



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 16 mai 2001 — Vol. 37 N° 12

Audition du Comité national sur la révision des services
préhospitaliers d'urgence dans le cadre de l'étude du rapport
intitulé *Urgences préhospitalières — Un système à mettre en place*

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries 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 commissions)	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 Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 16 mai 2001

Table des matières

Exposé du président du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence M. André Dicaire	1
Discussion générale	9
Stratégie d'intervention préhospitalière	10
Mode de financement des services préhospitaliers d'urgence	10
Stratégie d'intervention préhospitalière (suite)	10
Coûts reliés à l'amélioration du temps de réponse des services ambulanciers	13
Mode de financement des services préhospitaliers d'urgence (suite)	14
Suites données aux recommandations du rapport	16
Recommandations de modifications législatives	18
Arrimage des maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière	19
Financement des services de premiers répondants	21
Commentaires du Collège des médecins du Québec sur l'encadrement médical des intervenants	22
Formation, recrutement et encadrement des techniciens ambulanciers	23
Pertinence de céder à la Régie régionale de Montréal la responsabilité d'Urgences-santé	26
Évaluation du système Clawson	26
Système de reddition de comptes en matière de temps de réponse	26
Pertinence de céder à la Régie régionale de Montréal la responsabilité d'Urgences-santé (suite)	26
Évaluation du système Clawson (suite)	27

Autres intervenants

M. Yves Beaumier, vice-président

M. Russell Williams
M. Claude Cousineau
M. Gilles Labbé

- * M. Pierre Fréchette, Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence
- * M. Gervais Morissette, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 16 mai 2001

Audition du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence dans le cadre de l'étude du rapport intitulé *Urgences préhospitalières — Un système à mettre en place*

(Neuf heures trente-neuf minutes)

Le Président (M. Beaumier): Alors, s'il vous plaît! La commission des affaires sociales est réunie afin d'entendre le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence dans le cadre de l'étude de son rapport intitulé *Urgences préhospitalières — Un système à mettre en place*, en exécution d'un mandat que s'est donné la commission.

Alors, Mme la secrétaire, est-ce qu'il y aurait des remplaçants ou remplaçantes?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Gagnon-Tremblay (Saint-François) sera remplacée par M. Williams (Nelligan).

● (9 h 40) ●

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup. Alors, j'aimerais souhaiter la bienvenue aux membres du Comité national sur la révision des services préhospitaliers. Alors, bonjour, M. Dicaire, et puis peut-être présenter les personnes qui vous accompagnent. Ensuite, on pourrait prendre peut-être un 30 minutes où nous irions aux études, tous nous autres — on irait un petit peu à l'école, là. Et puis, après, il y aurait peut-être un deux heures, deux heures et demie d'échanges entre les membres de la commission et vous-même, et ceux qui vous accompagnent. Alors, M. Dicaire.

Exposé du président du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence

M. André Dicaire

M. Dicaire (André): Je vous remercie beaucoup, M. le Président. Bien sûr, c'est avec plaisir que nous avons accepté l'invitation de rencontrer les membres de cette commission pour, d'une part, présenter sommairement le rapport que nous avons remis au mois de décembre dernier à Mme la ministre Pauline Marois et, bien sûr, pour répondre également à vos questions sur ce rapport ou sur les services préhospitaliers d'urgence au Québec.

Avant de vous faire une courte présentation, je voudrais, bien sûr, vous présenter les personnes qui m'accompagnent aujourd'hui. Il y a d'abord, à ma droite, M. Gervais Morissette, qui a agi comme secrétaire général du Comité national de révision des services préhospitaliers, et le Dr Pierre Fréchette, à ma gauche, qui a siégé comme membre du Comité et qui avait aussi présidé, en 1992, le Comité consultatif qui avait produit le rapport intitulé *Chaque minute compte!* Alors, vous avez à mes côtés, ce matin, disons, celui qui avait produit le rapport, qu'on avait, disons, donné comme dénomination le rapport Fréchette. J'imagine que, dans le courant de l'avant-midi, les gens vont peut-être vouloir y revenir. Donc, l'auteur de ce rapport est également avec nous ce matin, et il était membre du Comité.

J'invite maintenant les membres de la commission à référer au document qu'on vous a remis ce matin aux fins de la présentation. Et il nous apparaissait tout à fait opportun, à propos, disons, de parcourir rapidement ce qu'on retrouve dans le rapport et de le situer aussi dans son contexte. Il y a maintenant cinq mois que le rapport a été déposé, et il est important pour nous tous d'être à peu près sur la même longueur d'onde et d'avoir une connaissance, je dirais, appropriée de ce que nous avons déposé.

Donc, vous avez le plan de présentation de ce matin, qui porte, bien sûr, un rappel sur: le mandat; la composition du Comité; la démarche, disons, que nous avons utilisée; la stratégie de révision que nous avons retenue; la méthodologie et l'organisation qui ont soutenu toute la démarche et qui ont conduit à la production d'un rapport, avec, bien sûr, ses principaux constats, ses recommandations, son plan d'action et, à la fin, insister sur les conditions critiques de réalisation de ce plan d'action; et enfin une conclusion. C'est évident qu'il est impossible, dans un espace de 30 minutes, de passer de façon très fine chacun de ces points, mais il m'apparaissait important qu'on puisse à tout le moins le parcourir correctement et adéquatement.

D'abord, le mandat, il comportait deux volets. Le premier volet était de concevoir un système préhospitalier s'appuyant sur un réseau de services — le mot «réseau» est important — qui soit efficace et efficient, permettant d'offrir à la population du Québec des soins de qualité au meilleur coût possible, premier volet, et le deuxième, qui était de proposer un plan d'action ou de mise en oeuvre. Et j'insiste beaucoup sur ce deuxième volet, car, règle générale, lorsqu'il y a des comités ou des commissions qui sont créés, il est très rare qu'on leur demande de produire un plan d'action, un plan de mise en oeuvre. Dans ce cas-ci, on avait ce deuxième volet. Et je me souviens très bien de la première rencontre que nous avions eue avec la ministre, Mme Marois, elle insistait beaucoup sur l'importance de produire un plan d'action.

Pour réaliser ce mandat, le Comité était composé de 16 membres provenant de divers secteurs interpellés par la démarche. Il y avait des gens venant ou issus des régies régionales, des entreprises ambulancières, avec des représentants des associations des entreprises, des techniciens ambulanciers, également un représentant du syndicat des techniciens ambulanciers, les municipalités, les professionnels, tels les médecins et infirmières. Le ministère de la Santé était également, je dirais, représenté. Vous avez, dans l'avant-propos du gros rapport, disons, la liste des membres avec leur provenance.

Ce sur quoi je voudrais insister, c'est d'indiquer que, contrairement aux exercices précédents — parce que le secteur des services préhospitaliers a fait l'objet de beaucoup d'études, d'analyses — donc, contrairement aux exercices précédents, il est important d'indiquer que

les principaux acteurs du système ont été impliqués directement et associés à l'identification des solutions à mettre en place.

Maintenant, la démarche, elle a été inspirée par trois grandes questions: Où en sommes-nous? Où voulons-nous aller? Puis comment s'y rendre?

Où en sommes-nous? C'est, bien sûr, les constats, l'état de situation. En tenant compte des constats et recommandations du Vérificateur général puis en tenant compte également des conclusions et des observations qui avaient été faites par la commission parlementaire sur l'administration publique, il y avait eu, à cette époque, des échanges et des discussions assez intéressants sur les services préhospitaliers. Donc, où en sommes-nous, c'est les constats.

Où voulons-nous aller? C'est, bien sûr, les orientations et les recommandations à atteindre et à formuler, disons, dans les cibles et les objectifs à identifier.

Et enfin, comment s'y rendre? C'est de définir un plan d'action, et on a retenu un plan d'action étalé sur cinq ans. En fait, vous retrouvez, par ces trois questions là, les trois grandes parties ou les trois grands chapitres du rapport. Donc, le chapitre 1, c'est les constats; le chapitre 2, c'est les recommandations; et le chapitre 3, c'est le plan d'action.

Maintenant, la stratégie de révision qui reposait sur les trois éléments suivants. Le premier élément, c'est, bien sûr, les besoins de la population; le deuxième, c'est la qualité des services; puis le troisième, c'est une réforme qui doit être orientée sur l'action, avec son plan de mise en oeuvre. Compte tenu qu'autour de la table du Comité il y avait, je dirais, des groupes d'intérêts divers, il était important de cheminer sur la base de valeurs qui nous apparaissaient incontournables et fondamentales. Donc, c'est pour ça que vous avez comme stratégie les besoins, la qualité puis l'action.

Comme méthodologie et organisation, on a mis en place un secrétariat général qui était responsable de l'organisation et de la coordination des travaux. On a mis en place également un sous-comité stratégique qui était responsable de l'évaluation des propositions soumises par les trois groupes de travail qui vous sont présentés immédiatement après: un groupe sur la dimension clinique, un autre groupe sur la dimension organisationnelle et un groupe sur la dimension financière. Et, bien sûr, disons que, pour chacun de ces groupes, il y avait des mandats très précis. Et, si ma mémoire est fidèle, je dirais, en annexe du rapport, vous retrouvez les mandats qui avaient été confiés à chacun des groupes.

