services qu'elle offre.

En ce sens, la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain s'engage à:

- assurer une réponse appropriée à tout appel relié à la santé des personnes, soit en référant les personnes à la ressource appropriée, soit en prodiguant des conseils ou en affectant nos ressources au lieu d'intervention;
- assurer la stabilisation et le transport de tout patient qui le nécessite vers l'établissement le plus approprié, selon l'intensité et la nature des soins requis;
- élaborer, développer et maintenir des mécanismes permettant de mesurer l'efficacité et la qualité de ses services, mais aussi, permettant de poursuivre la recherche clinique et évaluative dans le domaine des interventions et des soins préhospitaliers d'urgence;
- assurer la promotion et la protection des droits des citoyens susceptibles de recourir aux services d'Urgences-santé;
- en outre, la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain encourage les associations de ses employés(ées) à établir un code d'éthique guidant leurs interventions dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence. Lorsque le conseil d'administration prend acte d'un tel code d'éthique, la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain s'engage à en favoriser la diffusion et le respect.

### **Le développement des ressources humaines**

La Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain considère ses employés(ées) comme étant la principale richesse de l'organisation et le principal moteur de son développement. Urgences-santé a besoin d'un personnel consciencieux, motivé et compétent dans l'accomplissement de ses tâches. De plus, il est primordial, dans les interventions d'Urgences-santé, que des liens étroits soient maintenus entre toutes les catégories de personnel; de ce fait, l'organisation mise sur "une équipe soignante" efficace, où chacun est responsable de la qualité de son travail mais aussi responsable de l'établissement et du maintien de relations avec ses collègues qui soient fondées sur la confiance et le respect mutuels.

En ce sens, la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain veut offrir à ses employés(ées):

- un travail dont la nature des tâches fait appel aux compétences acquises, apporte une satisfaction et une valorisation personnelle et stimule constamment l'intérêt et le dépassement;
- un environnement de travail qui facilite la réalisation des activités de chacune des catégories de personnel et qui favorise le maintien de la santé, de la sécurité et de l'intégrité de toutes et tous;
- des modes de gestion qui permettent la responsabilisation de chacun(e), favorisant le travail d'équipe et facilitant le développement d'une cohésion et d'un sentiment d'appartenance à l'organisation.

#### **La collaboration avec les partenaires**

L'efficacité du système préhospitalier d'urgence du Montréal métropolitain passe obligatoirement par l'établissement d'une collaboration constante avec ses partenaires; que ce soit pour réaliser ses activités, pour favoriser l'accessibilité aux services de santé ou encore pour prévenir certains risques en matière de santé publique, Urgences-santé se préoccupe des liens administratifs et opérationnels à maintenir et à développer avec ses partenaires pour ainsi maximiser la qualité des services à la population.

En ce sens, la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain s'engage à:

- participer à la concertation des différents intervenants en matière de transport ambulancier et de soins préhospitaliers d'urgence;
- mettre en oeuvre les mécanismes nécessaires permettant un système d'information efficace, relativement à l'ensemble des activités de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain, mais également, une gestion rigoureuse et concertée des interventions reliées notamment aux situations d'engorgement des salles d'urgence.

**ANNEXE E**

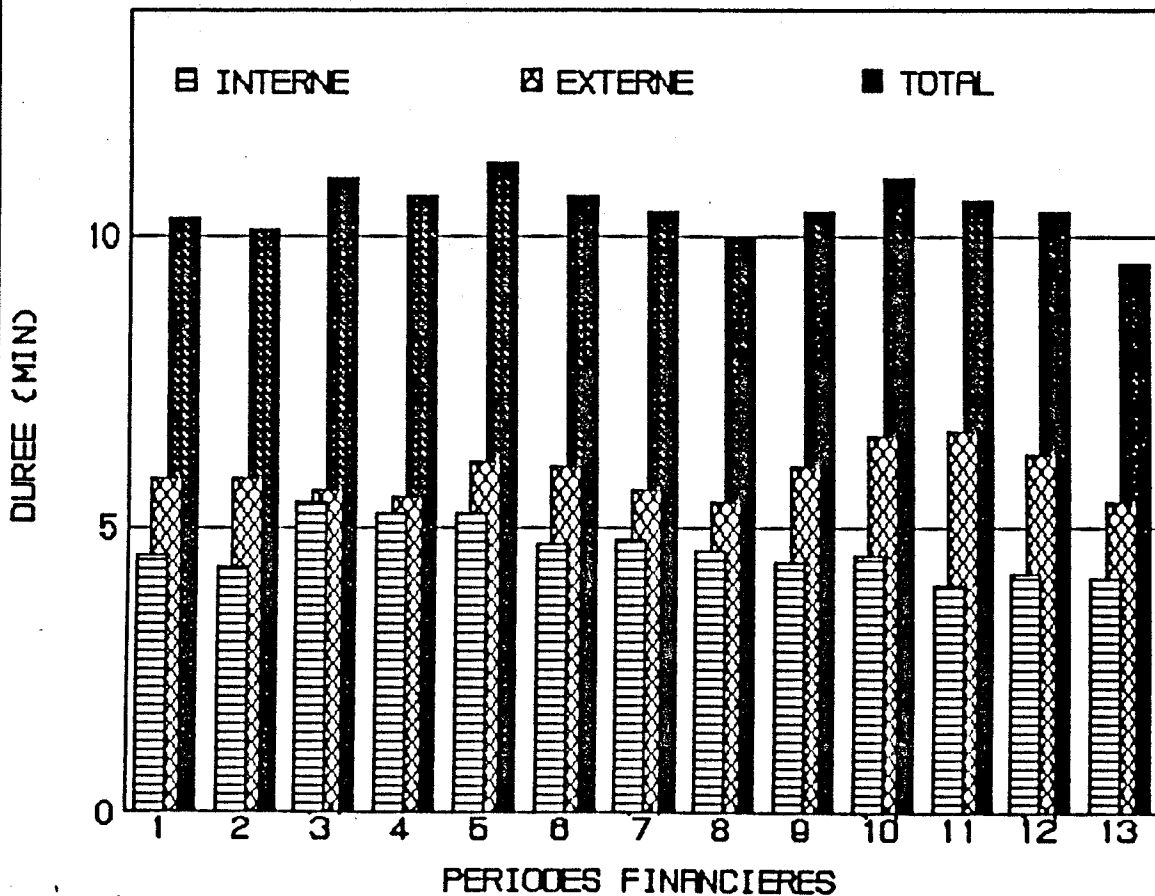
A: LOUISE HEBERT AUBE  
LE: 29 MAI 1990

**INFORMATIONS OPERATIONNELLES**

**POUR LES ACTIVITES DES VEHICULES AMBULANCIERS  
ET VEHICULES DE MEDECINS**

**TREIZIEME PERIODE**  
**25 FEVRIER 1990 AU 31 MARS 1990**

**TEMPS REPONSE DES AMBULANCES AUX APPELS PRIORITAIRES**





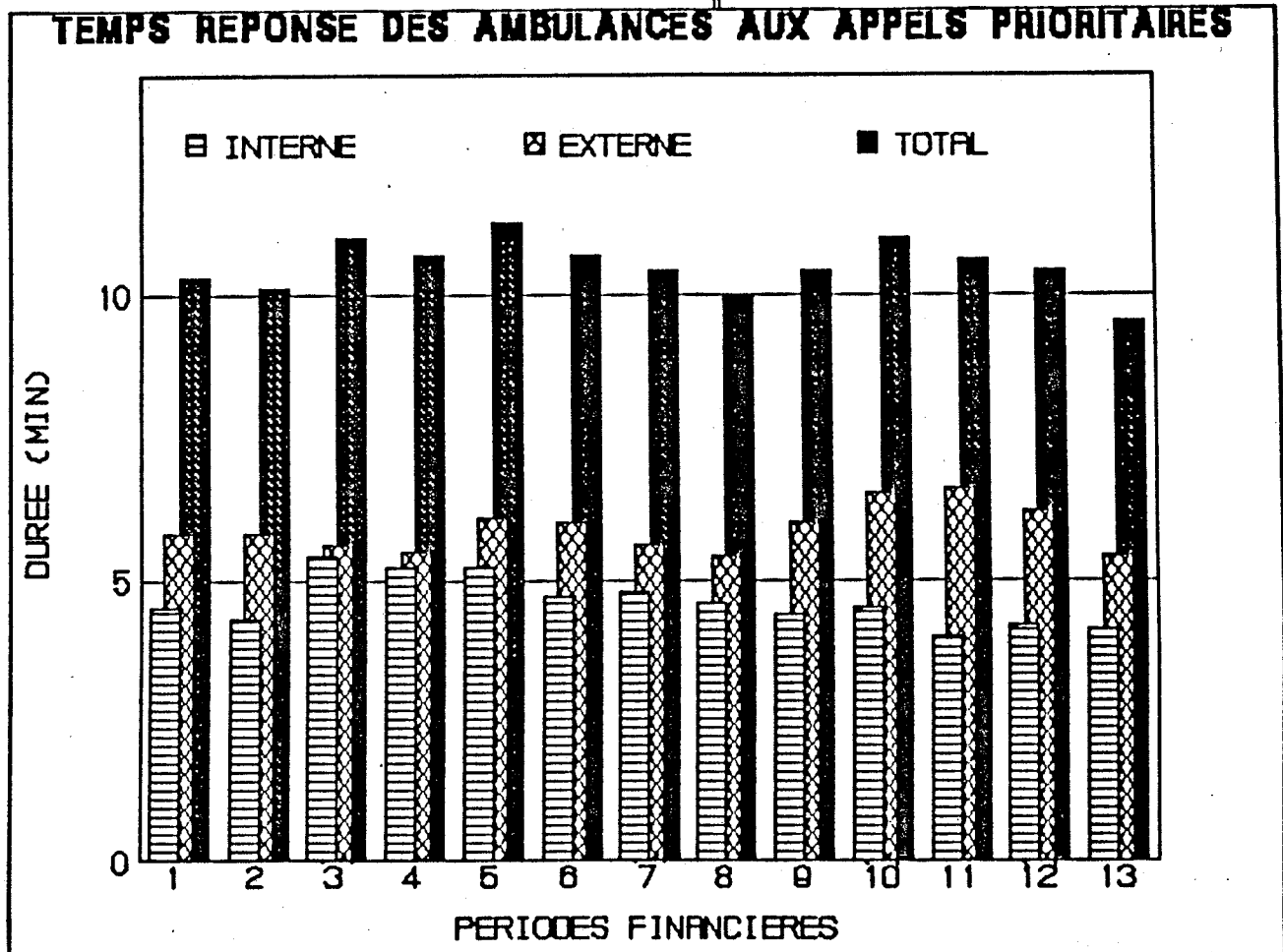
## CALENDRIER DES PERIODES FINANCIERES

Première période	01-04-89 au 22-04-89
Deuxième période	23-04-89 au 20-05-89
Troisième période	21-05-89 au 17-06-89
Quatrième période	18-06-89 au 15-07-89
Cinquième période	16-07-89 au 12-08-89
Sixième période	13-08-89 au 09-09-89
Septième période	10-09-89 au 07-10-89
Huitième période	08-10-89 au 04-11-89
Neuvième période	05-11-89 au 02-12-89
Dixième période	03-12-89 au 30-12-89
Onzième période	31-12-89 au 27-01-90
Douzième période	28-01-90 au 24-02-90
Treizième période	25-02-90 au 31-03-90

**TEMPS-REPONSE "STAT"**

**Statistiques**

Période	1988-1989			1989-1990		
	Interne	Externe	Total	Interne	Externe	Total
1	4.6	5.3	9.9	4.5	5.8	10.3
2	4.3	5.5	9.8	4.3	5.8	10.1
3	4.5	5.6	10.1	5.4	5.6	11.0
4	4.3	5.3	9.6	5.2	5.5	10.7
5	4.0	5.5	9.5	5.2	6.1	11.3
6	4.2	5.6	9.8	4.7	6.0	10.7
7	3.8	5.9	9.7	4.8	5.6	10.4
8	4.1	5.8	9.9	4.6	5.4	10.0
9	4.9	5.7	10.6	4.4	6.0	10.4
10	4.6	6.4	11.0	4.5	6.5	11.0
11	4.8	6.2	11.0	4.0	6.6	10.6
12	4.8	6.1	10.9	4.2	6.2	10.4
13	5.3	6.4	11.7	4.1	5.4	9.5

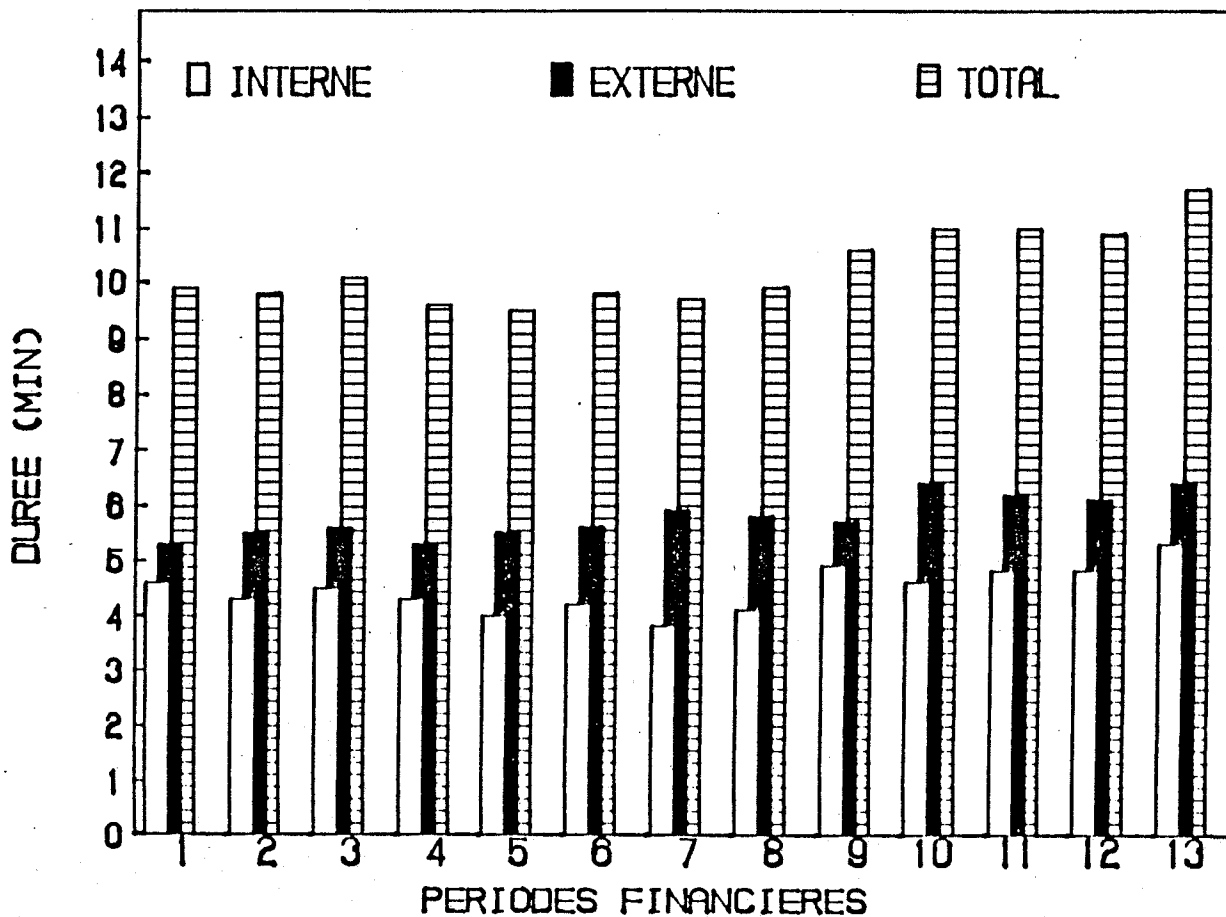


## TEMPS-REPONSE "STAT"

### Statistiques

Période	1987-1988			1988-1989		
	Interne	Externe	Total	Interne	Externe	Total
1	4.3	5.4	9.7	4.6	5.3	9.9
2	4.5	5.8	10.3	4.3	5.5	9.8
3	3.9	5.9	9.8	4.5	5.6	10.1
4	4.6	5.7	10.3	4.3	5.3	9.6
5	3.7	5.7	9.4	4.0	5.5	9.5
6	3.8	5.8	9.6	4.2	5.6	9.8
7	3.4	5.5	8.9	3.8	5.9	9.7
8	3.4	5.6	9.0	4.1	5.8	9.9
9	4.1	5.8	9.9	4.9	5.7	10.6
10	4.2	6.1	10.3	4.6	6.4	11.0
11	4.5	5.6	10.1	4.8	6.2	11.0
12	4.3	5.8	10.1	4.8	6.1	10.9
13	4.5	5.1	9.6	5.3	6.4	11.7

### TEMPS REPONSE DES AMBULANCES AUX APPELS PRIORITAIRES



**ANNEXE F**

# DESJARDINS DUCHARME

AVOCATS

AGENTS DE MARQUES DE COMMERCE  
TOUR DE LA BANQUE NATIONALE  
600, RUE DE LA GAUCHETIERE OUEST BUREAU 2400  
MONTREAL QUEBEC H3B 4L8  
TELEPHONE (514) 878-9411  
TELEX 05-25202 "PREMONT" TELECOPIEUR (514) 878-9092

Reçu le 21 JUIN 1990

Le 15 juin 1990

Me Louise Hébert-Aubé  
Directrice des opérations  
Corporation d'Urgences-Santé  
de la Région Montréal-Métropolitain  
5810 est, rue Sherbrooke  
Montréal, QUÉ. H1N 1B2

cc P.h.  
Directeurs  
92/06/22/d.x

**OBJET: Opinion concernant le triage  
des appels  
Notre dossier 61280**

-----

Chère consoeur,

Par l'envoi d'un mémo daté du 2 février 1990, vous nous avez soumis diverses questions relatives au "trialog" des demandes de services ambulanciers qui sont acheminées à Urgences-Santé.

