ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

de la Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 2 septembre 1997 — N° 94

Examen des orientations, des activités et de la gestion de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal métropolitain inc.

Président de l'Assemblée nationale: M. Jean-Pierre Charbonneau

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

| Débats de l'Assemblée Débats des commissions parlementaires Pour une commission en particulier: | 145,00 \$ 500,00 \$ |
|---|------------------------|
| Commission de l'administration publique | 75,00 \$ |
| Commission des affaires sociales | 75,00 \$ |
| Commission de l'agriculture, des pécheries et de l'alimentation | 25.00 \$ |
| Commission de l'aménagement du territoire | 100.00 \$ |
| Commission de l'Assemblée nationale | 5,00 \$ |
| Commission de la culture | 25,00 \$ |
| Commission de l'économie et du travail | 100,00 \$ |
| Commission de l'éducation | 75,00 \$ |
| Commission des finances publiques | 75,00 \$ |
| Commission des institutions | 100,00 \$ |
| Commission des transports et de l'environnement | 100,00 \$ |
| Index (une session, Assemblée et commussions) | 15,00 \$ |

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec Distribution des documents parlementaires 880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195 Québec, Qc G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754 Télécopieur: (418) 528-0381

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante: www.assnat.qc.ca

Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes Numéro de convention: 0592269

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Quéhec ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 2 septembre 1997

Table des matières

| Exposé du président-directeur général de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal métropolitain inc. (Urgences-santé) | |
|---|----|
| M. Gilles Gauthier | |
| M. Ollies Gautiler | 1 |
| Remarques préliminaires | 5 |
| Mme Solange Charest | 5 |
| M. Henri-François Gautrin | 6 |
| M. Guy Breton, Vérificateur général | 6 |
| Discussion générale | 7 |
| Acquisition des ambulances | 7 |
| Nombre optimal d'ambulances dans la flotte d'Urgences-santé | 9 |
| Raisons du dépassement du nombre optimal d'ambulances | 10 |
| Problèmes de freins sur certains véhicules | 11 |
| Transport hors région | 12 |
| Modification du service offert en cas d'incendie | 13 |
| Transport hors région (suite) | 13 |
| Formation des techniciens ambulanciers | 13 |
| Utilisation du moniteur défibrillateur semi-automatique | 14 |
| Remboursement de la dette d'Urgences-santé | 14 |
| Projet de répartition assistée par ordinateur | 15 |
| Utilisation du moniteur défibrillateur semi-automatique (suite) | 16 |
| Relations avec les entreprises ambulancières privées | 16 |
| Temps de réponse aux appels de l'Ouest-de-l'Île de Montréal | 17 |
| Services de premiers répondants | 18 |
| Temps de réponse aux appels de l'Ouest-de-l'Île de Montréal (suite) | 18 |
| Services de premiers répondants (suite) | 20 |
| Formation des techniciens ambulanciers (suite) | 21 |
| Triage des appels | 22 |
| Formation des techniciens ambulanciers (suite) | 22 |
| Formation des médecins | 23 |
| Facturation et recouvrement | 24 |
| Efficacité d'Urgences-santé par rapport à d'autres services comparables | 26 |
| Solutions envisagées pour améliorer les services d'urgence en région | 27 |
| Projet de répartition assistée par ordinateur (suite) | 28 |
| Transport interétablissements | 29 |
| Diminution du nombre d'appels | 30 |
| Redéploiement des médecins | 31 |
| Remarques finales | 32 |
| M. Henri-François Gautrin | 32 |
| Mme Solange Charest | 32 |

Table des matières (suite)

Autres intervenants

- M. Rosaire Bertrand, président Mme Solange Charest, présidente suppléante
- M. Léandre Dion
- M. Jean-Claude St-André
- M. Rémy Désilets
- M. Russell Williams
- M. Robert LeSage
- * Mme Hélène Lussier, Urgences-santé
- * M. Gaétan Leroux, idem
- * M. Normand Martin, idem
- Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 2 septembre 1997

Examen des orientations, des activités et de la gestion de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal métropolitain inc.

(Quatorze heures huit minutes)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je déclare la séance de la commission des affaires sociales ouverte. Je rappelle rapidement le mandat. Le mandat de la commission pour cette séance est de procéder à l'audition de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal métropolitain dans le cadre d'un mandat de surveillance d'organismes. D'abord, je voudrais souhaiter la bienvenue à toutes et tous mes collègues des deux côtés pour la reprise de nos travaux et aux représentants et représentantes d'Urgences-santé. Je n'ai pas besoin de rappeler plus que ça le mandat, je pense bien que tout le monde le sait. Il y aura d'ailleurs, des deux côtés, des remarques préliminaires pour bien placer le débat.

M. le secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

Le Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Gautrin (Verdun) remplace Mme Loiselle (Saint-Henri—Sainte-Anne).

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avant qu'on commence. Je vous avais expliqué que vous aviez à peu près plus ou moins 20 minutes pour faire une présentation, dans laquelle présentation vous aviez une demande pour produire un audio, je pense, de quelques minutes, à l'intérieur de ça. Avec l'accord des membres, je permettrais peut-être au représentant d'Urgences-santé de faire son 20 minutes, et après on pourrait procéder aux remarques préliminaires de chaque côté et commencer le débat. Ça vous convient comme ça? Et on adoptera comme politique l'alternance ensuite. Alors, si vous voulez présenter les gens qui vous accompagnent, pour fins d'enregistrement, et commencer votre présentation.

Exposé du président-directeur général de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal métropolitain inc. (Urgences-santé)

M. Gilles Gauthier

M. Gauthier (Gilles): Merci, M. le Président. Je voudrais d'abord vous présenter les gens d'Urgences-santé qui m'accompagnent. Je suis Gilles Gauthier et je suis président-directeur général de la Corporation d'urgences-santé; à ma droite, le Dr Normand Martin, qui est médecin à la Corporation d'urgences-santé; immédiatement à ma gauche, M. Germain Turcotte, qui est répartiteur à la centrale de la Corporation; à sa gauche, Mme Hélène Goudreau, qui est préposée au triage des appels urgents

— dans le jargon parce que, évidemment, comme on est dans le milieu de la santé, on a notre jargon, on appelle ça PATAU — et, finalement, il y a deux techniciens ambulanciers, Mme Hélène Lussier, technicienne-ambulancière, ici, et M. Gaétan Leroux, qui est à l'arrière, qui sont tous deux techniciens à la Corporation d'urgences-santé.

• (14 h 10) •

M. le Président, la Corporation est fort heureuse de l'occasion qui lui est fournie, dans la cadre de cette commission parlementaire, de participer à l'examen de ses orientations, de ses activités et de sa gestion. La dernière fois que la Corporation avait eu l'occasion de se prêter à un tel exercice date de décembre 1991; donc, ça fait maintenant plus de six ans.

Notre structure de présentation, M. le Président, sera la suivante. Elle se regroupe principalement en cinq points qui reprennent les faits saillants du document qui ont été fournis à la commission. Dans un premier temps, tel que vous nous avez autorisé à le faire, on voudrait illustrer aux membres de la commission, par un enregistrement d'une situation réelle, la suite des interventions que doit accomplir la Corporation d'urgences-santé dans son mandat. Donc, plutôt que de vous l'illustrer en reprenant les textes juridiques, on va partir d'une situation réelle. Et cet enregistrement-là aussi vous permet de situer comment l'intervention d'un service préhospitalier d'urgence comme la nôtre se situe dans l'ensemble des services hospitaliers qui sont offerts à notre population.

Dans un deuxième temps, on va vous présenter les grandes orientations de la Corporation telles qu'elles ont été retenues par son conseil d'administration.

Troisièmement, on voudrait vous faire part de nos performances, parce que, nous, on est persuadés que, depuis la dernière fois qu'on avait présenté à la commission nos orientations, on a atteint les performances qui nous sont imparties.

Quatrièmement, on voudrait vous faire partager les défis que la Corporation doit rencontrer à court et à moyen terme dans les années qui viennent et finalement répondre à l'ensemble des questions qui nous seront adressées.

L'enregistrement que vous allez entendre, c'est un montage d'une intervention qui est une intervention réelle. Il s'agissait d'un cas d'arrêt cardiorespiratoire et, comme je vous le disais, ça nous permettra à ce moment-là de bien camper ce qu'est notre type d'intervention. Si vous le permettez, M. le Président.

(Présentation audio)

• (14 h 13 — 14 h 21) •

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avant que vous continuiez, je voudrais juste mentionner aux membres de la commission que j'ai accepté cette présentation-là en accord avec le vice-président de la commission, le député de Nelligan, pour deux raisons. D'abord, pour que les membres saisissent très, très bien — il n'y a rien de mieux qu'un exemple du travail que vous faites — et pour permettre aussi qu'on connaisse le vécu d'un cas réel. Il ne faudrait surtout pas penser qu'il y avait ni dans votre demande, ni dans notre acceptation quelque chose de spectaculaire ou de spectacle. Juste spécifier ça avant que... Allez-y.

M. Gauthier (Gilles): Ce que l'enregistrement démontre, M. le Président, c'est la chaîne d'intervention qui est faite dans le cadre d'un service préhospitalier d'urgence. Je voudrais revenir sur certains points. Dans un premier temps, tous les appels d'urgence à la Corporation d'urgences-santé passent nécessairement par les systèmes de 9-1-1, c'est-à-dire personne dans la région de la Communauté urbaine de Montréal et à Laval ne peut rejoindre les services d'Urgences-santé sans passer par les systèmes 9-1-1. Deuxièmement, comme vous avez pu le voir, lorsqu'on rejoint la Corporation d'urgences-santé pour un appel d'urgence, la Corporation procède avec un protocole, c'est-à-dire qu'on pose des questions très précises.

En premier lieu, la première question qu'on pose, on tente de bien situer l'adresse et le numéro de téléphone. Pourquoi on pose cette question-là avant de savoir le problème? C'est essentiellement, si jamais la communication se coupe, à ce moment-là sans savoir le problème, qu'on peut immédiatement envoyer une ressource parce qu'on a les coordonnées de l'appelant. Deuxièmement, on tente rapidement de catégoriser le problème: Pourquoi on nous appelle? Nous, on a 32 catégories et en moyenne on pose seulement quatre questions pour tenter de bien déterminer quel est le problème qui nous est présenté.

Pourquoi on utilise ce protocole-là? Parce que, essentiellement, nous, il y a deux choses qu'on veut savoir: Quelle est l'urgence de la situation — pour savoir avec quelle rapidité on doit intervenir — et deuxièmement quel est le niveau de ressources qu'on doit envoyer sur les lieux? Parce que des fois ça peut prendre une ambulance, ça peut prendre ambulance et médecin, parce qu'on a également des véhicules-médecins.

Ce qu'on utilise, c'est un protocole américain de prise d'appels que, nous, on appelle le protocole Clawson, qui est utilisé surtout énormément aux États-Unis. Il ne faut pas s'inquiéter, même lorsque les questions ne sont pas terminées, le protocole, à certaines questions — ça peut être la première et la deuxième — déjà fait en sorte que des ressources sont envoyées, même si le questionnaire n'est pas terminé. Donc, au bout d'une période de 30 secondes, si déjà on a déterminé l'urgence de la situation et le niveau de ressources, même si nos questions ne sont pas terminées, les ressources sont envoyées.

Un des exemples aussi, dans certaines situations, on applique ce qu'on appelle, nous, des directives de

préarrivée, c'est-à-dire qu'on reste en ligne avec l'appelant tant et aussi longtemps que les ambulanciers ne seront pas rendus à domicile. On fait ça dans trois situations: dans les situations d'arrêt cardiorespiratoire, on le fait dans les cas d'accouchement et on le fait également dans les cas d'étouffement. À ce moment-là, ce qu'on demande aux personnes qui sont près de la personne qui a un problème, c'est de faire certaines interventions à partir de nos propres protocoles.

Quatrième élément. Vous l'avez entendu même si c'était brouillé, aussitôt que le répartiteur reçoit le type de problème et l'adresse, il doit choisir une ressource. C'estadire qu'à partir d'un tableau où le répartiteur a les ressources disponibles il choisit une ressource en fonction surtout d'un seul critère: Quelle est la ressource la plus près de l'événement? Et, à ce moment-là, il affecte la ressource. Les techniciens, eux, interviennent à partir de protocoles. Donc, pour une problématique donnée, les techniciens sont formés pour intervenir à partir de protocoles qui déterminent de façon précise quelles sont les interventions qu'ils doivent effectuer dans une situation donnée.

Finalement, comme vous l'avez entendu, c'est la Corporation d'urgences-santé, sur son territoire, qui détermine vers quel centre hospitalier un bénéficiaire est acheminé. Donc, on a évidemment plusieurs options et on utilise ces options-là en fonction évidemment de la disponibilité des centres hospitaliers, du nombre d'ambulances qu'on a envoyées dans la dernière heure et, finalement, de la proximité du centre hospitalier. Dans certains cas également, c'est le cas de la situation que vous avez entendue, Urgences-santé communique avec la salle d'urgence pour les prévenir de l'arrivée prochaine d'une situation, et on décrit à ce moment-là brièvement la situation pour que les gens qui sont à la salle d'urgence puissent se préparer en conséquence.

Dans le type d'intervention dont vous avez été témoins, ce qui est le plus important, c'est le facteur temps. Donc, dans le cas d'une réanimation cardiorespiratoire, ce qui est important, c'est le temps où on commence les manoeuvres. Je voudrais vous le souligner, la personne qu'on entend à un moment donné, elle dit: Moi, j'ai suivi des cours de premiers soins. C'est important ce qu'on appelle des cours de réanimation cardiorespiratoire. Au Québec, il y a seulement 3 % de la population qui est formé en réhabilitation cardiorespiratoire. Vous avez certains états américains où les personnes formées vont jusqu'à 60 %. Si plus de gens étaient formés en réanimation cardiorespiratoire, à ce moment-là on augmenterait de façon substantielle les cas de survie dans le cas des arrêts cardiorespiratoires. Nous, on a déjà fait des suggestions, à savoir est-ce que — c'est un cours qui est très bref, c'est un cours d'à peu près quatre heures - comme aux États-Unis, ce cours-là ne pourrait pas se donner notamment dans le cadre du milieu scolaire? Ce qui permettrait très, très rapidement de faire des manoeuvres essentielles que. nous, on fait faire au téléphone à des gens qui ne sont pas habilités à le faire pour permettre d'atteindre ces objectifsCe que les techniciens ont utilisé, dans le cadre de cette intervention-là, c'est essentiellement deux technologies qu'on applique, nous, depuis 1994, à la Corporation d'urgences-santé, c'est un moniteur défibrillateur semi-automatique et c'est un Combitube. Si vous me permettez, M. le Président, peut-être 60 secondes pour vous dire dans quelles situations on utilise ça et ce que ça permet de faire. Ce n'est pas une démonstration. Ça va être seulement verbal.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): En autant que ce n'est pas une démonstration.

Mme Lussier (Hélène): Alors, M. le Président, ici, vous avez un moniteur défibrillateur semi-automatique qu'on utilise lors d'arrêt cardiorespiratoire. Ça nous permet de donner des chocs. Plus les chocs sont donnés rapidement, plus le taux de survie augmente. On utilise ceci de concert avec le Combitube.

M. Leroux (Gaétan): Le Combitube, c'est un appareil qui sert à imperméabiliser, à protéger les voies respiratoires...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Approche pour faire...

Une voix: Approchez un peu, parce que loin comme ça...

M. Leroux (Gaétan): Le Combitube, c'est un appareil qui sert à protéger les voies respiratoires du contenu gastrique. À l'aide de ces deux ballons-là qu'on gonfle, ça permet une imperméabilisation des poumons. Son critère d'utilisation est l'arrêt cardiorespiratoire seulement.

M. Gauthier (Gilles): On a utilisé, à la Corporation d'urgences-santé — vous le retrouvez à la page 18 du document qu'on vous a fourni, M. le Président — cette technologie-là dans 3 366 situations. On a donné, donc, dans ces situations-là, 865 chocs, et il y a 369 personnes qui ont été réanimées à leur entrée au centre hospitalier par l'utilisation de cette technologie-là et, dans les statistiques qu'on compile, de ces 369 personnes là, il y en a 95 qui ont eu un congé du centre hospitalier, donc qui, après une intervention complète du C-MDSA, une intervention dans le cadre du préhos, aujourd'hui sont toujours en vie. D'ailleurs, dans la situation, l'enregistrement que vous entendiez tout à l'heure, la personne a survécu à son intervention en 1995.

La Corporation d'urgences-santé, c'est quoi? Vous le retrouvez à la page 3 du document qu'on vous a déposé. Donc, le mandat de la Corporation — et c'est son mandat légal — elle reçoit les appels des personnes et des établissements qui demandent des services d'ambulance. Donc, la Corporation d'urgences-santé offre à la fois des services d'urgence et à la fois des services qu'on appelle, nous, non urgents, donc essentiellement des transports entre deux centres hospitaliers ou des transports d'un centre

hospitalier au domicile. Deuxièmement, évidemment on exploite un service d'ambulance en prodiguant des soins de stabilisation et en assurant le transport sécuritaire vers un autre centre hospitalier.

• (14 h 30) •

Les trois prochains mandats sont des mandats qui sont particuliers à Urgences-santé; ces mandats-là ne sont pas des mandats dévolus aux autres services d'urgence à l'extérieur de notre territoire. On exploite aussi un service d'intervention médicale d'urgence, à Urgences-santé, avec des médecins; ces médecins-là interviennent à notre centrale pour assister les gens qui y travaillent à la prise de décision. Et on a aussi des médecins qui prodiguent des services d'urgence sur la route et se déplacent avec des véhicules.

À la demande du ministère de la Santé aussi, la Corporation d'urgences-santé offre des services médicaux non urgents. Ça aussi c'est particulier à la Corporation et particulier à notre territoire, et ces services-là sont principalement l'utilisation de nos médecins pour des fins de constat de décès, donc constat de décès surtout à domicile ou constat de décès lors d'interventions d'urgence. Autre dossier ou mandat particulier: la Corporation d'urgences-santé fait la répartition des transports d'urgence entre les différents centres hospitaliers. Donc, c'est la Corporation qui décide, lorsqu'il y a un transport d'urgence dans un centre hospitalier, vers quelle urgence de quel centre hospitalier le bénéficiaire est acheminé. Finalement, on a aussi un mandat particulier, c'est-à-dire, lorsqu'on centre hospitalier détermine qu'il est en situation d'engorgement, c'est-à-dire que le centre hospitalier avise la Corporation qu'il ne peut plus recevoir d'ambulances, il appartient à ce moment-là à la Corporation d'urgences-santé de prendre la décision de ne plus lui envoyer d'ambulances et de décider dans quels centres hospitaliers les ambulances détournées pourront être envoyées.

Les ressources de la Corporation d'urgences-santé. M. le Président. À la Corporation, il y a 1 292 personnes qui y travaillent, dont 810 techniciens ambulanciers; il y a également 70 médecins qui y détiennent des privilèges. Notre flotte est composée de 175 véhicules dont 153 ambulances. Pour l'année 1997-1998, la Corporation a un budget de 68 300 000 \$. On a principalement trois sources de revenus. Tout d'abord, pour 34 000 000 \$, la Corporation recoit une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux; la Corporation reçoit également une subvention de 16 000 000 \$ de la Société de l'assurance automobile du Québec et finalement on a des revenus autonomes - principalement des revenus issus de la facturation, c'està-dire qu'on facture nos transports - de l'ordre de 18 000 000 \$. Comme je vous le disais, les services ambulanciers ne sont pas gratuits. Les services ambulanciers sont tarifés. Ce ne sont pas des services assurés. Essentiellement, le tarif est déterminé par décret gouvernemental. Le dernier décret gouvernemental quant au tarif date de février 1997. Le tarif qui est actuellement en vigueur est de 125,00 \$ pour la prise en charge, plus 1,75 \$ du kilomètre lorsqu'on transporte un bénéficiaire.

Donc, deux précisions importantes. La Corporation d'urgences-santé ne facture que si elle transporte et, dans la région de Montréal, 14 % des interventions de la Corporation d'urgences-santé ne se terminent pas en transport. Donc, pour 14 % de nos interventions à la Corporation d'urgences-santé, il n'y a aucun revenu.

Deuxièmement, autre précision au niveau de la facturation, pour les gens transportés à la Corporation d'urgences-santé, 78 % des gens qu'on transporte sont remboursés ou sont sous l'égide d'un programme gouvernemental de transport gratuit. Donc, finalement, a contrario, la Corporation d'urgences-santé ne facture des individus, dans la région de Montréal et de Laval, que pour 22 % de ses transports. Évidemment, les plus gros programmes de gratuité sont les programmes pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les bénéficiaires de l'aide sociale, les personnes qui subissent un accident d'auto, là c'est la SAAQ, et finalement les gens qui ont des accidents dans le cadre de leur travail, donc régis par le programme de santé et sécurité au travail.

Rapidement, pour ce qui est de nos services, vous les retrouvez à la page 12 du document. On vous a préparé un tableau qui montre l'évolution de nos services de l'année 1992-1993 à 1996-1997. Pour la présentation, je me limite à ceux de 1996-1997. La Corporation dessert une population de 2 140 000 personnes, donc tout le territoire de la communauté urbaine plus l'île de Laval. L'année passée, à notre centrale, on a reçu 260 000 appels d'urgence, on a effectué 163 000 transports dont 32 000 transports interétablissements, donc transports non urgents.

Sur notre territoire, on a également des services de premiers répondants. Il y a huit municipalités qui sont desservies par des services de premiers répondants, totalement dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal. Les services de premiers répondants, en 1996-1997, ont assisté les techniciens ambulanciers dans 7 575 situations.

Dernier chiffre. En moyenne, par quart de travail, la Corporation d'urgences-santé met sur la route 55 ambulances. Évidemment, notre offre de service varie en fonction de la journée, de l'heure de la journée, également du temps de la saison. Notre demande est très inégale dépendamment des mois de l'année.

Est-ce que la Corporation sait où elle s'en va? La réponse, c'est oui. Le conseil d'administration a adopté, en 1996, un plan d'action stratégique qui comprend deux orientations et huit objectifs. La première orientation qui a été reconnue, c'est d'accroître l'efficacité et l'efficience de nos services tout en réduisant nos dépenses. La deuxième orientation qui a été retenue, c'est de mettre des objectifs de valorisation et de mobilisation des ressources humaines.