Enfin, les consultations, qui est une démarche extrêmement importante que nous avons retenue dans le cadre de notre réflexion, une consultation où il y a eu 36 groupes qui ont été rencontrés, et là aussi vous avez une liste complète. Dans l'avant-propos du rapport, on vous donne la liste des 36 groupes. Je dois spécifier que certains d'entre eux ont été rencontrés plus d'une fois, et, dans certains cas, c'était pour leur permettre d'exprimer leurs préoccupations, leurs attentes puis aussi de tester avec eux des hypothèses, je dirais, de solution. Ça a été une démarche, cette consultation-là, qui s'est avérée très intéressante et fructueuse. Et, dans certains cas, je dirais que dans la plupart des cas on a retenu beaucoup des propositions qui émanaient de ces groupes.

Tout ça a produit un rapport qui comporte trois parties, comme je le disais précédemment. Les constats: donc, on a fait une actualisation des constats du rapport Fréchette, du rapport du Vérificateur, du comité... de la commission parlementaire sur l'administration publique, une actualisation aussi par le biais de nos groupes qu'on avait mis en place. Deuxième partie ou deuxième chapitre, c'est près de 100 recommandations — on essaiera de les parcourir rapidement tout à l'heure — mais qui ont été acceptées unanimement par les membres, et je dois dire que c'est majeur. Disons, comme... Je dirais que c'est une des principales valeurs ajoutées du rapport, le fait qu'on en arrive avec 100 recommandations et que l'ensemble des intervenants assis autour de la table, représentant des groupes d'intérêts différents, disons, soient unanimes à endosser les recommandations qui étaient suggérées. C'est évident que, quand on a unanimité de ces groupes représentant divers milieux, différentes forces en présence, c'est évident que, lorsqu'on veut passer à l'action, la mobilisation est évidemment beaucoup plus facile. Enfin, un plan d'action avec des mesures stratégiques et prioritaires qui sont étalées sur cinq ans.

Maintenant, nous allons prendre les constats et nous allons les parcourir assez rapidement, donc, parce que c'est très important. D'abord, dans les constats, on parle ici de la faiblesse des maillons, les lacunes systémiques, le financement puis l'environnement juridique anachronique. Dans la faiblesse des maillons, c'est important de dire que la chaîne d'intervention préhospitalière est à toutes fins pratiques inexistante. Donc, non seulement les maillons sont faibles mais la chaîne est inexistante.

● (9 h 50) ●

Deuxième lacune, on dit «les lacunes systémiques». Si vous préférez, c'est des lacunes dans la gouvernance et la gestion pour encadrer, superviser puis évaluer le système. On aurait beau mettre en place un système, s'il y a peu ou pas de gouvernance puis qu'on ne gère pas ce système-là, on aurait un problème important. Troisième élément, c'est d'avoir un financement... non, c'était que le financement était inadéquat. Puis le quatrième, c'est, bien sûr, que l'environnement juridique était anachronique.

Juste pour donner quelques exemples, les rôles et responsabilités des techniciens ambulanciers ou des premiers répondants ne sont pas clairement définis dans le corpus législatif. Il n'y a pas de dispositions législatives quant à l'application des protocoles cliniques. Puis je pourrais vous en donner une énumération, comme quoi le cadre juridique est anachronique.

Maintenant, si on regarde de façon plus fine les constats, ce que je vous indiquais, c'est que le concept... pardon, la chaîne d'intervention, avec l'implantation de tous les maillons, est inexistante au Québec. Les services préhospitaliers d'urgence, c'est une chaîne d'intervention où chacun doit agir rapidement et de la bonne manière. Alors, quand on regarde, vous avez devant vous... Et si vous me permettez, je veux les passer en revue pour qu'on ait, tous et chacun, la même compréhension, qu'on passe en revue chacun des maillons. Donc, on voit, dans la chaîne, disons, que les premiers intervenants, disons que c'est la personne qui se trouve, règle générale, sur le site d'un incident ou qui

découvre un individu en détresse, et cette personne effectue, devrait effectuer généralement des interventions de base de premiers secours puis de signaler l'événement — ce qu'on voit dans le deuxième maillon — le Centre 9-1-1.

Le Centre 9-1-1, c'est le centre d'appels que tous et chacun connaissent. Il reçoit l'appel du premier intervenant, puis, si c'est un cas de santé, de services préhospitaliers, c'est basculé rapidement, disons, dans le centre de communication santé. Donc, quand un appel rentre au 9-1-1, c'est important de bien saisir qu'il s'agit définitivement d'un cas de services préhospitaliers puis de basculer rapidement dans les centres de communication santé.

Un centre de communication santé ou des centres d'appels santé — parfois ça prend différents noms; ici, on l'a identifié comme centre de communication santé — c'est très important, et je veux insister là-dessus, c'est que c'est le centre nerveux des services préhospitaliers d'urgence, car le centre de communication est impliqué tout au long du processus d'intervention préhospitalière. Il assure le traitement de l'appel; pas juste recevoir l'appel, il le traite. Il fournit le soutien, le conseil à l'appelant. Il assume la répartition, l'encadrement et le suivi des ressources qui sont disponibles sur les sites d'un incident. Puis il est responsable d'orienter de façon optimale les ambulances vers l'établissement receveur.

Donc, le centre de communication de santé, c'est vraiment le centre nerveux et il est au coeur même des opérations des services préhospitaliers d'urgence. Le centre de communication, vous pouvez voir, il peut immédiatement référer, donc, aux services ambulanciers pour intervention ou il peut, en même temps, demander aux services de premiers répondants d'intervenir et aux services ambulanciers également. Le rôle joué par les services de premiers répondants, ils interviennent, disons, auprès de la victime dans certaines situations — et pas envisager que les premiers répondants interviennent sur tous les appels — et leur intervention se définit à l'intérieur des protocoles opérationnels qui ont été préétablis afin de prévenir — et c'est important — afin de prévenir une détérioration de la condition jusqu'à la prise en charge par les services ambulanciers.

Quand on parle d'un temps-réponse, on parle d'un temps-réponse du système. Et, quand on parle d'un temps-réponse du système, ça interpelle les premiers répondants et les services ambulanciers. Il y a des zones où il est pas possible que les services ambulanciers interviennent, disons, par exemple, à l'intérieur de huit minutes, mais, si on a une chaîne qui est bien organisée, à partir du premier intervenant, du Centre 9-1-1 et du centre de communication santé, les premiers intervenants pourraient intervenir auprès de la victime, agir, faire les premières interventions d'usage et ensuite être pris en charge par les services ambulanciers.

Les services ambulanciers jouent aussi un rôle très important, puisqu'ils assurent la prestation des soins préhospitaliers d'urgence et, bien sûr, le transport vers les établissements receveurs. Les établissements receveurs, c'est, règle générale, les centres hospitaliers avec leurs salles d'urgence. C'est eux qui terminent l'intervention préhospitalière, assurent une prise en charge adéquate et immédiate de l'usager. C'est important, le mot de «prise

en charge adéquate immédiate». Disons que, quand on est dans un délai, disons, très, très court, c'est important qu'une fois que le patient est entré en salle d'urgence qu'il puisse avoir une prise en charge, disons, immédiate plutôt que d'être en attente pendant un certain temps, puis de transférer, si nécessaire, la personne, disons, dans un établissement spécialisé, soit en traumatisme ou en cardio, si, disons, l'intervention est requise.

Ça, c'est pour la chaîne d'intervention, avec tous les maillons. C'est important de bien saisir le rôle respectif et le rôle de chacun, parce que nous allons les prendre les uns après les autres pour voir que, lorsque les maillons existent — parce qu'on dit que la chaîne, disons, telle que définie, n'existe pas, mais il y a par ailleurs des maillons qui existent — mais, lorsque ces maillons-là existent, ils sont peu développés ou mal arrimés entre eux et avec le réseau sociosanitaire. Et c'est important d'insister à ce sujet, car il est démontré que, lorsque ces maillons sont bien intégrés, ça améliore la qualité des services, puis ça améliore bien sûr le temps-réponse, puis ça améliore, je dirais, l'impact sur la réduction du taux de mortalité puis le taux de morbidité. Donc, c'est important que ces maillons-là existent et soient bien arrimés les uns aux autres. Alors, on va les prendre un après l'autre pour voir qu'ils sont peu ou mal développés ou mal arrimés.

D'abord, les premiers intervenants. On a vu tantôt, disons, leur rôle. Il y a peu de Québécois qui sont formés en premiers secours pour dispenser des services de base, par exemple, en réanimation cardiovasculaire. Au Québec, on a évalué à une personne sur 40 qui soit en mesure d'intervenir de façon adéquate. Et, même dans le réseau de la santé, il y a peu d'intervenants qui sont formés pour dispenser des services de base ou des services de premiers secours, aussi étonnant que cela puisse paraître. Il y a aussi la crainte des citoyens que leur propre intervention soit nuisible. Il y a encore beaucoup d'hésitation à s'impliquer à secourir une personne. Et enfin, disons — ce qui n'est pas indiqué, mais je veux le signaler — dans les premiers intervenants, il y a souvent des retards, je dirais, difficilement explicables ou importants pour alerter le système. C'est important que, lorsqu'il arrive un événement, le premier intervenant puisse rapidement non seulement porter secours, mais également alerter le système pour que soit les premiers répondants ou soit les services ambulanciers puissent intervenir.