Ces questions se résument de la façon suivante:

**A- Le mandat d'Urgences-Santé**

- 1- le pouvoir discrétionnaire d'Urgences-Santé d'envoyer ou de refuser l'envoi d'une ambulance;
- 2- l'exercice de ce rôle par une infirmière;

**B- La responsabilité civile**

Lors de notre rencontre du 19 mars 1990, vous nous avez décrit le fonctionnement actuel de répartition des appels à Urgences-Santé de la façon suivante:

AFFILIÉ À:

TORY, TORY DES LAURIERS & BINNINGTON - TORONTO  
LAWSON, LUNDELL, LAWSON & McINTOSH - VANCOUVER

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE:

1. La réception des appels est faite par des infirmières qui questionnent le client afin de déterminer ses besoins;
2. Lorsque l'infirmière considère qu'il s'agit d'un cas pour lequel l'envoi d'un véhicule ambulancier n'est pas nécessaire, elle réfère alors le client au service approprié (médecin traitant, C.L.S.C. etc.), en tenant compte des besoins identifiés;
3. L'infirmière qui décide de ne pas envoyer une ambulance tentera de convaincre le client de renoncer lui-même à ce service. Cependant, lorsque le client persiste et exige l'envoi d'une ambulance qui, de l'avis de l'infirmière, n'est pas nécessaire, celle-ci consultera un autre professionnel et la décision de refuser l'envoi d'une ambulance sera toujours prise conjointement par deux professionnels.

#### A- Le mandat d'Urgences-Santé

##### 1- Le pouvoir discrétionnaire d'envoyer ou non une ambulance

L'adoption du Projet de loi 34 (ci-après P.L. 34) a modifié la structure de coordination des services ambulanciers de la région de Montréal-Métropolitain en créant, par l'art. 149.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Corporation d'Urgences-Santé.

Antérieurement, c'est le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal-Métropolitain qui avait pour tâche de coordonner les services ambulanciers dans la région. En vertu de l'ancien article 18.3 de la Loi, le C.S.S.S.M.M. devait mettre sur pied une "centrale de coordination" qui avait, entre autres, pour tâche de:

- "6. Recevoir les appels des personnes et des établissements de sa région qui demandent des services d'ambulance et répartir les demandes parmi les titulaires d'un permis d'exploitation de service d'ambulance, qui remplissent les conditions d'inscription à la centrale de coordination;"

# DESJARDINS DUCHARME

- 3 -

Cette disposition a été remplacée par l'art. 149.5 al. 3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui se lit comme suit:

"149.5 La Corporation a pour objet, dans son territoire, sous réserve des pouvoirs accordés à tout conseil régional et à tout établissement, d'organiser et de coordonner un système pré-hospitalier d'urgence comprenant le transport ambulancier en vue de favoriser l'accès aux services de santé. Elle exerce à cette fin les fonctions suivantes:

...

2. exploiter un service d'ambulances et un service d'interventions médicales d'urgences;

3. recevoir les appels des personnes et des établissements qui demandent des services d'ambulance et y donner suite de façon appropriée;  
(nos soulignés)

Le libellé de cette disposition semble accorder à Urgences-Santé une plus grande latitude que celle qu'avait la "centrale de coordination" relativement à l'envoi d'ambulances sur appels. En effet, l'ancien art. 18.3 se contentait de confier à la centrale le rôle de "répartir les demandes parmi les titulaires d'un permis d'exploitation", ce qui laisse entendre que chaque appel devait être acheminé vers l'un ou l'autre des détenteurs de permis. La nouvelle disposition utilise une expression plus large dans la mesure où il est possible de "donner suite de façon appropriée" à une demande de service ambulancier autrement que par l'envoi systématique d'un véhicule ambulancier. A notre avis, cette disposition laisse place à l'exercice d'une discrétion quant à la façon de donner suite à un appel, les termes "de façon appropriée" laissant place à l'exercice d'un jugement.

L'art. 149.5 de la Loi sur les Services de santé et les services sociaux confie à Urgences-Santé le mandat "d'organiser et de coordonner un système pré-hospitalier d'urgence comprenant le transport ambulancier en vue de favoriser l'accès aux services de santé". Cette disposition établit clairement qu'Urgences-Santé est beaucoup plus qu'un simple "répartiteur" de véhicules ambulanciers. Son rôle est au contraire de gérer l'ensemble d'un système pré-hospitalier d'urgence en vue de favoriser l'accès à ces services.

En vertu du deuxième alinéa de l'article 149.5, Urgences-Santé exploite, en plus d'un service d'ambulance, un service d'interventions médicale d'urgence. Par ailleurs, l'alinéa 4 de cette même disposition confiée à Urgences-Santé la tâche d'évaluer la situation des services d'urgence dans les établissements.

L'ensemble de ces dispositions, de même que leur insertion dans la Loi sur les services de santé et services sociaux, démontrent que le législateur a fait d'Urgences-Santé une sorte de "gestionnaire" des soins d'urgence dans l'ensemble du réseau des services de santé.

En assumant un rôle d'organisation et de coordination des services d'urgence, Urgences-Santé doit nécessairement exercer un jugement quant à l'utilisation des ressources ambulancières dont elle dispose. Pour ce faire elle doit déterminer, pour chaque demande qui lui est faite, s'il s'agit d'une situation où l'envoi d'un véhicule ambulancier est approprié ou si une autre ressource pourrait répondre adéquatement à cette demande.

Par ailleurs, on ne retrouve nulle part dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, de disposition susceptible d'accorder au public un droit absolu aux services ambulanciers. En effet, la Corporation d'Urgences-Santé n'est pas un "établissement" au sens de cette Loi. En conséquence, elle n'est pas visée par l'art. 4 qui fut interprété comme imposant à un établissement de santé l'obligation de traiter tout patient qui s'y présente sauf pour des motifs expressément autorisés dans la Loi (voir Poirier c. Hôpital du Haut-Richelieu [1982] C.S. 511, et Jasmin c. Cité de la Santé de Laval (C.S) J.E. 90-181 dont copies sont jointes sous l'annexe A).

Ainsi, nous croyons qu'Urgences-Santé n'a pas l'obligation d'envoyer un véhicule ambulancier pour le seul motif qu'un citoyen en fait la demande. Le libellé de l'article 149.5 alinéa 3 laisse place à l'exercice d'un jugement quant au choix de la ressource susceptible de répondre adéquatement à la demande.

Cependant, l'évaluation du caractère urgent de la demande et la décision d'envoyer ou non un véhicule ambulancier doivent être faites selon un protocole rigoureux. De plus, l'obligation de donner suite aux appels implique, à notre avis, le devoir de référer la personne au service approprié. Par conséquent, les préposés d'Urgences-Santé ne pourraient, aux termes de cette disposition, refuser l'envoi d'un véhicule et raccrocher la ligne sans autre explication.



2. L'exercice de ce rôle par une infirmière

L'article 149.5 confère certains pouvoirs à la Corporation d'Urgences-Santé sans préciser quelle doit être la formation du personnel qui exerce ces pouvoirs, à l'exception des ambulanciers et des conducteurs de véhicules dont les fonctions sont définies au Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q. c. P-35, r.1)

Dans les faits, Urgences-Santé confie à des infirmières le soin de recevoir les appels de demande de service d'ambulance et de procéder au "triage" en évaluant le sérieux de la demande et la nature des besoins exprimés de façon à n'envoyer un véhicule ambulancier que dans les cas nécessitant cette ressource. Ce "triage" est effectué en suivant un protocole interne préparé par la Corporation d'Urgences-Santé et ses médecins.

Cette situation soulève diverses questions. D'une part, certains pourraient prétendre que cette activité relève de la pratique de la médecine et qu'elle ne peut être exercée par des infirmières. D'autre part, même si l'on peut prétendre que les infirmières sont "habilitées" par la Loi à effectuer ce triage, cela ne leur donne pas pour autant l'entraînement particulier pour remplir adéquatement cette tâche.

a) L'exercice de la profession d'infirmière

Le triage effectué peut, dans certains cas, se trouver à la frontière du diagnostic médical qui est l'apanage exclusif des médecins en vertu des art. 31 et 43 de la Loi médicale. Par exemple, une infirmière qui jugerait, d'après les renseignements fournis au téléphone, que la personne concernée ne souffre pas d'un infarctus mais plutôt d'une simple indigestion et qui conseille au patient d'ignorer les symptômes plutôt que d'envoyer un service d'ambulance pose, à notre avis, un acte qui se rapproche du diagnostic médical.

Cependant, l'art. 43 de la Loi médicale prévoit que les actes décrits à l'art. 31 ne peuvent être exercés que par des médecins "sous réserve des droits et privilèges expressément accordés à d'autres professionnels". Ainsi, la Loi médicale doit s'interpréter en fonction de l'art. 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers qui établit le cadre d'exercice de la profession d'infirmière. La profession d'infirmière étant une profession à exercice "exclusif" au

sens du Code des professions, il importe peu que l'acte posé puisse ou non être considéré comme un "diagnostic" s'il relève des actes qui peuvent être posés par des infirmières aux termes de l'art. 36.

Une décision du 20 décembre 1988 de la Cour Supérieure (Delisle et al c. Hôpital Général LaSalle, voir annexe B) confirme que l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers permet aux infirmières de poser, concurrentement avec les médecins, certains actes visés par l'article 31 de la Loi médicale, si ces actes sont également visés par l'article 36.

Cette dernière disposition se lit comme suit:

- "36. Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale."

À notre avis, le "triage" des appels acheminés à Urgences-Santé relève des actes pouvant être exercés par des infirmières puisque celles-ci se trouvent alors à "identifier les besoins de santé des personnes" aux termes de l'art. 36.

En fait, l'infirmière oeuvrant en milieu hospitalier ou en pratique privée est appelée constamment à évaluer l'évolution de l'état de ses patients de façon à les référer à un médecin si elle observe une détérioration de leur état.

Un autre exemple d'identification des besoins de santé des patients se retrouve dans la pratique des infirmières affectées au triage dans les salles d'urgence. Bien que les patients qui se présentent à l'urgence d'un établissement hospitalier soient tous examinés par un médecin avant de quitter l'établissement, l'infirmière qui les reçoit doit évaluer leur condition afin d'identifier les cas qui doivent être examinés prioritairement. Cette tâche relève de la pratique de la profession d'infirmière et nous n'avons relevé aucune cause où l'on ait contesté la compétence des infirmières pour ce faire.

Nous croyons donc que les infirmières sont "habilitées" aux termes de l'art. 36 de la Loi sur les infirmières à effectuer le triage des appels acheminés à Urgences-Santé.

b) La formation des infirmières affectées au triage d'Urgences-Santé

L'évaluation du caractère urgent ou non d'une situation peut exiger un niveau élevé de connaissances médicales. En effet, il faut une compétence particulière pour pouvoir poser les questions pertinentes afin d'identifier l'ensemble des symptômes reliés à une pathologie à partir d'informations obtenues au téléphone.

Bien que les infirmières aient la "capacité" au sens de la Loi pour effectuer cette tâche, cela ne dispense pas pour autant Urgences-Santé de compléter la formation des infirmières n'ayant pas d'expérience particulière en soins d'urgences. Des cours de formation et l'établissement de protocoles détaillés constituent des outils essentiels au développement des réflexes permettant d'identifier les principales pathologies nécessitant des soins d'urgence. Une telle formation devrait évidemment tenir compte de l'expérience antérieure de chaque infirmière; certaines d'entre elles qui ont déjà une expérience en matière d'urgences pourraient être dispensées d'une formation additionnelle.

Il importe également de fournir un encadrement médical à ces infirmières en maintenant un ou des médecins sur place comme référence pour tout cas présentant quelque ambiguïté. Le protocole prévoyant qu'un refus de service doit être décidé conjointement par deux professionnels contribue à cet encadrement. Le protocole serait encore plus rigoureux, mettant Urgences-Santé plus à l'abri d'éventuels reproches, s'il exigeait que ce deuxième professionnel soit un médecin.

B- La responsabilité civile

En exerçant la discrétion conférée par la Loi et en décidant s'il est approprié d'envoyer un véhicule ambulancier pour répondre à une demande, Urgences-Santé engage sa responsabilité. Elle peut être tenue responsable de tout préjudice causé à un tiers résultant d'une faute ou d'un manquement à une obligation imposée par la Loi. Elle peut également être responsable de la faute de ses préposés aux termes de l'art. 1054 C.c.B.-C., dont les infirmières affectées au "trriage" des appels.

Par ailleurs, l'infirmière fautive peut également être tenue personnellement responsable pour sa propre négligence. A cet égard, la responsabilité de l'infirmière sera évaluée selon les critères suivants:

1. À l'instar des autres professionnels, l'obligation de l'infirmière est une obligation de moyens. (voir Gravel c. Hôtel-Dieu d'Amos [1984] C.S. 792, conf. par [1989] R.J.Q. 64 (C.A.), en annexe C). Ainsi lorsqu'une infirmière est appelée à évaluer à partir d'informations obtenues au téléphone, les besoins de santé d'une personne et à décider s'il y a lieu d'envoyer un véhicule ambulancier, elle doit faire preuve de diligence comme le ferait l'infirmière normalement prudente et diligente.
2. Toute erreur de jugement n'équivaut cependant pas à faute. Il ne suffit pas d'établir qu'une infirmière a pris la mauvaise décision pour trouver celle-ci responsable d'une faute; il faut démontrer que celle-ci a négligé d'utiliser les moyens qu'une infirmière prudente et diligente aurait utilisés pour parvenir à une décision (voir De Bogyay c. Royal Victoria Hospital, C.S. 8/11/83, conf. par J.E. 87-933 (C.A.) en annexe D).
3. Le comportement de l'infirmière doit être évalué non par ses conséquences, mais en considérant la situation dans laquelle elle se trouvait au moment où elle a pris la décision (voir Université Hospital Board c. Lépine (1966) R.C.S. 561 à la page 579) en annexe E).
4. La "bonne infirmière normalement prudente et diligente" doit être jugée eu égard aux circonstances dans lesquelles se trouvait l'infirmière dont on doit évaluer le comportement.