La façon dont on procède. Pour chacun des objectifs, on cible une performance à atteindre et, pour chacun des objectifs, cette performance-là est chiffrée. À la Corporation, lorsqu'on n'est pas capable de préciser et de chiffrer une performance, on n'en fait pas un objectif, on appelle ça de la poésie. Donc, pour chacun des objectifs, il y a un critère chiffré à atteindre. On fournit au conseil d'administration, pour chacun des objectifs, des tableaux

de bord de gestion. Donc, à tous les mois, pour chacun des huit objectifs, le conseil d'administration reçoit un tableau de bord, c'est-à-dire, par rapport à un objectif donné, où on en est rendu. Finalement, M. le Président, le président-directeur général et l'ensemble des cadres supérieurs sont évalués et ne sont évalués que sur l'atteinte de ces objectifs-là qui ont été chiffrés.

Nos performances, M. le Président, vous me permettrez d'en résumer quelques-unes qui apparaissent au document. Au niveau des dépenses, en 1992-1993, le niveau de dépenses de la Corporation — vous l'avez à la page 10 du document — était de l'ordre de 74 700 000 \$; cette année, on a terminé l'année avec un niveau de dépenses de 66 100 000 \$, soit une diminution de nos dépenses de 11,5 %. En 1993-1994, notre opération financière s'était chiffrée par un déficit de 5 100 000 \$; cette année, on a enregistré un surplus de 1 900 000 \$. On a donc réduit notre déficit accumulé, qui était de l'ordre de 13 000 000 \$, à 11 000 000 \$. Donc, c'est un revirement au niveau des dépenses de 7 000 000 \$ en trois ans.

Est-ce que cette rationalisation-là s'est faite au niveau de nos performances? Nous, on ne pense pas. Essentiellement, un système préhospitalier d'urgence est évalué sur son temps-réponse. C'est comme ça que tous les systèmes nord-américains sont évalués, donc comment on prend de temps pour répondre à une situation d'urgence. Vous avez ces renseignements-là à la page 14 du document. En 1992-1993, on avait un temps-réponse moyen de neuf minutes; en 1996-1997, on a un tempsréponse moyen de 8 min 18 s, donc une augmentation de 42 secondes. Une autre façon de mesurer notre performance, nous, on calcule le nombre d'appels qu'on fait en deçà de huit minutes, donc à l'intérieur de 7 min 59 s. En 1992-1993, 55,9 % de nos appels étaient inférieurs à un temps-réponse de 7 min 59 s; actuellement, on est à 60.2 %.

Autre élément de performance pour mesurer si la rationalisation de nos dépenses a affecté nos services, vous l'avez à la page 20 du document, c'est-à-dire les plaintes. En 1992-1993 — parce qu'on a un service de plaintes — la Corporation d'Urgences-santé avait reçu 634 plaintes; l'année dernière, on en a reçu 286. Pour une première année — parce qu'on compile aussi les félicitations qu'on reçoit — on a presque autant de félicitations que de plaintes.

• (14 h 40) •

Dernier dossier, M. le Président, qui est les relations de travail — probablement qu'il va y avoir des questions sur les relations de travail. La Corporation a été jadis connue pour ses nombreux problèmes de relations de travail. En 1994, il y avait encore eu un conflit majeur à la Corporation d'urgences-santé et, à ce moment-là, le ministre Rochon avait mis sur pied un groupe d'intervention spécial, avec l'accord de la CSN, pour tenter de trouver une solution aux problèmes endémiques de relations de travail de la Corporation.

Ce qu'on peut vous affirmer, M. le Président, c'est que, nous, on pense que nos problèmes ont été réglés. À ce moment-là, il y avait 450 griefs à la Corporation; depuis deux ans, il n'y en a eu aucun. Essentiellement, on a mis sur pied des mécanismes avec les différents syndicats nous permettant de régler les problèmes à la base. Donc, on n'a pas fait de la magie noire; essentiellement, on s'est assis ensemble et on a tenté de s'établir un mécanisme de règlement de litige qui a comme seul objectif de régler les problèmes avant que les problèmes deviennent des problèmes insurmontables ou avant que les problèmes traînent en longueur.

Donc, à ce moment-là, on a établi différents comités de relations de travail dans chacune de nos installations et on a aussi instauré des processus conjoints de prise de décision dans les grands dossiers, où essentiellement, dans un premier temps, on partage le problème, la compréhension du problème, on s'échange des données, on échafaude des hypothèses pour régler le problème et on fonctionne par projet-pilote. Donc, depuis ce temps-là, M. le Président, nous, on est persuadés que les problèmes endémiques de relations de travail que connaissait la Corporation ont été en grande partie réglés.

Je terminerai là, parce que vous m'avez fait signe de terminer, et je pourrai répondre à vos questions.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. De toute façon, on aurait pu vous permettre un peu plus de temps parce qu'on a quand même trois heures de débat, mais je suis persuadé qu'au cours des échanges vous trouverez le moyen...

M. Gauthier (Gilles): De me poser mes propres questions.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ... — non — de compléter ces choses que vous aviez à dire, si jamais il vous en reste.

Remarques préliminaires

Je permettrais, à ce moment-ci, à Mme la députée du parti ministériel de faire quelques remarques, Mme la députée de Rimouski. Elle sera suivie du député de Verdun pour la partie de l'opposition. Étant donné que nous invitons maintenant... Ce n'est pas, quand même, depuis bien, bien des années, mais maintenant nous invitons le Vérificateur dans certaines circonstances, dont celle-ci. Je permettrai au Vérificateur de faire quelques remarques, mais qui sont dans le cadre du rapport du Vérificateur, simplement pour qu'on parte, après ça, avec le débat. Alors, Mme la députée de Rimouski, si vous voulez y aller.

Mme Solange Charest

Mme Charest: Merci, M. le Président. Alors, M. Gauthier, ainsi que les personnes de votre organisation qui vous accompagnent, ça me fait plaisir, en mon nom personnel et au nom des députés collègues ministériels, de vous souhaiter la bienvenue.

Je ne vous cacherai pas que la Corporation d'urgences-santé, en tout cas pour moi qui suis une

députée d'une région éloignée, à chaque fois que j'en ai entendu parler, c'était beaucoup plus par rapport à des problèmes qu'elle vivait comme corporation que pour toute autre chose. Là, je me disais, bien, c'est drôle, dernièrement, en tout cas au cours des derniers mois et même de la dernière année, on n'en a pas entendu parler, d'Urgences-santé. Il faut croire que ça va mieux ou que ça va même très bien. Enfin, vous allez pouvoir nous confirmer, à partir des questions de nos collègues de l'opposition et des collègues ministériels, l'évolution des tâches et des mandats et, enfin, si vous avez pu trouver solution à certains problèmes.

Je pense que ce que nous sommes intéressés de savoir, c'est comment vous avez réussi à trouver des solutions à des problèmes, que ce soit dans le domaine des relations de travail, de la flotte de vos véhicules ou de la gestion strictement comptable de votre organisation. Moi, je suis surtout intéressée aussi à connaître le futur, comment vous entrevoyez le futur, quels sont vos axes de travail prioritaires. Et l'expertise, parce que je suppose qu'avec l'équipe de professionnels qui fait partie de votre équipe - parce que j'ai lu votre document - vous avez sûrement développé une expertise, j'aimerais savoir, entre autres, de quelle façon vous entendez l'utiliser. Comme vous faites partie de la chaîne des partenaires du préhospitalier - ça, je pense que c'est important, les services ambulanciers dans le préhospitalier — j'aimerais ça vous entendre aussi, à travers nos questions puis à travers les réponses que vous allez nous donner, sur quel type de collaboration vous avez établi avec les différents partenaires de la santé qui sont impliqués dans le préhospitalier.

Je terminerais en disant que, vous savez, la «golden hour» qui prévaut dans toute situation d'urgence, elle est la même que l'on soit à Rimouski, Gaspé, Baie-Comeau ou à Montréal. Je suis toujours étonnée de voir - je sais que c'est important pour l'île de Montréal et pour la population qui est desservie par vos services — je suis toujours ébahie de voir l'attention que les médias vous consacrent par rapport à l'attention qu'on consacre aux mêmes services, peut-être sur une plus petite échelle, les services ambulanciers qui se retrouvent dans nos régions éloignées. Je veux juste vous rappeler, parce que je suis une députée d'une région éloignée, qu'on a aussi, comme services ou comme modèles, ce qui se fait à Urgencessanté pour essayer de voir si, dans certains autres territoires du Québec, il n'y a pas de vos expériences, de votre expertise qui peuvent être utilisées et adaptées. Alors, je pense que vous êtes à la fois une corporation que l'on surveille de près pour différents motifs, mais aussi pour profiter de vos expériences et de votre expertise.

Alors, je pense que, là-dessus, on a trois heures pour discuter de tout ça et je suis persuadée que l'objectif que nous visons tous, c'est de chercher à mieux desservir la population, la population pour laquelle nous sommes redevables des argents qui sont dépensés pour leur offrir ces services dans ce secteur-là. Alors, je pense que l'objectif ultime, il faut se le rappeler, c'est la population à desservir. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, Mme la députée. M. le député de Verdun.

M. Henri-François Gautrin

M. Gautrin: Merci, M. le Président. Moi aussi, ça me fait plaisir de vous souhaiter la bienvenue ici, dans cette commission.

Il est clair que les parlementaires, lorsqu'ils rencontrent un organisme comme le vôtre, vont poser des questions sur ce qu'ils pensent ne pas marcher et non pas sur ce qui semble bien marcher. Alors, d'emblée, je dois dire que je reconnais que, dans l'ensemble, la Corporation d'urgences-santé a fait d'énormes progrès et, si on regarde seulement le faible taux de plaintes par rapport au nombre de questions que vous avez, etc., c'est quelque chose qui semble marcher beaucoup mieux. Néanmoins, de notre côté, nous allons insister sur des points qui sont peut-être plus mineurs, mais qui nous posent problèmes. La flotte en est un. Je comprends bien que vous répondez aux questions, mais enfin des questions qui sont liées à la flotte nous posent des problèmes.

Je reste, moi, profondément préoccupé par la décision de juin 1996 de ne pas distinguer entre les transports d'urgence et les transports interétablissements. Je sais que vous avez fait un projet-pilote dans ce sens-là. Je voudrais, avec vous, explorer comment vous allez dans la direction du projet-pilote et insister peut-être un peu plus sur les transports interétablissements que vous ne l'avez fait dans votre présentation. Je sais que c'est un élément plus marginal dans votre travail, mais c'est quand même quelque chose sur lequel nous allons nous intéresser.

J'avais aussi une question à vous poser sur les chiffres. Il semblerait que vous avez moins de gens qui font appel à vous. Il y a une diminution du nombre. Est-ce qu'il y a une amélioration de la qualité de la santé de la population? Peut-être. Ou peut-être qu'il y a une autre question derrière ça. C'est un questionnement qu'on va pouvoir aborder avec vous.

Je dois avouer que j'ai pris avec intérêt la diminution du temps de réponse moyen. Vous n'êtes pas encore arrivés à l'objectif final des six minutes, là, mais vous baissez lentement et progressivement et je pense qu'il était bon, ici, d'emblée, de le signaler, même si on ne le signalera pas, après, dans l'ensemble de nos questionnements.

Alors, c'est ça, M. le Président. Je voudrais bien préciser, au départ, qu'il ne faut pas penser que ce que nous allons soulever comme questions, qui sont les questionnements que l'on a sur Urgences-santé, présupposent que, dans l'ensemble, on ne reconnaît pas que vous fassiez un travail de qualité, mais nous allons questionner sur des points qui nous semblent un peu plus, du moins, soulever quelques questions de notre part.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, M. le député. J'invite maintenant M. le Vérificateur à quelques remarques.

M. Guy Breton, Vérificateur général

M. Breton (Guy): M. le Président, mesdames, messieurs, nous menons une vérification financière annuellement auprès de la Corporation, mais, en 1991-1992, nous avons procédé à une vérification de l'optimisation des ressources orientées vers la gestion des revenus de transport ambulancier, notamment la facturation et le recouvrement, et, en 1993-1994, nous avons examiné la gestion des activités relatives à l'acquisition des véhicules et au transport interétablissements ainsi que la structure décisionnelle et la reddition de comptes. Nous avons effectué un suivi de ces vérifications en 1995-1996 et nous avons constaté que la Corporation avait apporté des correctifs à certaines déficiences. Toutefois, il y a encore des lacunes importantes qui persistent.

• (14 h 50) •

Bien que la commission ait voulu se pencher particulièrement sur les constatations reproduites dans mon rapport 1994-1995 et qui portent strictement sur la facturation et le recouvrement, j'aimerais profiter de l'occasion qui m'est offerte de vous présenter également les résultats de mes vérifications de l'optimisation des ressources à la lumière du suivi que j'ai ai fait et qui apparaît dans mon rapport annuel 1995-1996 au tome II.

L'acquisition des véhicules. Les besoins de la Corporation quant au type et au nombre de véhicules ambulanciers sont maintenant mieux définis. Cependant, la Corporation continue de procéder à l'acquisition d'ambulances sans obtenir les autorisations du gouvernement requises par sa loi constitutive.

La gestion du transport interétablissements. Pour de multiples raisons, la Corporation a tardé à corriger les lacunes signalées en 1993-1994. En effet, un projet-pilote mis sur pied en 1994 pour évaluer les coûts et les avantages de recourir à deux groupes distincts de transport, soit l'urgent et l'interétablissements, et d'étudier la possibilité de véhiculer simultanément plus d'un bénéficiaire n'a pas été mené à terme. Toutefois, ce projet a été repris en 1996-1997. Le système de répartition assistée par ordinateur RAO prévu initialement pour juin 1995 n'est toujours pas opérationnel. Ce système devait permettre d'améliorer de façon importante la planification des transports. Enfin, la Corporation n'a toujours pas de système d'information pour connaître le coût de ces transports interétablissements afin de mieux les contrôler et d'en suivre l'évolution.

Structure décisionnelle. La Corporation a corrigé les lacunes signalées concernant la structure décisionnelle. Les fonctions et les responsabilités des différents comités relevant du conseil d'administration ainsi que celles des membres de la direction sont maintenant définies.

Reddition de comptes. La qualité de l'information transmise au conseil d'administration a été grandement améliorée, ce qui lui permet d'assumer plus efficacement son rôle. Cependant, au moment de notre suivi, le conseil d'administration ne recevait toujours pas d'information quant à l'évaluation du rendement des membres de la direction et à la performance de la Corporation bien que des outils à cette fin aient été en voie de développement. De

plus, le rapport annuel de la Corporation ne fournit toujours pas suffisamment d'information sur le degré d'atteinte des objectifs, la satisfaction de la clientèle ainsi que les coûts et la productivité de la Corporation pour permettre d'évaluer son efficacité, même si certaines améliorations y sont apportées.

Facturation et recouvrement. En 1991-1992, je constatais que le processus de facturation prenait en moyenne 23 jours entre le transport et la mise à la poste de la facture dans des conditions normales, ce qui augmentait indûment le risque de mauvaises créances et nécessitait des ressources supplémentaires pour le recouvrement. Malheureusement, dans le dossier de la facturation et du recouvrement, je note que la Corporation a mis beaucoup de temps avant d'apporter les correctifs qui s'imposaient. Cependant, je me réjouis de constater que l'implantation du nouveau système concernant le processus de facturation a débuté en juin 1997 et que la Corporation prévoit mettre en route la nouvelle procédure de recouvrement d'ici septembre 1997.

Je tiens à remercier la Corporation pour sa collaboration à la réalisation de mon mandat d'attestation financière et de celui de la vérification de l'optimisation des ressources. Voilà, madame.

Discussion générale

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le Vérificateur général du Québec. Maintenant, nous allons procéder à la période des questions. Nous allons alterner. Nous allons débuter par l'opposition officielle, le député de Verdun. M. le député.

Acquisition des ambulances

M. Gautrin: Merci, Mme la Présidente. Alors, je vais aborder, d'emblée, la question de la flotte. Je pense qu'il y a un certain nombre de questions qui sont sous-jacentes à votre flotte d'ambulances. Alors, je vais vous les poser toutes d'emblée et, après, je vais pouvoir échanger avec vous.

Le Vérificateur général vous pose une question parce que vous acquérez des ambulances et vous suivez la procédure normale d'autorisation gouvernementale. Vous prétendez que oui et ils prétendent que non. Donc, j'aimerais clarifier cette première question.

Deuxième élément. On a été mis au courant cet été des difficultés que vous avez eues avec certaines ambulances qui freinaient mal ou, si je comprends bien, qui avaient un problème...

M. Gauthier (Gilles): Qui freinaient quand ce n'était pas le temps.

M. Gautrin: ...ou qui ne freinaient pas, si je peux dire, ou qui freinaient tout le temps. Est-ce que ceci est réparé? Où est-ce que vous en êtes par rapport au «updating», en quelque sorte, de votre flotte? Deuxième élément de question.

Ceux qui habitent Montréal parmi cette commission, nous voyons fonctionner des ambulances avec les sigles ontariens dessus. Donc, j'imagine que, implicitement, vous avez une politique aussi de location d'ambulances. J'aimerais vous entendre parler là-dessus. Est-ce que c'est des locations à long terme? Est-ce que c'est quelque chose que vous voulez établir pour le plus long terme?

Donc, une question, réellement, assez vaste: Quel est l'état de votre flotte? Le processus de renouvellement et d'acquisition de votre flotte suit-il les processus gouvernementaux très précis? Troisième élément, est-ce que vous avez une politique de location? Et quel est votre politique de renouvellement et d'amélioration de la flotte d'ambulances? Et, dernière question, si vous permettez, mais qui sera sur un débat que je vais avoir avec vous plus tard, est-ce qu'il y a une différence dans votre flotte entre les ambulances d'urgence et celles qui seront affectées au transfert interétablissements?

La Présidente (Mme Charest): M. Gauthier, s'il vous plaît.

M. Gauthier (Gilles): Mme la Présidente, pour aborder la question de la flotte, peut-être suggérer la piste suivante. Dans un premier temps, est-ce qu'on obtient les autorisations qu'on nous demande d'obtenir lorsqu'on acquiert des ambulances? Bon, essentiellement, là-dessus, on a une divergence avec le Vérificateur général. Je dois vous dire que cette divergence-là est, quant à nous, une question de détail; ce n'est pas une question fondamentale.

La Corporation d'urgences-santé a toujours obtenu, chaque fois qu'elle a acquis des ambulances, les autorisations qui sont requises. Les autorisations, nous, on les a demandées au ministère de la Santé et des Services sociaux. À toutes les fois qu'on a effectué une telle demande, on a toujours obtenu les autorisations écrites du ministère de la Santé pour procéder à l'acquisition de chacune de nos ambulances. La dernière autorisation date du 22 octobre 1996, et c'était pour 66 véhicules. On a acquis, l'année dernière, dans le cadre de cette autorisation-là, 35 véhicules.

Ce qui nous différencie du Vérificateur, c'est que le Vérificateur dit à la Corporation qu'elle devrait obtenir non pas l'autorisation du ministère de la Santé, mais l'autorisation du gouvernement. Donc, à ce moment-là, c'est là qu'on a une divergence. Nous, ce qu'on prétend, c'est que, si on obtient une autorisation et qu'on l'obtient du ministère de la Santé et des Services sociaux, bien, pour nous, ça tient en lieu et fait d'une autorisation gouvernementale.

M. Breton (Guy): Vous permettez, Mme la Présidente?

La Présidente (Mme Charest): Un instant.

(Consultation)

La Présidente (Mme Charest): Allez-y, monsieur.

M. Breton (Guy): Alors, l'article 149.16 de la loi dit que «la Corporation doit, afin d'obtenir les ambulances nécessaires à l'exploitation de son service d'ambulance, procéder de la manière et suivant les termes et conditions déterminés par le gouvernement». Or, avec un avis juridique à l'appui, le gouvernement, c'est un décret du Conseil des ministres et non pas une lettre du sous-ministre du ministère de la Santé. Le gouvernement n'a pas l'autorité absolue quand c'est un sous-ministre qui parle. Ça prend un décret lorsque c'est une autorisation gouvernementale, et nous avons un avis juridique pour appuyer cette approche. Une autorisation gouvernementale, il faut que ça soit endossé par un décret.

M. Dion: Une précision...

La Présidente (Mme Charest): Une précision, une question d'éclaircissement?

 $\boldsymbol{M.}$ Gautrin: Bien sûr. Je pense qu'on peut être souple, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charest): Pardon? On peut être souple? O.K. Alors, le député de Saint-Hyacinthe.

M. Dion: Je voudrais juste être bien sûr que j'ai bien compris. C'est que ce qui est dit dans le décret, c'est qu'il faut procéder de la manière indiquée par le gouvernement. Le gouvernement peut indiquer que le ministère de la Santé est autorisé à procéder en émettant une lettre autorisant le service à se procurer des ambulances. Alors, c'est ce détail-là que je voudrais vérifier avec vous.

M. Breton (Guy): Bon, alors, nous n'avons pas vu de décret qui délègue l'autorité du Conseil des ministres au sous-ministre de la Santé concernant l'acquisition des ambulances.

 $\begin{tabular}{ll} M. St-Andr\'e: J'aimerais ςa, poser une question ladessus. \end{tabular}$

La Présidente (Mme Charest): Oui, M. le député de l'Assomption, pour une question au Vérificateur général.

● (15 heures) ●

M. St-André: Les ministères, en général, tous les ministères, j'imagine, font l'acquisition de véhicules, il y a beaucoup de corporations publiques et parapubliques sûrement qui font de l'acquisition de véhicules, la Sûreté du Québec fait des acquisitions de véhicules. Est-ce que, pour tous ces véhicules-là, en vertu des lois du gouvernement du Québec, de l'Assemblée nationale, les organismes et les ministères doivent obtenir un décret du Conseil des ministres?

M. Breton (Guy): Tout dépend du contenu du texte de loi qui crée chacun de ces organismes. Ici, dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la Corporation d'urgences-santé, il y a un

article spécifique qui dit que, pour obtenir des ambulances, il faut le faire selon les conditions déterminées par le gouvernement, et ces conditions déterminées par le gouvernement semblent être requises chaque fois qu'il y a acquisition, et ces conditions sont spécifiées par un décret et non pas par une lettre du sous-ministre.