Maintenant, les centres 9-1-1, deuxième maillon. Je rappelle qu'il y a 85 % de la population qui est desservie par des centres 9-1-1. Il faut comprendre qu'il n'y a pas un centre 9-1-1 qui dessert tout le territoire; c'est des centres multiples de 9-1-1. Et il est important de signaler que les modes d'opération de ces centres sont disparates, souvent, d'un centre à l'autre, puis il y a absence de liens protocolisés entre ces centres puis les intervenants en santé, qui nuisent grandement à l'efficacité de la transmission des demandes. On a dit tantôt que c'était important, quand un appel rentre au Centre 9-1-1, que ça soit basculé. Or, disons, il y a pas nécessairement, je dirais, des liens bien protocolisés pour s'entendre sur les manières d'agir entre le Centre 9-1-1 et les centres de communication santé.

Maintenant, les centres de communication santé. J'ai indiqué tantôt que c'est un centre important,

nerveux. Je dirais même que c'est la pierre angulaire de la réforme qui est proposée, car il est impossible de penser à une intégration des divers maillons si les centres de communication n'existent pas. Je dirais, disons, que c'est une pièce maîtresse qui doit s'implanter au Québec. Et le constat qui a été fait, c'est qu'il y a peu de régions qui sont desservies par un centre de communication qui répond aux critères que j'énumerais tantôt. Il y a seulement trois centres reconnus par le ministère; il y a Montréal avec Laval, il y a Montérégie puis il y a Québec. Bon. Les autres régions utilisent des centrales de gestion des appels, mais elles n'ont pas les particularités et les caractéristiques que je mentionnais tout à l'heure.

● (10 heures) ●

Maintenant, les premiers répondants. On a vu que leur rôle est indispensable pour obtenir une réponse systémique satisfaisant aux marqueurs de qualité visant un temps-réponse de moins de huit minutes pour les urgences vitales. Pas pour tous les appels, mais pour les urgences vitales, c'est important, et on répète, d'avoir un temps-réponse de moins de huit minutes. Donc, les premiers répondants ont un rôle indispensable à cet égard. Et là aussi, au Québec, il y a peu de services de premiers répondants qui sont en opération au Québec. On a identifié, dans un tableau, qu'il y avait plus de 100, une centaine de services, 133, répartis sur l'ensemble du territoire. C'est très peu par rapport au territoire à desservir. Et souvent ces services de premiers répondants sont issus d'initiatives locales ou régionales qui sont parfois mal intégrées, qui créent même un système parallèle aux services ambulanciers. Aussi, il y a eu des initiatives qui dépassent aussi le cadre normatif protocolisé ou qui créent des conflits de rôle et de juridiction. Alors, dans certains cas où il y a des services de premiers répondants, ils ne sont pas intégrés à la chaîne. Souvent, ils relèvent de la municipalité. Ils interviennent à partir de protocoles qu'ils ont préalablement établis, puis chacun a un système parallèle plutôt qu'intégré. Bon.

Les entreprises ambulancières. Donc, on est dans le maillon des services ambulanciers. Les entreprises ambulancières, de leur côté, on a noté de nombreuses rigidités administratives qui entravent le fonctionnement harmonieux et efficace des services ambulanciers. On pense aux contrats à budget, l'émission des permis, le nombre de véhicules autorisés, les horaires de travail, les cartes de compétence. Je dirais, il y a beaucoup de sable dans l'engrenage qui rend la vie difficile aux entreprises ambulancières. Par contre, on a aussi noté qu'il y avait peu d'objectifs de résultat sur la performance, l'efficience et la satisfaction de la clientèle. On y reviendra ultérieurement. Dans un système qui se veut de qualité, basé sur les besoins, c'est important d'avoir des objectifs de résultat sur l'efficience, également la performance et la satisfaction de la clientèle.

Les règles de financement, disons, qui supportent ces entreprises-là, c'est non standardisé, et les bases de données financières, d'ailleurs, sont largement déficientes. Pour donner un exemple, il n'y a même pas de charte de comptes comparative d'une entreprise à l'autre. Alors, c'est évident que, lorsqu'on veut faire des analyses financières, lorsqu'on veut faire des comparaisons

privé-public ou des comparaisons entre les entreprises, on part de très, très, très loin. Alors, je dirais, on a frappé... on a frappé le fond du baril en termes de données, de base de données. Disons qu'il n'y avait pas grand-chose. Et, je dirais, on n'est pas les premiers à le constater. Le Vérificateur général, dans son analyse, en est arrivé à la même conclusion.

Maintenant, disons, sur les entreprises, peut-être mentionner à la fin, même s'il n'est pas indiqué, disons, que les relations de travail sont parfois difficiles et tendues entre le milieu patronal et le milieu syndical.

Enfin, les techniciens ambulanciers, toujours dans le maillon des services. La formation est disparatée et insuffisante. Et, bien sûr, ça va nécessiter un rehaussement des connaissances. Et on y reviendra.

Les horaires et charges de travail aussi sont mal définis, puis les horaires de faction, c'est-à-dire les périodes où les ambulanciers sont en disponibilité 24 heures par jour, sept jours-semaine, génèrent certaines situations qui occasionnent des délais dans la réaction du système. Puis il y a risque de pénurie de ressources, je dirais, dans ce secteur, au cours des prochaines années.

Maintenant, le dernier maillon, les établissements receveurs. Il y a peu d'intégration entre l'univers du préhospitalier et celui de l'hospitalier. Il y a une incompréhension des rôles et fonctions respectifs des deux systèmes. C'est un peu deux solitudes, donc, le monde du préhospitalier puis le monde de l'hospitalier. Disons qu'il y a peu d'intégration, il n'y a pas de compréhension commune, puis il n'y a pas d'échange d'informations et de communication, disons, qui est digne de mention. Donc, là aussi, il faudrait songer que, pour qu'un réseau fonctionne en réseau, pour qu'une chaîne fonctionne avec tous ses maillons, c'est important, disons, que ces morceaux-là soient bien attachés.

Donc, ça, c'étaient, je dirais, les constats sur la chaîne préhospitalière et les maillons, et c'est un volet qui est très important. Il y a également d'autres constats qui touchent davantage la gouvernance et la gestion. Et, si vous me permettez, je vais y passer assez rapidement, mais c'est néanmoins majeur et important. Et je rappellerai que c'est des constats qu'on a faits dans le cadre de notre mandat. Il y a des choses qui ont bougé depuis le 12 décembre, mais le constat qui est fait, c'est ce qui existait au moment où on a fait l'analyse. Bon.

Le premier grand constat sur la gouvernance et la gestion, c'était l'absence flagrante de leadership au ministère de la Santé et des Services sociaux. Il y avait aucune équipe responsable de la planification et de l'encadrement administratif et clinique, aucune équipe pour la coordination, je dirais, des interventions. Il y a aucune base de données fiable tant sur les effectifs que sur les coûts. Il y avait pas de direction médicale nationale pour gérer un programme d'assurance qualité, là. Il y avait aucune programmation centrale de l'amélioration continue. Puis il y avait aucune priorisation des actions à prendre en ce sens. Puis le cadre législatif et réglementaire était anachronique et désuet, là. C'est sévère, mais c'est ce qui existait. Puis c'est évident que, lorsque vous n'avez aucune équipe, vous n'avez personne, bien — j'avais dit en conférence de presse: zéro effectif — bien, c'est évident que ça pose des problèmes auxquels on fait référence.

Et ce qui explique aussi que, dans le cadre de notre mandat, ça a pris un petit peu plus de temps que prévu, c'est qu'il a fallu se bâtir une équipe, se bâtir un secrétariat avec des ressources venant d'un peu partout du réseau. Mais on ne pouvait pas compter, au départ, en assumant notre mandat, sur des effectifs, disons, déjà rompus à la pratique préhospitalière et qui pouvaient d'entrée de jeu nous soutenir et contribuer d'une façon rapide. Donc, il a fallu bâtir des équipes. Et on a fait des efforts gigantesques, disons, pour identifier des données, disons, des données objectives et crédibles. Je dois vous dire que ça a été... C'est un effort laborieux, là, qui a été fait et accompli.

Dans les autres constats, disons, qui découlent aussi, disons, de ce que je viens de dire sur la gouvernance et la gestion, c'est que les régies régionales ont été laissées à elles-mêmes, avec peu de moyens et de ressources. Elles ont pris un certain nombre d'initiatives, mais, en l'absence d'un encadrement national, c'est évident que les résultats, disons, sont à géométrie variable. C'est différent d'une région à l'autre, avec des disparités. Bon.

Également, ce qu'il est important de signaler, même si vous ne l'avez pas sous les yeux, c'est que la concertation interministérielle ou intersectorielle, disons, avec le ministère des Affaires municipales, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Sécurité publique est à toutes fins pratiques minimaliste et ne permet pas d'action intégrée. Et, dans le secteur préhospitalier, c'est important, cette intégration-là, parce que ce n'est pas un secteur qui vit par lui-même, disons, il a besoin du support du ministère de l'Éducation, besoin du support du ministère des Affaires municipales, de la Sécurité publique. Et donc, c'est important qu'à l'intérieur de l'appareil gouvernemental cette coordination-là et cette intégration se fassent.