"Le bon professionnel n'est donc pas un étalon de mesure aussi abstrait qu'on pourrait le croire. Il est replacé dans un contexte équivalent à celui du défendeur. Les circonstances dans lesquelles se situe le bon professionnel sont "externes". Elles concernent le milieu et l'époque dans lesquels un dommage est intervenu. Il n'est pas tenu des circonstances internes au défendeur sous peine de revenir à une appréciation in

concreto. S'il s'avère aux termes de la comparaison qu'il y a un décalage entre le comportement de l'auteur prétendu du dommage et ce qu'aurait fait dans les mêmes circonstances extérieures un bon professionnel, il y a faute d'où la définition de Mazeau" (Bernardot et Kouri, La responsabilité civile et médicale, Sherbrooke, R.D.U.S., 1980, à la p. 12).

En vertu de ces principes, l'infirmière ne sera pas tenue responsable pour une faute qui lui est étrangère. Par exemple, l'organisation des ressources ambulancières relève de la Corporation d'Urgences-Santé et non de ses infirmières affectées au triage. Un manque de ressources ambulancières constituerait une "circonstance externe" dont devrait tenir compte un tribunal qui serait appelé à évaluer le comportement d'une infirmière d'Urgences-Santé.

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

## CONCLUSION

En résumé, nous croyons qu'Urgences-Santé n'est pas tenue de répondre systématiquement à toute demande de services ambulanciers par l'envoi d'un véhicule. Le rôle qui lui est confié par le Projet de loi 34 fait d'Urgences-Santé l'organisatrice de l'ensemble d'un système pré-hospitalier d'urgence. A cette fin, l'article 149.5 de la Loi sur les services de santé et services sociaux laisse place à l'exercice d'une discrétion et d'un jugement dans la façon de donner suite à une demande.

Par ailleurs, l'évaluation du caractère urgent de chaque demande relève de la pratique professionnelle de l'infirmière et Urgences-Santé peut confier cette tâche à des infirmières qualifiées, compétentes et formées à cette fin.

DESJARDINS DUCHARME

- 10 -

Toutefois, l'infirmière qui serait négligente dans l'exercice d'un tel jugement pourrait être tenue personnellement responsable aux termes de l'art. 1053 C.c.B.-C. Celle-ci ne serait cependant pas tenue de répondre d'une faute dans l'organisation du réseau, dans la mesure où cette obligation incombe exclusivement à Urgences-Santé.

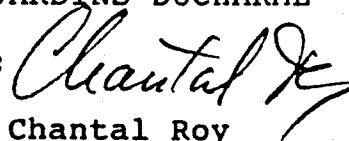
Ainsi, Urgences-Santé a l'obligation de coordonner de façon diligente un système pré-hospitalier d'urgence. Elle doit également répondre de la négligence de ses préposés, aux termes de l'art. 1054 C.c.B.-C., dont les infirmières affectées au triage.

Voilà, pour l'instant, les commentaires que nous avons cru opportun de formuler à la suite de votre demande. Nous demeurons évidemment à votre disposition pour étudier plus en détail les cas d'espèce que vous voudriez nous soumettre.

En espérant le tout à votre entière satisfaction, nous vous prions d'agréer, chère consoeur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

DESJARDINS DUCHARME

Par:



Chantal Roy

CR/ss

**ANNEXE G**

**ABSTRACT LAYSHEET**  
FOR PREPARATION OF CAMERA READY COPY

**GWCEDM**  
10-15 September 1989  
Hong Kong



TITLE  
AUTHORS  
INSTITUTION & ADDRESS  
1 LINE SPACE  
TEXT  
TYPE FROM THIS BORDER LINE

OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARRESTS: THE RESPONSE OF A PHYSICIAN STAFFED EMERGENCY SYSTEM

Lavoie A., Williams JI., Kalina M., Sampalis JS., Tétreault M.,  
Cité de la Santé, Laval; Montreal General Hospital and Urgences  
Santé, Montréal, Canada.

Urgences Santé is the only emergency medical system (EMS) that serves a population of over two million in the Montréal region. Registered nurses triage all calls : they can send an ambulance manned by Emergency Medical Technicians (EMTs) and/or emergency physicians (EMDs) stationed in cars throughout the region. Current literature on out-of-hospital cardiac arrests only shows high survival rates for emergency systems in small urban areas with short response times: we analyse the situation in a large metropolitan area with longer response times. A very large sample size was obtained in order to identify the conditions under which such systems could still be effective.

During a ten month period (October 1987 to July 1988), we have systematically reviewed all medical charts and identified 1,120 cases of out-of-hospital "cardiac arrests" presumably of cardiac origin. Of these, 655 (58.5%) were declared dead on site by the EMD and the 465 (41.5%) others were taken to hospital. Basic (BCLS) and advanced (ACLS) cardiac life support were performed in virtually all cases, respectively 1,096 (98%) and 1,088 (97%). 415 patients (37%) had ventricular fibrillation as the first rhythm registered by EMDs. The EMD on site reported the patient as "resuscitated" in 233 cases (20.8%). Only 42 cases (3.8%) survived to hospital discharge.

Response time, first registered cardiac rhythm, ACLS by emergency physicians, BCLS by ambulance technicians, bystander CPR and presence/absence of symptoms are analyzed as predictors of outcome using logistic regression. Organizational improvements are suggested.

DO NOT CROSS THIS BORDER LINE

Preferences:

MODE OF PRESENTATION

- ORAL
- POSTER
- ORAL or POSTER
- VIDEO

TOPIC  
(Insert code number)

- 1 5
- 1 1
- 3 4
- 4 2
- 4 8



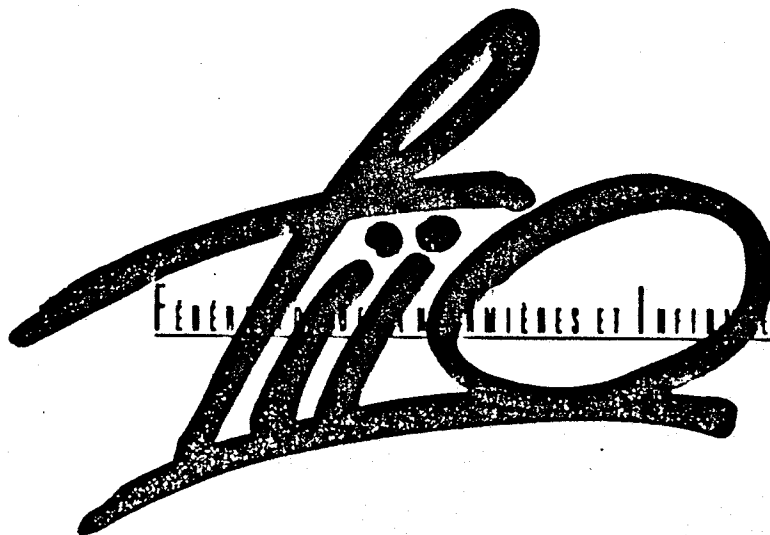
**ANNEXE H**



L'ALLIANCE DES INFIRMIÈRES DE MONTRÉAL

L'ALLIANCE DES INFIRMIERES DE MONTREAL, section  
URGENCES-SANTE représente 64 infirmières et est  
affiliée à la F.I.I.Q. regroupant 40,000  
infirmières au Québec.

RODRIGUE, Denyse, 1ère vice-prés  
SYLVESTRE, Louise, ag. syndicale  
POULIN, Julie, secrétaire



Fédération des infirmières et infirmiers du Québec

## INDEX

- A. Introduction
- B. La centrale de réception des appels
  - 1) Vocation du service d'après le rapport Champoux-Dorval
  - 2) Rôle des infirmières face à la population
  - 3) Nouveau service à la population
  - 4) Rationnalisation des coûts comparativement au système de premiers répondants
- C. Orientations générales
- D. Conclusion

## A. INTRODUCTION

Comme le dit le coroner Téréza Z. Sourour dans son rapport d'investigation sur les événements de la Polytechnique de Montréal, "l'objectif d'un système de soins pré-hospitaliers d'urgence est principalement de réduire au minimum la période de temps pour accéder au patient, pour déterminer les soins par un triage approprié adapté aux besoins du patient, à la situation et aux ressources disponibles". Cela va de soi pour les victimes de traumatismes mais il en est de même pour tous les autres appels d'ordre médical. De plus, il faut aussi considérer les appels qui ne nécessitent pas d'envoi de ressources, ce qui représente près de la moitié de nos appels.

Comme vous le constaterez, notre position dans le présent document sera très succincte. Compte tenu de la nature des fonctions exercées par les salariées que nous représentons, nous ciblerons nos remarques au niveau de la réception des appels d'urgence.

Pour nous, Urgences-Santé fait partie du réseau de la santé du Québec pour la région de Montréal et assure, à l'aide de ses professionnels, un service important pour la population.

## B. LA CENTRALE DE RECEPTION DES APPELS

### 1) Vocation du service d'après le rapport Champoux-Dorval

Selon le rapport Champoux-Dorval, une des vocations premières d'Urgences-Santé était le désengorgement des salles d'urgence. Par son évaluation d'un problème de santé donné, grâce à un questionnaire exhaustif, l'infirmière en tant que professionnelle de la santé est en mesure de déterminer s'il s'agit d'une condition nécessitant des soins en milieu hospitalier ou non; par sa capacité de discernement et sa connaissance du réseau, plusieurs bénéficiaires sont orientés vers des ressources autres que le C.H.

En l'absence d'un tel service, nous considérons qu'un grand nombre de ces bénéficiaires se dirigeraient vers les salles d'urgence des centres hospitaliers à défaut de bien connaître le réseau.

### 2) Rôle des infirmières face à la population

Tout bénéficiaire en situation d'urgence ou qui se croit en situation d'urgence appelle à Urgences-Santé où une infirmière reçoit l'appel et évalue le problème; c'est l'étape du triage. Les premières questions visent à confirmer ou à infirmer une détresse vitale. Dans le premier cas, les ressources sont mises en direction pendant que l'infirmière reste en communication avec l'appelant afin de prodiguer les premiers soins par l'intermédiaire de l'entourage. Si la détresse vitale est éliminée, le questionnaire se poursuit afin de détecter tout risque potentiel encouru par le bénéficiaire.

Dans ce cas ou en l'absence de tout risque, l'infirmière donne les conseils nursing les plus judicieux selon la situation et envoie une ressource ou réfère dans le réseau s'il y a lieu. En tout temps, l'infirmière doit rester en alerte constante afin de pouvoir détecter toute détresse potentielle imminente.

Une fois la décision prise, commence la stabilisation ou encore les conseils nursing qui seront suivis d'une référence au C.H. ou ailleurs. La stabilisation commence au moment de l'appel et non seulement lors de l'arrivée des ressources sur les lieux:

- réanimation cardio-respiratoire à amorcer le plus tôt possible;
- le dégagement des voies respiratoires à effectuer dans les plus brefs délais lors d'obstruction mécanique;
- le contrôle d'un saignement important;
- la mobilisation ou la non-mobilisation des victimes;
- la limitation et la prévention de la détérioration d'une condition critique par une supervision téléphonique et ce, souvent jusqu'à l'arrivée des ressources techniques.

Les conseils nursing donnés dans les cas de non-détresse sont aussi une forme de stabilisation d'une situation moins urgente mais tout aussi ponctuelle en attendant que le bénéficiaire consulte par lui-même dans le réseau (C.H., C.L.S.C., cliniques médicales de quartiers ou cabinets privés).

Plusieurs de nos appels s'avèrent être des demandes d'information médicale ou de conseils nursing sans qu'il y ait nécessité immédiate ou ultérieure de consultation médicale. Seul le triage des appels permet d'en arriver à cette conclusion: INFO-SANTE et TRIAGE sont donc deux éléments indissociables du service.

Que dire de la crédibilité d'une réponse offerte par une infirmière et ce, en tout temps? Quelle que soit son intervention, l'infirmière concoure, tant par son support technique que moral, à responsabiliser la population face à un problème de santé donné, à l'informer tant au niveau des soins d'urgence que des soins généraux d'hygiène. De plus, l'infirmière concoure à une meilleure connaissance du réseau de la santé et ainsi à une plus grande autonomie individuelle.

### 3) Nouveau service à la population

Urgences-Santé offre ses services depuis le 22 décembre 1981. Depuis son ouverture, le nombre d'appels reçus et ce, vingt-quatre (24) heures par jour, nous amène à conclure que le service offert répond à un réel besoin de la population. Par son numéro unique (9-1-1), l'accès en est facilité surtout lors d'urgences vitales et la population a su identifier Urgences-Santé comme un service de professionnels à qui elle fait appel lorsqu'une situation médicale urgente ou non se présente.

En l'absence d'un tel service, les gens n'auraient d'autres solutions que de se rendre par ambulance ou par eux-mêmes au centre hospitalier à défaut de bien connaître le réseau et en augmenteraient ainsi la surcharge déjà existante.

### 4) Rationnalisation des coûts comparativement à un système de premiers répondants

L'absence de triage équivaldrait à considérer tous les appels comme des détresses potentielles: tous les appels génèreraient ainsi l'envoi d'une ambulance en "STAT" (avec syrène et gyrophares) comme c'est le cas à Toronto. Si l'on se base sur la comparaison des taux d'utilisation des services de transport ambulancier de Montréal et Toronto pour la période 1986-1987, Toronto répondait à 362,000 appels alors que seulement

300,000 transports étaient effectués (82,87%), soit 62,000 déplacements d'ambulances en "STAT" sans transport subséquent.

Tandis que Montréal répondait à 392,000 appels et n'effectuait que 282,174 transports, secondaires au triage des infirmières, soit 71,98%. Si Montréal opérait selon le même système qu'à Toronto, c'est-à-dire sans triage, il y aurait eu 109,826 ambulances envoyées en "STAT" sans transport subséquent! Il y a tout lieu de croire que le triage a eu pour effet d'éviter l'envoi de 46,826 ambulances "à vide" de moins qu'à Toronto, soit 10,89%. De plus, l'évaluation faite par l'infirmière permet un certain discernement quant à la vitesse d'affectation des ressources ("STAT", 20 minutes, 1 heure) d'où une diminution substantielle des risques d'accidents et sûrement une économie des coûts de fonctionnement.

Un autre effet du triage fait en sorte que chez certaines personnes âgées, de plus en plus nombreuses dans la société actuelle, ou handicapées, l'envoi d'un véhicule-médecin seulement ou une simple référence au C.L.S.C. solutionnera le problème à défaut de quoi un transport à l'hôpital serait inévitable du fait que rares sont les médecins en pratique privée qui acceptent d'effectuer des visites à domicile. Tout en contribuant directement à désengorger les salles d'urgence, une économie certaine est réalisée en fait de transports souvent inutiles au C.H. et par le fait même, d'un retour au domicile le plus souvent effectué par ambulance.

L'absence d'une centrale de triage dans ces situations met en cause l'utilisation maximale des ressources et génère ainsi des coûts supplémentaires.



### C. ORIENTATIONS GENERALES

Les soins infirmiers à Urgences-Santé s'effectuent par le biais du téléphone et exigent que l'infirmière compose avec le facteur temps. Lorsque les informations disponibles ne permettent pas à l'infirmière de déterminer le degré d'urgence, le doute qui en résulte constitue une urgence.

Les interventions réalisées par les infirmières à Urgences-Santé constituent un service rendu à la population dont l'objectif se résume en trois points:

- de fournir au public le support professionnel nécessaire en période d'urgence pour protéger les citoyens;
- d'utiliser la compétence des infirmières pour rationaliser l'usage des transports ambulanciers;
- de fournir à la population un service d'information-nursing préliminaire au réseau institutionnel dans un objectif de tri et de service aux bénéficiaires.

#### D. CONCLUSION

En conclusion, nous croyons que l'analyse du fonctionnement de la centrale des appels fait ressortir toute l'importance qu'elle revêt pour la population.

Les infirmières d'Urgences-Santé sont des intervenantes crédibles et efficaces et sont conscientes de l'importance du rôle qu'elles jouent dans la prestation d'un service qui répond aux besoins de la population montréalaise.

Le syndicat des infirmières d'Urgences-Santé désire vous assurer de sa collaboration dans la recherche de solutions visant à optimiser le fonctionnement d'un véritable système d'urgences pré-hospitalières.