M. St-André: Est-ce qu'on peut relire le texte de l'article de loi pour le bénéfice des membres de la commission, s'il vous plaît?

M. Breton (Guy): «La Corporation doit...

M. St-André: Là, on parle de la Corporation d'urgences-santé?

M. Breton (Guy): ... — Urgences-santé — afin d'obtenir les ambulances nécessaires à l'exploitation de son service d'ambulance, procéder de la manière et suivant les termes et conditions déterminés par le gouvernement.» «Par le gouvernement», c'est le Conseil des ministres qui s'exprime.

M. St-André: Mais je veux bien comprendre. Je ne veux pas embarquer dans un débat juridique, mais «de la manière et...» «De la manière» et quoi d'autre?

M. Breton (Guy): «Et suivant les termes et conditions déterminés par le gouvernement». Alors, il n'y a pas de...

M. St-André: Est-ce que le gouvernement, au moment de créer la Corporation il y a plusieurs années, n'a pas déjà mis des conditions en vertu desquelles la Corporation doit acheter des véhicules ambulanciers? Estce que ca veut dire qu'à chaque fois qu'elle fait l'acquisition de véhicules ambulanciers on doit demander un décret du Conseil des ministres? Je dois vous avouer sincèrement que c'est une interprétation qui m'apparaît très légaliste, très juridique Il me semble que la Corporation est parfaitement habilitée à poser des gestes dans ce domaine-là, elle a un conseil d'administration autonome L'acquisition d'ambulances, c'est quand même pour s'acquitter de sa mission en tant que corporation. Si à chaque fois faut passer par un décret du Conseil des ministres pour faire l'acquisition d'ambulances, ca me paraît un peu abusif comme interprétation de la loi.

La Présidente (Mme Charest): Excusez. M. le député de L'Assomption, j'ai accepté votre question parce que c'est une question d'éclaircissement, mais je n'accepte pas la discussion et le débat, parce que nous devrens revenir à l'alternance. M. le Vérificateur général a très bien répondu à la question, alors je pense que c'est clair. En vertu de la loi qui régit la Corporation, il nous a donné la réponse qu'il fallait. Maintenant, on va revenir à la période des questions. Il y avait M. le député de Verdun qui avait posé une question. Vous avez eu une réponse. Est-ce que c'était tout?

- M. Gautrin: Excusez-moi, madame, la réponse est tout à fait partielle parce qu'il...
- La Présidente (Mme Charest): Elle était partielle? Alors, on complète.
- $\begin{tabular}{lll} \bf M. & \bf Gautrin: & ... \begin{tabular}{lll} \it det & compléter & sa \\ \it réponse... & ... \end{tabular}$
- La Présidente (Mme Charest): M. Gauthier va compléter.
- M. Gauthier (Gilles): Bien, pour ce qui est de cette première question: Est-ce que la Corporation obtient les autorisations? bon, c'est le point de vue de la Corporation, c'est évident qu'on n'a pas la même conception que celle du Vérificateur général et, nous, on continue à dire que, lorsqu'on obtient une autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux, on pense qu'à ce moment-là on s'acquitte des obligations qui nous sont imparties par la loi. Moi, je fais toujours un peu la parenthèse suivante. Si je veux acheter quelque chose dans un grand magasin puis la vendeuse me dit: Vous avez une réduction de 20 %, je ne demande pas à voir le gérant pour voir si elle est habilitée à me donner cette réduction-là, je la prends. Donc, je ne sais pas s'il y a autre chose là-dessus.
- M. Gautrin: Mais, Mme la Présidente, je pense que, une fois qu'on a fait état des points de divergences, c'est un point qu'on aura à clarifier peut-être avec le sousministre de la Santé, le cas échéant, mais, moi, je serais plus intéressé de savoir l'état de la flotte, comment c'est, ce qui se passe avec vos ambulances, ce qui marche, ce qui ne marche pas, pourquoi vous en louez, etc.
- M. Gauthier (Gilles): Je pourrais l'aborder de façon globale, Mme la Présidente, puis, s'il y avait des questions de précision, à ce moment-là peut-être revenir dans le cadre...
- La Présidente (Mme Charest): O.K. Alors, commencez par le global, et, si M. le député de Verdun a d'autres précisions, il va vous les demander.
- M. Gauthier (Gilles): Bon. Dans le fond, il y a trois questions: Quel est le niveau optimal de la flotte d'Urgences-santé? C'est une question que le Vérificateur avait posée dans le cadre de son exercice d'optimisation des ressources. Deuxième question: Pourquoi, actuellement et historiquement, la Corporation d'urgences-santé a eu plus d'ambulances? Parce qu'on vous le dit tout de suite, on en a eu plus que ce que normalement il aurait été requis. Donc, je pourrais répondre à cette question-là. Et pourquoi, dans un troisième temps, en période de crise, cet été, on a fonctionné à 95 ambulances? Donc, peut-être que...
- M. Gautrin: Et est-ce que vous en louez? Et pourquoi vous en louez? Ça, c'est une quatrième question.

Et encore une autre question: Est-ce qu'il y a une distinction entre les ambulances dites d'urgence et celles pour le transport interétablissements?

Nombre optimal d'ambulances dans la flotte d'Urgences-santé

M. Gauthier (Gilles): Bon, première question: Quelle est la façon dont Urgences-santé détermine de façon optimale son niveau de flotte? Le Vérificateur général avait raison lorsqu'il avait fait son étude d'optimisation des ressources, la Corporation, à ce moment-là, ne s'était pas dotée d'un processus pour mesurer de façon la plus précise possible ce niveau de flotte là.

Actuellement, on a procédé à cette détermination. Essentiellement, on le fait en fonction de six critères. Le premier, il est assez simple, c'est le nombre d'ambulances maximum qu'on a sur la route à une heure donnée. Actuellement, le nombre maximal d'ambulances qu'on a sur la route à une heure donnée, c'est 78, et c'est habituellement vers 15 heures, la semaine. Pourquoi 78, maintenant? Parce qu'on vient de négocier avec le Syndicat des techniciens ambulanciers un nouvel horaire. C'est ce qui faisait échec, antérieurement. Le Vérificateur l'avait d'ailleurs souligné dans son document sur l'optimisation des ressources. C'était un dossier problématique, à la Corporation d'urgences-santé, auquel on tentait de trouver une solution depuis trois ans, et on a maintenant une entente sur les horaires avec les techniciens, qui va s'appliquer à compter du 22 octobre. Ce que cet horaire-là nous permet, c'est essentiellement d'étaler plus les départs qu'ils le sont. Actuellement, nos départs se font en séquence de quatre, six ou huit véhicules en même temps, ce qui fait que, en les étalant dans le temps, ces départs-là, de façon plus linéaire, on a besoin de moins d'ambulances et on en aura donc besoin de 78. Premier critère.

Deuxième critère, de ces 78 ambulances là — évidemment, c'est 78 à un moment donné — il faut calculer qu'il faut préparer ces ambulances-là, c'est-à-dire que, lorsqu'une ambulance revient de la route, il faut refaire l'inventaire, il faut, à ce moment-là, faire certaines vérifications mécaniques parce que des ambulances qui brisent avec un bénéficiaire à bord, il y a un coût là-dedans, et finalement faut laver et désinfecter ces ambulances-là. Nous, on calcule que, à chaque fois qu'une...

- M. Gautrin: Revenir de la route, c'est après une intervention ou c'est après un chiffre?
- M. Gauthier (Gilles): Non, c'est au terme d'un chiffre...
 - M. Gautrin: Au terme d'un chiffre.
- M. Gauthier (Gilles): ...à moins qu'il y ait un problème particulier, c'est-à-dire qu'il faut laver l'ambulance parce qu'il y a eu un problème bien, bien, bien particulier. Nous, on calcule que cette opération-là

prend une heure. Évidemment, on étalant nos départs, on est capables de faire cette opération-là de façon plus étalée. Le problème qu'on avait, c'est: si j'ai 10 ambulances qui rentrent en même temps, je n'ai pas une capacité de faire cette préparation-là à l'intérieur d'une période d'une heure. Donc, lorsqu'on applique un modèle mathématique, on passe, pour cette période-là, à 98 ambulances en tenant compte à la fois du niveau d'ambulances maximal par jour et d'une période de préparation de 98 minutes.

Le troisième élément, c'est notre programme d'entretien préventif des véhicules. La Corporation d'urgences-santé a connu énormément de problèmes dans sa flotte, et un des premiers problèmes qui avaient été soulevés par la firme CGO qui avait analysé notre performance là-dessus, c'était que notre programme d'entretien préventif des véhicules était — employons un mot gentil — déficient, mais on pourrait dire complètement absent. Maintenant, on a instauré un programme d'entretien préventif des véhicules qui est en quatre phases. Bon, je vous simplifie les calculs: chaque ambulance passe 120 heures par année en programme d'entretien préventif. Essentiellement, ce sont des programmes très structurés pour s'assurer que nos véhicules sont en état de fonctionner.

Quatrième élément, les accidents et les réparations. Vous avez noté dans le document évidemment qu'on a des accidents. En moyenne, c'est très inégal.

M. Gautrin: Mais le programme d'entretien préventif fait augmenter la flotte de 98 à combien?

M. Gauthier (Gilles): Ça va être les trois autres critères. On a fait un calcul seulement.

M. Gautrin: O K

M. Gauthier (Gilles): Accidents et réparations, c'est inégal. Nos pires mois sont évidemment les mois d'hiver. On a 76 accidents par mois, à ce moment-là. Les mois les plus tranquilles sont ceux qu'on vit actuellement, c'est 17 accidents. Évidemment, si j'ai une ambulance qui a un accident, elle est retirée complètement du processus tant que les réparations ne sont pas terminées.

Cinquième élément dont on tient compte: une ambulance ne termine pas nécessairement à l'heure. C'est-àdire, je vous disais tout à l'heure que, à ma période maximale, j'ai 78 ambulances, mais l'ambulance qui finit à 15 heures ne finit pas nécessairement à 15 heures. Si elle a eu une affectation à 14 h 45, c'est sûr qu'elle ne rentre pas à 15 heures. Donc, si elle n'est pas rentrée, elle ne peut pas repartir.

Autre élément, on fait du transport hors région, c'est-à-dire que, lorsqu'il y a des bénéficiaires qui sont hospitalisés dans la région de Montréal et qu'ils sont après ça retransférés dans un autre centre hospitalier en région, c'est nous qui faisons ces transports-là. Donc, il est courant qu'une de nos ambulances parte pour deux jours.

• (15 h 10) •

Par exemple, une ambulance qui s'en va en Gaspésie, transférant quelqu'un de Notre-Dame à Mont-Joli ou à Rimouski, évidemment part pour une période de deux jours, donc c'est une ambulance dont je ne dispose pas.

Le dernier élément là-dedans, c'est qu'il y a des événements spéciaux. Nous, on couvre des événements spéciaux. Bon, principalement, ces événements-là sont des événements qui sont relatifs à des déploiements à Montréal — que ce soit Festival du jazz, que ce soit Grand Prix — et à ce moment-là ces événements-là nous demandent des ressources additionnelles, donc des ambulances additionnelles

Dernier élément: on se garde des mulets. Dans notre jargon, on pense se garder cinq mulets, si jamais on avait des problèmes de flotte comme ceux qu'on a connus. Donc, lorsqu'on concilie ces six éléments-là, on passe, nous, de 78 ambulances à 126 Donc, à la première question: Quelle est la flotte optimale pour la Corporation d'urgences-santé? en fonction des analyses qu'on a faites, ça devrait être de 126 véhicules pour, dans le fond, répondre à l'ensemble des six critères. Actuellement, on en a 151.

Raisons du dépassement du nombre optimal d'ambulances

Pourquoi actuellement la Corporation d'urgencessanté a 151 véhicules? Ça s'explique pour les raisons suivantes. Il y a trois ans, à la Corporation d'urgencessanté, suite à une enquête de CGO, on avait fait les constats suivants: on avait énormément de bris mécaniques, on avait énormément de problèmes avec nos ambulances — bon, vous vous rappelez des problèmes des portes qui n'ouvraient pas, etc. — ce qui fait que, comme notre flotte n'était pas renouvelée et était mal entretenue, on se retrouvait avec énormément de véhicules qui n'étaient pas en état de fonctionner. Donc, ça nous prenait plus de véhicules pour mettre sur la route le nombre de véhicules requis.

Deuxième élément, on avait un problème assez particulier, c'est-à-dire que la Corporation d'urgencessanté a acquis des ambulances d'une coopérative qui était la coopérative de M. Mario Cotton. Les ambulances appartenaient à la Coopérative des travailleurs. Lorsqu'on a acquis ces ambulances-là, les ambulances qu'on a acquises avaient la particularité suivante, c'est-à-dire que c'est des ambulances modulaires: elles ont une boîte et elles ont un tracteur. Les boîtes avaient été amorties sur une période de neuf années. Au moment où on a acquis cette flotte-là, il restait encore 7 000 000 \$ à payer pour amortir les boîtes, donc on ne pouvait pas à ce moment-là rayer 7 000 000 \$ et se débarrasser de nos boîtes.

La stratégie qu'on a prise, ça a été de garder les boîtes, d'acheter des châssis-véhicules et de transférer ces boîtes-là sur les châssis, et ça, ça s'est fait sur une période de trois ans. Sauf que la transformation prend en moyenne trois mois, c'est-à-dire qu'il faut enlever la vieille boîte, la restaurer, l'installer sur un autre véhicule et faire toutes les connections requises. Donc, durant cette période-là, on a des ambulances qui n'ont pas été utilisées pour une période de trois mois parce qu'elles étaient dans le processus; on en a eu 104 sur une période de trois ans. Durant cette période-là, on a dû augmenter notre flotte parce que, pour une période de trois ans à peu près, à coups de quatre, cinq véhicules en même temps, les ambulances étaient non disponibles parce qu'elles devaient être transformées

Et il était déjà prévu qu'au terme de ce processuslà — le processus se termine parce qu'on termine la conversion des véhicules — la flotte d'Urgences-santé, à ce moment-là, descendrait à un chiffre évidemment qui n'était pas précisé, mais qu'on a maintenant précisé comme étant 126. C'est essentiellement dû au fait d'une période de transition et d'une période où on a revu l'ensemble de nos processus d'affaires pour la gestion de notre flotte, qui a fait en sorte qu'on a dû monter à ce chiffre-là de 151 véhicules.

M. Gautrin: Et qu'est-ce que vous faites... Vous en avez besoin de 126, vous en avez 151. Est-ce que vous comptez les vendre? Est-ce que vous comptez...

M. Gauthier (Gilles): Oui. Actuellement, il y a 42 de ces véhicules-là dont... Essentiellement, tous nos véhicules sont achetés par crédits-baux. Nous, on n'a pas de budget d'immobilisation, donc essentiellement on achète tous nos véhicules par crédit-bail et l'ensemble des coûts de location, à ce moment-là, passe à nos budgets d'opération. On amortit nos véhicules sur 52 mois, et, pour les 40, dans notre jargon, mirages, ces véhicules-là, l'amortissement se termine du mois d'août jusqu'au mois de décembre. C'est donc de ces véhicules-là qu'on va se servir pour réduire notre flotte, et l'intention, c'est effectivement de les vendre parce que évidemment ils sont amortis, mais ils peuvent encore fonctionner.

M. Gautrin: Mais alors, pourquoi vous avez dû en louer? On voit des véhicules de...

M. Gauthier (Gilles): De l'Ontario.

M. Gautrin: ...l'Ontario. J'imagine que c'est des véhicules loués, ça? Alors, si vous étiez en surplus de véhicules, pourquoi vous avez dû en louer?

M. Gauthier (Gilles): Notre flotte est composée de 104 véhicules qu'on appelle des véhicules «topkick». Essentiellement, les véhicules «topkick», c'est les 104 véhicules qu'on a acquis pour transférer les boîtes qui avaient été acquises par la Coopérative.

Problèmes de freins sur certains véhicules

M. Gautrin: Ça, c'est ceux qui avaient des problèmes de freins.

M. Gauthier (Gilles): Et les 104 véhicules «topkick» ont eu des problèmes de freins au mois d'avril.

Ce qui se produisait, c'est que c'est un système de freins — je ne rentrerai pas dans les détails — hydrauliques, et le problème, c'est que le système s'enclenchait lorsque les véhicules étaient en déplacement. À ce moment-là, en s'enclenchant, le véhicule stoppait immédiatement, premier problème. Deuxième problème, ils ne repartaient pas parce que c'est un système, quand il s'enclenche, qu'on ne peut pas désenclencher.

M. Gautrin: Ça a aidé ça. On était en urgence. Ha, ha, ha!

M. Gauthier (Gilles): À ce moment-là, nous, on a pris la décision, bon, après des péripéties qui se sont étendues sur une période d'un mois, de retirer complètement les 104 véhicules de la route parce que ces véhiculeslà, un, devenaient dangereux pour la santé et sécurité de nos propres travailleurs, devenaient dangereux évidemment pour les gens qu'on transportait et devenaient dangereux pour les gens qui circulent dans les endroits où, nous, on circulait. On a donc retiré 104 véhicules, ce qui nous laissait avec 51 véhicules. À ce moment-là, à 51 véhicules, on est incapables de fonctionner. Donc, on a fait appel aux autres propriétaires du Québec pour leur demander si eux avaient des véhicules à nous louer. Ce n'était pas suffisant. on en a trouvé seulement cinq au Québec. À ce momentlà, on a contacté le gouvernement ontarien. Le gouvernement ontarien nous a, pour nous dépanner, loué 25 véhicules. Donc, pourquoi il y a des véhicules de l'Ontarjo qui circulent actuellement sur le territoire d'Urgences-santé? Essentiellement, parce que le gouvernement de l'Ontario nous a loué 25 véhicules pour nous permettre de nous dépanner

Durant cette période-là, qui était la période de crise, on a roulé à 95 véhicules. On a pu rouler à 95 véhicules pour différentes raisons. La première, c'est qu'on n'a pas fait les mêmes activités qu'on faisait en temps normal Il y a des activités qu'on a dû suspendre. Premièrement, tous les transports hors région, là, ceux qui nous prenaient une journée ou deux, on a cessé de les faire, on a demandé la collaboration des entreprises privées en région pour faire en lieu et place d'Urgences-santé ces transports-là.

Deuxièmement, on a suspendu toute notre assistance. Par exemple, dans la région de Montréal, à chaque fois que les services d'incendie sont en deuxième alerte, automatiquement on envoie une ambulance pour voir s'il se produirait des problèmes. Chaque fois que l'escouade tactique et l'escouade technique interviennent, on envoie des ambulances. On a suspendu l'ensemble de cette disponibilité-là. La seule qu'on a maintenue, c'est pour l'escouade technique lorsqu'elle fait du désamorçage de bombe. À ce moment-là, eux ne désamorcent pas si on n'envoie pas une ambulance. Donc, ça, on l'a maintenu.

L'autre chose, c'est que nos ambulances ont roulé 24 heures par jour. Évidemment, on a maintenu le service, mais il n'y a pas de programme d'entretien préventif qui a été fait sur ces véhicules-là. Ils n'étaient pas lavés ou, s'ils étaient lavés, ils étaient lavés très rapidement, les inventaires étaient faits très rapidement, et il y a un coût,

comme ça, à rouler 24 heures par jour, sept jours-semaine, et ce coût-là, bien, évidemment on est en train de l'avoir.

L'avantage qu'on a, c'est que, comme c'est des véhicules dont on veut se départir parce que c'est des véhicules qui avaient quatre ou cinq ans à ce moment-là, c'est ce qui nous a permis de rouler à 95. Mais rouler à 95, on a réussi à le faire dans des conditions où la totalité des services qu'on rend actuellement n'étaient pas rendus et, deuxièmement, en suspendant une série de processus d'affaires qu'on avait à réviser, notamment l'entretien préventif des véhicules et la préparation. Le risque, c'est qu'on se met encore à risque sur la flotte.

M. Gautrin: Mais ça, la crise est finie pour ça. Les 104 sont réparés ou quoi?

M. Gauthier (Gilles): Actuellement, on a trouvé une solution, c'est-à-dire que, sur les 104 véhicules, GM a installé des freins manuels. Maintenant, c'est un frein qui est actionné par le technicien ambulancier, et on a fait des essais sur 20 véhicules depuis le 2 juillet, et ces essais-là sont satisfaisants, c'est-à-dire que, lorsqu'on actionne le frein, le frein tient le véhicule et, quand on le désactionne, le véhicule roule, ce qui est un peu différent de la situation antérieure.

M. Gautrin: Et alors les 104 vont devenir opérationnels quand?

M. Gauthier (Gilles): On en actuellement 26 qui sont revenus et là on est en processus pour réintroduire les autres. Ça devrait être sur une période de cinq semaines. Pendant cette période-là, on retourne les véhicules qu'on a loués et, pendant cette période-là, on retire également les 51 véhicules pour lesquels il y a eu une utilisation «extensée» pour refaire nos vérifications, nos programmes d'entretien préventif. Donc, d'ici cinq semaines, on devrait revenir à notre flotte optimale qui est de 151 et, d'ici la fin décembre...

M. Gautrin: Revenir à 126.

• (15 h 20) •

M. Gauthier (Gilles): ...réduire la flotte jusqu'à 126.

Une parenthèse. Évidemment, dans toute situation de crise, ça nous permet de réévaluer certains processus d'affaires qu'on faisait à la Corporation d'urgences-santé, et souvent, en situation de crise, on fait des constats qu'on n'aurait pas faits autrement. Il est possible — il nous reste à faire les analyses — qu'on aille un petit peu plus bas que 126 parce que ça nous a permis de faire les choses différemment, et c'est ce qu'on est en train de valider, si on ne pourrait pas, en situation régulière, continuer à fonctionner, sous certains aspects qui ont été revus, tel qu'on pourrait le faire.

M. Gautrin: Il n'y a pas de différence entre vos véhicules d'urgence et vos véhicules de transport interétablissements.

M. Gauthier (Gilles): Aucune différence.

M. Gautrin: Merci

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le député. M. le député de Saint-Hyacinthe.