Enfin, le financement était inadéquat puis il est orienté exclusivement sur les services ambulanciers. Disons, sur les 214 millions qui sont dépensés dans les services préhospitaliers, vous en avez tout près de 190 millions, disons, qui sont alloués aux services ambulanciers. Donc, c'est un secteur qui est sous-financé, sous-développé. Et on verra tantôt les recommandations qui ont été faites à cet égard. Bon. Mais, même si on dépense une somme, je dirais, de 200 millions, qui n'est pas une somme astronomique — ça rejoint les préoccupations aussi du Vérificateur général — c'est qu'on dépense ce montant-là sans indicateurs de qualité, sans indicateurs de performance, sans indicateurs d'efficacité de système. Et, comme préoccupation première qu'on avait, c'était pas d'aller chercher des économies sur ce 200 millions là, parce que, en fait, le système est sous-développé, disons, c'était de faire en sorte qu'on en ait pour notre argent. Si on dépense 200 millions, peut-on commencer à s'assurer que ce 200 millions là, il est bien dépensé puis il produit des effets optimaux et maximaux?

Donc, ces constats-là nous ont conduit aux recommandations. Bon. Et, je dirais, il y en a une centaine. Évidemment, on ne dispose pas du temps pour passer à travers les 100, mais je voudrais tout à l'heure passer à travers certaines des mesures, disons, qu'on retrouve dans le plan d'action. Mais, dans les 100 recommandations, il y en a huit qui sont majeures, qui

sont structurantes, qui sont déterminantes puis qui entraînent les autres. Donc, les huit, je vous les identifie, puis c'est important qu'on les passe en revue pour qu'on se rappelle, disons, l'essentiel de nos recommandations.

D'abord, il faut implanter dans toutes les régions du Québec une chaîne d'intervention comprenant tous les maillons intégrés entre eux et avec le réseau sociosanitaire. Je dirais, le rapport Fréchette avait dit ça en 1992; on revient, en 2000-2001, avec cette première recommandation là. On n'a pas inventé la roue, nous non plus. Il ne faut pas penser qu'on est très, très innovateurs puis qu'on a trouvé un secret que personne d'autre a trouvé. Je dirais, que ce soit en Europe, que ce soit ailleurs aux États-Unis, dans la plupart des États américains, la chaîne d'intervention préhospitalière est présente, aussi dans les autres provinces canadiennes. Donc, c'est majeur comme première recommandation qu'on implante. Qu'on l'implante correctement, progressivement, mais il faut qu'elle s'implante.

Une fois qu'on a implanté ou qu'on est en voie d'implanter cette chaîne, c'est important également d'avoir une structure centrale forte, qui était notre deuxième recommandation. Il faut que cette... Il faut être capable d'assurer la gestion et la coordination de cette chaîne et des services. Donc, on vous proposait la création d'une direction des services préhospitaliers d'urgence au ministère.

Troisième recommandation, et on veut y mettre l'accent qu'il fallait, même si c'est un des maillons, c'est l'implantation des centres de communication santé couvrant toutes les régions sociosanitaires. Disons, on a dit tantôt que c'est impensable, disons, d'améliorer l'efficacité et l'efficacité d'une chaîne préhospitalière s'il n'y a pas de centres de communication. Donc, il faut qu'il y ait des centres de communication santé couvrant toutes les régions sociosanitaires. Ça ne veut pas dire qu'il va y avoir un centre dans chacune des régions. Ça pourrait être des centres de communication multi-régionaux qui peuvent couvrir quelques régions par centre.

● (10 h 10) ●

Quatrième recommandation, c'était d'opérationnaliser d'une manière très généralisée ou de rendre opérationnels les services de premiers répondants sur l'ensemble du territoire. On a vu tantôt qu'il y a très peu d'endroits, disons, qui sont couverts par les services de premiers répondants. Or, c'est important qu'on puisse avoir de tels services partout à travers le Québec. Et je vous dirais que c'est une condition sine qua non pour respecter un taux de réponse du système qui soit satisfaisant et adéquat.

Le cinquième, qui était le rehaussement de la formation de base et la professionnalisation des techniciens ambulanciers. On a vu tantôt que la formation est hyperdisparate. C'est important qu'on puisse atteindre, dans un premier temps, un niveau qui serait équivalent à une attestation d'études collégiales. Et ça, on pourrait faire, au cours des prochaines années, disons, excusez l'expression, mais un blitz important pour relever la formation de base générale de nos techniciens ambulanciers.

Et, en parallèle, il pourrait y avoir une démarche éventuellement au ministère de l'Éducation pour faire en sorte, avec bien sûr le leadership du ministère de la

Santé, pour relever ce niveau de formation à un diplôme d'études collégiales. Si on veut avoir des professionnels ou professionnaliser cette tâche des techniciens ambulanciers, c'est important qu'on relève éventuellement ce niveau de formation.

Le sixième, qui est un encadrement de toutes les interventions par un programme d'amélioration continue de la qualité sur les aspects cliniques et administratifs. Disons, quand on parle tantôt d'une structure nationale avec une direction générale des services préhospitaliers, c'est important aussi qu'il y ait un directeur médical national qui est responsable de la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité puis, une fois que ce programme-là est en place, être capable de l'évaluer a posteriori.

La septième recommandation, qui est la mise en place par le ministère d'un mécanisme d'imputabilité et de reddition de comptes pour toutes les structures et tous les fournisseurs de services. Il faut que les entreprises soient imputables aux régies régionales, que les régies régionales soient imputables au ministère, puis le ministère imputable à l'Assemblée nationale, et donc qu'un processus soit mis en place d'imputabilité et de reddition de comptes, avec des objectifs de résultat, de performance et d'efficacité.

Enfin, le financement, qu'il soit mieux adapté et en lien avec les objectifs poursuivis par la réforme. Donc, vous avez un bloc, là, de huit recommandations qui entraînent, je dirais, dans son sillage, 90 autres recommandations qui ont leur importance si on les prenait individuellement, ce qu'on pourra faire à l'intérieur du plan d'action qui va suivre.

Mais avant, peut-être signaler que l'impact des recommandations qu'on faisait — disons, vous avez un petit tableau qui le résume rapidement — sur les coûts prévus récurrents, c'est 53,6 millions de dollars. Ça veut dire qu'à la cinquième année du plan, disons, on aura augmenté les crédits sur une base récurrente à un niveau de 53,6. Bon. Et, pour atteindre ce 53,6, c'est pas à la première année, là, disons, qu'il était attendu de recevoir ces sommes. Disons, en gros, là, pour faire une histoire courte — vous avez ça dans le document — mais on disait d'ajouter un 10 millions annuel récurrent par année. Alors, première année, vous ajoutez un 10 millions additionnel, la deuxième année, un autre 10, donc vous êtes rendu à 20 annuels récurrents, etc., jusqu'à une cinquantaine de millions. Je dirais que ça permettait de réaliser progressivement les propositions qui sont là-dedans.

Également, il y a les crédits non récurrents, les crédits, là, qui arrivent une seule fois, disons, et que, sur la période de cinq ans, on avait évalués à 32,6 millions de dollars. Et là aussi c'est pas 32 tout d'un bloc; il y a quelques millions chaque année pour atteindre, à la fin de la période, un 32,6, mais il n'est pas récurrent, il ne revenait pas. Et une bonne partie de ces coûts, si ma mémoire est fidèle, était reliée à la formation, disons, des premiers répondants, à la formation des techniciens ambulanciers.

Maintenant, le plan d'action, qui est le neuvième point de la présentation, c'est de mettre en place les actions prioritaires et stratégiques sur un échéancier de cinq ans. Et, dans le rapport et dans le sommaire exécutif qui a été remis en même temps que le rapport,

disons, il y avait une place qui était faite au plan d'action avec les mesures, les responsables puis l'échéancier. Bon. Pour les fins de la présentation, ce matin — et, si nécessaire, on pourra y référer — disons que je vous donne une liste des mesures du plan d'action qui était proposé et j'aimerais qu'on le parcoure rapidement, sans s'y arrêter trop longtemps.

Mais, je dirais, il y avait quatre volets dans le plan d'action. Il y avait des mesures pour le ou la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux; il y a quatre mesures. Le volet de la Direction des services préhospitaliers d'urgence qui devait être mise en place, il y a 11 mesures. Les régies régionales, disons, elles étaient interpellées pour quatre mesures. Et enfin, les différents maillons de la chaîne qui est vraiment, là, la dimension fonctionnelle et opérationnelle et la dimension terrain, il y avait 41 mesures qui étaient proposées. Et ça, c'est majeur, parce qu'on avait un mandat d'avoir un réseau de services efficient et efficace puis d'avoir un plan d'action qui rende ça opérationnel. Donc, au-delà du ministère puis des régies régionales, c'est important d'avoir des recommandations très fonctionnelles et opérationnelles. Donc, vous en avez pour 41 mesures qui ont été proposées. Bon.