Urgences-Santé

90/11/29

**ANNEXE I**

RENDEMENT DE D.A.A.

HEURE SORTIE: 08:39  
DATE SORTIE: 90/11/13

PERIODIQUE  
PERIODE DU 90/10/07 AU 90/11/03

FILE: 210

HRE	GLOBAL			APPELS REPONDUS							APPELS ABANDONNES						
	CST & MOYEN	APP ACC MOY	APP ACC TOT	APP REP MOY	APP REP TOT	DEL MOY SEC	DEL LONG SEC	TOTAL 0-9 SEC	TOTAL 10-21 SEC	TOTAL 22 + SEC	APP ABAND MOY	APP ABAND TOT	DEL MOY SEC	DEL LONG SEC	TOTAL 0-9 SEC	TOTAL 10-21 SEC	TOTAL 22 + SEC
00h	94	39	1099	36	1015	3	184	949	12	54	3	84	2	2	84	0	0
01h	95	30	836	29	819	2	140	774	17	28	1	17	2	2	17	0	0
02h	95	26	716	25	702	3	100	663	9	30	1	14	2	2	14	0	0
03h	93	26	727	24	659	4	128	607	12	40	2	68	2	2	68	0	0
04h	97	17	485	17	471	1	64	456	3	12	1	14	1	12	13	1	0
05h	99	14	398	14	398	1	98	395	1	2	0	0	0	0	0	0	0
06h	98	16	453	16	453	1	64	445	4	4	0	0	0	0	0	0	0
07h	100	22	628	22	628	1	54	626	0	2	0	0	0	0	0	0	0
S.TOT.	96	191	5342	184	5145	2	184	4915	58	172	7	197	2	12	196	1	0
08h	98	28	792	28	792	1	92	775	3	14	0	0	0	0	0	0	0
09h	98	40	1112	39	1105	1	68	1084	11	10	0	7	2	2	7	0	0
10h	100	39	1103	39	1103	1	52	1099	1	3	0	0	0	0	0	0	0
11h	98	38	1073	38	1073	1	68	1055	10	8	0	0	0	0	0	0	0
12h	98	42	1186	42	1184	1	116	1158	11	15	0	2	0	0	2	0	0
13h	98	41	1143	41	1134	1	86	1114	6	14	0	9	2	2	9	0	0
14h	99	41	1153	41	1153	1	64	1136	2	15	0	0	0	0	0	0	0
15h	100	41	1143	41	1143	0	18	1141	2	0	0	0	0	0	0	0	0
S.TOT.	99	311	8705	310	8687	1	116	8562	46	79	1	18	2	2	18	0	0
16h	100	43	1199	43	1199	0	26	1197	1	1	0	0	0	0	0	0	0
17h	99	46	1289	46	1275	1	50	1261	9	5	1	14	1	2	14	0	0
18h	96	48	1333	47	1320	2	122	1273	20	27	0	13	1	2	13	0	0
19h	95	50	1398	49	1383	2	82	1320	26	37	1	15	1	2	15	0	0
20h	97	48	1356	48	1349	1	60	1305	15	29	0	7	2	2	7	0	0
21h	97	51	1426	50	1410	2	80	1361	19	30	1	16	2	2	16	0	0
22h	97	48	1347	47	1322	1	98	1287	13	22	1	25	2	2	25	0	0
23h	98	42	880	42	880	1	58	861	10	9	0	0	0	0	0	0	0
S.TOT.	97	377	10228	374	10138	1	122	9865	113	160	3	90	2	2	90	0	0
TOTAL	97	876	24275	865	23970	1	184	23342	217	411	11	305	2	12	304	1	0

Sous-totaux et grand total pondérés en fonction des données manquantes (voir annexe).

**ANNEXE J**

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA DIXIÈME ASSEMBLÉE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CORPORATION D'URGENCES-SANTÉ DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN, TENUE LE MARDI 16 JANVIER 1990 À 08H30, AU 4<sup>e</sup> ÉTAGE DU 5810 RUE SHERBROOKE EST À MONTRÉAL

## 10 PRIORISATION

Ce point est inscrit à l'ordre du jour à la demande de Mme Inkell. Différents documents ont été acheminés aux membres, soit une note de service de Mme Inkell ainsi que des statistiques des périodes de priorisation. Le président a fait ajouter à ces documents, à l'intention des membres, copies de deux ententes exceptionnelles et temporaires, copie d'un amendement à la convention collective des techniciens ambulanciers ainsi qu'un article paru dans La Presse du 12 janvier dernier.

Le président demande à Mme Inkell d'expliquer sa lettre aux membres du conseil d'administration. Mme Inkell mentionne que les infirmières trouvent important de transmettre aux membres du conseil d'administration ce nouveau terme employé à Urgences-santé, soit la priorisation, et ajoute que cet élément a atteint un point culminant et qu'il est important pour les infirmières que le conseil d'administration se prononce sur ce qu'il pense de cette mesure exceptionnelle qui amène à prioriser. Elles considèrent que la priorisation des appels n'est pas une phase avancée du triage, elles considèrent qu'il s'agit d'un deuxième triage et elles le dénoncent en termes de qualité de services à la population parce que pour elles ne pas le dénoncer équivaut à entériner cette procédure et elles ne sont pas d'accord. Elles trouvent que la situation se doit d'être corrigée et désirent que le conseil d'administration prenne position sur cette pratique.

Mme Inkel fait également part des attitudes des gens qui appellent et s'impatientent et mentionne que les infirmières trouvent difficile de vivre pareille situation. Mme Inkel demande si la direction veut faire de la priorisation une pratique courante et dans ce cas que la population soit informée de sorte que les infirmières n'auront plus à défendre cette pratique malgré elles.

Le Dr Kalina mentionne pour sa part que la priorisation est effectivement stressante pour les gens qui la vivent. Toutefois, il désire savoir pourquoi on ne parle que de priorisation puisque celle-ci n'est qu'une procédure pour pallier à un manque de ressources. Par ailleurs, il rappelle à Mme Inkel qu'elle est membre du conseil d'administration et lui demande, puisque celle-ci interpelle le conseil d'administration, si elle a une suggestion à formuler. Mme Inkel répond que n'étant pas de la direction elle n'a pas de proposition comme telle à formuler et demande aux membres de se prononcer.

M. Hudon demande qu'on lui explique ce qu'est la priorisation et le président répond que la priorisation est une phase plus avancée du triage malgré l'avis contraire de Mme Inkel. Il y a un réservoir maximum de 80 ambulances disponibles en plus de certains véhicules médecins sur le territoire. Il se peut et il arrive qu'il y ait plus d'appels que de véhicules, de telle sorte que nous ne pouvons pas affecter un véhicule sur chaque appel. Alors, il y a triage où le personnel à la réception des appels porte un jugement sur le cas qui peut nécessiter l'intervention d'un véhicule ambulancier avec ou sans médecin. Un deuxième jugement est porté à savoir est-ce que la ressource doit être expédiée immédiatement ou bien est-ce qu'elle peut être retardée. Au cours d'une journée, il y a des véhicules affectés, certains sont défectueux, certains autres retenus dans les établissements, certains autres n'ont pas pris la route par manque de personnel. De telle sorte que le nombre de 80 véhicules en disponibilité n'est jamais vrai, au mieux nous aurons 20 véhicules réellement disponibles pour recevoir des appels, la plupart des autres étant affectés à des transports. Il arrive que l'on reçoive un plus grand nombre d'appels encore; par exemple, durant cette période du mois de décembre où les conditions de transport sont difficiles et où, à la veille des Fêtes, les établissements donnent des congés à des patients pour fermer des lits et ainsi se situer en équilibre budgétaire. Ces décisions administratives nous obligent à un plus grand nombre de transferts de patients qui occupent nos ambulances. Les fermetures de lits provoquent aussi un ralentissement du traitement des patients en salle d'urgence. Cela amène moins de disponibilité et entraîne la retenue de nos équipements dans les établissements, immobilisant ainsi plus longtemps nos ressources.

De plus, il y a eu cette année une augmentation inhabituelle du taux de fréquentation des établissements de l'ordre de 50%. Même dans cette situation adverse les appels continuent à entrer à Urgences-santé, l'effet synergique des facteurs décrits plus haut font que la disponibilité des véhicules est réduite parfois à 10, 5 et même exceptionnellement à 2 ou 1 seul véhicule pour couvrir tout le territoire.

Le Dr Forgues ajoute un commentaire à l'effet que c'est la première année où les hôpitaux ferment autant de lits à cette période-ci.

Le président poursuit en disant que nous devons alors demander aux infirmières de procéder à une priorisation afin de préserver un minimum de disponibilité. Les infirmières d'Urgences-santé font alors exactement comme les infirmières dans les salles d'urgence ou les techniciens ambulanciers et les médecins sur la route avec parfois des conséquences regrettables parce que les ressources sont insuffisantes. Urgences-santé assume la responsabilité de cette procédure. Il a été expliqué en outre à l'ensemble des employés que des moyens devront être envisagés à court, moyen et long termes pour régler ce problème, la question a déjà été abordée à la dernière assemblée du conseil d'administration.

Le président explique que la pénurie de techniciens ambulanciers est très grande. Nous partageons les techniciens ambulanciers avec les entreprises des rives Sud et Nord et le syndicat R.E.T.A.Q. est allé en assemblée générale et a résolu une première décision, les salariés qui n'étaient pas à temps complet n'étaient pas tenu de travailler les fins de semaine, ce qui occasionnait du temps supplémentaire et incitait certains à ne plus respecter l'horaire de travail qui leur était assigné. Le syndicat a demandé à Urgences-santé de modifier leur convention collective pour obliger tous les salariés à travailler une fin de semaine sur deux. Ceci constitue une solution à moyen terme. Une autre solution à moyen terme consiste en l'examen des procédures d'affectations et de fonctionnement du service des horaires que nous avons déjà entrepris. A court terme, nous avons négocié une entente exceptionnelle et temporaire qui comprenait certains avantages et certaines contraintes. Nous avons signé cette entente avec le syndicat des employé(e)s d'Urgences-santé et les techniciens ambulanciers. L'effet à court terme est que nous avons maintenu pour la première semaine d'application de l'entente un niveau de présence et pour la deuxième semaine, celle entre Noël et le Jour de l'An, nous avons eu le plus fort niveau de présence depuis la mi-août pour combler les quarts de travail. Il y a donc eu effet bénéfique à court terme mais ce n'est pas suffisant pour compenser l'ensemble des difficultés que nous avons.



Par ailleurs, il y a des démarches qui sont entreprises pour former près de 250 nouveaux techniciens ambulanciers d'ici septembre 1990. D'autres mesures devront être entreprises; il faudra établir notamment la concertation nécessaire avec les établissements, ce qui est au coeur même du mandat du directeur médical.

M. Cotton mentionne en référant à la lettre de Mme Inkell, particulièrement au bas de la première page, que les techniciens ambulanciers subissent également et sur les lieux même des événements les commentaires et les reproches des bénéficiaires et qu'ils doivent parcourir des kilomètres supplémentaires lorsqu'il y a engorgement dans les salles d'urgence ou pénurie d'effectifs sur la route. M. Cotton ajoute qu'il était présent à la rencontre du personnel organisée par le président le 20 décembre dernier et que toutes les informations fournies aujourd'hui ont été expliquées à ce moment-là. Il ajoute qu'il a hâte que les infirmières embarquent dans l'équipe soignante.

Le Dr Forgues précise sa compréhension de la lettre de Mme Inkell en disant que les infirmières à Urgences-santé semblent stressées d'avoir à prendre des décisions de priorisation au même titre que le personnel dans les établissements et mentionne qu'il s'interroge à savoir s'il n'y aurait pas lieu de maintenir la priorisation même si nous disposions de plus de ressources. Il élabore sur les transferts inutiles qui surchargent les établissements, qui coûtent cher pour sauver quelques kilomètres ou respecter le choix d'établissement du bénéficiaire. Il croit que l'on doit repenser toute cette question et pense que nous devrions continuer le contrôle même si les ressources étaient suffisantes.

Mme Chartier confirme qu'il s'agit d'une mesure d'exception qui engendre un stress à la salle de répartition également.

Mme Inkell ajoute que le ton de sa lettre ne se veut pas accusateur, qu'elle rejoint les propos du Dr Forgues.

Le Dr Forgues ajoute qu'une meilleure gestion des ressources devient nécessaire, compte tenu des possibilités actuelles de l'ensemble du réseau de la santé sur le territoire.

Le Dr Kalina souligne que la priorisation n'est pas le problème en soi mais la conséquence du manque de ressources. Il ajoute qu'à son avis nous aurons toujours besoin d'une procédure de priorisation bien qu'on espère qu'elle redevienne mesure d'exception mais que cela est difficilement réalisable dans la situation actuelle.

Le président ajoute que c'est une discussion d'une importance capitale mais qui n'est pas due au simple fait de la Corporation d'urgences-santé. Chacun doit faire des efforts, à chacun des niveaux, et cela nécessite de façon urgente d'entreprendre la concertation avec les établissements.

Le président demande à Mme Inkell si elle attend une résolution du conseil d'administration ou si elle ne désirait qu'inscrire ce sujet à l'ordre du jour pour sensibiliser les membres du conseil d'administration. Mme Inkell déclare qu'elle ne recherchait que la sensibilisation des membres du conseil d'administration.

**ANNEXE K**

CORPORATION D URGENCES SANTE

M. PIERRE LAMARCHE

PRESIDENT

M. LAMARCHE

EN DATE DU SAMEDI 5 AOUT 1989 EN FIN D'APRES-MIDI NOUS AVONS DU FAIRE FACE A DES PERIODES DURANT LESQUELLES AUCUN VEHICULE (SOIT AMBULANCE OU VEHICULE MEDECIN) ETAIT DISPONIBLE.

NOUS AVONS DU PAR LE FAIT MEME EFFECTUER UN TRIAGE TRES SERRE ET REEVALUER DES APPELS DE PRIORITE «STAT». OFFICIELLEMENT IL Y AVAIT 36 SUR 60 QUARTS DE TRAVAIL D'AMBULANCE REMPLIES ; SOIT 50% DES EFFECTIFS. CEPENDANT AU POINT DE VUE PRATIQUE, IL NE RESTAIT PLUS DE RESSOURCES.

CE N'EST PAS LA PREMIERE FOIS QU'UNE SITUATION CRITIQUE DE CE GENRE SE PRODUIT. LE DANGER PRESENTE PAR CETTE SITUATION EST EVIDENT.

CE QUI EST REGRETTABLE C'EST QUE CETTE SITUATION EST DE MOINS EN MOINS RARE.

EN PLUS DE METTRE LA VIE DE CERTAINES PERSONNES EN DANGER, NOUS DEVONS SUBIR LES AGRESSIONS VERBALES DES BENEFICIAIRES A QUI NOUS REFUSONS DES RESSOURCES.

CES CONTINUELLES REEVALUATIONS, PRIORISATIONS ET RAPPELS DE BENEFICIAIRES CONSTITUENT UNE SURCHARGE DE TRAVAIL TANT POUR LES INFIRMIERES, MEDECINS, MESSAGERS, COMMIS DE L'INTER QUE REPARTITEURS.

NOUS VOUS EN AVISONS DANS L'ESPOIR D'EVITER CES SITUATIONS DESASTREUSES.