Transport hors région

M. Dion: Oui, M. le Président. Je voudrais avoir certaines précisions concernant le service de transport interrégions, entre autres. Ma perception — et j'aimerais que vous me corrigiez si je me trompe — c'est que, généralement, quand il se fait du transport interrégions, c'est parce que, dans des régions éloignées, on doit transporter sur Montréal des gens qui ont besoin d'une intervention spécialisée qu'on ne peut pas avoir ailleurs que dans un grand centre. Donc, je serais porté à croire que, sauf exception, la très large majorité, peut-être neuf transports sur 10, et même plus, interrégions se fait de l'extérieur vers Montréal. Donc, il me semble que ce genre de transport là doit être assumé à peu près tout le temps non pas par Urgences-santé, mais par des services extérieurs à Montréal. J'aimerais avoir une réponse à ça.

La deuxième chose, c'est que vous avez parlé que vous aviez suspendu l'assistance incendie. Alors, peut-être y a-t-il des conséquences que vous avez remarquées au fait d'avoir suspendu ce service-là. J'aimerais savoir s'il y a des conséquences dans ce cas-là, de même que s'il y a eu des conséquences au fait d'avoir suspendu le transport hors région.

M. Gauthier (Gilles): À votre première question, le transport hors région, il faut le resituer dans son contexte. Je vous le donne de mémoire, là. Les transports à plus de 250 km, la Corporation d'urgences-santé en a effectué à peu près 300 l'année dernière, donc, admettons, un ou deux transports par jour.

Vous avez raison, ca se situe pour les raisons suivantes: dans un premier temps, des gens qui ont des accidents ou des malaises à Montréal, donc qui sont des gens de l'extérieur et qui sont hospitalisés à Montréal. À ce moment-là, ce que les hôpitaux font, c'est qu'ils les stabilisent, et après ça ces gens-là sont retransférés en région, évidemment pour des considérations humanitaires, là, la famille devant se déplacer à Montréal. Les autres situations, c'est des situations où effectivement des services spécialisés offerts dans la région de Montréal ne sont pas offerts dans les régions périphériques. À ce moment-là, les transports se font par les ambulanciers des régions vers Montréal, mais souvent on doit les retourner, et ces gens-là retournent sur civière parce que l'intervention à Montréal est une intervention de crise ou une intervention en courte période. On doit les retourner dans les centres hospitaliers en région. Mais ramenons ça dans sa juste proportion. C'est, de mémoire, 300 transports par année, 300 transports que nous faisons, et, nous, on fait seulement les transports de Montréal vers l'extérieur. Ca veut dire qu'il s'en fait autant de l'extérieur vers Montréal.

mais ce n'est pas nous qui les faisons, à ce moment-là, c'est les services ambulanciers des régions qui les font

M. Dion: Et la deuxième question, c'étaient les conséquences à avoir suspendu ce service-là de même que le service d'assistance incendie.

M. Gauthier (Gilles): On a suspendu le service au sens où, nous, on ne le faisait plus. À ce moment-là, ce qu'on faisait, c'est qu'on faisait une gestion d'opportunité. Si on avait une demande, par exemple, de transférer un bénéficiaire de Montréal à Rimouski, on appelait les entreprises dans la région de Rimouski et on leur demandait: Est-ce que vous êtes appelées à venir à Montréal? Lorsque les gens nous disaient: Oui, on est appelés à y aller demain ou après-demain, à ce moment-là on leur demandait d'effectuer un transport dans le retour. Et, à ma connaissance, durant cette période-là, bon, il y a peut-être eu des délais, mais ça a été des délais d'une question d'heures; il n'y a pas eu de délais d'une journée. Donc, à ce moment-là, nous, on avait écrit à chacune des régies régionales leur demandant leur collaboration pour inciter les transporteurs qui venaient à Montréal à nous appeler et à ce moment-là à voir si on avait une opportunité de leur confier un transport qu'autrement on aurait fait.

Modification du service offert en cas d'incendie

Pour ce qui est des services d'incendie, je disais tout à l'heure que, quand il y a une crise, on revoit des processus. Il n'est pas évident qu'on remettra notre service, c'est-à-dire d'envoyer une ambulance lorsqu'il y a une deuxième alerte. C'est possible. On va faire des discussions avec les services d'incendie qui sont sur notre territoire. Mais on va refaire une discussion avec eux pour savoir s'il est toujours nécessaire qu'on envoie une ambulance dans ces situations-là. L'alternative qu'on va leur offrir, c'est de rapprocher des ambulances en disponibilité près du site d'incendie plutôt que de les affecter directement à cet événement-là. Donc, c'est probablement une des leçons qu'on a tirées de l'expérience qu'on a vécue durant cette période-là.

Transport hors région (suite)

M. Dion: O.K. Une dernière petite question: Avez-vous l'intention de continuer l'expérience commencée pendant l'été en ce qui concerne le transport interrégions, c'est-à-dire de continuer d'essayer autant que possible d'assurer une coordination entre les voyages allerretour?

M. Gauthier (Gilles): Moi, j'ai contacté les régies régionales à ce niveau-là. De cette expérience-là aussi faudra tirer la leçon suivante: la décentralisation et l'autonomie régionale, c'est une bonne chose, ça, on aurait intérêt à se communiquer de l'intervention parce que, nonobstant la crise qu'on a vécue, souvent on arrivait dans une situation où, par exemple, Urgences-santé pouvait

aller en Abitibi et, on ne le sait pas, là, peut-être qu'une ambulance d'Abitibi descendait dans la région de Montréal. Donc, nous, le projet qu'on a déposé, c'est essentiellement: Est-ce qu'on ne pourrait pas avoir une chambre de compensation de l'information, donc faire circuler à l'ensemble des réseaux de transporteurs ambulanciers ce type de transport là pour empêcher, dans le fond, qu'Urgences-santé revienne allège de l'Abitibi puis que quelqu'un qui est descendu à Montréal revienne allège? Nous, c'est un projet qu'on a présenté à l'ensemble des régies régionales, essentiellement, de s'échanger de l'information nous permettant d'être plus efficaces, efficients puis productifs dans ces situations-là.

M. Dion: Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va, M. le député? M. le député de L'Assomption?

M. St-André: Non merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va? M. le député de Maskinongé.

Formation des techniciens ambulanciers

M. Désilets: Oui. J'en ai quelqu'unes, dont une qui concerne vos personnels au niveau de la formation et puis de l'encadrement. Est-ce que vous avez une particularité différente des autres services ou vous êtes équivalents aux autres services qu'on a à la grandeur du Québec?

M. Gauthier (Gilles): Bien, pour ce qui est de la formation des techniciens ambulanciers, M. le Président, cette formation-là est assez inégale. Je fais un bref historique. La Corporation d'urgences-santé existe depuis maintenant neuf ans seulement. Avant, il existait des services ambulanciers. Ces services ambulanciers là, si on recule un peu, étaient généralement des services privés, étaient généralement des services qui étaient intégrés avec des services de salon mortuaire. Donc, les gens avaient à la fois le salon mortuaire et à la fois l'ambulance. Évidemment, les gens qui étaient embauchés, au début des services ambulanciers, n'avaient pas une formation aussi poussée que les techniciens ambulanciers ont maintenant.

Actuellement, la formation qui est reconnue pour être embauché comme technicien ambulancier, c'est une formation de 820 heures qui est donnée essentiellement dans deux cégeps, le cégep Ahuntsic et le cégep de Sainte-Foy, et c'est une formation qui est contingentée, c'est-àdire que vous devez être préembauché pour pouvoir suivre la formation. Habituellement, il se forme entre 20 et 30 techniciens ambulanciers par année, et le cours est donné au cégep seulement si des besoins de main-d'oeuvre ont été exprimés par les entreprises, et ça, c'est la même situation pour l'ensemble du Québec.

Ce qui s'est produit, c'est que la formation des techniciens ambulanciers est très inégale. Bon, règle générale, les techniciens ambulanciers qui oeuvrent dans le milieu depuis 20 ans ont des formations minimales, tandis que ceux qu'on engage maintenant ont une formation de 820 heures. Donc, le défi — puis ce n'est pas seulement le défi de la Corporation d'urgences-santé, là, mais de l'ensemble des gens qui opèrent des flottes d'ambulances au Québec — c'est d'amener une formation égale pour l'ensemble des techniciens ambulanciers, compte tenu que cette formation-là est inégale par son développement historique. La stratégie de formation qui est mise sur pied, c'est de former les gens en fonction de protocoles et de technologies précis qu'on met sur pied. Par exemple, à la Corporation d'urgences-santé, lorsqu'on introduit le Combitube et le moniteur défibrillateur semi-automatique, on a donné la formation à l'ensemble des techniciens ambulanciers.

On procède prochainement à une formation en traumatologie, comment intervenir dans les cas de traumatologie, et ça, c'est chacune des régies régionales ou chacune des entreprises qui doit elle-même développer ces programmes-là et les assurer.

• (15 h 30) •

Donc, le défi, il est double: d'une part, d'amener l'ensemble des techniciens ambulanciers à des connaissances équivalentes et, d'autre part, compte tenu des développements technologiques que la Corporation met en oeuvre et que les autres propriétaires également mettent en oeuvre, de donner des formations additionnelles pour leur permettre d'utiliser de façon efficace et efficiente les nouvelles technologies qu'on met sur pied.

Utilisation du moniteur défibrillateur semi-automatique

M. Désilets: Ça m'amène à deux autres questions, parce que vous avez parlé un peu de votre défibrillateur semi-automatique. Est-ce qu'il y en a dans toutes les ambulances? Et d'un. La formation, vous en avez parlé, tout le monde est sensibilisé, tout le monde a eu de la formation pour celui-là. Je ne sais pas si c'est de la haute technologie, mais est-ce qu'il y a d'autres appareils comme ça qui s'en viennent sur le marché ou sous une autre forme, que vous voyez arriver, mais vous n'avez pas d'argent pour les acheter? Et, du 1 900 000 \$ de surplus que vous avez réussi à économiser, est-ce que ça va tout sur la dette passée ou il y a une partie qui va pour l'achat de matériel ou la formation du personnel, ainsi de suite?

M. Gauthier (Gilles): D'abord, c'est un acte médical, donc il faut obtenir l'autorisation de la Corporation des médecins pour pouvoir faire en sorte que les techniciens ambulanciers utilisent un moniteur défibrillateur parce que c'est un acte médical. On a un protocole très précis. En plus, la Corporation des médecins nous oblige à faire une assurance de qualité, c'est-à-dire qu'à chaque fois que cet appareil-là est utilisé — c'est un appareil qui enregistre également tout ce qui se produit, c'est une enregistreuse — à ce moment-là, à chaque intervention, bon, c'est une disquette, et on recueille l'enregistrement, et c'est analysé par les médecins, c'est-à-

dire que les médecins analysent chacune des interventions qui sont faites par les techniciens ambulanciers avec cet appareil-là. Lorsque, dans le cadre de cette assurance de qualité là, il y a des défaillances qui sont notées, les techniciens ambulanciers sont vus pas dans un processus disciplinaire, mais dans un processus visant à s'assurer qu'ils maîtrisent très bien ce qu'ils utilisent. Donc, à votre question, à la Corporation d'urgences-santé, sous réserve d'exceptions parce que les gens sont en congé sans solde depuis longtemps, tous les techniciens ambulanciers sont habilités à utiliser cet appareil-là, sont formés.

Votre autre question. À ma connaissance, ce n'est pas tous les services ambulanciers au Québec qui utilisent la technologie du moniteur défibrillateur semi-automatique.

- M. Désilets: Mais chez vous vous en avez dans chacune.
- M. Gauthier (Gilles): Chaque ambulance a un moniteur défibrillateur semi-automatique, et dans chaque ambulance il y a le Combitube également.
- M. Désilets: O.K. Mais les profits, le 1 900 000 \$ dont on parlait tantôt, est-ce qu'il y en a une partie qui va sur l'appareil et de la formation? Et aussi un des objectifs, baisser à six minutes, est-ce qu'il y a une partie de cet argent-là qui sert à essayer de trouver des objectifs pour atteindre le six minutes de...
- M. Gauthier (Gilles): Au niveau de l'investissement corporatif, nous, l'orientation qu'on a prise, c'est qu'on ne demande plus d'argent neuf. À chaque fois qu'on veut intégrer une nouvelle technologie, la façon dont on prépare le dossier, c'est essentiellement de voir quelles sont les économies que l'introduction de cette nouvelle technologie là pourraient nous amener. À ce moment-là, on décide de procéder dans la mesure où on peut autofinancer l'introduction de cette nouvelle technologie là par une réduction de dépenses à courir à moyen terme. Donc, c'est ce qu'on avait fait avec le moniteur défibrillateur semi-automatique, à ce moment-là.

Remboursement de la dette d'Urgences-santé

L'autre problème que la Corporation a, c'est que la Corporation n'a pas toujours eu une gestion financière optimale, donc la Corporation a un déficit de 11 000 000 \$. L'engagement qu'on a pris, nous, vis-à-vis du ministère de la Santé, c'est de rembourser la totalité de notre dette sur une période de cinq ans. Donc, à votre question, le surplus de 1 900 000 \$ qui a été dégagé l'année dernière a été à ce moment-là amené contre la dette parce que c'est l'engagement qu'on avait pris, et, en ce sens-là, on est un peu comme un gouvernement, c'est-à-dire que, moi, je dois financer cette dette-là, donc mes coûts d'intérêt pour financer une dette de 11 900 000 \$ sont importants. Dans la mesure où je peux réduire rapidement ma dette, c'est autant d'argent en économie de frais d'intérêt que je pourrai réinvestir soit en formation ou en développement technologique.

Projet de répartition assistée par ordinateur

À votre dernière question, au niveau des tempsréponse, en situation financière difficile, nous, on fait un calcul, c'est-à-dire que, à ressources égales, pour baisser d'une seconde mon temps-réponse, c'est 45 000 \$. Donc, si j'étais à ressources égales, pour baisser mon tempsréponse moyen de 10 secondes, il m'en coûterait 500 000 \$, 500 000 \$ essentiellement avec plus de ressources.

La technologie ou l'analyse qu'on a faite, c'est la suivante. On s'est dit: Y «a-tu» moyen de réduire notre temps-réponse en éliminant nos zones de non-performance? Qu'est-ce qui, dans notre temps-réponse actuellement, est une zone de non-performance? Et là on en a identifié, et c'est essentiellement la façon d'y répondre: c'est notre projet de répartition assistée par ordinateur, auquel M. le Vérificateur faisait allusion tout à l'heure, où effectivement on a pris du retard et qu'on est en train de mettre sur pied, et ça, ça va nous permettre de réduire notre temps-réponse d'une minute.

Ce que c'est, la répartition assistée par ordinateur, c'est essentiellement trois composantes. Une première composante, c'est une géobase où, sur informatique, la cartographie de notre territoire est faite avec une précision à cinq mètres près, c'est-à-dire que c'est une géobase avec une précision de cinq mètres. Donc, on intègre à notre système de décision sur ordinateur le territoire qu'on couvre. C'est une carte pareille comme quand vous regardez une carte routière, à une précision de cinq mètres, et toutes les adresses sont dans cette base-là. En plus, on a ajouté 110 édifices publics de la région de Montréal, les plans internes des édifices publics, parce que, évidemment, si j'ai un appel à la Place Ville-Marie, je peux bien me rendre là en trois minutes, mais, si je ne sais pas où je m'en vais, un coup rendu à Place Ville-Marie, je peux perdre 15 minutes à Place Ville-Marie. Donc, on a intégré ces plans-là.

Le deuxième élément qu'on a intégré, on appelle ça une GPS, c'est-à-dire une localisation spatiale de nos ambulances. Maintenant, ce qu'on a, c'est que chaque ambulance scintille sur la carte, donc à tout moment on sait où est située chacune de nos ressources.

Autres éléments — puis je vous les résume — c'est qu'il n'y aura plus de communication vocale. Vous entendiez tout à l'heure sur l'enregistrement le répartiteur qui appelait une ambulance pour lui dire le problème, confirmer le CH. Cette technologie-là, ça va être du data. Aussitôt que notre appel va rentrer, l'ordinateur va le localiser immédiatement parce qu'on a une entente avec Bell Canada, un système informatique qu'on appelle ANI-ALI. Aussitôt que le 9-1-1 nous transfère un appel, nous, sur notre écran, on a déjà le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, le code postal et le nom de la personne chez qui le téléphone a été installé, et ça, nous, on pense qu'avec ça on a une précision d'à peu près 98 %. La seule chose qu'on échappe, c'est des téléphones cellulaires. C'est pour ça que, dans nos protocoles, on confirme, dans le fond,

une information qu'on a déjà. Donc, si la personne ne nous disait pas un mot, on est déjà en mesure d'envoyer une ressource.

Ce qui va se produire avec la répartition assistée par ordinateur, c'est que, aussitôt que l'appel entrera, il sera localisé en une seconde et déjà, par géobase, l'ordinateur va avoir choisi les deux ambulances les plus près pour répondre à l'événement. On ne connaîtra même pas encore la teneur de l'événement, mais déjà l'ordinateur, lui, va avoir choisi l'ambulance. Aussitôt qu'on va confirmer ce choix-là, ce qui apparaîtra à l'écran Prise d'appel sera transmis immédiatement à l'écran d'ambulance, donc il y a un ordinateur véhiculaire dans l'ambulance et à ce moment-là il n'y aura plus de communication vocale. Le technicien ambulancier verra apparaître sur son ordinateur sa destination, le problème et des remarques.

Finalement - et je termine là-dessus - on perd énormément de temps, puis c'était une de nos zones de non-performance... Bon, moi, je suis natif de l'est de Montréal, je travaille dans l'ouest de Montréal, je connais les grandes artères, mais je ne connais pas dans le détail les rues. Le problème qu'on a actuellement, c'est que le technicien ambulancier doit recevoir un appel - moi, je viens de l'est - admettons, d'au coin de Saint-Just puis de La Fontaine. Saint-Just puis La Fontaine, il n'a aucune idée où c'est. À ce moment-là, on prend un livre, on cherche. Actuellement, avec cette nouvelle technologie là, automatiquement il pèse sur un bouton à son ordinateur et s'imprime le trajet optimal, et le trajet optimal, lui, va être en fonction des éléments suivants: on tient compte des autoroutes, des routes principales, des routes secondaires, on tient compte du nombre de virages à gauche versus les virages à droite parce que les virages à gauche sont plus dangereux, prennent plus de temps, on tient compte des détournements temporaires de la circulation, et ça donne à ce moment-là l'adresse exacte. Et à tout moment il peut repeser sur l'ordinateur, et il va lui dire où il est rendu et toujours le trajet optimal. Donc, avec l'implantation de cette technologielà, nous, on pense sauver une minute de notre tempsréponse.

Là, on a deux choix: on diminue notre tempsréponse d'une minute, ou on le maintient parce qu'on est plus efficaces et plus performants puis on réduit nos ressources. Dans le fond, c'est les deux choix qu'on aura à faire. Nous, la décision qu'on a prise, c'est de réduire notre temps-réponse en maintenant le même niveau de ressources. Essentiellement, c'est le genre d'investissement qui va s'autofinancer, évidemment pas sur une période d'un an parce que ça coûte 6 200 000 \$, mais qui va s'autofinancer sur une période de probablement cinq, six ans, et c'est une façon de réduire notre temps-réponse d'une minute presque assurée.

M. Désilets: Une petite question.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière?

Utilisation du moniteur défibrillateur semi-automatique (suite)

M. Désilets: Une dernière. Une question d'éclaircissement. Les moniteurs de défibrillation, ils vous font économiser de l'argent de quelle manière? ● (15 h 40) ●

M. Gauthier (Gilles): Ah, pas à Urgences-santé, mais probablement au réseau hospitalier, c'est-à-dire dans la mesure...

M. Désilets: O.K. C'est sur le réseau.

M. Gauthier (Gilles): Oui. Je pense qu'il faut regarder ça dans une perspective d'ensemble, c'est-à-dire quelqu'un qui a... Je ne sais pas si tu peux élaborer, Normand.

M. Martin (Normand): Bien, essentiellement, si on réussit à réanimer plus rapidement un patient, évidemment les coûts engendrés pour le système de santé sont beaucoup moindres, donc une économie d'échelle. C'est clair que pour nous ça a été, entre guillemets, un investissement à perte: il a fallu acheter l'équipement, et on n'a pas de rendement mesurable. Mais, pour l'ensemble du réseau, effectivement c'est une économie pour les patients qu'on réanime.

M. Désilets: C'est ça. Je la voyais, mais je ne la voyais pas chez vous, l'économie directe.

M. Gauthier (Gilles): Oh non! Ça nous a coûté 1 700 000 \$, ça.

Relations avec les entreprises ambulancières privées

M. Désilets: Oui. Merci. Ce n'est pas nécessaire que ce soit répondu tout de suite, mais tantôt il y avait une question de ma consoeur qui vous demandait vos relations avec vos partenaires, surtout dans le domaine privé. Je sais que, vous autres, c'est une corporation à but non lucratif, mais vos relations avec les ambulanciers privés dans votre région ou ailleurs, quelles sont-elles? En tout cas, je ne sais pas si j'ai débordé le temps, mais tantôt Je vous laisse avec ça.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Non, on est sur un bon équilibre, vous pouvez y aller.

M. Gauthier (Gilles): Nos relations... Comment je vous dirais, donc? On est la seule entreprise ambulancière au Québec qui est une entreprise publique. Partout ailleurs, les services ambulanciers sont confiés à l'entreprise privée, puis ce n'est pas les mêmes philosophies, ce n'est pas les mêmes valeurs qui président à la gestion de ces entreprises-là par rapport aux nôtres. Bon, ceci étant dit, les relations, en termes de processus, elles, sont très bonnes, c'est-à-dire que les entreprises privées autant que la Corporation d'urgences-santé ont intérêt à être efficaces,

efficientes dans ce qu'elles font. Donc, à ce moment-là, de plus en plus on développe des échanges de services. Notamment, je vous parlais tout à l'heure des échanges de services dans le cadre des transferts interétablissements. D'autre part, des entreprises sont en train de se doter de centrales de réception d'appels et de répartition. Évidemment, elles font appel à notre expertise, et on a même des contrats de services avec ces différentes centrales là.