Si on les passe rapidement pour retenir peut-être l'essentiel de ce qu'on y retrouve, dans le cas de la ministre d'État, là, c'était qu'il y ait un engagement ministériel par rapport au rapport et aux recommandations puis éventuellement de cheminer avec un projet de loi, avec, bien sûr, les crédits budgétaires, et de créer une direction des services — c'est majeur — une direction des services préhospitaliers d'urgence au ministère.

Dans le cas de la Direction des services préhospitaliers, une fois qu'elle est en place, elle participe à la rédaction du projet de loi. Elle doit procéder à l'engagement du directeur national, du directeur médical national, pour la mise en place et le maintien d'un programme d'amélioration continue de la qualité. Si on vise la qualité, il faut avoir un programme, il faut se donner des protocoles, il faut être capable de les évaluer puis être capable de suivre a posteriori ce qui se passe, bien sûr, avec une démarche de révision des règles et des paramètres budgétaires aussi au niveau des entreprises ambulancières. Bon.

Puis là vous avez toute une série d'autres mesures pour la Direction des services, avec des campagnes de sensibilisation et d'information, la mise en place d'un système d'information de gestion, qui est majeur, là. Quand je vous disais tantôt que c'est le vide, qu'il y avait un vacuum terrible sur les informations, on avait peut-être des bonnes informations chez les véhicules, l'usure des pneus, des poignées de portes, etc., mais, sur des informations sur le coût puis la clientèle, je dirais que c'était laborieux d'obtenir ces informations. Bon.

Alors, je vous amène au troisième volet, qui est celui des régies régionales. Il y avait quatre mesures. Parmi ces mesures, c'était... Bien sûr, elles aussi doivent mettre en place une direction régionale des services préhospitaliers d'urgence. C'est important qu'il y ait une unité qui s'organise à cette fin, que ce ne soit pas une personne qui change à tous les deux mois, trois mois puis, disons, qu'on se retrouve en situation d'instabilité. Donc, d'avoir une unité, qu'on appelait une direction des

services, avec, bien sûr, comme responsabilités aussi de négocier des ententes de services avec des entreprises ambulancières non pas annuellement, mais sur une base triennale — c'est majeur — de produire un plan d'organisation de services préhospitaliers d'urgence puis d'intégrer ces services-là aux activités du réseau sociosanitaire. Ce sont les quatre principales mesures qui ont été identifiées pour les régies régionales.

Maintenant, les maillons de la chaîne. On disait tantôt qu'il y avait 41 mesures. Je veux attirer votre attention sur quelques-unes de ces mesures. Bien sûr, la mesure 2: on veut identifier les endroits prioritaires où les appareils de défibrillation devraient être installés et opérés par des personnes, bien sûr, qui sont formées. Au Québec, il y a très peu d'endroits publics, disons, où il y a des appareils de défibrillation semi-automatiques qui permettraient, dans certains cas, là, de sauver des vies.

Toujours dans les premiers intervenants, il faut qu'ils aient une formation en secourisme de base aux niveaux primaire et secondaire et avec une actualisation au niveau collégial. Ce n'est pas la fin du monde, c'est 15 heures, me dit-on, par année, de formation en secourisme de base. Donc, ce n'est pas la fin du monde. Et la mise en place également d'un programme de formation pour le personnel du réseau, avec un objectif d'avoir 25 % du personnel du réseau, disons, qui soit formé aux premiers secours ou à des cours de secourisme de base.

Pour le Centre 9-1-1, c'est relié à ce que je vous disais tantôt dans les constats, il faut qu'il y ait uniformisation du traitement puis des protocoles de transfert des appels du 9-1-1 vers les centres de communication santé. Dans le cas des centres de communication santé, on disait d'entreprendre une démarche auprès du CRTC afin d'obtenir l'autorisation de financer les centres de communication santé. Si ma mémoire est fidèle, disons, la mise en place des centres de communication santé coûtait 26 millions — je pense, autour de ça, 25, 26 millions — à implanter sur la base d'un scénario qu'on proposait, et on pensait qu'il y avait une possibilité d'autofinancer ce 25, 26 millions là par une tarification qui s'intégrerait avec la tarification du 9-1-1. Et je dois vous dire que le 9-1-1, où les municipalités sont très impliquées, il recevait ça de façon très positive qu'il y ait une démarche éventuellement du CRTC pour intégrer à la facturation une facturation pour les centres de communication santé, bien sûr, dans la mesure où ces centres-là offrent la qualité des services qui était préconisée. Également, dans les centres de communication santé, disons que c'est important d'avoir une régie, compte tenu que certains de ces centres sont multirégionaux, que d'avoir une régie qui soit mandataire du centre.

● (10 h 20) ●

On parlait de la consolidation du centre de communication d'Urgences-santé, du déploiement de celui de la Montérégie. Puis on avait identifié Montérégie, du Centre-du-Québec et de l'Estrie qui pourraient être déployés assez rapidement. En ce qui concerne le reste du territoire du Québec, disons, avant de proposer un scénario final, on recommandait qu'il y ait, pendant les prochains mois — à l'époque, on disait fin juin... Donc, on se donnait, on proposait que le ministère se donne cinq à six mois d'études

additionnelles techniques pour définir le scénario optimal pour les autres centres de communication santé. Ce qui est important, c'est que tout le Québec soit desservi.

Maintenant, le scénario, à savoir: Est-ce qu'il y en a cinq, six, sept, ou huit, ou neuf? Nous allons proposer quelque chose entre six et sept. On disait: Prenez le temps d'y réfléchir. Et c'est le moyen, disons, d'y parvenir. Mais, la finalité, elle est non négociable, que tout le Québec soit desservi par les centres de communication et, après ça, une fois que le scénario est défini, de procéder au déploiement de ces centres de communication.

Également, ce qui était proposé à la quinzième recommandation, c'est l'impartition au Service aérien gouvernemental de la gestion de la Centrale du transport aérien. C'est important de savoir que l'organisation, à cet égard, est déficiente. Et ce qui était recommandé, c'est que la gestion des appels, de l'affectation des ressources puis de la facturation, puis même également de l'utilisation non seulement du transport par l'avion-ambulance du gouvernement mais également des vols commerciaux ou des vols privés soit concentrée ou impartie à l'intérieur du Service aérien gouvernemental, donc dans une démarche, en même temps, d'une meilleure gestion et d'amélioration de services.

Ce centre-là par la suite serait relié, en termes de communication, avec la centrale de communication santé de Québec afin de bénéficier du support clinique, disons, qui pourrait être dispensé puis en même temps, disons, de traiter les demandes d'utilisation de l'avion gouvernemental, là, de l'avion-ambulance. Et la gestion de la dimension médicale et clinique serait assumée par l'Hôpital de L'Enfant-Jésus. Donc, à cet égard, on avait, disons, clarifié les rôles des uns et des autres dans le but d'améliorer substantiellement la qualité des services et l'efficacité de ces services-là.

Maintenant, les premiers répondants. On a dit: Ayant, disons, d'implanter partout à travers le Québec des services de premiers répondants, c'est important d'abord d'établir un protocole d'entente pour le cadre général d'implantation de ces services-là avec la Fédération québécoise des municipalités puis avec l'Union des municipalités. C'est important. Disons que, si, éventuellement, on veut impartir à une municipalité un service de premiers répondants, c'est important qu'on s'entende d'abord sur le cadre général puis les balises et les modalités de financement de ces services de premiers répondants et de s'assurer également que ça s'intègre à l'intérieur des autres maillons de la chaîne. Puis, une fois que ce protocole-là est convenu avec l'Union des municipalités puis la Fédération, je dois vous dire que, dans nos rencontres et dans nos consultations, la réceptivité, elle était quand même très positive.

Après ça, il y aurait le démarchage des régies régionales auprès des municipalités pour mettre ça en place puis implanter par la suite les premiers répondants. Évidemment, une fois que les services s'implantent, la formation standardisée des premiers répondants... Pas juste avoir un service de premiers répondants; c'est important que ces gens-là soient bien formés, soient bien formés à l'intérieur de standards qui ont été préalablement définis, disons, par des personnes compétentes.

Une fois que la formation est accordée, standardisée, il y aurait l'accréditation et le financement par les régies régionales des services de premiers répondants. Et, une fois que les premiers répondants sont autorisés, il faut établir un lien de communication entre les premiers répondants puis les centres de communication santé pour l'affectation des ressources et l'encadrement clinique. C'est majeur et important que ces gens-là également, comme l'étaient les techniciens ambulanciers, aient une relation bidirectionnelle entre leurs services et la centrale de communication.

Maintenant, les entreprises ambulancières. En ce qui les concernait, on disait: C'est important de produire une charte de comptes, de produire les états de revenus et dépenses d'opération réalisés par un expert comptable puis de revoir l'ensemble des bases budgétaires sur la base de cette charte de comptes là puis d'un état de revenus et dépenses basé sur l'exercice 2000-2001, puis voir, à l'automne 2001, si des rectificatifs budgétaires s'imposent ou pas. Mais on aurait un éclairage, disons, approprié.

Je dois dire qu'on a tenté, à l'intérieur du Comité, de faire cette démarche, mais la variété de ce qu'on pourrait appeler la comptabilité puis de la charte des comptes a rendu les choses particulièrement difficiles. Donc, il y a une démarche qu'il est proposé d'entreprendre comme action.