MONTREAL 5 AOUT 1989

*msb & MD*

*Johanne Fessette inf.*  
*Raffaele Bucci, MD de SERVICE (et delegue Syndical des medecins)*  
*Raymond Leblond (messager 732)*  
*Stéphane Contu (repartition 768)*  
*Thierry (repartition 744)*  
*Stéphane (repartition 746)*  
*Stéphane (repartition 778)*

*Luc-Miranda Perron, messager*  
*Diane Levesque repartiteur 730*  
*Repartiteur*  
*Repartiteur 780*  
*Bill Martineau # 775*  
*Sylvie Leclerc 767*  
*Gyane St-Onge*

**ANNEXE L**

PROBLÉMATIQUE RELATIVE AU MANQUE  
DE RESSOURCES-TERRAIN

PRESENTE A

M. PIERRE LAMARCHE

PRESIDENT DIRECTEUR GENERAL  
CORPORATION D'URGENCE-SANTE

SYNDICAT DES EMPLOYE(E)S D'URGENCE-SANTE

JANVIER 1990

# TABLE DES MATIERES

PAGE

## INTRODUCTION

### PREMIERE PARTIE : NORMES DE QUALITE

1.1	Temps réponse .....	2
1.2	Points d'attente .....	3

### DEUXIEME PARTIE : GESTION DEFICIENTE

2.1	Liste des problèmes .....	4
-----	---------------------------	---

### TROISIEME PARTIE : LES SOLUTIONS

3.1	Ajout de quarts	
3.1.1	Equipe volante .....	5
3.2	Gestion des horaires	
3.2.1	Méthodes de travail .....	5
3.3	Augmentation de la disponibilité	
3.3.1	Contrôle des motifs des 1006 .....	5
3.3.2	Période de repas .....	6
3.3.3	Contrôle entre les 1017 et les 1005 .....	6
3.3.4	Productivité des appels inter .....	6
3.3.5	Véhicules non attitrés .....	7
3.3.6	Abandon du processus des retenues des civières .....	7
3.3.7	Transports hors-région et périphériques .....	7
3.4	Prise d'appel resserrée	
3.4.1	Priorisation .....	8

## CONCLUSION

## ANNEXE

## INTRODUCTION

Les raisons qui ont emmené à l'élaboration de ce mémorandum découlent des incidents vécus par le service de la répartition vendredi le 19 janvier dernier. Le personnel en place a pris l'initiative de contourner les méthodes de travail effectives depuis plusieurs mois découlant du manque de ressources-terrain pour privilégier plutôt des méthodes favorisant une plus grande couverture territoriale afin d'améliorer le temps-réponse sur les appels dit "état".

Ce mémorandum se veut un palliatif temporaire menant à des solutions permanentes qui seront sûrement répondues en partie par le comité de travail sur la sectorisation. Les solutions contenues sont au minimum une obligation pour éviter que ne s'effrite le travail positif déjà accompli depuis la venue de la nouvelle organisation,

Les promesses ne suffisent plus. Le personnel syndiqué ou non est à bout de souffle et le sentiment d'impuissance face à l'avancement du système est au point culminant. C'est pourquoi il est impératif de corriger rapidement les déficiences que nous allons énumérer ultérieurement.

Dans un premier temps nous rappellerons les normes de qualité que tout bon organisme de soins préhospitalier doit faire sien.

L'exécutif  
du syndicat des employé(e)s  
d'Urgences-Santé



## PREMIERE PARTIE : NORMES DE QUALITE

Il peut sembler à des oreilles inattentives ou non expérimentées dans notre domaine que le problème est simpliste ou qu'il s'agit seulement d'une situation d'un jour qui se réverbère dans la semaine qui vient: rien n'est plus faux. Ces problèmes ont toujours été traités de cette façon et c'est la raison pour laquelle ils subsistent.

### 1.1) Temps-réponse

Dans les faits, le personnel cadre relié aux opérations tout comme les répartiteurs(trices) de la centrale d'Urgences-Santé se posent la même question. Quelle doit être ma priorité d'action si je suis placé dans une situation où je dois faire un choix entre secourir une personne en détresse ou faire le travail que l'on me demande de faire quotidiennement sans tenir compte des différents facteurs humains qui m'entourent. Que fait le médecin d'une salle d'urgence lorsqu'on lui présente une victime atteinte d'un arrêt cardiaque, un polytraumatisé ou une personne en danger de mort?. Il laisse de côté tous les autres patients qui souffrent eux aussi, sachant fort bien qu'il lui faut aller au plus pressant.

A Urgences-Santé on demande depuis plusieurs années au personnel de la répartition de procéder inversement. Les directives écrites ou non exigent qu'un répartiteur ou une répartitrice ne tiennent compte d'aucun temps réponse en ce qui concerne les appels d'urgence. Pourtant la norme nord-américaine de l'American Heart Association recommande et avise tous les intervenants en milieu cardiaque qu'une personne en détresse cardio-respiratoire doit être secourue par un premier intervenant dans les 5 minutes du début de l'arrêt et ce même organisme, reconnu à travers l'Amérique du Nord, avise qu'un deuxième intervenant doit être sur les lieux dans les 10 minutes.

Le portrait du temps-réponse aux appels prioritaires depuis plusieurs années est peu reluisant et n'a cessé de se dégrader. En 1987-1988, il était de 9,77 minutes; en 1988-1989, il se situait à 10,27 minutes et il est actuellement au delà de 11 minutes. Il s'agit ici, bien entendu du premier répondant. Nous nous passerons des commentaires sur le temps réponse du deuxième répondant préférant laisser aux statistiques le soin d'y répondre

Les intervenants internes qui sont le plus souvent confrontés à cette réalité sont les infirmières, les commis de l'intérétablissement et plus particulièrement les répartiteurs et

répartitrices. Ils sont celles et ceux qui ont le sentiment d'impuissance de n'avoir pu secourir une personne en détresse dans un délai respectable et certains ou certaines peuvent même avoir le sentiment d'être responsable de la souffrance d'être humains. Il nous semble contre nature de mettre de côté le facteur qualitatif qu'est celui du temps-réponse. Pourtant à Urgences-santé, c'est une pratique quotidienne.

## 1.2) Points d'attente

L'organisation avait mis en place, il y a plusieurs années, des points d'attente prioritaires répondant à des normes de qualité valable à cette époque, soit un total de 25. Depuis, non seulement cette organisation n'a pas tenu compte du déplacement de la population vers des quartiers inhabités alors tels: Fabreville, Laval sur le lac, St-François, Pointe aux trembles et Rivière-des-Prairies mais elle a fermé les yeux lorsque ces points prioritaires se sont découverts de plus en plus à cause d'appels accrus au 911 et au service aux établissements.

Ce qui comptait le plus et ce qui compte encore le plus aujourd'hui c'est de faire tous les appels et non pas de répondre à des normes d'urgence. La distance qu'a à parcourir une ambulance pour couvrir un appel d'urgence est en constante augmentation. Le temps réponse aussi. L'organisation nous signale qu'elle en prend la responsabilité. Peut-on nous prouver que le taux de mortalité ou de morbidité n'a pas augmenté?

L'on ne cesse de nous faire miroiter l'avancement des services d'urgence par une connaissance accrue des techniciens ambulanciers, une amélioration des équipements dans les ambulances ainsi qu'une qualité accrues des véhicules ambulanciers. Que vaut tout cet investissement si les intervenants ne sont pas sur les lieux à l'intérieur des normes acceptables? Les allégations ne seront véridiques que si les standards de qualité incluent aussi les temps-réponse, tels que prescrits par le comité sur le déficit de la flotte.

## DEUXIEME PARTIE : GESTION DEFICIENTE

### 2.1) Liste des problèmes

Une liste des problèmes vécus actuellement pourrait se lire comme suit:

1. 15 à 20% des horaires d'ambulances des techniciens ambulanciers ne sont pas comblés quotidiennement.
2. La gestion des horaires des techniciens ambulanciers est déficiente.
3. Le nombre des véhicules se rapportant non disponibles, pendant leur quart de travail, est trop élevé.
4. Les techniciens ambulanciers utilisent une période de temps additionnelle à leur période de repas.
5. Les heures passées à l'intérieur des centres hospitaliers représentent une perte de productivité effarante.
6. Le temps passé à effectuer un appel interétablissement est trop élevé.
7. Un système permettant à un technicien ambulancier de choisir son véhicule par ancienneté s'avère désastreux en raison du retard occasionné pour remettre cette ambulance en disponibilité.
8. Les retenues de civières dans les centres hospitaliers représentent une perte de productivité très importante.
9. Les transports de patients vers les hopitaux périphériques et hors région par des véhicules de la flotte régulière s'éternisent et diminuent notre efficacité.
10. Le nombre de véhicules sur la flotte ne peut répondre à tous les appels de l'arbre de décision du module infirmier.

Voilà donc dix problèmes les plus criants relevés par le service de la répartition et qui nécessitent une intervention immédiate de l'organisation si cette dernière veut pallier au manque de véhicules.

## TROISIEME PARTIE : LES SOLUTIONS

### 3.1) Ajout de quarts

#### 3.3.1 Equipe volante

Il faudrait prévoir une équipe volante de techniciens ambulanciers qui pourrait remplacer ceux qui ne se présentent pas au travail.

### 3.2) Gestion des horaires

#### 3.2.1 Méthodes de travail

Il s'avère que parfois des techniciens ambulanciers ayant exprimé une disponibilité pour travailler ne sont pas appelés à cause d'une organisation patronale où la confusion règne. Nous suggérons une révision des méthodes de travail.

### 3.3) Augmentation de la disponibilité

#### 3.3.1 Contrôle des motifs des 1006

Le nombre de véhicules hors service est beaucoup trop élevé. La plupart des véhicules ambulanciers sont neufs. Aucun contrôle n'est effectué par un responsable sur la légitimité des non disponibilités. Un quart de travail normal type (7h30 à 15h30) nous indique qu'en moyenne plus de 30% des quarts se déclarent 1006. Vous trouverez en annexe plus de détails sur les motifs des non-disponibilités.

La mise sur pied d'un registre des véhicules hors service devrait être tenue à la répartition. Un terminal pourrait être ajouté sur le bureau du chef d'équipe de la répartition qui enregistrerait toute les données; No. de véhicule, heure, raison permettant ainsi une consultation continue et pouvant servir à des fins statistiques du nombre de véhicules hors service.

Nous citons ici un abus qui nous apparaît exagéré: Le 7 janvier 1990 le véhicule 323 sur l'horaire D-156 est mis hors service pendant six (6) heures. Au lieu de débiter son quart de travail prévu à 7h00, il le débute à 13h17.

### 3.3.2 Période de repas

Avec la venue de la sectorisation, les techniciens ambulanciers se sont vus accorder, avec raison nous le croyons, une autorisation de temps de rapprochement vers leur lieux de repas. Il s'agit ici d'une période pouvant aller entre une (1) et quinze (15) minutes selon le temps nécessaire à ce rapprochement, le véhicule demeurant disponible à faire des appels d'urgence. Depuis la connaissance de cet acquis et même si la sectorisation n'est pas encore en vigueur, la majorité des techniciens prennent plus ou moins 45 minutes de repas (voir les informations supplémentaires en annexe). Nous ne critiquons pas la légitimité de l'acte. Mais 80 ambulances qui prennent 15 minutes de plus en repas résulte en une perte de disponibilité de 20 heures. Si l'organisation veut légitimer une telle notion, qu'elle pallie par l'ajout de véhicules sinon le service en souffre. Nous profitons aussi de l'occasion pour signaler qu'il ne se fait aucun contrôle sur la période de repas entre le service de la paie et les données de la répartition.

### 3.3.3 Contrôle des 1017 et des 1005

Aucun contrôle n'est fait entre le temps où le technicien se rapporte arrivé dans un hôpital ou un centre d'accueil et le temps où il se rapporte disponible. Nous croyons qu'un délai de 20 à 30 minutes est très raisonnable et les expériences de vérification, effectuées par le passé, ont confirmé cette allégation. Encore une fois, il n'y a aucun contrôle des gestionnaires.

Nous suggérons également que les quinze (15) minutes avant la fin de quart ne servent qu'à des appels "stat".

### 3.3.4 Productivité des appels inter

La productivité des appels interétablissement est à ce point déficiente que nous nous devons de vous citer quelques exemples:

De l'hôpital Maisonneuve au Pavillon Rosemont: une heure et demie.  
De l'Institut de Cardiologie à l'hôpital Santa Cabrini: 2 heures.  
De l'hôpital Juif à l'hôpital Ste-Mary's: une heure quinze.  
Montréal à Granby: quatre heures trente minutes, en été. Montréal à Repentigny: 3 heures. De l'hôpital Lakeshore à l'Île Perrot: une heure 50 minutes. De l'hôpital Fleury à l'Institut de Cardiologie: une heure 35 minutes. De l'hôpital St-Michel à l'hôpital St-Luc avec retour: 3 heures 22 minutes. De l'hôpital Sacré-Coeur à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont avec retour: 3 heures.

---

\*Voir le rapport La réforme du système ambulancier commentaires et solutions, février 1988.

Nous suggérons que si les retours ne peuvent se faire entre 20 à 30 minutes à compter de l'arrivée du véhicule sur les lieux, ce même véhicule devrait redevenir disponible et le centre hospitalier redemander une autre ambulance pour le retour<sup>2</sup>

Il est de plus pertinent de tenter de sensibiliser les intervenants des centres hospitaliers à l'effet que les tentatives en vue d'optimiser la disponibilité sur la route sont liées entre autres à la diminution des temps de déplacement à l'intérieur des centres hospitaliers.

Une autre avenue pourrait être celle d'avoir à notre disposition des véhicules conçus de telle sorte qu'il serait possible de transporter plusieurs patients.

### 3.3.5 Véhicules non attitrés

Nous concevons difficilement qu'en période de déficit de flotte des véhicules soient attitrés à des équipes spécifiques de techniciens ambulanciers. Le temps d'attente peut s'avérer appréciable alors qu'une dizaine de véhicules vides n'ont pas d'équipe et pourraient facilement être disponibles sur la route

### 3.3.6 Abandon du processus des retenues des civières

Nous trouvons inconcevable qu'un hôpital retienne une civière d'ambulance. Que dirait le DG du CH Notre-Dame si le CH Maisonneuve-Rosemont décidait d'aller chercher ses civières parce que son urgence est encombrée? Si le ministère peut passer un décret pour empêcher le CH Cité de la Santé de recevoir des patients, il peut sûrement obliger les CH à ne pas retenir les civières d'ambulance. Une autre alternative serait d'emmener le patient dans un autre hôpital lorsque le CH avise qu'il doit retenir nos civières. Avez-vous pensé au patient qui doit passer 2 ou 3 heures couché sur une civière d'ambulance dans un corridor d'hôpital. Il s'agit là, selon nous, d'une aberration que l'organisation ne peut ni ne doit tolérer. Nous comprenons la retenue d'équipement médical pour le bien du patient mais pour les civières, non, nous ne comprenons pas.

### 3.3.7 Transports hors-région et périphériques

Que tous les appels hors région de moins de 100 km soient transmis à des compagnies ambulancières de ces régions et qu'Urgences-Santé avise l'hôpital du nom de la compagnie d'ambulance qui viendra

---

<sup>2</sup>Recommandé également dans le document de travail du groupe syndical Pilote, Lutz et Talbot, 1987.

chercher le patient et que l'on transmette le numéro de téléphone de cette compagnie afin que le centre hospitalier communique directement avec la compagnie ambulancière si retard il y a. Finalement, que tout transport de plus de 100 km fasse l'objet d'un horaire spécial. La flotte régulière resterait donc disponible dans son ensemble pour les appels de la région 06A.

### 3.4) Prise d'appels ressourcée

#### 3.4.1 Priorisation

La prise d'appels du module infirmier ne tient pas compte du déficit de la flotte. La raison invoquée pour avoir à la réception des appels des infirmières, est l'aptitude à filtrer les appels. Or lorsque des appels sont plus difficilement clarifiés à l'aide de la grille d'évaluation, la plupart des répondantes préfèrent envoyer une demande d'ambulance "stat" pour aller vérifier l'état du patient. Ce procédé ne fait qu'aggraver la situation du manque de ressource. Ironiquement, lorsque la priorisation est à son maximum, un plus grand nombre d'appels est annulé.

Nous préconisons l'instauration immédiate de la priorisation à son maximum afin d'alléger le nombre de véhicules affectés sur des appels.

La prise d'appels de l'interétablissement est régie par une règle opposée à celle du filtrage.

Aucun lien n'existe entre le module infirmier et celui de l'interétablissement. Le nombre d'appels de l'inter ne tient pas compte du nombre d'appels d'urgence du 911. Le personnel accepte les demandes d'ambulance jusqu'à concurrence des quotas préétablis qui sont révisés au jour le jour, certes, mais seulement une fois que les demandes initiales ont été prises. Il faut alors rappeler dans les centres hospitaliers pour aviser qu'un code 5 (retour à domicile), par exemple, ne pourra se faire avant 16 heures. Ce type de filtrage ne s'effectue non pas par le module interétablissement supporté par les gestionnaires mais plutôt par le chef d'équipe qui devient l'intermédiaire entre le gestionnaire et le module inter. Le tout survient souvent trop tard, le mal est fait. Nous préconisons une gestion plus globale qui tienne compte des facteurs externes.