Autre élément, on a une capacité d'analyse des problématiques probablement plus grande que les entreprises privées parce qu'on a une gestion d'information qu'on est capables de faire, on est assez gros. Donc, à ce moment-là, souvent on partage avec elles certaines problématiques et l'analyse des informations pour une meilleure prise de décision. Autre chose, le débat du privé-public dans les services aux bénéficiaires, ça n'a pas d'impact. C'est avant tout des services préhospitaliers d'urgence, et donc, en ce sens-là, on a nos propres défis, et on partage l'information, les ressources, et on essaie d'agir en complémentarité.

Je vous donne un exemple. Dans la région que, nous, on dessert, c'est nous qui déterminons, pour nos propres ambulances, vers quel centre hospitalier on achemine une ambulance. Évidemment, nous, on a des engagements et des quotas à respecter vis-à-vis des salles d'urgence parce qu'on ne peut pas envoyer trois détresses cardiorespiratoires en l'espace d'une demi-heure dans une salle d'urgence parce qu'à ce moment-là les services qui vont être offerts ne seront pas adéquats parce que c'est trop en même temps, donc on tente de répartir ça.

Dans la région immédiate qu'on dessert — par exemple, pour Lanaudière, pour Laurentides, pour la Rive-Sud — il arrive fréquemment que des ambulances en urgence entrent à Montréal. Donc, actuellement, ce qu'on fait, c'est qu'on a une entente notamment avec la Rive-Sud, elle nous avise quand elle rentre à Montréal, et c'est nous autres qui lui déterminons un centre hospitalier pour un peu respecter cette espèce d'équilibre là qu'on tente de maintenir. Bon, par exemple, avec la Rive-Sud, on a une entente, parce qu'elle a sa propre centrale, de réciprocité en cas d'incapacité de fonctionner. Donc, de plus en plus, on est en train de développer des mécanismes qui nous permettent, comme système préhospitalier d'urgence au Québec, d'être plus efficaces, d'être plus efficients.

M. Désilets: Je vous remercie beaucoup, M. Gauthier.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Juste pour l'information des membres, là — j'essaie d'avoir un bon équilibre — le député de Verdun avait pris 24 minutes et vous avez pris 23 min 40 s. Donc, notre équilibre est bon jusqu'à maintenant. M. le député de Nelligan, suivi de Mme la députée de Rimouski. Vive l'équilibre!

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Jusqu'à maintenant, c'est bien balancé. Merci beaucoup. Bienvenue, M. Gauthier et toute votre équipe, à la commission des affaires sociales. C'est un sujet assez

important, et je voudrais vous questionner. J'ai plusieurs sujets, mais, avant de commencer, je voudrais juste faire deux commentaires; en fait, trois commentaires. Comme ancien membre de l'exécutif du Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain, je vois effectivement que vous avez fait beaucoup de changements et beaucoup d'améliorations depuis mes années commer représentant des maires sur le conseil d'administration, mais, quand même, je pense que les attentes de la population et les exigences de la population sont très élevées. On doit toujours améliorer notre système, particulièrement quand on parle de sauver une vie, et j'espère que, dans les échanges comme ici, on peut trouver ensemble la façon d'essayer que tout le monde ait les outils pour faire le travail nécessaire.

Un petit commentaire sur la discussion que mon collègue le député de Verdun a commencée sur la flotte et votre pouvoir d'acquisition, juste un petit commentaire. La loi est assez claire. l'article 149.1.6° est assez clair, les conditions doivent être déterminées par le gouvernement. Tous les membres, ici, sont des députés expérimentés, on sait la différence entre un décret et quand on met le mot «gouvernement», ou «ministre», ou «sous-ministre». Dans la loi, on dit que c'est le gouvernement. Avec ca, ca doit être le gouvernement. Qui est le gouvernement? C'est le Conseil des ministres. Comment on prend une décision au Conseil des ministres? Bonne question, mais c'est légalement par décret, je pense que c'est assez clair. Je ne veux pas ouvrir un long débat, mais, si le législateur veut avoir un changement à ca, il peut. Je suis ici assez souvent à cette table, avec mes collègues des deux côtés, et on fait les débats sur des mots comme ça. Le concept de «gouvernement» est complètement différent de «ministre», de «ministère» ou des autres instances, et j'ai voulu juste être «on the record» avec ca.

Deuxième chose, pour mon collègue le député de Maskinongé — nous sommes souvent impliqués dans des discussions assez importantes - de faire un débat sur la Corporation d'urgences-santé sur le surplus ou le déficit, je pense que ce n'est pas nécessairement une bonne façon de commencer un débat sur la performance d'Urgences-santé parce que, selon vos propres chiffres, 45 000 000 \$ viennent d'une subvention, 18 000 000 \$ viennent de la facturation. 4 000 000 \$ viennent des autres programmes gouvernementaux, et une des raisons pour lesquelles vous avez un surplus de 2 000 000 \$, c'est parce que vous avez eu une subvention spéciale de 4 000 000 \$. Avec ca, il me semble que c'est assez important de dire qu'effectivement vous êtes en train de couper les coûts, les dépenses. À quel prix? On doit en discuter, mais vous êtes en train de réduire les dépenses. Mais la question de surplus ou de déficit, je trouve que c'est un faux débat quand la grande, grande partie de l'argent vient de subventions gouvernementales.

Temps de réponse aux appels de l'Ouest-de-l'Île de Montréal

M. Gauthier, vous avez mentionné que vous veniez de l'Ouest-de-l'Île de Montréal.

M. Gauthier (Gilles): De l'est.

M. Williams: De l'est? Malheureusement.

Des voix: Ha. ha. ha!

M. Williams: Parce que vous êtes certainement le bienvenu dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal. Il v a deux députés qui demeurent dans votre territoire, qui représentent votre territoire: moi et le député de Verdun. Je représente un comté de l'Ouest-de-l'Île de Montréal, et il s'appelle Nelligan. Nous avons entendu assez souvent que le temps de réponse est beaucoup plus lent dans l'Ouestde-l'Île de Montréal qu'ailleurs. Nous avons entendu pendant la fin de la semaine qu'à l'ouest de l'autoroute 13 - maintenant, on ne parle pas juste d'un cas de comté, on parle d'un territoire, de la moitié de Montréal - souvent il y a moins d'ambulances dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal qu'ailleurs. Vous-même avez dit que le facteur temps est une des choses les plus importantes. J'ai compris que. pendant plusieurs périodes, tard le soir et pendant la fin de semaine, il y a juste une ambulance à l'ouest de la 13, et. si c'est occupé quand quelqu'un appelle, quelqu'un doit trouver une ambulance ailleurs. Avec ca, ca prolonge le temps de réponse assez substantiellement.

J'ai aussi entendu que, pour remplir vos demandes budgétaires, il y a un système de quota: quand quelqu'un est malade, il n'est pas remplacé, jusqu'à ce qu'il y ait un minimum acceptable. De plus en plus, on touche ce minimum acceptable, et ça cause des lacunes de disponibilité pour les citoyens. Je voudrais commencer avec ça parce qu'il me semble que c'est assez grave comme crainte, comme feedback que j'ai reçu, qu'effectivement peut-être le temps est de plus ou moins huit minutes maintenant pour l'ensemble de Montréal, mais, dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal, c'est plus lent.

Peut-être que la première question, M. Gauthier, c'est de dire: Est-ce que c'est exactement vrai? Est-ce qu'il y a des temps plus difficiles que d'autres? Et est-ce que vous pouvez déposer à cette commission un bilan de tous les délais de temps pour le grand territoire de Montréal, le temps à Laval, le temps à Montréal-Est, le temps au sudouest ou à l'ouest? Je présume que, avec toutes les préoccupations de sous-régionalisation qu'on trouve sur l'île de Montréal, vous allez avoir ces chiffres. Je voudrais vous donner une chance de clarifier ça. Est-ce que c'est vrai? Et, si oui, qu'est-ce qu'on peut faire pour corriger ça?

M. Gauthier (Gilles): M. le Président, commencer par le général et aller au spécifique. La façon dont on déploie la flotte, c'est qu'on déploie la flotte de façon dynamique, c'est-à-dire que, dépendamment de l'heure de la journée, de la journée et du temps de l'année, notre flotte n'est pas déployée de la même façon. Je vous résume ça de façon assez simple: on suit les mouvements de population. Habituellement, pour ce qui est de la semaine, nos ambulances sont ramenées vers le centre-ville parce que les gens en périphérie évidemment y viennent travailler. Notre flotte est généralement concentrée au

centre-ville durant la période de 6 heures jusqu'à 20 heures, et après ça on suit le mouvement inverse, donc on suit le mouvement des citoyens, on redéploie notre flotte en soirée vers un peu plus la périphérie. Il en est de même durant les périodes d'été et il en est de même durant les périodes de fin de semaine.

Deuxième élément: la demande de transport ambulancier n'est pas une demande qui est constante. La demande fluctue énormément en fonction du moment de la journée et de la journée et fluctue évidemment en fonction de la saison. La période la plus creuse — c'est à peu près 55 transports de moins que durant la période la plus haute - se situe en juillet et en août. Juillet et août, à la Corporation d'urgences-santé, c'est la période où on effectue le moins de transports. Les périodes les plus achalandées vont du mois de janvier jusqu'à à peu près la mi-mars. Donc, à votre question de quota, c'est de cette façon-là qu'on applique les quotas. Les quotas, c'est essentiellement le niveau de remplacement d'absences qu'on effectue. Plus on est dans une période où l'achalandage est élevé, c'est-à-dire décembre jusqu'en mars, plus notre niveau de remplacement est haut. Évidemment, plus on est dans la période d'été, plus notre niveau de remplacement est bas.

M. Williams: Mais les urgences ne prennent pas de vacances, hein?

M. Gauthier (Gilles): Pardon?

M. Williams: Les urgences ne prennent pas de vacances

M. Gauthier (Gilles): Non, sauf que les gens qui y vont sont moins nombreux, dépendamment de la période de l'année. Donc, c'est avec ça qu'on gère. Autre élément de question: Est-ce que le temps-réponse sur le territoire d'Urgences-santé est le même partout? Non, il n'est pas le même partout. Ce qu'on donne comme étant un 8 min 16 s, c'est un temps moyen. Évidemment, ce temps moyen là est plus rapide dans le centre-ville de Montréal et beaucoup plus long en périphérie. La périphérie, c'est West Island, est de Laval, ouest de Laval et est de Montréal. Donc, ce n'est pas particulier au West Island, essentiellement pour les raisons suivantes...

M. Williams: Et c'est quoi, le temps?

M. Gauthier (Gilles): Pardon?

M. Williams: Dans les quatre territoires que vous venez juste de mentionner, est, ouest de Laval, est, ouest de Montréal, c'est quoi, le temps?

M. Gauthier (Gilles): Vous voyez, on est à 80 % en deçà de 10 minutes, actuellement. Donc, ça peut vous donner une autre mesure.

M. Williams: Et la moyenne?

M. Gauthier (Gilles): Le 20 % pourrait aller jusqu'à 15 minutes

M. Williams: Ça peut aller jusqu'à 15 minutes.

M. Gauthier (Gilles): Ah oui, ça peut aller jusqu'à 15 minutes dans certaines...

M. Williams: 15 % pourraient... Excusez.

M. Gauthier (Gilles): Non. Dans le 20 % qui reste, je ne peux pas vous donner la moyenne, je ne l'ai pas — je pourrais vous la fournir, vous la faire parvenir, mais je ne l'ai pas avec moi — mais ça peut aller jusqu'à 15 minutes dans certaines situations. Donc, entre le moment où on reçoit l'appel et le moment où l'ambulance arrive, ça peut aller jusqu'à 15 minutes.

M. Williams: C'est grave, ce que vous êtes en train de dire. Le 15 minutes, ce n'est pas dans un code STAT?

M. Gauthier (Gilles): Ah oui, c'est dans un code STAT.

M. Williams: Dans un code STAT.

Services de premiers répondants

M. Gauthier (Gilles): Oui. On a pris d'ailleurs des mesures palliatives, et l'ouest de Montréal est assez choyé à ce niveau-là. C'est dans cette optique-là qu'on a travaillé à mettre sur pied des services de premiers répondants. Ce que des services de premiers répondants essentiellement nous servent à pallier, c'est des déficiences au niveau du temps-réponse. Particulièrement dans les comtés de l'ouest de Montréal, il y a huit municipalités qui ont des services de premiers répondants qui ont des contrats avec Urgences-santé. À ce moment-là, le temps-réponse, dans le fond, on l'améliore; on calcule un temps-réponse de système. Donc, dans les situations où notre temps-réponse est plus éloigné, nous, on affecte des services de premiers répondants. Dans les huit municipalités du West Island, la totalité de ces services de premiers répondants là sont opérés par les services d'incendie, sauf à un endroit, qui est Côte-Saint-Luc, où c'est des gens qui font ça sur une base volontaire. À ce moment-là, dans ces situations-là, à chaque fois qu'on a un appel, on affecte ces services de premiers répondants là qui font une première intervention, et donc les personnes qui font appel à nos services reçoivent le service, et après ça, nous, on arrive pour faire le transport. Les premiers répondants ont une formation qui leur permet d'intervenir dans ces situations-là.

Temps de réponse aux appels de l'Ouest-de-l'Île de Montréal (suite)

M. Williams: J'aimerais mieux comprendre et j'espère que le président a bien noté l'offre du président de la Corporation d'urgences-santé de nous fournir les listes de

temps de réponse dans tous les territoires, parce qu'il me semble que ça change complètement notre analyse du temps de 8 min 16 s. Si on peut aller jusqu'à 15 minutes dans les périphéries — pas juste dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal, mais certainement dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal — il me semble que la moyenne au centre-ville doit être de quatre à cinq minutes.

M. Gauthier (Gilles): Ah, ça peut être même inférieur à ça.

M. Williams: Inférieur à ça. Avec ça, il y a toute une différence de qualité de services entre le centre-ville et la périphérie. C'est ça, le feedback que j'ai reçu. Peutêtre que ça explique quelques appels que j'ai reçus au bureau de comté quand le délai était aussi long que ça. Et ils m'ont dit que, pendant les fins de semaine, souvent il y a juste une ambulance disponible dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal, et, si cette ambulance est occupée, vous avez besoin d'utiliser une ambulance d'un autre territoire. Est-ce que c'est vrai, M. Gauthier?

M. Gauthier (Gilles): Oui, parce que essentiellement on gère des probabilités, là.

M. Williams: Oui? C'est vrai?

M. Gauthier (Gilles): Moi, je ne peux jamais deviner à quel endroit va se produire une intervention et quand cette intervention-là va nous être demandée. À ce moment-là, on gère des courbes de probabilités et on déploie notre flotte en fonction de ces probabilités-là. Ça, c'est un premier élément.

Le deuxième élément, si j'ai trois ambulances dans le West Island, et qu'à ce moment-là se produit un accident sur la route 20, et que mes trois ambulances sont requises, ce que les répartiteurs font essentiellement, c'est que, là, je suis découvert; à ce moment-là, on prend des ambulances qui sont dans d'autres parties du territoire et on les rapproche vers le West Island. Évidemment, ça nous prend du temps, ça. Ça peut prendre de 10 à 15 minutes avant de rapprocher une ambulance pour substituer. Dans une heure, je peux effectuer 60, 70 transports et. dans la nuit, de 3 heures à 4 heures du matin, je peux en effectuer trois ou quatre. Dans le fond, on déploie notre flotte en fonction d'un système qui tente de prédire où l'offre ou la demande va se produire, sinon évidemment le système optimal, ce serait de mettre une ambulance à tous les coins de rue. Sauf qu'à ce moment-là, nous, on fait des courbes de temps-réponse, et nettement c'est une courbe décroissante, c'est-à-dire que, si je n'ai pas de ressources, mon temps-réponse est très élevé, mais l'addition de ressources additionnelles, à un moment donné, n'amène aucun gain marginal sur notre temps-réponse, c'est de l'argent jeté par la cheminée.

M. Williams: Mais une question, M. Gauthier, et je voudrais certainement être assez clair, particulièrement avec les deux représentants des techniciens ici. Ça ne met

en doute d'aucune facon la qualité du travail une fois qu'ils arrivent sur le site, mais, si l'ambulance arrive 15 minutes après l'appel, on peut peut-être sortir un rapport annuel assez intéressant, on peut mentionner au Vérificateur général: Effectivement, nous avons sauvé de l'argent, mais est-ce qu'on peut être vraiment fier du système disponible pour la population? Et je voudrais assurer que je ne mets pas en doute le travail des techniciens qui sont là. Mais, s'ils ne sont pas là parce qu'ils ne sont pas sur la fameuse GPS ou GSP, une ou l'autre, le système de distribution, il me semble que le 68 000 000 \$ dépensé répond peut-être aux besoins financiers de ce gouvernement. Mais notre responsabilité, comme parlementaires, c'est d'avoir une haute qualité, une haute performance pas juste au niveau fiscal, mais aussi de la qualité des soins.

• (16 heures) •

M. Gauthier (Gilles): Le temps-réponse, M. le Président, d'Urgences-santé en quatre ans s'est amélioré de 42 secondes en moyenne, et ce 42 secondes là, en moyenne, c'est pour l'ensemble du territoire. Donc, on ne peut pas dire que l'effort de redressement des finances qui a été fait est au détriment du temps-réponse parce s'il a baissé de 42 secondes en moyenne, il a baissé de 42 secondes en moyenne partout.

Une voix: Pas nécessairement.

M. Gauthier (Gilles): Bien, évidemment, vous allez trouver une situation où mon temps-réponse est de 15 minutes, c'est évident. Vous allez en trouver de 30 secondes, mais ça... Opérer un système d'urgence, c'est de tenter de déployer une flotte en prédisant l'imprévisible, et ça... Ce n'est pas pour rien qu'on prend un ordinateur, et même l'ordinateur à un moment donné va mal déployer sa flotte. Je ne peux pas prévoir l'imprévisible, c'est impossible. Puis il faut aussi comprendre que l'intervention d'urgence, c'est ce qu'on appelle le «golden hour». C'est-à-dire, les objectifs d'une intervention d'urgence, c'est, le plus rapidement possible, d'amener quelqu'un dans un centre hospitalier où des ressources spécialisées vont intervenir le plus rapidement possible.

Ce que la littérature nous dit, c'est que, pour les traumatisés et pour les arrêts cardiorespiratoires, ce tempslà, ultimement, devrait être au maximum d'une heure entre le début du processus et la fin de l'intervention médicale; dans la région qu'on dessert on obtient ça. À titre de comparaison, je regardais la ville de New York. La ville de New York a un temps-réponse de 10 min 20 s et dans 10 % des situations d'urgence elle n'a même pas de véhicule à offrir. Ça, ce n'est jamais arrivé à la Corporation d'urgences-santé. On est en contact avec le système ontarien parce que bizarrement les gens de Toronto trouvent qu'on fait une bonne job. Ce qui fait qu'ils viennent nous voir de temps en temps, et on partage certaines problématiques. La situation dans la région de Toronto est identique. Il est impossible, sur un territoire comme celui de la région de Montréal et de Laval, de donner un tempsréponse équivalent à tout le monde. Ça, c'est complètement impossible, pas plus qu'en région. En région, je ne connais pas le temps-réponse, mais probablement qu'en région ils ont des temps-réponse de 45 minutes. En Abitibi, j'imagine qu'un temps-réponse doit être à peu près de 45 minutes.

M. Williams: On ne parle pas de l'Abitibi, on parle de la Communauté urbaine de Montréal. Tout le monde paie ses taxes...

M. Gauthier (Gilles): Exact.

Une voix: ...

M. Williams: ...tout le monde est connecté et...
Pardon?

Une voix: L'Abitibi fait quoi?

M. Williams: Si on veut parler de tous les systèmes d'urgence au Québec, je suis prêt à en parler. Je suis prêt à discuter de toute cette question, parce qu'on peut débarquer sur ça, mais maintenant jusqu'à... Sauf si vous voulez changer la loi, la Corporation d'urgencessanté, ça couvre juste la Communauté urbaine de Montréal.

Mais il me semble qu'on doit être assez vigilants pour dire... J'accepte, j'apprécie votre franchise, mais de dire que le temps n'est pas le même, comme citoyen de l'Ouest-de-l'île de Montréal, je n'accepte pas. Nous avons un hôpital... Je sais que ce gouvernement a essayé de fermer plusieurs hôpitaux dans l'ouest de Montréal, mais c'est un autre débat. Mais il me semble qu'on doit avoir un système qui réponde... Je comprends qu'il peut y avoir une crise épouvantable, et je ne parle pas de ça, mais il me semble que nous avons besoin d'avoir un système qui donne le plus égal système à tout le monde dans le territoire, et c'était le point que j'ai voulu mentionner. Un peu plus tard, une fois que nous aurons les chiffres, M. le Président, peut-être que je peux vous questionner et continuer notre discussion.

Services de premiers répondants (suite)

Dans la même veine que l'Ouest-de-l'île de Montréal, j'arrive avec une question et nous avons discuté d'un problème, mais je pense qu'une solution existe, et vous avez mentionné que c'est les systèmes de premiers répondants dans l'Ouest-de-l'île de Montréal. Mais je pense qu'ils ont eu des relations difficiles entre la Corporation d'urgences-santé et ces municipalités nommées dans votre rapport, d'avoir des ententes concrètes. J'ai entendu des choses assez choquantes, qu'un système écoutait l'autre sur les téléphones, un écoute l'autre sur les «dispatchers» pour savoir où sont les accidents. Il y a des problèmes comme ça — mais peut-être que c'était dans le passé et que c'est tout corrigé. Je voudrais savoir: C'est quoi, les ententes avec les municipalités? Est-ce que vous avez des ententes écrites, des contrats qu'effectivement... comme exemple,

à Beaconsfield—Kirkland—Pointe-Claire, ils ont un mandat et le financement de remplir cette première tâche de premiers répondants.

M. Gauthier (Gilles): M. le Président, effectivement une façon de pallier au temps-réponse dans les territoires limitrophes, c'est d'instaurer les services de premiers répondants, et c'est la stratégie qui a été mise de l'avant pour pallier au problème de temps-réponse dans le West Island. Essentiellement, les services de premiers répondants, c'est des services municipaux, qui sont dans toutes les situations des pompiers, qui interviennent, certains avec le moniteur défibrillateur semi-automatique. Il y a quatre services de premiers répondants qui utilisent ça et donc qui font une première intervention visant à stabiliser le patient jusqu'à temps qu'on arrive.