Également, il y a des recommandations qui sont faites sur les formules de financement des véhicules. Disons, on se procure annuellement, disons, quelque chose comme 133 véhicules par année. Il serait important d'avoir des manières de faire qui permettraient d'avoir des économies sur l'acquisition ou la location des véhicules.

Après ça, on parle d'ententes de services, à la recommandation 27, disons, entre les entreprises et les régies régionales, des ententes de services de trois ans plutôt que des contrats à budget annuel.

On propose aussi des modifications à la composition du conseil d'administration d'Urgences-santé. Dans le fond, Urgences-santé, on a proposé deux choses principales: modification de son conseil d'administration pour introduire les représentants des régies régionales de Laval et de Montréal, pour introduire également un représentant d'une tierce partie importante qui finance beaucoup le préhospitalier — on pense, bien sûr, à la Société d'automobile, qui finance plus d'une quarantaine de millions et même davantage — et d'y introduire également, au conseil d'administration, si on a une préoccupation de service à la clientèle, de qualité de services... que le directeur des services professionnels d'Urgences-santé soit également membre du conseil d'administration.

Également recommandé dans Urgences-santé — je fais une petite parenthèse — disons, que les médecins sur la route qui font des interventions régulières sur les sites d'un accident, disons, on cesse, qu'on mette fin à cette pratique. Et, à cet égard, on rejoint le Conseil des médecins du Québec, on rejoint l'Association des médecins d'urgence du Québec, qui recommandaient également que la pratique médicale sur les sites d'un accident, sur une base régulière, disons, devrait prendre fin. Je vous dirais que ça rejoint d'ailleurs de plus en plus des études qui ont été faites un

peu partout sur la planète concernant la valeur ajoutée de telles pratiques.

Ensuite, on parle de rehaussement de la formation — au point 30 — des techniciens ambulanciers à un niveau équivalent à celui d'attestation... puis une démarche, comme je disais tantôt, à un niveau d'études collégiales.

Il devrait y avoir aussi une démarche de conversion des horaires de faction en horaires de 40 heures, soit sur une base de 24 heures soit une base de quarts de travail. En région, il y a beaucoup de gens qui travaillent sur des horaires de faction, qui sont disponibles 24 heures par jour et sept jours-semaine. Je dois vous dire que ça pose des problèmes de rétention de main-d'oeuvre en région. Et il y a déjà eu une démarche du ministère pour en convertir ces heures-là. Il devrait y avoir... Nous, on propose qu'il y ait une autre démarche qui soit entreprise prochainement pour, dans les endroits où ça se justifie, pas partout, mais qu'il y ait une telle conversion.

On parle des techniciens ambulanciers aussi au niveau d'examen national, parce que, en fait, il y a deux cégeps qui dispensent des cours pour les techniciens ambulanciers. Souvent, les cursus sont un peu différents l'un à l'autre. Ce qu'on propose, c'est qu'il y ait un examen standard, disons, qui soit passé aux techniciens ambulanciers sur la base de la réussite de cet examen national, disons, que le ministère de la Santé émette une carte de statut. C'est, je dirais, un peu un équivalent de ce que font les corporations ou les ordres professionnels.

À cette carte de statut, qui est donnée à un individu pour signifier, disons, qu'il a la formation adéquate pour être technicien ou technicienne, disons, on parle aussi d'une autre carte qui est une carte d'employabilité qui serait renouvelable à tous les quatre ans et qui serait gérée par les régies régionales. C'est important de s'assurer que les gens qui sont dans la pratique préhospitalière suivent la formation continue, réussissent les examens ou la formation qui leur est requise pour maintenir leur compétence et leurs connaissances à jour. Et, sur la base de la réussite de ces démarches, disons, la carte d'employabilité serait renouvelée à tous les quatre ans.

Également, la sélection de techniciens ambulanciers — ça, c'est important — qui assureront l'encadrement clinique en temps réel dans les centres de communication santé. Ce qui est important, c'est que... on disait tantôt le rôle des centres de communication santé, qu'ils ont un rôle très important, mais, entre autres, c'est de donner un support clinique aux gens qui interviennent sur les sites ou sur le site d'un incident ou d'un accident. Et, que ce soit un technicien ambulancier ou un premier répondant, il serait important que les gens sur place à l'occasion... pas à l'occasion, mais qu'ils puissent pouvoir disposer d'un support clinique en temps réel.

Et, compte tenu, disons, qu'il n'était pas opportun d'avoir des médecins partout dans chacun de ces centres-là, on a recommandé qu'il y ait des techniciens ambulanciers ayant une formation, disons, appropriée, plus avancée qui fournissent, dans chacun de ces centres de communication, le support clinique et qu'il y ait dans les deux grands centres, Québec et Montréal, disons, un support clinique qui soit supervisé

et dispensé par un médecin. Alors, on aurait à travers tout le Québec, via les centres de communication, un support clinique en temps réel qui serait, je dirais, efficient et efficace.

● (10 h 30) ●

Enfin, les établissements receveurs. On parle beaucoup d'échanges et d'établir des protocoles pour de l'échange d'informations entre les techniciens et les salles d'urgence. On parle de formation conjointe personnel ambulancier avec celui des salles d'urgence. On parle de stages en salle d'urgence, de stages cliniques en centre hospitalier puis de réseautage et de corridors de service à établir par le ministère pour les soins spécialisés ou ultraspecialisés. Il serait intéressant qu'on ait, disons, pour la traumatologie, l'oncologie, la radiologie, etc., qu'on ait des corridors de service préalablement, je dirais, définis.

Donc, ça fait un tour de piste non seulement des recommandations, mais des mesures, disons, qui avaient été proposées à l'intérieur du plan d'action et qui étaient étalées sur cinq ans. Puis, je ne l'ai pas indiqué dans la présentation, mais vous l'avez dans le rapport et dans le sommaire exécutif qui avait été remis en même temps que le rapport, il y a un échéancier qui accompagne chacune de ces mesures-là.

En terminant, j'attirerais votre attention sur les conditions critiques de réalisation du plan. C'est un plan, disons, qui comporte des mesures importantes, structurantes. Il y a des conditions de réussite, qui sont au nombre de cinq. Première condition, c'est la volonté politique et administrative. Disons que c'est majeur, disons, pour que ce plan-là puisse se réaliser. Deuxième condition, c'est le leadership du ministère de la Santé. On ne peut pas laisser au local ou au régional de prendre l'initiative sans encadrement bien défini, sans programme général d'assurance qualité, sans appréciation aussi en termes d'évaluation de l'ensemble du système qui s'implante au Québec. Donc, ça prend un leadership.

Ça prend également une mobilisation de tous les intervenants. C'est majeur. Souvent, il y a des relations et des rapports tendus entre les intervenants. Je demeure personnellement — puis je dis bien personnellement — disons, assez optimiste sur la possibilité de mobiliser les intervenants de ce réseau-là. Quand on regarde, au cours des dernières années, ils ont réclamé à grand cri, disons, des modifications, des modifications importantes. Je pense qu'ils sont prêts à recevoir ces mesures, ils sont prêts à collaborer, à y participer. Puis le fait qu'on ait eu un consensus, et même plus qu'un consensus, l'appui unanime des membres autour de la table, qui représentaient les divers milieux, je pense que c'est un signe positif pour la mobilisation.

Un partenariat engagé et des instances multi-sectorielles. Je mentionnais tantôt qu'il y a des ministères qui sont interpellés, disons, par les services préhospitaliers. C'est important qu'ils soient bien intégrés et engagés dans la mise en place des mesures. Puis, bien sûr, une reddition de comptes et l'atteinte des résultats fixés par tous les maillons. Et je vous dirais en toute candeur et naïveté qu'avec le plan, disons, qui était proposé, si ce plan-là était, pour l'essentiel, approuvé par le ministère, je dirais, la reddition de comptes et l'imputabilité seraient très faciles à réaliser avec la liste

des mesures, les responsables puis les échéanciers qui ont été fixés. Et je vous dirais d'ailleurs que, quand on a confectionné ce plan d'action là, on savait très bien qu'une fois que le plan d'action est bâti disons qu'il y a des comptes qui vont être demandés concernant ce qui a été proposé.

En conclusion, c'est bien sûr que l'implantation progressive devrait déboucher sur un processus continu d'adaptation du système préhospitalier d'urgence. Le mot «processus continu» est important. Il ne s'agit pas de faire ça une fois puis, après ça, le laisser aller. Disons, il faut continuellement, disons, avoir dans le processus une adaptation qui est nécessaire et qui s'ajuste à la réalité évolutive d'une société moderne, consciente de ses besoins et de ses moyens, ce qui est le cas de la société québécoise.

Je dois donc, disons, terminer sur cette présentation en vous disant que mes deux collègues et moi sommes bien sûr disposés à répondre à vos interrogations puis à vos questions. Merci, M. le Président, de m'avoir accordé un petit peu plus de temps.

Le Président (M. Beaumier): Oui, bien, on a bien fait, on a bien pris la bonne décision, hein, parce que... D'abord, je vous remercie beaucoup de ce survol, qui est très articulé puis... ce qui fait que ça nous permet, à tous les membres, de pouvoir procéder à une période d'échanges, questionnements, remarques, communications. Alors, je demanderais peut-être au député de Nelligan de partir cette opération.