Afin d'amenuiser temporairement le problème de l'inter, nous suggérons que seul les codes 3 soient effectués de jour. Il s'agit là d'à peu près 75 à 80% des appels. Tous les codes 5: retour à domicile devraient être effectués après 16 heures. Bien entendu les centres hospitaliers devront être avisés de cette pratique.

Permettez-nous de vous souligner une autre cause de frustrations pour les répartiteurs(trices). Lorsqu'il s'agit de priorisation à la demande de la direction (chef de service ou assistants-chef), il est possible de vider la carte géographique, ou presque, pour pouvoir répondre à une forte demande du service interétablissement, et par la force des choses augmenter le temps réponse pour les appels "stat", le tout évidemment sans aucune référence à la loi 160.

Par contre dans la mesure où les répartiteurs décident d'une meilleure couverture territoriale pour répondre aux appels "stat" et ainsi favoriser les bénéficiaires, les répartiteurs sont menacés par la loi 160. Pour les répartiteurs, cette forme de gestion à la petite semaine est un autre élément de mécontentement croissant, source de stress et de frictions qui, en dernière analyse dans la chaîne de "notre équipe soignante", se répercute jusqu'à la population

### CONCLUSION

Voilà donc le portrait, très peu scientifique, mais réaliste des raisons pour lesquelles l'équipe soignante a besoin de soins.

Nous vous disons qu'il y a chez nous autre chose que de vieux véhicules qui ont besoin d'être modernisés, autre chose que des cours nécessaires à l'avancement des soins pré-hospitaliers. L'amélioration du système passe d'abord et avant tout par la corrélation entre l'avancement des facteurs quantitatifs et qualitatifs

Ce mémo est une reprise, en partie, des rapports et recommandations qui ont été soumis aux différents paliers de direction depuis plusieurs années. Il nous appartient et vous le comprendrez de reprendre le processus à zéro puisque ces problèmes sont devenus intolérables et les solutions, plus que discutées en comité, nous semblent avoir été mises de côté. Avez-vous un groupe de gestionnaires?

Un seul encouragement dans tout ceci: La prise de conscience par les agents intérieurs de vouloir régler les problèmes. Mettez votre loi 160 dans le même placard que nous avons mis nos pancartes sinon le grand perdant sera encore le bénéficiaire qui continue d'attendre pendant 3, 4 et 5 heures une belle ambulance qui n'arrive toujours pas.

Le temps nous presse, les syndiqué(e)s l'ont démontré.



## ANNEXE

### QUART DE TRAVAIL NORMAL TYPE (7h30 à 15h30)

#### Durée des repas (1009)

43,1% des techniciens ambulanciers prennent 30 à 45 minutes de période de repas

52,3% des techniciens ambulanciers prennent 46 à 60 minutes de période de repas

#### Période de non disponibilité (1006)

30,8% des 65 quarts de travail se sont déclarés non disponibles. Sur les 20 quarts visés, 10 ne sont jamais revenus.

Les principales raisons de ces 1006 sont:

Personnel	35%
Maladie	30%
	<u>65%</u>

Les raisons reliées à des problèmes mécaniques ne représentent que 35% du total des 1006.

Les véhicules ne revenant pas de leur 1006 le font en moyenne 1 heure 49 minutes avant la fin de leur quart (1039).

Les véhicules reviennent sur la route après en moyenne 55,9 minutes d'absence.

#### Retard dans les débuts de quarts (1077)

19% des quarts étaient manquants.

Des quarts présents, 85% sont partis en retard.

Moins de 10 minutes:	35%
Dix à 30 minutes :	35%
Trente à 60 minutes:	15%
Plus d'une heure :	15%

#### Temps d'attente au CH pour les transports inter aller et retour

La moyenne du temps d'attente au centre hospitalier sur les neuf transports inter est de 43 minutes.

Dans certains cas le temps d'attente a atteint jusqu'à 56 minutes.

Durée de certains transports inter

Institut de Cardiologie à la Cité de la Santé	:	.64 minutes
Hôpital Fleury à l'Institut de Cardiologie	:	.95 minutes.
Hôpital Lakeshore à l'Île Perrot	:	1.11 minutes.
Hôpital Jean Talon à l'hôpital Hôtel-Dieu	:	.87 minutes.

Nous croyons que ces données, même s'ils ne concernent qu'un quart de travail, reflètent la situation telle qu'elle est vécue présentement. Un échantillonnage plus important donnerait sûrement les mêmes résultats, s'ils ne sont pas tout simplement supérieurs.

**ANNEXE M**

**EVALUATION OF ON-SITE ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT IN SEVERELY INJURED PATIENTS.** Sampalis JS, Williams JJ, Lavoie A, Mulder DS, Kalinas M. Clinical Epidemiology Unit, Montreal General Hospital, McGill University, Montreal; Urgences-Sante, Canada.

In Montreal, on-site basic life support (BLS) is provided by EMTs and advanced life support is provided by physicians (EMD). 4721 trauma cases received pre-hospital care by a physician during the one-year period between March 1987 and April 1988, 321 severely injured patients were selected from this cohort. The effectiveness of endotracheal intubation (EI), intravenous line initiation (IV) and, MAST application in reducing mortality in this sample was assessed by a case-control design using univariate and multivariate techniques.

Of the 321 patients, 69 (21%) died within seven days from the time of the injury. On-site ATLS procedures performed by the EMDs included, EI for 63 (20%), IV for 236 (74%) and MAST application for 20 (6%) of the 321 patients. Crude odds ratios as well as adjusted for injury as major (ISS > 15) and minor (ISS ≤ 15) failed to show a mortality risk reduction associated with any of these procedures. Stepwise unconditional logistic regression controlling for patient age, ISS score, mechanism of injury, type of injury (penetrating vs blunt), anatomical site of injury, and performance of other on-site maneuvers, none of the ATLS procedures demonstrated a significant reduction in mortality risk.

This study failed to demonstrate a beneficial effect of EI, IV and MAST application for the pre-hospital management of severely injured patients.

T A C / A C T

ANNUAL MEETING  
ASSEMBLEE ANNUELLE

1990

Convention Centre  
Toronto, Ontario

14 - 16 SEP 1990



ANNUAL BUSINESS MEETING  
REUNION ADMINISTRATIVE

15 SEP 1990  
1700 - 1800

Room 103 A & B  
Toronto Convention Centre



**ANNEXE N**

# INTERNATIONAL ASSOCIATION OF FIRE CHIEFS

1329 18th STREET, N.W. • WASHINGTON, D.C. 20036



AREA CODE 202  
833-3420

## MEMORANDUM

DATE: October 19, 1990

TO: Metropolitan Section of  
The International Association of Fire Chiefs

FROM: Garry L. Briese, CAE  
Executive Director *Garry Briese*

SUBJECT: Resolution #7-90, Emergency Medical Service

Enclosed you will find a copy of Resolution #7-90 concerning Pre-Hospital Emergency Medical Service (EMS). This resolution was first adopted by the Metropolitan Section of the International Association of Fire Chiefs during their Annual Conference on April 19, 1989 in Miami, Florida. The resolution was subsequently adopted by the IAFC membership during the 116th Annual Conference in Indianapolis, Indiana, August 26-30, 1989.

Resolution #7-90 advocates the position that pre-hospital emergency medical service is a major service that should be provided by the fire service. This resolution, urges elected officials, legislators, professional associations and other interested parties to make a firm commitment, and provide support and recognition for the provision of emergency medical services by the fire service in their jurisdictions.

During a meeting earlier this year between IAFC President Jim Estepp and IAFF President Al Whitehead, the International Association of Fire Chiefs and the International Association of Fire Fighters agreed to issue this resolution as a joint memorandum of agreement. A copy of that document will be issued as soon as it is fully executed.

If you have any questions, please let me know.

c: IAFC Board of Directors



## PRE-HOSPITAL EMERGENCY MEDICAL SERVICE (EMS)

**RESOLUTION NUMBER:** Resolution 7-90

**DESCRIPTION:** Resolution to recognize pre-hospital emergency care as a major service that should be provided by the nation's fire service.

**WHEREAS,** pre-hospital emergency medical care is a major service, and;

**WHEREAS,** the nation's fire service are the first responders to medical and other emergencies and initiators of pre-hospital emergency medical care, and;

**WHEREAS,** a firm commitment from our elected officials, legislators, professional associations and other interested parties is needed regarding pre-hospital emergency medical care, and;

**WHEREAS,** the Metropolitan Section of the International Association of Fire Chiefs on April 19, 1989 at the Metropolitan Section Conference, adopted this resolution urging support that pre-hospital emergency medical care be recognized as a major service which should be provided by the nation's fire service, and;

**NOW THEREFORE BE IT RESOLVED,** that the International Association of Fire Chiefs unanimously adopts this resolution urging elected officials, legislators, professional associations and other interested parties to support that pre-hospital emergency medical care be recognized as a major service which should be provided by the nation's fire service.

**BE IT FURTHER RESOLVED,** that the International Association of Fire Chiefs requests a firm commitment from all elected officials, legislators, professional associations and other interested parties to provide support and recognition for the provision of emergency medical services by the fire service.

Adopted by the IAFC Membership  
at the 116th Annual Conference  
August 26-30, 1989, Indianapolis, Indiana

ANNEXE O



ALLOCUTION PRONONCÉE PAR  
MONSIEUR REYNALD GAGNON, SOUS-MINISTRE ADJOINT  
À LA DIRECTION GÉNÉRALE DU RECOUVREMENT DE LA SANTÉ

À L'OCCASION DU DEUXIÈME SALON DE LA PROTECTION CIVILE  
TENU AU CENTRE MUNICIPAL DES CONGRÈS DE QUÉBEC

7 NOVEMBRE 1989

MESDAMES ET MESSIEURS,

QU'IL ME SOIT TOUT D'ABORD PERMIS DE REMERCIER LES ORGANISATEURS DU SALON DE LA PROTECTION CIVILE DE ME DONNER L'OCCASION DE M'ADRESSER À VOUS, POUR VOUS INFORMER DU RÔLE ET DE LA RESPONSABILITÉ DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN CE QUI CONCERNE LES MESURES D'URGENCE. IL SERA QUESTION, DANS CE COURT ENTRETIEN, DES RESSOURCES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUI PEUVENT ÊTRE MISES À CONTRIBUTION EN CAS DE SINISTRE ET FINALEMENT, JE TERMINERAI EN VOUS PROPOSANT DES PERSPECTIVES D'AVENIR DANS L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX D'URGENCE.

### NOTRE RÔLE

DANS LE DOMAINE DES MESURES D'URGENCE LE MINISTÈRE EXERCE SON RÔLE, DANS LES DEUX VOLETS QUI LE CONCERNENT, SOIT CELUI DE LA SANTÉ ET CELUI DES SERVICES SOCIAUX. IL EST IMPORTANT BIEN SÛR, QU'UN ORGANISME RECONNAISSE SON RÔLE, MAIS IL EST AUSSI PRIMORDIAL QUE LES AUTRES INTERVENANTS DANS CE DOMAINE LE CONNAISSENT AFIN QU'IL N'Y AIT PAS DE CHEVAUCHEMENT DE TÂCHES ET, CHOSE PLUS IMPORTANTE, QU'IL N'Y AIT PAS DE ZONES INOCCUPÉES, CE QUI AURAIT POUR EFFET DE CRÉER UNE ABSENCE DANS LES SERVICES ESSENTIELS À FOURNIR À UNE POPULATION SINISTRÉE.

NOUS SOMMES TOUS D'ACCORD POUR RECONNAÎTRE QUE LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX FONT PARTIE DES SERVICES ESSENTIELS À DONNER À UNE POPULATION LORS D'UN SINISTRE. NOUS RECONNAISSONS AUSSI QUE LES SERVICES DE SANTÉ D'URGENCE DOIVENT ÊTRE DISPENSÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS ET LES SERVICES DE NOTRE RÉSEAU.

PAR CONTRE, DANS LE DOMAINE DES SERVICES SOCIAUX D'URGENCE, C'EST-À-DIRE CEUX QUI COMPRENNENT LES SERVICES D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS, D'ALIMENTATION, DE LOGEMENT, D'HABILLEMENT ET DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX, NOUS NOUS RECONNAISSONS UN RÔLE D'INTERVENANT DIRECT, SEULEMENT AU NIVEAU DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX, C'EST-À-DIRE L'ÉVALUATION DES BESOINS PSYCHOSOCIAUX DES SINISTRÉS, LES SERVICES DE RÉCUPÉRATION PSYCHOLOGIQUE AUX VICTIMES, LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉPENDANTES ET LE SUPPORT PSYCHOSOCIAL.

### NOTRE RESPONSABILITÉ

LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX CONFIE AU MINISTÈRE LE POUVOIR DE RENDRE ACCESSIBLE À TOUTE PERSONNE, D'UNE FAÇON CONTINUE ET PENDANT TOUTE SA VIE, LA GAMME COMPLÈTE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. LORSQU'UN SINISTRE INTERVIENT ET FRAPPE LA POPULATION IL Y A SOUVENT UN MOMENT DE PERTURBATION ET PARFOIS MÊME UNE INTERRUPTION PLUS OU MOINS LONGUE DES SERVICES ESSENTIELS. LE MINISTÈRE DOIT DONC ASSURER À LA POPULATION EN DE TELS MOMENTS LES SERVICES ESSENTIELS EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. AU MOYEN DE PLANS D'URGENCE DÉFINIS, RÉALISTES ET FONCTIONNELS, NOUS ARRIVERONS À GARANTIR EN CAS DE SINISTRE, LA CONTINUITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX À LA POPULATION.

### LES RESSOURCES

LORS DE SINISTRES PASSÉS, ON A ENTENDU DES CRITIQUES À L'EFFET QUE LE MINISTÈRE ÉTAIT ABSENT DES OPÉRATIONS D'URGENCE. IL EST IMPORTANT DE RETENIR QUE LA DISPENSATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX D'URGENCE EST ASSURÉE PAR LE PERSONNEL DES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU ET DES SERVICES AMBULANCIERS ET NON PAR DES EMPLOYÉS DU MINISTÈRE ENVOYÉS SUR LES LIEUX.

À CHACUNE DE CES OCCASIONS ON A PU CONSTATER QUE, DÈS QU'ILS ONT ÉTÉ ALERTÉS, LES ÉTABLISSEMENTS ET LES SERVICES VISÉS DE NOTRE RÉSEAU, ONT TOUT MIS EN OEUVRE POUR DISPENSER LES SERVICES REQUIS SELON LES PLANS PRÉÉTABLIS.

IL Y A LIEU DE PRÉCISER ICI QUE LA PLANIFICATION DES MESURES D'URGENCE NE CONSISTE PAS À DÉVELOPPER DE NOUVELLES RESSOURCES MAIS BIEN DE PLANIFIER L'INTERVENTION DES RESSOURCES EXISTANTES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, EN FONCTION DES MANDATS ET DES RÔLES DES ÉTABLISSEMENTS ET DES ORGANISMES SUSCEPTIBLES D'INTERVENIR LORS D'UNE SITUATION D'URGENCE.

AU NIVEAU MUNICIPAL, POUR COUVRIR LE SECTEUR QUI A POUR RESPONSABILITÉ LA "SANTÉ PHYSIQUE", NOUS POUVONS COMPTER SUR LA PARTICIPATION DU CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE COURTE DURÉE, OU DU CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (C.L.S.C.) ET DES SERVICES AMBULANCIERS. EN CE QUI A TRAIT AU SECTEUR QUI A POUR RESPONSABILITÉ LA "SANTÉ PUBLIQUE", LE DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (D.S.C.) COUVRE CE CHAMP D'ACTIVITÉS. QUANT AU VOLET "SERVICES PSYCHOSOCIAUX" RELEVANT DU SECTEUR DE RESPONSABILITÉ "SERVICES SOCIAUX", IL DOIT ÊTRE DÉVELOPPÉ PAR LE CENTRE LOCAL DES SERVICES COMMUNAUTAIRES (C.L.S.C.) DU TERRITOIRE.