Il y a effectivement eu des relations difficiles entre les services de premiers répondants et la Corporation d'urgences-santé. Je vous donne des exemples. Des fois, on se retrouve dans une intervention où il y a deux premiers répondants, deux techniciens ambulanciers, un médecin, un chauffeur de véhicule médecin. Tout ça dans un un et demi, pour une même personne, ça fait beaucoup de personnes. Donc, évidemment lorsque ces services de premiers répondants ont commencé à oeuvrer, il a fallu ajuster nos fonctionnements. C'est évident que dans ce cadre-là, comme ils sont des employés municipaux avec une formation différente de la nôtre et qu'ici, des techniciens ambulanciers avec une formation, il y a eu des ajustements qui étaient nécessaires.

Pour ce faire, nous, on a créé un forum de l'ensemble des premiers répondants, qui a débuté il y a à peu près 18 mois, où dans le fond ce forum vise deux objectifs: de standardiser nos relations avec les services de premiers répondants, d'une part, et, d'autre part, de préciser quelles sont les fonctions et les prérogatives de chacun et quels sont les protocoles quand on intervient. On a effectivement proposé aux services de premiers répondants un contrat de services en bonne et due forme. Actuellement, la municipalité d'Hampstead a convenu avec la Corporation d'urgences-santé d'un protocole, et actuellement on est en discussion avec M. Dufort, qui représente les premiers répondants de Pointe-Claire-Beaconsfield, pour convenir d'un protocole. Les discussions sont presque terminées; on en est seulement à discuter d'une question de responsabilité médicale au niveau de l'intégration de ces deux services là. On a également fait une entente de services avec le service d'Outremont.

Plutôt que de discuter avec l'ensemble des services, on discute avec chacun de ces services-là parce que leurs réalités sont fort différentes. Ils n'utilisent pas tous la même technologie et n'ont pas le même degré d'avancement dans le type d'interventions. Donc, pour nous, c'est une façon de pallier à l'incapacité mathématique qu'on a de donner un temps-réponse équivalent à tous les citoyens du territoire qu'on dessert. Ça, c'est une incapacité mathématique.

- M. Williams: Merci, M. Gauthier pour votre réponse. Je souhaite que M. Dufort et vous puissiez arriver avec une bonne entente.
 - M. Gauthier (Gilles): Moi, j'en suis persuadé.
- M. Williams: Mais privilégiez-vous la reconnaissance...
- Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière intervention, M. le député, très courte.
- M. Williams: Une dernière, M. le Président. Privilégiez-vous la reconnaissance officielle dans la loi québécoise des premiers répondants?
- M. Gauthier (Gilles): Je vais vous donner une opinion personnelle. Moi, je pense que le service de premiers répondants dans le cadre des interventions en préhospitalier est un service nécessaire. Est-ce qu'il est nécessaire dans la région de Montréal? Moi, je pense qu'il serait beaucoup plus nécessaire dans les régions périphériques où les densités de population sont beaucoup moins grandes, essentiellement parce que les temps-réponse dans ces régions-là sont de beaucoup supérieurs à ceux que, nous, on est arrivé.

Si vous me posiez la question, comme le maire Bourque nous l'a unilatéralement déclarée à un moment donné: Est-ce que pour le service d'incendie de Montréal, le service d'incendie devrait opérer un service de premiers répondants? Moi, je vous dirais non parce que son temps-réponse est supérieur au mien. Moi, à l'externe, je suis à 4 min 30 s, et lui-même est à 4 min 30 s. Donc, à votre question: Est-ce que des services de premiers répondants sont une panacée pour toutes les situations? Je vous donne une opinion personnelle, moi, je ne pense pas. La priorité, quant à moi, ça devrait être d'investir dans des services de premiers répondants dans les régions où le temps-réponse n'est pas ce qu'on retrouve à Montréal.

M. Williams: Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. J'ai par ordre, la députée de Rimouski, le député de Hull, le député de L'Assomption et le député de Verdun. Vous comprendrez, M. le député de Verdun, que j'essaie de passer tous les députés aussi. Alors, allez-y, Mme la députée de Rimouski

Mme Charest: Merci, M. le Président. Je me permettrais un commentaire. Je pense que la répartition des services ambulanciers, ça n'est pas une question de territoire est ou ouest. Je pense que tous les citoyens ont droit à une répartition, et c'est ce que je constate que vous faites. Ce n'est pas une question ethnique non plus. Alors, ceci étant dit, je pense qu'il est temps de passer à un autre registre.

Formation des techniciens ambulanciers (suite)

J'aimerais avoir, moi, des précisions sur la formation de base que vous donnez à vos techniciens. Parce que ce que je remarque dans votre rapport, vous avez des techniciens ambulanciers et vous avez des médecins. J'aimerais savoir, est-ce que vous avez des urgentologues dans ces équipes de médecins là, ou si ce sont des omnipraticiens? Quel type de formation particulière ils ont pour répondre à des situations en cas d'urgence? Vos techniciens ambulanciers, une fois qu'ils ont reçu leur formation de base, suite à une promesse de pré-emploi, est-ce qu'ils ont de la formation continue? Estce qu'ils ont du recyclage? Quelle sorte de recyclage ils ont? J'aimerais vous entendre là-dessus et j'aimerais voir aussi: Est-ce que vous avez évalué la possibilité d'incorporer dans vos équipes des infirmiers et infirmières? Parce que la formation n'est pas la même.

• (16 h 10) •

C'est sûr que les services d'urgence du Québec ne sont pas les fameux SAMU de France, mais quand même. Il me semble qu'on revendique, depuis un certain temps, de donner une formation plus élaborée aux techniciens ambulanciers pour qu'ils soient à même, pas seulement de faire du transport, mais de donner des premiers soins un petit peu plus développés que ce qui avait été donné par tradition dans les services ambulanciers au Québec. J'aimerais grosso modo revenir là-dessus.

M. Gauthier (Gilles): M. le Président, je vais répondre pour les techniciens ambulanciers; après ça, le Dr Martin pourrait répondre pour ce qui est de la formation pour les médecins.

Mme Charest: Tout à fait, monsieur.

M. Gauthier (Gilles): Pour ce qui est des techniciens ambulanciers, je pense qu'il faut revenir à l'orientation québécoise au niveau des services préhospitaliers d'urgence. Il y a dans le fond, dans le monde, deux façons d'intervenir. Une première façon, vous excuserez l'anglais, on appelle ça «scoop and run». C'est-à-dire essentiellement l'objectif d'intervention du service préhospitalier d'urgence, c'est de rapidement stabiliser, pas ramasser mais mettre sur une civière et transporter le plus rapidement possible en centre hospitalier.

L'autre philosophie d'intervention, qui est la philosophie un peu plus américaine, c'est toute l'intervention qui se fait avec du paramédic; dans le jargon, nous, ce qu'on dit, c'est d'amener la salle d'urgence dans la rue. Ça, c'est les deux orientations. L'orientation qui est retenue au Québec, M. le Président, c'est l'orientation du «scoop and run», c'est-à-dire qu'on ne tente pas d'amener la salle d'urgence dans la rue pour traiter dans la rue. Ce qu'on tente de faire, c'est de stabiliser le bénéficiaire le plus rapidement possible et l'amener vers des ressources spécialisées le plus rapidement possible, qui sont essentiellement des ressources hospitalières, donc des médecins.

Ceci étant dit, évidemment les attentes qu'on a visà-vis les gens qui travaillent à la Corporation sont fort différentes des attentes que pourraient avoir, par exemple. les gestionnaires de la ville de New York où, là, l'orientation est un peu différente. La formation, nous, est surtout axée sur bien reconnaître le problème, bien faire une intervention limitant le problème, rapidement stabiliser et rapidement transporter vers un centre hospitalier plutôt que de faire une intervention où la totalité des traitements sont amorcés sur le trottoir ou dans le domicile. Donc, à votre question «Pourquoi on n'utilise pas des infirmières?», c'est essentiellement pour une question d'orientation fondamentale des services préhospitaliers au Québec. Antérieurement, la Corporation d'urgences-santé avait des infirmières, c'est-à-dire que les gens qui recevaient les appels étaient des infirmières. Ce qu'on notait, c'est que le temps d'intervention avec les infirmières était plus long et, donc, à ce moment-là...

Mme Charest: Oui, parce qu'elles donnaient plus d'informations ...

M. Gauthier (Gilles): Donnaient plus d'informations, posaient plus de questions, et le choix qui avait été fait à ce moment-là, c'était de réduire notre temps-réponse.

Mme Charest: Parce que les lignes d'appel Info-Santé dans les CLSC, ce sont des infirmières d'expérience qui répondent et elles évitent, dans bien des cas, des visites à l'urgence. Là, c'est autre chose, c'est une autre dynamique, c'est un autre contexte; ça, je le comprends. En tout cas, ça, c'est un autre débat qu'on pourra faire...

M. Gauthier (Gilles): De façon historique, lorsque la Corporation a décidé de se départir de son service d'infirmières, c'est à partir de ce moment-là qu'on a créé Info-Santé. Parce que ce qu'on notait, c'est qu'il y avait énormément de gens qui appelaient au 9-1-1 non pas pour obtenir des services d'urgence, mais essentiellement en nous disant: Moi, je n'ai pas besoin d'une ambulance, je veux juste avoir un renseignement. Dans le fond, le problème que ça causait à la Corporation d'urgences-santé ace moment-là, c'est qu'on avait probablement 30 % des appels qui nous étaient acheminés qui ne devaient pas la venir chez nous, et c'est là que le gouvernement a pris la venir chez nous, et c'est là que le gouvernement a pris la venir chez nous, et c'est là que le gouvernement a pris la venir chez nous, et c'est là que le gouvernement a pris la venir chez nous, et c'est là que le gouvernement a pris la venir chez nous, et c'est là que le gouvernement a pris la venir chez nous, et c'est là que le gouvernement a pris la venir chez nous, et c'est là que le gouvernement a pris la venir chez nous, et c'est là que le gouvernement a pris la venir chez nous, et c'est là que le gouvernement a pris la venir chez nous, et c'est là que le gouvernement a pris la venir chez nous d'info-Santé à Montréal et de prendre les infirmières d'Urgences-santé pour les confiner dans des informations d'Info-Santé.

Mme Charest: Ça, c'est une chose. Mais vos techniciens ambulanciers, en quoi ils sont formés et compétents pour faire le «dispatching», excusez le terme anglais, pour faire le triage de l'urgence de l'appel? Ça, j'aimerais bien savoir ça.

Triage des appels

M. Martin (Normand): Essentiellement, le triage des appels, M. le Président, est basé sur le système

Clawson, qui est un système américain basé sur une série de questions; selon les réponses aux questions, à ce moment-là l'intervention, ou le niveau d'intervention, est adaptée en fonction des réponses. Bien sûr, c'est un système qui donne beaucoup de chances au coureur dans le sens où c'est un système qui est sensible, c'est-à-dire qu'il va détecter l'ensemble des cas nécessitant une intervention à 100 % des cas. Par contre, il est peu spécifique. Si on gagne en sensibilité, on perd en spécificité. Donc, il est bien sûr qu'on va déplacer souvent plus d'effectifs requis, mais on s'assure à ce moment-là de ne rien manquer. C'est un choix qui a été fait il y a plusieurs années et que nous devons maintenant assumer, vivre et composer avec et modifier nos façons d'établir, si on veut, des critères pour l'affectation des ressources.

Ceci étant dit, les techniciens ambulanciers comme tels n'ont pas, via le téléphone, à décider sur quelle intervention ils vont être affectés. L'affectation d'une ressource ambulancière se fait via le système Clawson qui détermine un niveau d'intervention et, à partir de ce niveau d'intervention là, on décide si on envoie, par exemple, une ambulance avec sirène et gyrophare, une ambulance sans sirène et sans gyrophare, ou encore une ambulance, un véhicule médecin, un superviseur, les pompiers, la police et toute la cavalerie, donc dépendamment des niveaux d'interventions déterminés par le système de triage. C'est un système informatisé où il n'y a pas de place ou très peu de place au jugement subjectif. Le système tente d'être le plus objectif possible. Bien sûr, il y a des places où le système peut être, entre guillemets, «upgradé» par l'intervention humaine, mais le but principal du système établi par Jeffrey Clawson est justement d'arriver à une affectation surtout basée sur la rapidité et sur un calcul de probabilité. Ou'on soit d'accord ou pas, c'est un autre débat qui a déjà eu lieu il y a cinq ans et qui aura lieu encore dans cinq ans. C'est un autre problème.

Mme Charest: C'est un éternel débat qui recommence tout le temps.

M. Martin (Normand): Essentiellement, c'est l'humain contre la machine, la sensibilité contre la spécificité, et je ne pense pas qu'on puisse régler ça dans un aprèsmidi ni au cours d'un vie utile d'un individu, à mon sens. Donc, ceci étant dit, ce n'est pas les techniciens ambulanciers, dans leurs véhicules, qui déterminent le niveau d'intervention, mais bien un système de répartition, duquel fera partie le RAO pour essayer de diminuer le temps d'affectation. Ce ne sont pas les techniciens ambulanciers qui déterminent le niveau.

Formation des techniciens ambulanciers (suite)

En ce qui a trait à leur intervention, l'intervention des techniciens ambulanciers est protocolisée, à savoir qu'ils ont une série de protocoles à suivre, selon la plainte du patient. Donc, le premier protocole, le protocole zéro, est le protocole d'évaluation du patient. C'est-à-dire qu'à chaque fois qu'ils ont un contact physique avec un patient

ils doivent utiliser ce protocole qui leur permet d'évaluer l'état du bénéficiaire et, à partir de leur évaluation, arrivent à une certaine catégorisation du patient en stable, instable et potentiellement instable. À partir de ces catégories-là, d'autres niveaux d'interventions vont être jugés. Évidemment, si le patient est stable, que c'est plutôt une douleur chronique, on n'aura pas le même niveau d'intervention et on n'aura surtout pas la conduite avec sirène et gyrophare, et des risques pour l'ensemble de la population. Par contre, s'il s'agit d'une situation urgente où le patient est instable, le but est évidemment d'offrir des soins médicaux le plus rapidement possible, donc d'amener le patient avec sirène et gyrophare. Mais tout ceci a été protocolisé et essentiellement...

Tantôt, la députée de Rimouski demandait qu'elle était la collaboration d'Urgences-santé avec le reste du Québec. Bien, c'est Urgences-santé qui a mis sur pied les protocoles qui sont utilisés à travers le Québec. Donc, oui, effectivement, on collabore, et ça, c'est une des collaborations qu'on a à faire de par notre expertise. Évidemment, on a l'expertise, avec le temps, et on a le nombre. On a 800 techniciens et 70 médecins, ce qui fait qu'on a plus, entre guillemets — excusez le terme — de longue haleine qui demandent beaucoup d'expertise, beaucoup de temps et on est fier de partager cette possibilité qu'on a avec le reste du Québec.

Donc, une fois que les protocoles sont utilisés, évidemment il y a des habilités particulières. Il reste un grand sens clinique que les techniciens ambulanciers doivent avoir et effectivement il faut continuer à leur faire une formation continue. Donc, on a un programme de formation continue, à Urgences-santé, on a des recertifications obligatoires dans les techniques ambulancières de base à tous les deux ans. C'est-à-dire qu'à tous les deux ans les techniciens ambulanciers doivent repasser une certification pour pouvoir travailler, obtenir leurs cartes, et cette recertification-là comprend tous les aspects du travail de base d'un technicien ambulancier plus l'utilisation du MDSA Combitube, donc la réanimation cardiorespiratoire à l'aide d'un moniteur défibrillateur et d'un Combitube.

• (16 h 20) •

De plus, si le technicien est quatre mois sans se servir de son MDSA Combitube, il est automatiquement convié à une séance de recertification et de reformation. Donc, si ça fait quatre mois qu'il ne l'a pas fait, pour être sûr que le sixième mois, quand il va avoir à s'en servir, il s'en souvienne, à tous les quatre mois, on les reforme de façon régulière. En plus, sur une base individuelle, tout technicien peut, quand bon lui semble, demander un «upgrade» ou un «refresh» — qu'on appelle en bon français de rue — sur le C-MDSA Combitube. Et, à partir des alentours du 15 septembre, il va y avoir maintenant en permanence un médecin désigné, par chacun des secteurs, dans les garages où se tiennent les techniciens ambulanciers avant le départ pour justement répondre à leurs questions, faire la formation continue, s'assurer que les mises à jour soient faites et répondent

à toutes leurs questions et s'assurer que le plan corporatif de formation des techniciens ambulanciers soit suivi

Donc, oui, il y a de la formation médicale continue pour les techniciens ambulanciers, et on s'assure qu'il y ait un suivi. Et non ce n'est pas à eux directement de déterminer le niveau d'intervention du système, mais une fois qu'ils sont en relation avec le patient oui, c'est à eux de le déterminer via des protocoles qu'ils sont habilités à utiliser et le jugement clinique qui va avec l'utilisation des protocoles. Parce que je peux très bien vous donner les protocoles, mais je ne suis pas convaincu que vous allez être capable de rendre la marchandise. Par contre, eux ont l'expérience, l'expertise et la formation pour utiliser les protocoles. Donc, à ce moment-là, on s'assure d'une utilisation adéquate des protocoles, parce que ce n'est pas juste d'avoir la recette pour le gâteau, il faut le faire monter aussi.

Formation des médecins

Mme Charest: Vos médecins, ils sont quoi? Ils sont des urgentologues, des omnipraticiens, ou quoi?

M. Martin (Normand): M. le Président, j'aimerais dans un premier temps répondre à Mme la députée de Rimouski que des médecins urgentologues, il n'y en a pas au Québec actuellement.

Mme Charest: Bien, il y en a qui ont de la formation, quand même

M. Martin (Normand): C'est une nouvelle spécialité qui a été acceptée par la Corporation des médecins juste depuis le 1er juillet. Donc, il y a des examens qui sont en cours, mais actuellement il n'y en a pas de reconnus comme tels.

Mme Charest: Mais il y a encore, quand même, des médecins qui ont suivi la formation et qui ont...

M. Martin (Normand): Oui.

Mme Charest: ...une pratique en urgence, et tout ça.

M. Martin (Normand): J'en suis un. Oui, effectivement.

Mme Charest: Je connais un petit peu le secteur, pour vous dire que ça existe, quand même, même s'ils n'ont pas la reconnaissance officielle.

M. Martin (Normand): O.K. Donc, si on se comprend bien, on peut parler de médecins généralistes urgentologues, c'est-à-dire qu'il y a des médecins généralistes qui ont une formation de médecine générale plus une formation d'une année par la suite en médecine d'urgence et qui ne pratiquent que dans des situations d'urgence. Ils ne font que de la salle d'urgence et Urgences-santé; nous en avons, à Urgences-santé. La vaste majorité de nos médecins, maintenant, à l'heure actuelle, sont des médecins qui ont une pratique axée essentiellement sur la médecine d'urgence, que ce soit à Urgencessanté ou que ce soit en centre hospitalier et à Urgencessanté. Il est clair qu'on a ce qu'on appelle aussi des médecins généraux qui travaillent à Urgences-santé, et ces médecins-là ont quand même un intérêt très particulier pour la médecine d'urgence et particulièrement pour le préhospitalier, ce qui n'est pas le cas de tous les médecins qui travaillent dans les salles d'urgence. Donc, ça demande, pour travailler à Urgences-santé comme médecin, une formation en médecine d'urgence, bien sûr, mais un intérêt encore plus particulier à la médecine préhospitalière, qui est quand même très différente de la médecine qu'on fait en centre hospitalier.

Mme Charest: Et les médecins qui pratiquent à Urgences-santé ont une expérience, à Urgences-santé, de combien d'années en moyenne? Est-ce qu'on...

M. Martin (Normand): Les plus jeunes...

Mme Charest: ...demeure à Urgences-santé trois ans, cinq ans? Combien d'années?

M. Martin (Normand): À Urgences-santé, si vous passez le cap des deux ans, vous restez 15 ans.

Mme Charest: Pardon? Si vous passez le cap...

M. Martin (Normand): Si vous restez plus que deux ans à Urgences-santé, on est sûr de vous garder au minimum 10 ans et souvent 15 ans.

Mme Charest: Alors, sur vos 35 médecins, vous en avez combien qui ont passé le cap...

M. Martin (Normand): On a 70...

Mme Charest: ...et combien ne l'ont pas. .

M. Martin (Normand): On a 70 médecins actuellement, dont 35 équivalents temps plein. Parce qu'il faut comprendre que très peu de médecins ne font que de «l'Urgences-santé»; la majorité des médecins...

Mme Charest: Ça m'aurait surprise.

M. Martin (Normand): ... à Urgences-santé sont à temps partiel. Le reste du temps évidemment ils essaient de le passer...

Mme Charest: Ils pratiquent en...

M. Martin (Normand): ...en salle d'urgence et donc ils ont le travail à temps partiel. On a deux pics, deux groupes: on peut diviser ça à peu près entre... Bon,

en réalité, on a trois pics. On a un pick de très nouveaux, des jeunes finissants, qui comptent pour environ 25 %, et le 75 % se distribue, la très vaste majorité, en haut de 10 ans, le reste, là - je n'ai pas les chiffres exacts - entre cinq et 10 ans. Mais on a deux grands groupes: on a un groupe de 10 ans et plus et un groupe de cinq ans et moins, des nouveaux médecins qu'on a. Statistiquement, ce qu'on note, c'est que, si on passe le cap des deux ans à Urgences-santé, on risque de rester longtemps, pour plusieurs considérations: on s'est adapté, c'est une pratique qui est très particulière, et aussi on s'est adapté au milieu, c'est un milieu qui est particulier, qui n'est pas aussi structuré, aussi hiérarchisé que dans un hôpital, par exemple, où les tâches sont clairement définies, les barrières sont claires. Tandis qu'à Urgences-santé les barrières sont plus ou moins floues, et c'est un monde qui est différent. Donc, les médecins qui sont moins souples ou qui ont moins de facilité à s'adapter à des situations difficiles n'arrivent pas à s'adapter et quittent Urgences-

Facturation et recouvrement

Mme Charest: Alors, c'est bien. Je vous remercie, M. Martin. M. Gauthier, j'aurais une question d'un tout autre ordre qui touche la facturation et le recouvrement des sommes qui vous sont dues.