Discussion générale

M. Williams: Merci, M. le Président. Et, M. Dicaire, merci pour votre présentation et pour votre rapport. Merci aussi pour la collaboration, Dr Fréchette, pendant des années dans ce dossier, et M. Morissette, comme secrétaire général du Comité.

J'ai beaucoup, beaucoup de questions à vous demander. Et je sais que vous êtes pas décisionnels maintenant, mais peut-être que je peux commencer avec juste une expression. Enfin, vous êtes devant la commission. Parce que le rapport a été déposé le 12 décembre, qui est à peu près deux ans après le dépôt du rapport du Vérificateur général, qui était un rapport qui a jugé le comportement du gouvernement très sévèrement. Dr Fréchette, votre premier rapport a dit que chaque minute compte, mais, quand ça concerne les ambulances, c'est lent. C'est lent avec l'action gouvernementale, c'est lent avec les rapports et c'est encore lent une fois que le rapport est déposé, qu'on voit l'action.

M. Dicaire, vous avez raison de dire qu'un plan d'action est important, et vous avez produit un plan d'action, mais, d'un autre côté, c'est assez important, le gouvernement doit implanter ce plan d'action. Et déjà, malgré que c'est juste même pas cinq mois passés, ils sont en retard. Je peux sortir, peut-être, pendant le prochain deux heures, on peut sortir quelques exemples. Et, oui, ils ont eu quelques pistes, quelques gestes, mais juste... comme le projet de loi, qui est nécessaire, et je voudrais retourner un peu plus tard sur ça. Selon moi, j'ai vu absolument rien ailleurs sur un projet de loi sur les services préhospitaliers d'urgence au Québec.

Stratégie d'intervention préhospitalière

Je ne fais pas une longue intervention. Peut-être que je peux commencer avec deux questions générales. Parce que c'est une question de vie et mort, et moi, c'est la première intervention pour plusieurs cas dans notre système de santé. Un, est-ce que, selon vous, la stratégie québécoise qu'on utilise, de «scoop-and-run», un peu, est-ce que c'est encore bon? Vous avez parlé d'une chaîne, etc., mais la stratégie qu'on prend un patient et on envoie le patient le plus vite possible dans un hôpital, est-ce que c'est encore une bonne stratégie?

Mode de financement des services préhospitaliers d'urgence

Deuxièmement — et peut-être que c'est une question un peu précise mais générale aussi — les recommandations 92, 93 et 94 sont toutes les questions de financement: augmentation de tarifs, augmentation des frais sur les lignes téléphoniques, augmentation sur les amendes sur les routes québécoises. Selon moi — et vous avez déjà entendu mes commentaires sur ça, M. Dicaire, sur les taxes déguisées — c'est un autre tarif, c'est une autre augmentation des frais.

Je voudrais savoir pourquoi vous avez recommandé les tarifs, que j'appelle les taxes déguisées, que recommandaient... que les augmentations, les coûts d'un système de services préhospitaliers d'urgence doivent être inclus dans le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux parce que c'est une intervention intégrale dans une intervention médicale, si je peux exprimer ça comme ça. C'est un geste médical qui est la première chose pour plusieurs patients pour son... à cause de crise ou un accident.

Avec ça, je voudrais, un, savoir, une question générale de stratégie de «scoop-and-run», est-ce que c'est encore efficace? Avez-vous fait la comparaison avec les autres modèles au Canada mais aussi en Amérique du Nord? Et, deuxièmement, pourquoi vous avez choisi de pas utiliser les impôts, les taxes générales pour subventionner un service préhospitalier d'urgence, qui est jusqu'à maintenant subventionné à peu près 200 millions de dollars par année?

Le Président (M. Beaumier): M. Dicaire.

Stratégie d'intervention préhospitalière (suite)

M. Dicaire (André): Oui. Sur la première question, je vais donner une réponse préliminaire puis j'inviterais par la suite le Dr Fréchette à y répondre d'une manière plus exhaustive, puis je reviendrai après pour répondre à la deuxième. Mais, pour prendre d'abord la première, le Comité a retenu le «scoop-and-run», disons, comme stratégie d'intervention québécoise. Mais ça rejoint ce que le Collège des médecins aurait soumis comme recommandation puis ça rejoint aussi ce que ce qu'on appelle l'AMUQ, l'Association des médecins d'urgence du Québec, avait également recommandé.

● (10 h 40) ●

Le concept des soins avancés, qui comprend, dans le fond, la panoplie des soins disponibles en salle

d'urgence qu'on transpose, disons, sur la route, ça a pas été retenu par le Comité, comme je disais tantôt, ça a pas été retenu, disons, par les organismes qu'on avait et qu'on a consultés.

Également, quand on regarde la littérature, disons, qui a été écrite à ce sujet, notamment sur les soins avancés, on s'aperçoit que les résultats de ça sont assez contradictoires et inconstants. Je dirais, il n'y a pas de vérité absolue puis, je dirais, il n'y a pas d'évidence que dispenser des soins ou des services sur le site ou sur la route a une plus-value en termes de réduction de la mortalité et de la morbidité — puis, là-dessus, je pense que le Dr Fréchette pourra vous donner tantôt des citations assez particulières — de sorte qu'on a une attitude... on a reconduit la stratégie québécoise du «scoop-and-run». Puis, je dirais, on a gardé une attitude très conservatrice et prudente par rapport à ça.

Maintenant, c'est important de dire qu'on n'a pas fermé la porte complètement puis dire: On ne veut rien savoir d'autre. Disons, il y a une recommandation, dans le document, qui parle effectivement — puis on le retrouve dans le plan d'action — de projets-pilotes, notamment Urgence-santé, là, qui est en train de finaliser un projet intéressant, un projet-pilote à durée limitée, puis qui serait sous l'encadrement du ministère, puis dont la raison première serait d'évaluer, disons, si effectivement ça change les choses que de pouvoir intervenir ou faire des interventions particulières sur les sites ou sur la route. Donc, pas fermé la porte, là, mais, je dirais, on l'a entrouverte puis on est prêt à regarder dans un contexte très, très limité. Mais on a vraiment conservé le «scoop-and-run» pour les raisons que j'évoquais.

Les deux principaux gestes pour lesquels il y avait une reconnaissance de pertinence, disons, c'était la défibrillation semi-automatique puis l'intubation par combitube, puis ça, je dirais que c'est pratiqué maintenant partout à travers le Québec. Mais, en ce qui concerne d'autres gestes ou actions de ce type, je dirais, on n'a pas de recommandation, puis il faudrait le regarder à travers une expérience. Et possiblement que, disons, on n'irait jamais avec un système qui fait autre chose que le «scoop-and-run», mais qu'il pourrait y avoir parfois des gestes, ou des actes, ou des interventions qui pourraient être récupérés, comme on a fait pour la défibrillation ou pour l'intubation par combitube.

Donc, c'est les éléments de réponse que j'avais pour votre premier point. C'est un élément extrêmement important, ce que vous soulevez, puis j'aimerais ça que le Dr Fréchette puisse aussi intervenir.

Le Président (M. Beaumier): Alors, Dr Fréchette.

M. Fréchette (Pierre): Merci, M. Dicaire. Comme vient de vous le dire M. Dicaire, le Comité s'est orienté plus vers une réponse de type «scoop-and-run» sans vraiment coller de façon définitive au «scoop-and-run», c'est-à-dire qu'on ne condamne pas toute intervention, au contraire. Ce qui se passe actuellement dans la littérature scientifique mondiale, c'est que les systèmes préhospitaliers doivent être adaptés et souples le plus possible en fonction de la demande et en fonction du degré d'urgence des populations qui sont à desservir.

Du côté des problèmes qui sont reliés aux accidents, ce qu'on appelle la traumatologie, il y a déjà un certain nombre d'études scientifiques qui ont été réalisées aux États-Unis, au Canada, en Angleterre, et la tendance actuelle est très nettement du côté de sauver du temps, c'est-à-dire qu'il y a des actes minimums de stabilisation qui doivent se faire sur le site de l'accident et on doit atteindre l'hôpital le plus approprié le plus rapidement possible.

Parmi les études qui ont marqué la littérature des dernières années, il y en a quelques-unes qui ont été publiées dans le *Journal of Trauma*, qui est une publication américaine mais de nature internationale sur les blessures en général. C'est peut-être le journal le plus prestigieux sur le plan de la science médicale en traumatologie. Et une des études relate une expérience assez frappante qui a été menée à Houston, au Texas, en 1993, par le Pr Pepe, Paul Pepe, et où on a réalisé une étude prospective, c'est-à-dire une étude d'avance en déterminant des critères qu'on devrait suivre sur les blessures par balle au tronc, dans la ville de Houston.

C'est une ville qui a un système de paramédiques. Les paramédiques, pour rappeler à tout le monde ce que sont ces personnes-là, ce sont des gens qui ont une formation très avancée et qui ne font que des soins préhospitaliers d'urgence, et qui sont habilités à poser différents actes techniques comme l'intubation endotrachéale, installer des solutés, donner des médicaments par injection, et tout ça en fonction de protocoles préétablis. En fait, c'est un système qui est bien connu et qui est en opération dans certaines villes aux États-Unis et dans d'autres provinces canadiennes.