IL EST IMPORTANT DE NOTER ICI QUE CES ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES PRENNENT EN CHARGE L'INTERVENTION DIRECTE, ET QU'ILS PEUVENT COMPTER SUR LES RESSOURCES SUIVANTES: LE CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, LE CENTRE DE TOXICOLOGIE DU QUÉBEC, LE LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, L'AVION-AMBULANCE, LES SPÉCIALISTES DU MINISTÈRE ET CEUX ET CELLES DU RÉSEAU QUI, AU COURS DES ANNÉES PASSÉES, ONT DÉVELOPPÉ UNE EXPERTISE DANS LES DOMAINES RELIÉS AUX MESURES D'URGENCE.

## LES PERSPECTIVES D'AVENIR DANS L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX D'URGENCE

NOUS SOMMES À MÊME DE CONSTATER QU'AU QUÉBEC NOUS AVONS EU DE LA CHANCE QUAND ON CONSIDÈRE LES SINISTRES POTENTIELS QUI AURAIENT PU AFFECTER NOS COLLECTIVITÉS. SI ON TIEN COMPTE DES SINISTRES QUI SONT SURVENUS AILLEURS ET CE QUI S'EST PRODUIT CHEZ-NOUS, ON PEUT FACILEMENT CONCLURE QUE NOUS POURRIONS UN JOUR OU L'AUTRE NOUS RETROUVER DANS L'OBLIGATION DE FAIRE FACE À UNE SITUATION D'URGENCE MAJEURE.

NOUS AVONS TOUS ET TOUTES ENCORE FRAIS À LA MÉMOIRE L'INCENDIE DE B.P.C. DE SAINT-BASILE-LE-GRAND SURVENU LE 23 AOÛT 1988. PLUS FRAIS ENCORE DANS NOTRE MÉMOIRE, LE TREMBLEMENT DE TERRE DU 25 NOVEMBRE 1988. AU LENDEMAIN DE CES DEUX SINISTRES, LA PLUPART DES CITOYENS ET CITOYENNES DU QUÉBEC SE POSAIENT L'INTERROGATION SUIVANTE: "S'IL AVAIT FALLU?"... EN PENSANT À LA FORCE ET À LA DIRECTION DES VENTS ET À LA POSSIBILITÉ QUE LE TREMBLEMENT DE TERRE ATTEIGNE UN DEGRÉ DE PLUS À L'ÉCHELLE DE RICHTER.

NOUS SOMMES DÉSORMAIS CONSCIENTS QUE NOUS DEVONS AMÉLIORER NOTRE DEGRÉ DE PRÉPARATION AFIN DE POUVOIR FAIRE FACE EFFICACEMENT À UN PROCHAIN SINISTRE PENDANT QUE NOUS EN AVONS PEUT-ÊTRE ENCORE LE TEMPS.

LORSQUE SURVIENT UN SINISTRE DANS UNE MUNICIPALITÉ, NOUS SAVONS QU'IL APPARTIENT À LA MUNICIPALITÉ DE RÉAGIR EN PREMIER LIEU ET D'ALERter LES INTERVENANTS DIRECTS IDENTIFIÉS DANS SON PLAN D'URGENCE. C'EST POURQUOI J'AI IDENTIFIÉ POUR VOUS PRÉCÉDEMMENT LES RESSOURCES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX QUI PEUVENT ÊTRE CONSULTÉES À CE NIVEAU.

VOUS VOUS ATTENDEZ, SANS DOUTE MAINTENANT, À CE QUE JE VOUS PARLE CONCRÈTEMENT DES GESTES QUE LE MINISTÈRE A POSÉS ET POSERA DANS UN PROCHE AVENIR POUR FAIRE EN SORTE QUE LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX D'URGENCE SOIENT PRÊTS À INTERVENIR DANS TOUT LE QUÉBEC.

TOUT D'ABORD JE PEUX VOUS AFFIRMER QUE, DE LA PART DU MINISTÈRE, IL Y A UNE VOLONTÉ DE MENER CE DOSSIER À TERME, LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE. À CETTE FIN NOUS AVONS DÉJÀ MIS SUR PIED UN GROUPE DE TRAVAIL INTRAMINISTÉRIEL COMPOSÉ DE REPRÉSENTANTS DES DIRECTIONS GÉNÉRALES DE LA PRÉVENTION ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES ET DU RECouvreMENT DE LA SANTÉ.

IL EST BON DE SOULIGNER ICI QUE LA PLANIFICATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX D'URGENCE NE PEUT S'ÉLABORER SANS LA PARTICIPATION DES CONSEILS RÉGIONAUX DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (C.R.S.S.S.). NOUS AVONS DÉJÀ OBTENU LA COLLABORATION DE LA CONFÉRENCE DES C.R.S.S.S. ET MIS SUR PIED UN GROUPE DE TRAVAIL AUQUEL PARTICIPENT LE MINISTÈRE ET LES CONSEILS RÉGIONAUX.

CE GROUPE DE TRAVAIL TERMINE ACTUELLEMENT L'ÉLABORATION D'UN PROTOCOLE QUI SERA CONCLU ENTRE LE MINISTÈRE ET LES C.R.S.S.S. AU MOYEN DE CE PROTOCOLE, NOUS RENDRONS OFFICIEL LA RÉGIONALISATION DES MESURES D'URGENCE, DE TELLE SORTE QUE LE DOSSIER "MESURES D'URGENCE" PUISSE ÉVOLUER SIMULTANÉMENT DANS TOUTES LES RÉGIONS DU QUÉBEC.

NOUS CONSTATONS QU'AU COURS DES ANNÉES PASSÉES L'ÉVOLUTION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX D'URGENCE A ÉTÉ LE RÉSULTAT DES ACTIONS DE QUELQUES EMPLOYÉS, ÉTABLISSEMENTS ET CONSEILS RÉGIONAUX, ISOLÉMENT. NOUS AVONS LA FERME INTENTION DE CORRIGER CETTE SITUATION ET DE METTRE EN PLACE UNE STRUCTURE D'INTERVENTION OFFICIELLE ET RECONNUE AUX NIVEAUX PROVINCIAL, RÉGIONAL ET LOCAL.

NOUS NOUS PROPOSONS DONC, À BRÈVE ÉCHÉANCE:

- D'ÉTABLIR DES PRIORITÉS D' ACTIONS ET DE FIXER DES OBJECTIFS;
- DE CLARIFIER LE RÔLE ET LES MANDATS DES INTERVENANTS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX D'URGENCE;
- DE DÉTERMINER DES MÉCANISMES DE FINANCEMENT DEVANT SERVIR À:
  - . LA FORMATION DES INTERVENANTS;
  - . DES PROJETS SPÉCIAUX;
  - . DÉVELOPPER LES RESSOURCES REQUISES;
  - . ÉLABORER DES ACTIVITÉS D'INFORMATION ET DE PROMOTION.

NOUS NOUS PROPOSONS AUSSI:

- D'OFFICIALISER LES RÈGLES ADMINISTRATIVES QUI DOIVENT RÉGIR LES ACTIVITÉS AVANT, PENDANT ET APRÈS LE SINISTRE;
- DE DÉVELOPPER DES GUIDES DE PLANS D'URGENCE.

UN NE PEUT PARLER DE MESURES D'URGENCE SANS PARLER DE PLANS D'URGENCE. COMME MINISTÈRE RESPONSABLE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX D'URGENCE NOUS SOMMES CONSCIENTS QUE NOUS DEVONS POSSÉDER, À TOUS LES NIVEAUX, DES PLANS D'URGENCE OPÉRATIONNELS. NOUS ALLONS DONC FAIRE EN SORTE QUE SOIENT ÉLABORÉS, ET SOIENT TENUS À JOUR PAR LA SUITE, LES PLANS D'INTERVENTION DES SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX D'URGENCE EN S'ASSURANT D'UN LIEN LOGIQUE ENTRE LES PALIERS MUNICIPAL, RÉGIONAL ET PROVINCIAL.

JE M'EN VOUDRAIS DE PASSER SOUS SILENCE LA PARTICIPATION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU COMITÉ DE PROTECTION CIVILE PROVINCIAL. JE DOIS EN OUTRE SIGNALER QUE NOUS PARTICIPONS DE FAÇON ACTIVE AUX GROUPES DE TRAVAIL INTERMINISTÉRIELS SUR LES TÉLÉCOMMUNICATIONS D'URGENCE, SUR LA FORMATION DES INTERVENANTS EN MATIÈRE DE PROTECTION CIVILE ET SUR LES MATIÈRES DANGEREUSES.

L'EXPÉRIENCE NOUS A DÉMONTRÉ QUE DES PROGRÈS MODESTES, BIENS PLANIFIÉS ET BIENS ORIENTÉS ONT ÉTÉ DURABLES. JE CROIS DONC SINCÈREMENT, QU'AVEC LA CONCERTATION QUI S'EST ORGANISÉE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, NOUS ARRIVERONS À BRÈVE ÉCHÉANCE À FAIRE EN SORTE QUE L'INTERVENTION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX D'URGENCE, LORS D'UN SINISTRE, NE LAISSE LE MOINS POSSIBLE DE PLACE À L'IMPROVISATION.

À M'ÉCOUTER VOUS ÊTES PEUT-ÊTRE ENCLIN À PENSER QU'AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX LES MESURES D'URGENCE SONT À VENIR; ET BIEN, IL N'EN EST PAS, ÉCOUTEZ PLUTÔT.

LE PREMIER AVRIL 1989 NOTRE RÉSEAU COMPTAIT 1 085 ÉTABLISSEMENTS QUI DOIVENT OBLIGATOIREMENT, EN VERTU DU RÈGLEMENT SUR LA SÉCURITÉ DANS LES ÉDIFICES PUBLICS, POSSÉDER UN PLAN D'URGENCE ET PROCÉDER ANNUELLEMENT AUX EXERCICES DE SAUVETAGE ET D'ÉVACUATION APPROPRIÉS. AFIN D'AIDER LES RESPONSABLES DES MESURES D'URGENCE DE CES ÉTABLISSEMENTS, NOUS AVONS DÉVELOPPÉ DES GUIDES ET DES MODÈLES DE PLAN D'URGENCE EN FONCTION DES VOCATIONS DES ÉTABLISSEMENTS. DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE COURTE DURÉE, NOUS DEMANDONS D'ÉLABORER DEUX PLANS D'URGENCE DISTINCTS; L'UN EN CAS DE SINISTRE INTERNE, COMME UN INCENDIE DANS L'ÉTABLISSEMENT ET L'AUTRE EN CAS DE SINISTRE EXTERNE, C'EST À DIRE LORS D'UNE CATASTROPHE COMPORTANT DE NOMBREUSES VICTIMES DANS UNE COMMUNAUTÉ, COMME UNE TORNADE, UN GLISSEMENT DE TERRAIN.



DANS LE BUT DE FOURNIR UN APPUI AUX RESPONSABLES DES MESURES D'URGENCE DE CES ÉTABLISSEMENTS, ET AUSSI AFIN D'ASSURER L'UNIFORMITÉ DANS LES MÉCANISMES DE RÉPONSE EN CAS DE SINISTRE DANS UNE COLLECTIVITÉ, NOUS AVONS DÉJÀ PRODUIT LES DOCUMENTS SUIVANTS:

- INTERVENTION AUPRÈS DES BLESSÉS LORS D'UN SINISTRE COMPORTANT DE NOMBREUSES VICTIMES;
- L'ÉTIQUETTE DE TRIAGE
- ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SANTÉ D'URGENCE MUNICIPAUX SUR LES LIEUX D'UN SINISTRE;
- LA TROUSSE DE SINISTRE DU CENTRE HOSPITALIER.

EN CE QUI CONCERNE LE SECTEUR "SANTÉ PUBLIQUE" NOUS POUVONS COMPTER SUR LE RÉSEAU DES 32 DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES (D.S.C.) RÉPARTIS DANS TOUTES LES RÉGIONS DU QUÉBEC.

Parmi les principaux noyaux d'activités des D.S.C., il y en a un qui regarde plus spécifiquement le domaine des mesures d'urgence, c'est celui de la protection de la santé publique qui comporte deux préoccupations majeures: les maladies infectieuses et la santé environnementale.

Pour bien connaître les besoins et assurer une supervision du règlement des problèmes reliés à ses préoccupations, le D.S.C. procède:

- AU TRAITEMENT ET À L'ANALYSE DES DONNÉES SOCIO-SANITAIRE
- À L'ÉTUDE DE BESOINS
- À L'IDENTIFICATION DES PROBLÈMES ET DES FACTEURS PRÉDISPOSANTS
- AU CHOIX ET À L'APPLICATION D'INDICATEURS DE SANTÉ
- À L'ÉTABLISSEMENT D'UNE LISTE DES PRIORITÉS.

IL VA SANS DIRE QU'AVEC UN PAREIL CHEMINEMENT LES D.S.C. PARTICIPENT DÉJÀ COMME LES AUTRES PARTENAIRES DU MILIEU, À LA PLANIFICATION DE PLANS D'URGENCE RELIÉS AUX RISQUES DE SINISTRES POTENTIELS DÉJÀ IDENTIFIÉS ET QUI MENACENT LA SANTÉ PUBLIQUE.

NOUS NE POUVONS ASSUMER LE RÔLE IMPORTANT QUI NOUS EST ATTRIBUÉ EN TANT QUE RESPONSABLE DE LA SURVEILLANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, SI LE RÉSEAU DES D.S.C. NE POSSÈDE PAS UN SYSTÈME D'ALERTE, DE GARDE, ET DE COORDINATION DES URGENCES, QUI FONCTIONNE EN TOUT TEMPS. IL Y A PRÉSENTEMENT UN GROUPE DE TRAVAIL QUI ÉTUDIE CE SUJET ET QUI DOIT FAIRE SES RECOMMANDATIONS DANS LES MEILLEURS DÉLAIS.

JE DOIS CEPENDANT PRÉCISER QUE PLUSIEURS D.S.C. ASSURENT DÉJÀ UNE PERMANENCE DE GARDE. QUANT AUX MUNICIPALITÉS QUI N'ONT PAS ENCORE RECOURS À UNE TELLE RESSOURCE, ELLES PEUVENT TOUJOURS ALERTER LE RÉSEAU DE SANTÉ PUBLIQUE PAR L'ENTREMISE DU CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, CE CENTRE ÉTANT CONSTAMMENT EN MESURE DE FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS PRÉCIS, PERMETTANT DE RETRACER RAPIDEMENT LES PERSONNES COMPÉTENTES À AVERTIR DE CES SITUATIONS D'URGENCE.

IL EST IMPORTANT DE VOUS RAPPELER EN DERNIER LIEU QUE LES ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES EN MATIÈRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DÉPOSÉES PAR MADAME THÉRÈSE LAVOIE-KOUC AU PRINTEMPS DERNIER PRÉVOIENT:

- DE DÉSIGNER UN CHEF DE DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE QUI PUISSE AGIR COMME RESPONSABLE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS CHAQUE RÉGION.
- DE DÉSIGNER DES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (D.S.C.) COMME "CENTRE D'EXCELLENCE" DANS LES CHAMPS DE SPÉCIALISATION SUIVANTS: LES MALADIES INFECTIEUSES, LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE, LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL.

PERMETTEZ-MOI EN TERMINANT CET EXPOSÉ SUR LES MESURES D'URGENCE AU MINISTÈRE, DE VOUS DIRE QUELQUES MOTS SUR LES ENSEMBLES D'URGENCE ENTREPOSÉS AU QUÉBEC. NOUS ASSURONS LA GESTION DU PROGRAMME D'ENTREPOSAGE DES ENSEMBLES D'URGENCE, PROPRIÉTÉ DE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA.

SONT ENTREPOSÉS AU QUÉBEC, 13 HÔPITAUX D'URGENCE DE 200 LITS, RÉPARTIS COMME SUIT: ILES-DE-LA-MADELEINE, JONQUIÈRE, CHIBOUGAMAU, MONTMAGNY, DRUMMONDVILLE, SOREL, GRANBY (3), JOLIETTE, STE-AGATHE, AMOS ET BAIE-COMEAU. PAR AILLEURS NOUS DISPOSONS D'UN HÔPITAL D'URGENCE ENTREPOSÉ AU CENTRE HOSPITALIER ROBERT GIFFARD POUR DISPENSER LA FORMATION.