Moi, j'ai entendu souvent parler d'Urgences-santé comme étant une corporation qui avait un certain nombre de factures qu'ils ne réussissaient pas à se faire payer par la clientèle. Et, si je me souviens bien, le Vérificateur général du Québec, depuis 1991-1992, remet année après année cette question dans le rapport. Où en êtes-vous rendus dans cette question de recouvrement des factures impayées?

M. Gauthier (Gilles): Effectivement, M. le Président, le Vérificateur général, dans le rapport, avait noté que la Corporation avait des défaillances dans son processus de facturation et son processus de recouvrement, ce qui se traduisait par un taux de mauvaises créances assez élevé. Il y a des années où c'était au-delà de 1 000 000 \$ de factures qui ne nous étaient pas remboursées. À ce moment-là — et on était en accord avec l'analyse du Vérificateur - ce que le Vérificateur notait, c'est que le délai de facturation de la Corporation était beaucoup trop élevé - le délai de facturation était au-delà de 30 jours. Et, pour ceux qui sont des spécialistes en facturation-recouvrement, il est, je pense, entendu que plus ca prend de temps à recevoir une facture, moins on la paie. À ce moment-là, le Vérificateur nous avait fixé comme objectif de revoir complètement notre système de facturation-recouvrement pour que ce délai-là soit ramené à un délai de six jours et, à ce moment-là, pour nous permettre de diminuer notre montant de mauvaises créances.

D'année en année, le Vérificateur a constaté que la Corporation n'avait pas procédé. Je pourrais probablement vous trouver 46 000 excuses et 43 raisons...

Mme Charest: Mais maintenant, là, aujourd'hui?

M. Gauthier (Gilles): .. mais la vérité, c'est que le dossier n'avait pas été pris en charge. Bon, depuis maintenant un an et demi, on a complètement révisé notre processus de facturation-recouvrement...

Mme Charest: Mais c'est quoi, le délai pour recevoir une facture?

M. Gauthier (Gilles): Actuellement, on vient d'implanter le nouveau système informatisé de la facturation-recouvrement, parce que l'implantation s'est faite en juin. Actuellement, le délai est seulement d'une journée, mais il faut comprendre qu'on est en période d'été.

Mme Charest: De rodage?

M. Gauthier (Gilles): Exactement, parce qu'on est en système parallèle actuellement. Et à compter d'aujourd'hui on a abandonné notre système parallèle et maintenant c'est notre nouveau système de facturation qui est en vigueur. On a également restructuré l'ensemble du service. Il y a neuf postes de moins maintenant, avec le nouveau système, qu'il y en avait antérieurement. Et d'ici trois mois, on pense atteindre l'objectif qui avait été fixé par le Vérificateur, c'est-à-dire que toutes les factures de la Corporation d'urgences-santé seront émises dans une période de six jours.

Mme Charest: Six jours, c'est votre objectif.

M. Gauthier (Gilles): Oui, et l'objectif qui nous avait été fixé.

Mme Charest: Et vous allez valider ça, vous allez vérifier ça régulièrement pour vous assurer qu'au bout de six jours vos clients auront reçu une facture.

M. Gauthier (Gilles): Oui. D'ailleurs, à sa dernière vérification de cette année, le Vérificateur a examiné notre système et l'a jugé, à ce moment-là, conforme aux objectifs qui nous avaient été fixés.

Mme Charest: J'aurais le goût de vous féliciter parce que vraiment, c'est quand même beaucoup, l'effort qui a été fait. Et, si vous réussissez ça en six jours, bien, bravo, je veux dire, tant mieux. J'aimerais savoir: Là, vous allez envoyer des factures, mais êtes-vous sûrs que vous ne perdrez pas aucun client?

M. Gauthier (Gilles): Non, c'est impossible parce qu'il y a les situations suivantes. Il y a des fois où on ne peut même pas envoyer la facture parce qu'on n'est pas capable d'identifier le client. Je vous donne, par exemple: on a énormément de transports pour les itinérants.

Mme Charest: Pardon?

M. Gauthier (Gilles): Les itinérants à Montréal.

Mme Charest: Oui. O.K. Je comprends.

M. Gauthier (Gilles): Dans bien des situations, on n'est même pas capable de les identifier. D'autre part, dans des situations où, par exemple, il y a un accident d'auto; évidemment notre mandat, c'est de transporter les individus. Il y a donc une situation où on ne peut même pas émettre des factures. D'autre part, il est évident que, dans les 20 % des gens qui ne sont pas remboursés par des systèmes publics puis qui doivent nous payer directement, il y aura toujours...

Mme Charest: Un certain pourcentage.

M. Gauthier (Gilles): ...un certain nombre de personnes qui ne pourront pas nous rembourser soit parce qu'ils ne veulent pas, soit parce qu'ils pensent qu'on n'aurait pas dû les transporter, ou soit parce qu'ils n'ont pas la capacité de nous rembourser.

• (16 h 30) •

Donc, il est évident que la Corporation d'urgencessanté fera toujours face à une proportion de mauvaises créances.

Mme Charest: Est-ce que vous avez des...

M. Gauthier (Gilles): Ce qu'il faut identifier, c'est quelle est la proportion acceptable de mauvaises créances...

Mme Charest: Exact.

M. Gauthier (Gilles): ...et quelle est la proportion qui est due...

Mme Charest: C'est fait.

M. Gauthier (Gilles): ...au fait que notre système n'est pas efficace et efficient. Ce dont on peut vous assurer maintenant, M. le Président, c'est que notre système est efficace et efficient. Donc, la proportion des mauvaises créances qui était due au problème de système, elle sera réglée, et là il faudra s'attaquer à d'autres types de problématiques qui n'auront rien à voir avec notre système.

Mme Charest: Parce que vous avez quand même un budget important. Alors, sur 66 000 000 \$, 1 000 000 \$ et quelques de factures non recouvrées, ça commençait à compter.

M. Gauthier (Gilles): Oui, c'est une dépense importante. Dans la mesure où on peut la réduire, évidemment c'est de l'argent qui est disponible pour d'autres activités à la Corporation.

Mais il faut comprendre qu'il y a des gens qui ne nous paieront jamais, là. Les situations qu'on observe sont les suivantes. Lorsque des gens appellent pour quelqu'un d'autre, évidemment la personne, à ce moment-là, peut juger que la personne qui a appelé pour un transport ambulance n'aurait pas dû appeler. À ce moment-là, ils ont comme réflexe de ne pas nous payer. Les autres situations qui se produisent, c'est que, si on transporte quelqu'un contre son gré, à ce moment-là, surtout des malades psychiatriques où des fois il faut demander à la police d'intervenir pour, entre guillemets, se passer du consentement de la personne pour la transporter, évidemment, si vous êtes transporté contre votre gré suite à une décision de la police, probablement que vous ne paierez pas la facture. Et, comme je vous disais, il y a les autres situations où on ne peut même pas identifier les personnes qu'on transporte. Donc, on n'envoie même pas, à ce moment-là, de compte. Donc, toute cette zone-là, c'est, quant à nous, une situation incompressible de mauvaises créances et ça fait partie du type de boulot qu'on fait.

Mme Charest: Je vous remercie, M. Gauthier.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Juste pour l'information des membres, je voudrais terminer vers 16 h 50 pour permettre les remerciements puis la conclusion d'usage. J'ai trois autres interventions. Jusqu'à maintenant, les quatre interventions ont pris 23 minutes chacune. Alors, je ne veux pas vous dire de raccourcir votre temps, mais je vous demande une collaboration. Le député de Hull, qui sera suivi du député de L'Assomption et du député de Verdun.

Efficacité d'Urgences-santé par rapport à d'autres services comparables

M. LeSage: Merci, M. le Président. Alors, je serai bref. J'ai compris le message.

J'aimerais revenir à la performance du service. M Gauthier, vous nous avez parlé beaucoup de statistiques durant votre présentation et durant le questionnement de la part de mes collègues et vous avez fait allusion également à une statistique qui provient de la ville de New York. Soit dit en passant, elle est un petit peu plus grosse que la ville de Montréal et son agglomération. J'aimerais savoir si vous avez d'autres statistiques d'autres villes qui sont comparables à la ville de Montréal, ou Montréal métro, ou des agglomérations similaires en ce qui concerne la performance. Ou des statistiques en ce qui concerne le nombre d'appels, le temps d'appel, le temps d'intervention, est-ce que vous en avez pour d'autres agglomérations?

M. Gauthier (Gilles): On a celles de Toronto. Moi, j'ai déjà vu celles de la Colombie-Britannique, puis on en a certaines de systèmes américains parce qu'ils utilisent les mêmes... notamment le protocole Clawson. Ce qui est difficile, c'est que les services ne sont pas les mêmes, là. Dans d'autres situations, les services non urgents ne sont pas donnés par les services ambulanciers.

Donc, à ce moment-là, eux ne font que répondre à des services urgents, ce qui n'est pas le cas de la situation au Québec ni en Ontario, d'ailleurs, parce qu'en Ontario les services non urgents sont également donnés par les services ambulanciers.

Les autres différences, c'est que, notamment aux États-Unis, les ambulances sont en caserne, c'est-à-dire qu'elles sont situées dans une caserne, habituellement la même caserne que les pompiers, et partent des mêmes endroits, tandis que, nous, on a un déploiement dynamique de la flotte. Nous, on met nos ambulances sur les coins de rue

Autre phénomène également — le Dr Martin le soulignait tout à l'heure — la difficulté de se comparer, c'est qu'on a énormément, nous, d'appels pour lesquels on ne fait pas de transport, comparativement au système américain, parce que, ici, on a un problème de spécificité. Je vous donne un exemple. La plupart des Américains utilisent le système ambulancier et le paient. Donc, à ce moment-là, lorsqu'ils appellent pour un service d'ambulance, ils ont déjà fait leur analyse de spécificité, c'est-à-dire: Est-ce que je peux aller à l'hôpital autrement? Est-ce que je peux y aller par mes propres moyens ou je peux y aller par taxi?

M. LeSage: Je parle d'urgence, là. Aux États-Unis, si vous appelez le 9-1-1, il vient trois services vous voir à la porte: la police, les pompiers puis l'ambulance. C'est ça dont je vous parle. Je ne vous parle pas du gars qui pense: Je «devrais-tu» y aller en taxi ou en ambulance? Je parle d'un accident, une urgence.

M. Gauthier (Gilles): Mais celui-là va quand même appeler le 9-1-1, M. le Président. Lui, il ne fera pas la différence. Moi, à ce moment-là, je reçois ça comme un appel d'urgence. À ce moment-là, il y a énormément d'appels auxquels, nous, on répond et qui, dans le système américain, ne seraient pas considérés comme des appels d'urgence, mais, moi, je dois quand même y répondre parce que les appels me sont quand même acheminés.

Donc, à ce moment-là, si on compare, en tenant compte de ces réalités-là, les temps-réponse à la Corporation d'Urgences-santé versus les temps-réponse... puis le comparable est difficile parce qu'il y a toujours des différences, on est un système qui est performant. Est-ce qu'on peut augmenter notre performance? Oui, on peut augmenter notre performance. La répartition assistée par ordinateur, M. le Président, je vous soulignais tout à l'heure, va nous permettre d'augmenter notre performance d'une minute, essentiellement par une gestion meilleure de nos zones de non-performance. Évidemment, notre système est perfectible.

Ce que je dis en disant qu'on a gagné 42 secondes en cinq ans, M. le Président, je ne veux pas dire qu'on a atteint la totalité de nos objectifs, je veux simplement indiquer à la commission qu'on est sur la bonne voie et qu'à moyen terme il y a d'autres révisions de processus qui vont nous permettre d'atteindre encore un meilleur temps-réponse. Il est évident, M. le Président, que, si on

trouvait d'autres modalités ou d'autres façons de faire différentes qui nous permettraient encore de l'augmenter, on l'augmenterait parce que, essentiellement, un service comme le nôtre n'est jugé que sur son temps-réponse. Donc, on n'a pas intérêt, à ce moment-là, à avoir un mauvais temps-réponse. On n'aura pas un bon bulletin et on va être dans le journal le lendemain.

M. LeSage: Justement, M. le Président, parlant du journal et des journaux, n'importe lequel des médias, on en entend souvent parler. Tantôt, vous, vous avez mentionné, M. Gauthier, que vous étiez toujours sur les lieux avant les pompiers. Ça m'a surpris un peu, parce qu'on entend souvent parler... Encore tout récemment, durant la campagne référendaire, il y a une animatrice de télévision qui a eu un malaise. Les pompiers étaient là cinq minutes avant les ambulanciers. Puis ce n'est pas juste à Ottawa, ça, je veux dire, ça arrive souvent, puis à plusieurs endroits à travers la province.

Une voix: ...une campagne.

M. Gauthier (Gilles): Non, M. le Président, ce que je soulignais...

M. LeSage: ...les élections, là.

M. Gauthier (Gilles): On discutait des services de premiers répondants et la spécificité que j'avais dite, c'est qu'il ne serait pas intéressant que les pompiers de Montréal donnent un service de premiers répondants, parce que, sur le territoire qui est couvert par le Service d'incendie de Montréal, mon temps-réponse est identique à celui des pompiers de Montréal.

Ce que je soulignais, c'est qu'ailleurs, notamment dans le West Island, pour les services d'incendie qui ont un service de premiers répondants, ils arrivent généralement avant la Corporation d'urgences-santé. C'est d'ailleurs l'objectif de ce type d'intervention là. Donc, je ne disais pas que les services d'ambulance arrivaient avant les services d'incendie, je faisais essentiellement une projection si jamais le Service d'incendie de Montréal décidait d'offrir un service de premiers répondants.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie.

Solutions envisagées pour améliorer les services d'urgence en région

M. LeSage: J'aimerais juste poser une dernière question, M. le Président. Ailleurs qu'à Montréal — parce que j'ai vécu des virages à droite sur les feux rouges, moi, puis, parce que Montréal ne les veut pas, tout l'ensemble du Québec ne l'a pas, puis la ville de New York ne l'a pas; je peux comprendre, moi, que Montréal est plus gros que New York, puis je suis prêt à admettre ça, que Montréal, c'est la plus grosse ville au monde — ailleurs au Québec, est-ce que vous croyez, vous, avec l'expérience

que vous avez, que, dans une municipalité donnée, que ce soit à Sherbrooke, à Trois-Rivières ou à Hull, je ne sais pas, il ne pourrait pas y avoir un service intégré avec les pompiers dans lequel service on retrouverait les pompiers et les ambulanciers? Il y aurait un mixte qui serait fait pour faire en sorte qu'il n'y aurait plus de services ambulanciers, soit privés ou publics. C'est les pompiers, employés municipaux qui s'occuperaient de ça. Pensezvous que ça peut se faire, ça?

M. Gauthier (Gilles): Bien, M. le Président, j'ai un peu travaillé sur un groupe d'études qui avait regardé le problème. Oui, la question avait été posée. Le problème qui se posait, c'est que, hors les grands centres, les systèmes d'incendie, habituellement, sont composés de pompiers volontaires, donc de pompiers qui ne sont déjà pas en disponibilité immédiate et totale pour répondre aux services d'incendie. Le problème que ça posait à ce moment-là, donc de demander à des services de pompiers volontaires d'agir à la fois comme premiers répondants, c'est qu'il y avait déjà un délai de temps-réponse, y compris pour les services d'incendie. A ce moment-là, ce qui avait été envisagé, c'est de les former comme premiers répondants. Donc, en plus de les former pour répondre aux services d'incendie, ils pourraient être appelés aussi à répondre dans le cadre des services de premiers répondants.

• (16 h 40) •

Une autre alternative, on en avait un exemple dans l'enregistrement tout à l'heure, et j'y reviens, essentiellement il y a seulement deux types de problèmes pour lesquels le facteur temps est une question de vie ou de mort, c'est les arrêts cardiaques et les traumatologies. Une façon d'augmenter les services à la population, j'y reviens, ça serait sur la capacité de l'ensemble de la population à effectuer des manoeuvres de réanimation cardiorespiratoire. C'est une intervention, si elle était mieux connue de l'ensemble de la population, qui pourrait rejoindre les objectifs que vous citiez tout à l'heure.

À votre dernière question, M. le Président, est-ce qu'il y aurait intérêt à ce que les services ambulanciers soient rattachés aux services municipaux? Là-dessus, je vous répondrais personnellement: Y «a-tu» un intérêt à ce qu'ils soient privatisés? Est-ce qu'on devrait faire des coopératives, les municipaliser ou les intégrer au service d'incendie? Quant à moi, ce n'est pas ça, l'objectif. L'objectif, c'est de s'assurer qu'on ait des services efficaces et efficients nonobstant l'endroit où ils sont rattachés et qu'ils donnent les services auxquels la population est en droit de s'attendre.

Là-dessus, je pense qu'il faut faire attention. Ce qui est bon pour Montréal n'est pas nécessairement bon partout. Il faut partir de chacune des réalités locales et tenter de trouver la meilleure solution compte tenu des ressources qui sont disponibles et des réalités. Il ne faut pas essayer de trouver, je pense, une solution qui s'applique à l'ensemble des situations parce que les situations sont fort, fort différentes.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Ça va, M. le député?

M. LeSage: Ca va. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de L'Assomption.

M. St-André: Merci, M. le Président. J'aimerais faire une petite mise au point. Le député de Jacques-Cartier tantôt a affirmé que le contexte des compressions et des coupures peut...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est parce qu'il n'y a pas de député de Jacques-Cartier ici.

M. St-André: Ah! Excusez-moi. Le député de Nelligan a affirmé tantôt que le contexte des compressions budgétaires avait été particulièrement dur sur le budget de la Corporation d'urgences-santé, et je partage la préoccupation du député de Nelligan à cet égard-là, d'ailleurs. Il est absolument essentiel que le gouvernement ait une approche humanitaire dans les décisions qu'il prend. Cependant, on ne peut pas faire complète abstraction de la dimension financière non plus dans les décisions qu'on prend. D'ailleurs, si on en fait abstraction, ça nous conduit au déficit accumulé que l'État québécois connaît aujourd'hui. Pendant 10 ans, vous avez défoncé vos cibles budgétaires et, nous, de façon responsable, je pense, nous tentons de rétablir la situation.

Mais, dans le cas de la Corporation urgences-

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): J'aimerais qu'on revienne au débat, s'il vous plaît.

M. St-André: Dans le cas de la Corporation urgences-santé, il faudrait tout de même rappeler que les budgets n'ont pas diminué. En 1993-1994, votre gouvernement versait environ 44 000 000 \$ en subventions à la Corporation urgences-santé, alors que, nous, depuis qu'on est au pouvoir, on verse en moyenne 49 000 000 \$ par année à la Corporation urgences-santé. Donc, il n'y a pas eu de compressions gouvernementales dans les budgets de la Corporation urgences-santé parce que nous reconnaissions, M. Rochon reconnaissait qu'il y avait une situation particulière, qu'il fallait faire un redressement à cette Corporation-là.

Projet de répartition assistée par ordinateur (suite)

Il faut admettre que les administrateurs en place, à mon avis, ont réussi de brillante façon, depuis quelques années, à réduire le temps de réponse de 48 secondes. Je dois admettre que, pour ma part, je suis particulièrement impressionné par le système que le directeur général a décrit, le nouveau système de répartition assistée par ordinateur qui va permettre de réduire encore une fois le temps-réponse de plus d'une minute. J'aimerais savoir de

M. Gauthier, dans les régions où le temps-réponse est de 15 minutes, s'il va être possible de le réduire de plus qu'une minute avec ce système-là.

Il a parlé également des téléphones cellulaires. J'imagine que, depuis un certain nombre d'années, il y a de plus en plus d'appels enregistrés qui rentrent dans vos centres par téléphone cellulaire. Vous avez indiqué que vous aviez un problème d'identification. Qu'est-ce que vous comptez faire pour régler ce problème-là? Est-ce qu'il y a un système qui vous permet d'identifier la provenance de l'appel, où le téléphone se situe sur une carte géographique pour pouvoir augmenter le temps de réponse dans ces cas-là aussi?

M. Gautrin: Diminuer.

M. St-André: Diminuer, pardon. Merci, M. Gautrin.

M. Gauthier (Gilles): Non. M. le Président, actuellement, dans le cadre de la répartition assistée par ordinateur, le problème des téléphones cellulaires n'est pas un problème qu'on a réussi encore à résoudre. Donc, à ce moment-là, il va falloir situer les appels comme on les situe actuellement. Toutefois, il faut préciser que, habituellement, le téléphone cellulaire est utilisé pour nous rapporter des incidents publics, c'est-à-dire des incidents qui interviennent habituellement sur les routes. Parce que, habituellement, on va appeler, pour une situation qui se passe à l'intérieur d'un domicile ou à l'intérieur d'une entreprise ou d'un bureau, des téléphones qui y sont.

L'autre phénomène qu'il faut noter, c'est que, habituellement, lorsqu'on a un appel cellulaire — et les gens qui reçoivent les appels pourraient en témoigner — il nous rentre plus qu'un appel. C'est-à-dire que, pour une même situation, tous les gens qui sont témoins et qui ont un appareil cellulaire composent, à ce moment-là, simultanément le 9-1-1. Dans certains incidents, on a eu jusqu'à 22 appels simultanés pour une même situation qui s'était produite. Donc, à ce moment-là, comme on a déjà l'intersection ou on a une adresse très précise, on va pouvoir «feeder» — ce n'est pas bon, mais, en tout cas — notre système en lui donnant l'information que le système n'est pas capable de repérer.

Pour ce qui est des temps-réponse, le rapport De Coster avait enjoint la Corporation à avoir un temps-réponse de six minutes pour l'ensemble de son territoire. Nous, on a déjà avisé le ministre de la Santé, ça fait maintenant deux ans, que c'est une situation qu'on ne pourra jamais atteindre. Ce qu'on a proposé au ministère de la Santé qui l'a accepté, c'est ce qu'on appelle, nous, des temps-réponse qui sont des temps-réponse chronométriques, c'est-à-dire qui tiennent compte essentiellement des facteurs suivants. C'est des temps par zones, donc on va pouvoir fournir au député de Nelligan nos temps-réponse. On tient compte des six critères suivants: c'est-à-dire la population par zones, donc la densité de la population; les voies d'accès routières; on tient compte des mouvements démographiques, comme je parlais tout à l'heure, donc les

flux et les reflux de personnes; l'accessibilité à des ressources hospitalières, évidemment si les gens sont très près d'un hôpital où on peut se permettre, à ce moment-là, d'avoir un temps-réponse; la topographie; et la demande de service.