À CET EFFET, NOUS AVONS PROCÉDÉ CETTE ANNÉE À LA FORMATION DE SIX PERSONNES NOMMÉES "FORMATEURS" QUI S'OCCUPERONT DES ÉQUIPES APPELÉES À DÉPLOYER CES HÔPITAUX. NOUS AVONS ACTUELLEMENT 54 PERSONNES QUI ONT SUIVI LE COURS DE BASE.

EN PLUS DES HÔPITAUX D'URGENCE NOUS AVONS DÉJÀ ENTREPOSÉ AU QUÉBEC:

- 3 CENTRES AVANCÉS DE TRAITEMENT;
- 998 TROUSSES HOSPITALIÈRES D'URGENCE;
- 14 UNITÉS D'ALIMENTATION DE SECOURS;
- 51 UNITÉS DE RASSEMBLEMENT DES BLESSÉS;
- 8 TROUSSES DE CENTRE DE BIEN-ÊTRE;
- 25 TROUSSES D'INTERVENTION EN CAS DE CATASTROPHE AÉROPORTUAIRE;
- 72 TROUSSES POUR PRÉLÈVEMENT DE SANG. (POUR 100 DONNEURS)

DANS UN PROCHE AVENIR, NOUS NOUS PROPOSONS DE RÉACTIVER LE DOSSIER DE L'ENTREPOSAGE DES ENSEMBLES D'URGENCE, EN VÉRIFIANT RÉGULIÈREMENT LA QUALITÉ DE L'ENTREPOSAGE ET EN RESPONSABILISANT LES ORGANISMES, AFIN QUE CES ENSEMBLES SOIENT EN TOUT TEMPS PRÊTS À ÊTRE UTILISÉS.

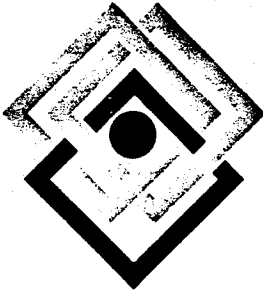
VOILÀ COMPLÉTÉ LE TOUR D'HORIZON DES MESURES D'URGENCE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. JE SUIS PERSUADÉ QUE TOUS ENSEMBLE, NOUS ARRIVERONS À ÉLABORER DES PLANS D'URGENCE ADÉQUATS.

IL FAUT CEPENDANT SE RAPPELER QUE, QUELLE QUE SOIT L'ÉNERGIE QUE NOUS METTIONS À ÉLABORER UN PLAN D'URGENCE, NOUS DEVRONS EN FOURNIR AUTANT POUR LE MAINTENIR À JOUR ET POUR S'ASSURER DE SON EFFICACITÉ AU MOYEN D'EXERCICES SUFFISAMMENT DÉVELOPPÉS.

J'ESPÈRE DE TOUT COEUR, QU'EN VOUS AYANT FAIT PART DU RÔLE ET DES RESPONSABILITÉS DU MINISTÈRE, EN CE QUI REGARDE LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX D'URGENCE, ET AUSSI EN VOUS AYANT FAIT CONNAÎTRE LES RESSOURCES DE NOTRE RÉSEAU QUI DOIVENT COLLABORER AVEC VOUS DANS L'ÉLABORATION DE VOTRE PLAN D'URGENCE COMMUNAUTAIRE, J'AURAI CONTRIBUÉ À VOUS FACILITER LA TÂCHE. AUX REPRÉSENTANTS ET REPRÉSENTANTES DES MUNICIPALITÉS ET DES AUTRES MINISTÈRES, JE VOUDRAIS RÉITÉRER L'ASSURANCE DE LA COLLABORATION DES PERSONNES RESPONSABLES DES MESURES D'URGENCE AU MINISTÈRE ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE NOTRE RÉSEAU.

EN TERMINANT JE PROPOSE UN SOUHAIT: CELUI DE POUVOIR VIVRE DANS UNE COLLECTIVITÉ QUI SERA TOUJOURS PRÊTE À RÉAGIR ADÉQUATEMENT ET PROMPTEMENT EN CAS DE SINISTRE ET QUI PAR AILLEURS AURA SU DÉVELOPPER SON EXPERTISE, PAR LE SEUL MOYEN DES EXERCICES.

MERCI DE VOTRE ATTENTION!



# Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain

3725, RUE SAINT-DENIS, MONTRÉAL, QUÉ. H2X 3L9

Le 12 octobre 1990

Monsieur Gaétan Levasseur  
Groupe De Coster  
2, Place Québec, bureau 744  
Québec (Québec)  
G1R 2B5

1990 NOV 19

Monsieur,

Dans le cadre de votre mandat confié par le Ministre de la Sécurité publique, il nous fait plaisir de vous transmettre copie de certains dossiers plaintes déposés à notre service et traités par Monsieur Donald Foidart. Tel qu'il a été convenu lors de notre récente rencontre, Monsieur Foidart a tenté de regrouper un échantillon de dossiers par objet de plainte. Nous devons signaler par ailleurs, que les catégories décrites ci-après ne sont pas mutuellement exclusives. En effet, certains dossiers touchent plusieurs objets de plainte rejoignant ainsi plus d'une catégorie.

Nous avons inclus un certain nombre de dossiers qui sont actuellement en traitement. A cet effet ces dossiers ne comprennent pas les grilles 3 et 4 d'analyse et d'orientation de traitement. Certains contiennent toutefois la réponse partielle obtenue de la Corporation d'Urgences-santé, d'autres comprennent uniquement la déposition de la plainte à Urgences-santé. En première page de chaque dossier (grille 1) une référence à l'item "date de fermeture" permet de déterminer le statut du dossier (traitement actif ou terminé).

Nous vous présentons une brève description du contenu des dossiers classifiés par objet de plainte.

**a) Décès**

Ces plaintes (huit) traitent autant de décès prévisibles (maladies chroniques) que de décès potentiellement évitables dont trois qui furent référées au bureau du Coroner (89-0186, 89-0271, 90-0220).

**b) Refus de transport par les techniciens ambulanciers et services prodigués**

Ces plaintes présentent une variété de situations où les techniciens ambulanciers ont jugé bon de ne pas transporter les bénéficiaires. De plus, certaines touchent les techniques utilisées pour effectuer le transport. Des réponses obtenues de la Corporation d'Urgences-santé sont annexées aux dossiers plaintes.

**ANNEXE P**

**c) Disposition de déchets bio-médicaux**

Nous avons inclus ces trois plaintes sous rubrique spéciale car ils représentent bien la perception qu'a la Corporation d'Urgences-santé concernant le rôle et la présence de la population dans le système préhospitalier d'urgence.

**d) Délais de transport inter-établissement**

Ces plaintes touchent tout type de transport non urgent: retour à domicile, transfert en hébergement, transfert pour tests et traitements. Notons que le nombre de ressources terrains non disponibles est présenté pour les plaintes du 15 décembre 1989 au 31 mai 1990.

**e) Attitudes et comportements des techniciens ambulanciers**

Cet échantillon de plaintes touche aussi bien les relations humaines et les communications avec les bénéficiaires, les familles qu'avec les intervenants du réseau.

**f) Délais d'intervention du domicile**

Cette catégorie touche le délai de rendre un service urgent lorsque le bénéficiaire est à son domicile et nécessite un transport vers une salle d'urgence.

**g) Prise d'appel**

Ces plaintes décrivent des situations où la population doit démontrer le bien-fondé de sa demande. L'analyse des plaintes de la Corporation d'Urgences-santé, laisse supposer que si la population ne demande pas spécifiquement l'ambulance, la discussion durant l'appel et la remise en question de la pertinence de la demande, ne constituent pas pour eux un refus de services.

**h) Plainte à l'endroit d'un médecin**

Nous avons inclus une plainte de ce type afin d'illustrer la difficulté d'obtenir un suivi adéquat lorsqu'il n'y avait pas de directeur médical à la Corporation d'Urgences-santé.

**i) Activités professionnelles des techniciens ambulanciers**

Ces plaintes touchent à l'absence ou au non respect des protocoles et des procédures. Ils démontrent aussi une certaine nonchalance relativement aux soins et services à fournir.

Nous espérons que les renseignements présentés permettent de bien cerner les difficultés de fonctionnement des services préhospitaliers d'urgence dans la région de Montréal. Ils représentent le type de plaintes déposées par la population excluant toutefois les plaintes relatives aux vols, au système de facturation, et au parcours plus long que nécessaire.

Si vous désirez de plus amples informations, il nous fera plaisir de vous apporter les clarifications désirées.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

*Claude Toupin*

Claude Toupin (Mme)  
Responsable  
Service d'aide à la clientèle  
Direction de l'information et des  
relations avec la population

CT/dt

cc: Gérard Marcoux  
Louise Caron Gareau

pièces jointes



**ANNEXE Q**

**URGENCES-SANTÉ**

***PLAN INTÉrimAIRE DES MESURES D'URGENCE***

**DOCUMENT DE TRAVAIL**

# URGENCES-SANTÉ

## PLAN INTÉRIMAIRE DES MESURES D'URGENCE

---

### TABLE DES MATIERES

<u>TITRE:</u>	<u>PAGE:</u>
<b>SECTION 1, GÉNÉRALITÉS:</b>	
INTRODUCTION	5
MANDAT LÉGAL, RESPONSABILITÉS ET TERRITOIRE DE JURIDICTION	6
ROLE ET RESPONSABILITÉS DE LA CORPORATION D'URGENCES-SANTÉ	9
INTERACTION AVEC LE RÉSEAU DE SANTÉ	10
OBJECTIF DU PLAN INTÉRIMAIRE DES MESURES D'URGENCE	10
<b>SECTION 2, MISE EN ALERTE ET AFFECTATION DES RESSOURCES:</b>	
MISE EN ALERTE DU PLAN INTÉRIMAIRE DES MESURES D'URGENCE	11
NIVEAUX D'ALERTE DU PLAN	12
CRITERES D'ÉVALUATION DE LA SITUATION	16
MISE EN ALERTE DU RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ	17
<b>SECTION 3, OPÉRATIONS SUR LES LIEUX:</b>	
CONCEPT D'OPÉRATION SUR LES LIEUX	20
ORGANIGRAMME DU COMMANDEMENT DE L'OPÉRATION SUR LE SITE	22
CONSIGNES DE SÉCURITÉ SUR LE SITE	23
PREMIERE UNITÉ SUR LES LIEUX	24
ÉTABLISSEMENT DES VOIES D'ACCES ET DE L'AIRE DE RASSEMBLEMENT	24
ASSIGNATION DES TACHES	25
ÉTABLISSEMENT DE L'AIRE DE TRIAGE	27
ÉTABLISSEMENT DE L'AIRE DE STABILISATION	27
ÉTABLISSEMENT DE L'AIRE DE TRANSPORT	28
ASSIGNATION DES DESTINATIONS	28
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU MÉDECIN	30
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU CHEF ET DE L'ASSISTANT-CHEF D'ÉQUIPE	32
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU TECHNICIEN AMBULANCIER	34

# URGENCES-SANTÉ

## PLAN INTÉrimAIRE DES MESURES D'URGENCE

---

### TABLE DES MATIERES (suite)

<u>TITRE:</u>	<u>PAGE:</u>
<b>SECTION 4, POSTE DE COMMANDEMENT MOBILE D'URGENCES-SANTÉ:</b>	
ÉTABLISSEMENT DU POSTE DE COMMANDEMENT MOBILE	36
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU COORDONNATEUR	37
ROLE ET RESPONSABILITÉS DE L'AGENT DES COMMUNICATIONS	39
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU RÉPARTITEUR A BORD DU P.C.M.	41
ROLE ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DE SOUTIEN TECHNIQUE	42
<b>SECTION 5, CENTRE D'OPÉRATION D'URGENCE DU D.O.L.:</b>	
ÉTABLISSEMENT DU C.O.U. DU DIRECTEUR DES OPÉRATION SUR LES LIEUX	43
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU COORDONNATEUR CHEF DE SECTEUR	44
<b>SECTION 6, CENTRE DE COORDINATION D'URGENCE MUNICIPAL OU RÉGIONAL:</b>	
ÉTABLISSEMENT DU C.C.U. MUNICIPAL OU RÉGIONAL	46
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU CHEF DES SERVICES AMBULANCIERS	47
ROLE ET RESPONSABILITÉS DE L'ASSISTANT-CHEF DES SERVICES AMBULANCIERS	49
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU COORDONNATEUR DES MESURES D'URGENCE	50
<b>SECTION 7, CENTRE DE CONTRÔLE DES OPÉRATION SPÉCIALES:</b>	
ÉTABLISSEMENT DU C.C.O.S.	52
ORGANISATION DU CENTRE	53
CONTRÔLE DE L'IMPACT DU SINISTRE SUR LES OPÉRATION TERRITORIALES	54
CONTRÔLE DE LA LOGISTIQUE ET DES FINANCES	55
CONTRÔLE DES RESSOURCES HUMAINES	56
CONTRÔLE DE L'INFORMATION PUBLIQUE	57
CONTRÔLE DE LA QUALITÉ ET LIAISON AVEC LE RÉSEAU DE LA SANTÉ	58
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU PRÉSIDENT ET DIRECTEUR-GÉNÉRAL	59
ROLE ET RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTRICE DES OPÉRATION	60
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS	61

# URGENCES-SANTÉ

## PLAN INTÉRIMAIRE DES MESURES D'URGENCE

---

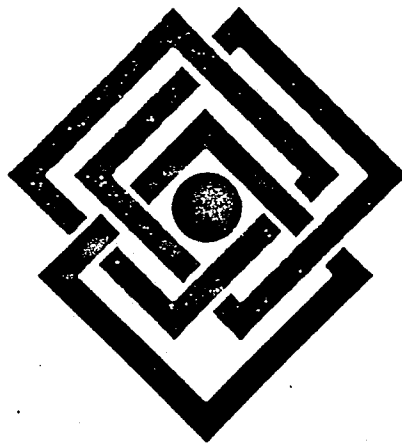
### TABLE DES MATIERES (suite)

<u>TITRE:</u>	<u>PAGE:</u>
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU DIRECTEUR DES FINANCES...	62
ROLE ET RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTRICE DES RESSOURCES HUMAINES	63
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU CHEF DU SERVICE DE RÉPARTITION	64
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU CHEF DU SERVICE INFIRMIER	65
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU CHEF DU SERVICE DES COMMUNICATIONS	66
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU CHEF DU SECTEUR DES HORAIRES	68
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU CHEF DU SERVICE DES ACHATS CORPORATIFS	69
ROLE ET RESPONSABILITÉS DE L'ASSISTANT-CHEF DES SERVICES AMBULANCIERS	70
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU CONSEILLER EN TÉLÉCOMMUNICATIONS	71
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU CHEF DU SERVICE DE COMPTABILITÉ	72
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU CHEF DU SERVICE DE SANTÉ-SÉCURITÉ	73
ROLE ET RESPONSABILITÉS DU RESPONSABLE DU PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS	74
SECTION 8, RÉSEAU DE TÉLÉCOMMUNICATION SUR LE SITE	
ÉTABLISSEMENT DU RÉSEAU DE TÉLÉCOMMUNICATION SUR LE SITE	75
<b>ANNEXES</b>	
PROCÉDURE 16-002	ANNEXE 1
CHAÎNE TÉLÉPHONIQUE DE MISE EN ALERTE	ANNEXE 2
LISTE TÉLÉPHONIQUE	ANNEXE 3
LISTE DE DISTRIBUTION	ANNEXE 4

**ANNEXE R**

COMPTE RENDU

EXPLOSION À LA GARE CENTRALE  
LE 3 SEPTEMBRE 1984



Conseil de la santé et des services sociaux  
de la région de Montréal métropolitain

3725, RUE SAINT-DENIS, MONTRÉAL, QUÉ. H2X 3L9

Source: Daniel Lessard  
Superviseur  
Urgences santé