Donc, ce qu'on a proposé au ministère et ce qu'il a accepté, c'est que, pour 88 % de la population de notre territoire, ce qu'on vise comme objectif, c'est un temps-réponse en deçà de huit minutes, pour 10 %, 12 minutes; et, pour un 2 %, on vise un objectif de 15 minutes. À l'extrémité est de Laval, si je vais dans le fin fond de Saint-François, c'est probablement, sur l'île Jésus, le plus grand territoire encore agroalimentaire qui existe, là. C'est essentiellement des champs de blé d'inde et des fermes. C'est évident que je n'aurai jamais un temps-réponse de six minutes là. Il se produit un événement par quatre mois là. C'est plutôt, nous, ce qu'on a proposé, donc, des temps-réponse chronométriques qui tiennent compte de particularités de territoire.

Donc, ce dont on peut assurer les gens de la commission, aussitôt qu'on aura la répartition assistée par ordinateur, évidemment sous réserve d'une exception, on n'aura jamais un temps-réponse qui sera supérjeur à 15 minutes et on aura en moyenne des temps-réponse qui seront de l'ordre de 7 m 18 s, parce qu'on pense retrancher 1 minute avec l'implantation de la répartition assistée par ordinateur. Et il n'est pas dit que... Si on trouvait d'autres zones de non-performance qui nous permettraient, à ce moment-là, pas avec des investissements supplémentaires mais essentiellement en revoyant nos processus, d'augmenter notre efficacité en termes de temps-réponse, vous pouvez être assurés qu'on va mettre toute notre énergie pour s'assurer de mettre en oeuvre ces moyens-là pour nous permettre de le réduire. On n'est jugé que sur nos temps-réponse, c'est notre bulletin. Nous, on n'a pas d'autres bulletins que ceux-là.

M. St-André: Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de L'Assomption, il n'y a pas d'autre question?

M. St-André: Ça va

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Il est moins 16 h 50. Je vous ferai remarquer qu'on a commencé à 16 h 10. Les gens d'Urgences-santé étaient déjà arrivés depuis longtemps. Alors, moi, je ne veux brimer personne, je sais que le député de Verdun a demandé la parole. Allez-y.

Transport interétablissements

M. Gautrin: Merci, M. le Président. On arrive au terme de l'échange. Donc, il y a des questions qu'on n'aura pas nécessairement le temps de pouvoir aborder ensemble, mais j'aurais voulu au moins que vous puissiez me donner vos raisons et nous déposer des rapports que vous avez dû faire sur le pourquoi vous avez fait ce choix-là.

Dans la fonction que vous avez, vous avez une double fonction, celle de répondre aux urgences, on en a débattu longtemps, vous en avez une deuxième qui est moins importante et qui est le transport interétablissements. Bon. Vous avez eu comme moi le rapport du Vérificateur général. Vous savez les problèmes que ça peut poser à ce niveau-là. On a soulevé bien des fois: Pourquoi ne pas distinguer clairement entre les deux fonctions et avoir deux types de véhicule, l'un pour le transport interétablissements qui a peut-être besoin de moins de spécialisation par rapport à celui qui était en urgence?

• (16 h 50) •

Vous aviez, en 1995 et en 1996, fait deux projetspilotes. En juin 1996, votre conseil d'administration a décidé de revenir au principe de n'avoir qu'un seul type de véhicule et qu'un seul type d'intervention, c'est-à-dire mêler les transports interétablissements et les transports d'urgence. Brièvement, parce que j'ai une autre question, je voudrais savoir pourquoi. Et je voudrais savoir si vous pouvez nous déposer — et, à ce moment-là, on pourrait les lire — les documents que vous avez déposés au conseil d'administration de juin 1996 qui vous ont amenés à prendre cette décision qui me semble, entre guillemets, à première vue, bizarre.

M. Gauthier (Gilles): M. le Président, on a essentiellement refait nos devoirs. Brièvement, le constat qu'on faisait était le suivant: six centres hospitaliers généraient 50 % de notre volume d'interétablissements, 90 autres établissements avaient, de mémoire, moins que 10 transports par mois. À ce moment-là, plutôt que d'aller sur une séparation fonctionnelle de la flotte, on a pris comme orientation, et c'est un projet-pilote, d'aller sur une séparation fonctionnelle mais que pour les trois plus gros centres hospitaliers.

M. Gautrin: Donc, il y a une séparation fonctionnelle, actuellement?

M. Gauthier (Gilles): Il y a une séparation seulement pour les trois plus gros centres hospitaliers qui nous prennent à peu près 60 % de notre volume. On a, à ce moment-là, pour ces gros clients là, établi le système suivant: on a ouvert des points de services. C'est-à-dire que, depuis maintenant huit mois, dans le centre hospitalier de Maisonneuve-Rosemont, dans celui de Cité de la santé, de Sacré-Coeur, il y a des employés d'Urgencessanté qui y sont la semaine en permanence, c'est-à-dire de 6 heures le matin à 16 heures, et qui gèrent l'ensemble des interétablissements, donc prévoient les cédules, agencent les routes pour ne pas qu'on perde de temps et font... Parce que, nous, quand on fait de l'interétablissements, il faut aller chercher les bénéficiaires sur les étages, ils ne nous les amènent pas, et les ramener. Donc, eux les préparent, ce qui fait qu'à ce moment-là, lorsque les ambulances arrivent, ils prennent charge du bénéficiaire, partent immédiatement et, lorsqu'elles reviennent, c'est l'équipe en place qui prend charge de ça. C'est le premier élément.

- M. Gautrin: Mais le véhicule est le même, par exemple.
- M. Gauthier (Gilles): Deuxième élément. L'expérience est concluante. Donc, on procède probablement d'ici deux semaines. On a réussi à trouver des routes, parce que c'est les mêmes corridors que ces centres-là utilisent, et on va commencer avec un véhicule. Donc, on va avoir une séparation de flotte pour un véhicule qui, lui, va faire essentiellement le circuit des trois centres hospitaliers.

La stratégie qu'on a, c'est de ne pas aller vers une séparation fonctionnelle mais vers une séparation partielle seulement pour nos gros clients.

M. Gautrin: Ca a du sens.

- M. Gauthier (Gilles): En termes d'objectifs, on avait un retard moyen de 45 minutes dans les cédules pour nos transports inter, et évidemment ça rendait nos clients mécontents, il faut le comprendre. Quand vous avez un rendez-vous puis que l'ambulance arrive 45 minutes en retard, personne n'est de bonne humeur. Avec ce projet-là, pour les trois centres hospitaliers du projet-pilote, on a déjà fait un premier bilan et, dans 88 % des cas, notre retard est inférieur à 10 minutes. Ce qui fait que, maintenant, ces centres hospitaliers là et ils pourront en témoigner sont très, très satisfaits du service qu'on offre. Ça a aussi une incidence sur l'ensemble des autres. Comme on récupère 57 % de notre volume avec un système particulier, ça nous permet d'être plus à l'heure pour l'ensemble du système.
- M. Gautrin: Alors, si vous me permettez, j'imagine que vous avez présenté un rapport là-dessus à votre conseil d'administration.

M. Gauthier (Gilles): Oui.

M. Gautrin: Bien sûr, je ne veux pas qu'on se substitue à votre conseil d'administration, mais, une fois que vous l'avez présenté à votre conseil d'administration, est-ce que vous pourriez le transmettre à la commission pour que les parlementaires puissent le voir, parce que c'est un sujet qui m'intéresse?

M. Gauthier (Gilles): Oui.

- M. Gautrin: J'avais une deuxième sous-question sur le même sujet.
- Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avant que vous y alliez, Mme la députée de Rimouski a une question additionnelle là-dessus, je pense.

Mme Charest: Sur le même sujet.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Sur le même sujet.

Mme Charest: Là, dans le transport interétablissements, vous faites tous les transports interétablissements?

M. Gauthier (Gilles): Seulement ceux sur civière. Ceux sur chaise roulante sont faits par des compagnies privées, style Aidbus.

M. Gautrin: Les autres en taxi.

M. Gauthier (Gilles): Et les gens qui sont capables de se déplacer se déplacent en taxi. Nous, on fait seulement le transport requis médicalement sur civière, on ne fait pas les autres transports.

Mme Charest: Parfait. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Dernière question, M. le député.

Diminution du nombre d'appels

M. Gautrin: Alors, moi, je vais revenir maintenant sur vos chiffres. Le temps presse. Je reviens sur la page 12 de votre document. Il y a une diminution de vos appels téléphoniques. Il y a une diminution importante du nombre de visites médicales. Alors, je prends, par exemple, 1992-1993 et 1996-1997. Vos appels téléphoniques ont baissé de 40 000. Je me pose une question: Est-ce que vous avez une idée pourquoi? Est-ce que les gens font moins appel à vous? Le nombre des visites médicales, c'est encore plus. Ça semble être un changement dans la politique, puisqu'il a été à 30 000 en 1992-1993, il est à 10 000 en 1996-1997, c'est-à-dire qu'il a baissé, vous l'avez divisé par trois. Absolument.

Alors, mes deux questions. La première, c'est: Est-ce que vous avez une explication pourquoi les gens vous appellent moins? Vous allez me dire: Ils appellent moins parce qu'ils appellent moins. Est-ce que vous avez une explication pour ça? Je vous rappellerais quand même, néanmoins, que le nombre d'affectations va en croissant. Le nombre de transports, lui, il est à peu près stable Ma deuxième question, c'est: Est-ce qu'il y a un changement de politique par rapport aux visites médicales? Là, il m'a l'air flagrant, puisqu'on passe de 30 000 à 10 000. Il semblerait qu'il y a un changement de politique.

M. Gauthier (Gilles): M. le Président, effectivement on note une diminution constante du nombre d'appels à la Corporation d'urgences-santé. Il faut d'abord spécifier que l'année 1992-1993 est une année, je pense, qu'on ne peut pas prendre comme base de comparaison, parce qu'à ce moment-là on avait des infirmières et, donc, les appels à Info-Santé. Donc, il faut partir plus de 1993-1994.

M. Gautrin: Très bien

M. Gauthier (Gilles): On note une diminution du nombre d'appels de 15 %. Nous aussi, on s'est posé la question. On a communiqué avec les services 9-1-1 de

Laval et de la CUM. Ils ont exactement la même courbe, c'est-à-dire que le nombre d'appels acheminés aux services 9-1-1 de Laval et de la CUM ont également subi une baisse de 15 %.

Je vous donne une analyse assez partielle. Probablement que la population sur le territoire qu'on dessert a légèrement diminué. Deuxièmement, il y a probablement aussi une utilisation beaucoup plus judicieuse du 9-1-1 que l'utilisation qui était faite dans les années antérieures. C'est pour ça, donc, qu'on a moins d'appels, mais que notre nombre de transports est quand même assez stable.

Redéploiement des médecins

Pour ce qui est de la diminution du nombre de visites médicales, c'est essentiellement dû à une orientation corporative différente quant à l'utilisation des services médicaux d'urgence. On a, dans le cadre de négociations avec le ministère de la Santé, les médecins d'Urgencessanté, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, revu l'utilisation des médecins à la Corporation d'urgences-santé. Ce recentrage-là de l'utilisation des ressources a fait en sorte qu'on a maintenant beaucoup moins de médecins sur la route répondant aux appels d'urgence. Ça, c'est le fruit d'un recentrage de l'utilisation des médecins à la Corporation d'urgences-santé. Donc, ils ne répondent pas à autant d'appels qu'ils répondaient antérieurement, essentiellement à cause d'une nouvelle orientation corporative.

- M. Gautrin: Mais est-ce que vous me permettez, parce que, là, vous ouvrez une porte que je présuppose est... D'ailleurs, c'est quoi, la nouvelle orientation par rapport à l'ancienne orientation? C'est-à-dire quel est le nouveau rôle des médecins que vous voyez par rapport à Urgences-santé?
- M. Gauthier (Gilles): Antérieurement, les médecins étaient affectés sur beaucoup plus d'appels. Actuellement, la façon dont on l'envisage, puis le processus est en devenir, le processus n'est pas complété, on affecte des médecins sur le type d'intervention pour lequel une intervention médicale est nécessaire. Si cette intervention médicale là peut être donnée et reçue dans les temps requis au centre hospitalier, on n'affecte pas de médecin. Par contre, si, à cause d'une situation particulière, l'intervention du médecin d'Urgences-santé est plus rapide auprès du bénéficiaire qu'une intervention dans le milieu hospitalier, à ce moment-là, on concentre les interventions médicales sur ce type de situation là.

Donc, l'orientation corporative, ça a été de dire: Ce qui est important, c'est qu'il y ait une réponse et un service médical le plus rapidement possible. Lorsque ce service-là peut être offert à l'urgence, on n'affecte pas les médecins. Lorsque, pour une situation très particulière, des cas de désincarcération, des cas d'arrêt cardiaque, l'arrivée du médecin d'Urgences-santé va faire en sorte que l'intervention médicale est plus rapide que le transport

du bénéficiaire à la salle d'urgence, à ce moment-là, on affecte les médecins.

Donc, c'est dans cette optique-là que la réorientation d'utilisation des médecins a été envisagée. Ça ne fait évidemment pas unanimité, loin de là. On est encore en période d'expérimentation et en période de rodage. Essentiellement, encore là, c'est la philosophie d'intervention de notre service, nous, on favorise du «scoop and run» au détriment d'amener les ressources sur les sites. Est-ce que c'est le meilleur choix? On ne le sait pas. C'est ce qu'on est en train d'évaluer, là.

• (17 heures) •

- M. Gautrin: Mais les médecins sont répartis...
- M. Gauthier (Gilles): Donc, il y a moins de médecins, il y en a moins sur la route, actuellement.
- M. Gautrin: Mais ils sont répartis sur le territoire comme les ambulances. C'est ça?
- M. Gauthier (Gilles): Oui, c'est ça. Ils sont dans des postes...
- M. Gautrin: Donc, vous avez la même stratégie de déploiement...
 - M. Gauthier (Gilles): De déploiement.
 - M. Gautrin: ...et de reconcentration des médecins.
- M. Gauthier (Gilles): Exactement la même chose, sauf que les médecins maintenant peuvent choisir le type d'intervention. Ils ont une autonomie d'intervention un peu plus grande. Ils peuvent s'affecter eux-mêmes sur certains types d'intervention, ce que les ambulanciers ne peuvent pas faire.
- M. Gautrin: Mais c'est quand même excusezmoi le terme anglais \dots
 - M. Gauthier (Gilles): Oui.
- M. Gautrin: ...la personne qui fait le dispatching qui affecte un médecin ou non après avoir suivi le protocole.
 - M. Gauthier (Gilles): Pour certaines...
- M. Gautrin: Si elle pense que le protocole ne permet pas d'arriver en temps à l'hôpital, elle affecte un médecin. Est-ce que c'est comme ça que ça fonctionne?
- M. Gauthier (Gilles): Elle affecte un médecin, à moins que le médecin, lui, ne soit disponible et ne décide de s'autoaffecter sur un appel parce qu'il pense arriver dans le temps ou qu'il pense...
- M. Gautrin: Mais est-ce qu'il a... Écoutez, un instant, ça devient... Parce que, moi, je n'ai pas compris ça. J'avais compris que tous les appels étaient envoyés...

M. Gauthier (Gilles): Oui.

- M. Gautrin: ...au dispatcher ou à la personne qui s'occupe de ça. Ensuite, comment le médecin peut-il avoir accès à l'appel, le genre de chose que vous nous avez fait entendre au début? Il n'y a pas de médecin qui entend, il y a seulement la personne qui est au téléphone.
- M. Gauthier (Gilles): On a 32 types de problème Pour un certain type de problème, et ils sont prédéfinis, automatiquement il y a des médecins d'affectés. Automatiquement, ils doivent se rendre sur l'appel s'ils sont disponibles.
- M. Gautrin: Autrement dit, dès qu'il y a le protocole, la réponse à la question 1, question 2...
- M. Gauthier (Gilles): Dès que, par protocole, on a déterminé ressources, médecins, automatiquement le répartiteur va affecter un médecin.

M. Gautrin: Ça va.

M. Gauthier (Gilles): Par contre, il y a d'autres types de problème où les médecins ne sont pas affectés de façon statutaire, mais les médecins, s'ils sont disponibles, peuvent s'autoaffecter.

M. Gautrin: Je comprends.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Martin, vous n'avez pas de commentaires additionnels làdessus pour terminer?

M. Martin (Normand): Non, ça va.

Remarques finales

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M le député de Verdun, je crois que vous êtes bien parti pour faire votre conclusion

M. Henri-François Gautrin

M. Gautrin: Bien, c'est moi qui conclus le premier? Alors, écoutez, c'est vraiment malheureux qu'on n'ait pas eu plus de temps pour pouvoir échanger sur cette question importante. Enfin, les trois heures au cours desquelles on a pu échanger sur Urgences-santé, je crois, ont été bénéfiques pour l'information de la commission. Je voudrais remercier vous-même, M. le président-directeur général, et l'ensemble du personnel qui est venu avec vous pour les informations que vous avez pu nous transmettre. J'imagine qu'avec celles que vous allez nous transmettre. J'imagine qu'avec celles que vous allez nous transmettre après — parce qu'il y en a un certain nombre qu'on vous a demandées — on pourrait poursuivre. Comment vous affectez les médecins, comment c'est fait, c'est toute une question qui peut nous intéresser Je comprends qu'on est limité par le temps. Je conclurai en vous remerciant pour

ça. Je comprends implicitement que vous êtes toujours disponibles si on a des questions à vous poser à titre individuel qu'on n'a pas pu poser ici en public.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Rimouski.

Mme Solange Charest

Mme Charest: Merci, M. le Président. Alors. au nom de l'équipe ministérielle, nous vous remercions d'avoir éclairé, par vos réponses, en tout cas, certaines questions, là, qui se posaient spontanément à nous et d'autres questions qui n'étaient peut-être pas spontanées, mais qui, à la lecture des documents que vous nous avez remis, ont suscité des discussions.

C'est sûr que nous aurions voulu aller plus loin, plus en profondeur. J'ai remarqué aussi que certaines réponses étaient approximatives. De là ma préoccupation à savoir: Est-ce que, à Urgences-santé, on fait une cueillette de données systématique pour pouvoir évaluer de façon précise certains phénomènes qui peuvent se produire dans le temps à l'intérieur de l'organisation de vos services? Parce que, lorsque vous venez en commission parlementaire et que vous nous dites que vous avez changé les choses et que vous avez trouvé des solutions, je pense que le fait d'avoir des éléments qui nous permettraient d'avoir une idée beaucoup plus précise de ce qui a justifié votre décision ou le changement d'orientation ou de cap, ce serait, en quelque part, intéressant, en tout cas, de les avoir.

Je remarque qu'on a des préoccupations sur le temps de réponse, hein, sur le redéploiement des ambulances, sur le recouvrement des factures, sur le nouveau système de répartition des véhicules, sur le nombre d'unités que vous avez en service, les unités d'ambulances, sur le transport interétablissements. Je pense que, grosso modo, là, on a fait le tour, mais nous allons attendre quand même avec curiosité les documents que vous allez nous fournir au fur et à mesure. Sachez que nous sommes avec vous pour que vous soyez performants tout en rencontrant vos objectifs. Je pense que vous êtes partis sur une bonne erre d'aller et que ce que l'on peut souhaiter avec vous, c'est que tout aille pour le mieux à Urgencessanté.

Enfin, moi, je retiens que Urgences-santé a fait de gros progrès, et des progrès dans la bonne direction, pour améliorer sa gestion, pour améliorer son temps de réponse Je pense que, ça, c'est déjà une grande satisfaction pour les collègues parlementaires qui ont à répondre des argents qui sont consacrés à Urgences-santé vis-à-vis de la population. Merci

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, Mme la députée. J'ai cru comprendre que le vice-président de la commission avait un court mot à dire Non?

M. Williams: Oui.

- Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avant de permettre à M. Gauthier un court commentaire.
- M. Williams: Je laisse M. Gauthier... Après ça, j'ai une petite suggestion, M. le Président.
- Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): O.K. M. Gauthier, est-ce que vous auriez un dernier commentaire?
- M. Gauthier (Gilles): Bien, moi, je voudrais vous remercier, M. le Président, et remercier les membres de la commission. Je pense que vos questions, vos interrogations et vos commentaires vont nous permettre essentiellement d'être plus efficaces, d'être plus efficients. Je pense qu'on ne s'en est pas caché, on a fait des réalisations, on en a d'autres à faire. À ce moment-là, on va retenir vos commentaires et on peut vous assurer que tous les employés d'Urgences-santé vont déployer les efforts qui sont nécessaires pour rencontrer vos attentes.
- Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Nelligan, est-ce que c'est à ce moment-ci ou est-ce que je clos la discussion?
- M. Williams: Non. Avant de finir la discussion, dans l'esprit de toutes les dernières interventions des deux côtés, incluant votre suggestion pour notre horaire de cette semaine, et à cause que nous avons encore plusieurs questions, je recommande à la commission, avant qu'on recommence la session le troisième mardi d'octobre, peut-être qu'on peut organiser une session d'information chez vous, à la Corporation, pour mieux voir comment ça marche pour ceux et celles qui veulent faire un suivi de ça. Parce que je pense, comme tout le monde l'a dit, qu'il y a plein d'autres questions. Pour ceux et celles qui veulent visiter, peut-être qu'on peut organiser quelque chose pour mieux comprendre tout le travail que vous êtes en train de faire.
- M. Gauthier (Gilles): C'est avec plaisir que je vais vous accueillir.
- Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, on soumettra la recommandation à la commission.

La commission ayant écoulé son mandat, je termine en disant que les travaux sont remis sine die, mais je fais remarquer aux députés de la commission de ne pas oublier que demain, pour la première fois de notre histoire, nous nous transportons à Rimouski pour recevoir les trois régies. Alors, à 9 h 30, l'autobus nous attend pour un départ maximum à 10 heures.

Avant de terminer, je voudrais remercier d'abord le Vérificateur général, son bras droit et les personnes qui l'accompagnent, ainsi que toutes les personnes qui, comme d'habitude, nous accompagnent dans nos travaux de commission. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 17 h 8)