Donc, à Houston, on avait un système qui intégrait la présence des paramédiques en ville. Et on avait pris comme habitude d'équiper les ambulances de tout le matériel qu'il fallait pour permettre à ces paramédiques d'intervenir sur le site des accidents ou à domicile quand il y avait des urgences médicales quelconques. Et chaque ambulance avait à son bord un technicien ambulancier de base qui était chargé plus de conduire le camion et d'aider à manipuler la personne malade ou la personne blessée, alors que le paramédique qui était à bord était plus mandaté pour établir une ligne de conduite et procéder à des traitements dits avancés, de soins avancés, ce que les Américains appellent l'ALS, Advanced Life Support.

Pepe, donc, dans son étude pour essayer de démontrer la pertinence de l'intervention de ces paramédiques, a fait, sur une période de six ans, une division arbitraire de la ville de Houston en deux parties égales. D'un côté de la ville, il a mis tous les paramédiques ensemble à bord des ambulances puis, dans l'autre partie de la ville, il a mis seulement les techniciens ambulanciers de base à bord des ambulances, de sorte qu'il y avait seulement que la moitié de la ville qui avait accès aux soins avancés. Remarquez qu'une étude comme ça, au Québec, ça serait difficile à réaliser pour des raisons d'éthique. Mais Pepe, aux États-Unis, pour des raisons que, moi, j'ignore, a réussi à mettre en place cette étude-là avec l'Université de Houston, au Texas.

Et, sur une période de six mois, on a regardé ce qui arrivait aux blessés graves qui avaient reçu... entre autres, des plaies pénétrantes soit par poignard ou par

balle. C'est plus fréquent là-bas qu'ici aussi, faut dire. À la grande surprise du Dr Pepe, la moitié de la ville qui a été traitée par les paramédiques a eu un taux de décès significativement plus élevé que la moitié de la ville qui a été traitée par des techniciens ambulanciers de base. On a commencé à essayer d'expliquer ça, en disant: Peut-être que les paramédiques, vu qu'ils interviennent sur le site, ça retarde l'arrivée des blessés à l'hôpital. Ce n'était pas le cas parce que la différence entre le côté des paramédiques puis des techniciens de base montrait un temps d'accès à l'urgence inférieur à deux minutes, et, médicalement, ça ne peut pas expliquer la différence de décès.

Par contre, quand on fouille plus loin dans les données cliniques d'une étude comme celle-là, on se rend compte que les blessés qui ont été traités par les paramédiques ont effectivement eu droit à avoir des solutés avant d'arriver à l'hôpital, et, quand ils sont arrivés à l'hôpital, c'est des gens qui avaient une meilleure tension artérielle et un meilleur rythme cardiaque que ceux qui n'avaient pas eu de soluté parce qu'ils avaient été ramassés par des techniciens ambulanciers de premier niveau. Donc, les citoyens qui ont été servis par des techniciens ambulanciers de base arrivaient à l'urgence, si on veut me prêter l'expression, dans un état plus grave et moins bon que ceux qui étaient traités par des paramédiques.

● (10 h 50) ●

Ce qu'il faut comprendre de cette étude-là, et c'est l'hypothèse finale du Dr Pepe, c'est que le fait de remonter la tension artérielle en injectant des solutés intraveineux — parce que ces gens-là ont commencé à saigner, qu'ils saignent à l'extérieur du corps, sur le trottoir, ou qu'ils perdent du sang dans leur ventre ou dans leur thorax — le fait de donner des solutés, effectivement, c'est efficace pour remonter la tension artérielle et stabiliser le pouls.

La nature a quand même essayé, à partir du moment même de la blessure, de se protéger elle-même. On a des mécanismes de protection qui sont naturels. Dans ces mécanismes-là, il y a la fabrication de caillots pour boucher les trous qui sont faits dans les vaisseaux sanguins, entre autres. Il y a aussi l'état de choc, l'état de choc au sens propre, pas le fait que les gens ont peur, là, mais le fait que le pouls s'accélère beaucoup. On va rencontrer souvent des gens qui vont avoir de pouls à 150, 160 ou même 200 battements cardiaques par minute mais, concomitant à ça, une baisse importante de la tension artérielle. Autrement dit, à l'intérieur des vaisseaux sanguins, la pression qui s'exerce sur les parois du vaisseau est réduite considérablement, ce qui permet de protéger les caillots frais qui bouchent les trous. Si on augmente rapidement la tension à l'intérieur du système circulatoire avant qu'on ait procédé à une fermeture définitive de ces trous-là, notre système va faire sauter les caillots temporairement faits par la nature, l'hémorragie va recommencer puis, quand on va arriver à l'hôpital, là on va courir après notre queue, puis il est trop tard, les mécanismes de coagulation sont consommés, le sang est beaucoup plus clair, la tension artérielle se remet à chuter puis on n'est plus capable de rien fermer.

Et ça, ça a été démontré une fois à Houston, ça a été repris dans une autre étude panaméricaine plus tard

en 1997, et on est arrivé à la même conclusion. Ça a été publié dans le *Journal of American Medical Association*, le *JAMA*, qui est aussi une revue extrêmement prestigieuse. Plus proche de nous, à Montréal, en 1994, le professeur John Santalis, de l'Université McGill, a fait une étude sur la mortalité des personnes, dans la région immédiate de Montréal, suite à un traumatisme. Il a pris la méthode du TRISS. C'est une méthode épidémiologique reconnue internationalement qui permet d'évaluer la prédiction de la mortalité sur des cohortes de blessés en fonction de deux éléments, la sévérité des blessures et l'âge des victimes. Puis là on touche pas à l'aspect plus particulier des blessures pénétrantes, mais on touche à tous les types de blessures. Autrement dit, ici, au Québec, actuellement — espérons que ça va rester comme ça encore longtemps — il n'y a pas beaucoup de violence pour provoquer des blessures aux personnes. On a des blessures plus par accident que par assaut avec des armes à feu puis des poignards, bien qu'il y en a quelques cas par année, et puis ces quelques cas-là se retrouvent plus à Montréal qu'ailleurs au Québec.

Santalís a ramassé l'ensemble de la cohorte et il a établi qu'à Montréal on avait, par rapport aux meilleurs centres américains, une surmortalité de 81 %, c'est-à-dire que 81 % des décès suite à une blessure grave à Montréal auraient pu être évités si on avait été ailleurs qu'à Montréal. En fouillant ce qui se passait avec les blessés de Montréal par rapport à ce qui se passait ailleurs en Amérique du Nord, on s'est rendu compte que ce qui tuait le monde à Montréal, c'étaient les interventions des médecins sur le site des accidents avec Urgences-santé. Les docteurs qui arrivent sur le site des accidents... Et ça, je pense que c'est important que vous compreniez ça, parce que c'est pas évident d'emblée. On a tous l'impression que, si on avait chacun notre docteur assis à côté de nous autres, il me semble, on aurait des meilleures garanties de survivre puis d'avoir moins de morbidité quand il nous arrive des bad lucks, même des accidents.

Une voix: ...

M. Fréchette (Pierre): Ha, ha, ha! Mais c'est pas évident. Ce qui arrive, avec spécifiquement le cas d'Urgences-santé, auquel j'ai eu moi-même à m'interfacer à des dizaines de reprises, c'est les situations suivantes. Lorsque se produit un accident — on parle d'un accident grave bien sûr, là, c'est pas un bout de doigt écrasé dans une porte d'armoire, là, c'est pas ce type de traumatisme là — lorsqu'il se produit un accident, puis c'est comme ça partout dans le monde, lorsqu'on met l'accidenté ou le malade en présence d'un médecin, le médecin va faire de la médecine. Puis là vous allez me trouver bête, mais c'est le fondement de ces principes-là qu'il est extrêmement important de comprendre.

Comment on fait de la médecine? Bien, ça, partout dans le monde, que ce soient les Russes, les Japonais, les Chinois, les Français, les Anglais, les Espagnols, les Américains, ou les Canadiens, ou les Australiens, ça se fait tout le temps de la même façon. Puis vous avez probablement déjà été vous-mêmes, tout le monde, un peu malades ou assez malades pour avoir

affaire à un docteur puis vous allez vous rappeler ce qui vous est arrivé à mesure que je vais vous le décrire.

La première chose qu'un docteur fait, il essaie d'avoir une histoire. C'est comme ça qu'il a été formé. Il questionne: Qu'est-ce qui s'est passé? Où est-ce que vous avez mal? Quelle sorte de symptôme vous ressentez? Puis il va même vous aider à les préciser: Avez-vous mal au coeur? Avez-vous mal à la tête? Avez-vous mal au ventre? Ça chauffe-tu quand vous faites pipi? etc. Il faut d'abord faire une histoire.

Quand l'histoire est bien faite puis qu'elle fait le tour de toutes les questions, il faut faire un examen physique. Alors, il va vous ausculter le coeur, les poumons, il va palper votre abdomen, il va vous inspecter partout, il va vérifier vos articulations, etc. Puis, plus souvent qu'autrement, une fois que ça, c'est fait, surtout si on est en présence d'un état qui est le moins inquitant ou grave, il a besoin d'examen complémentaires, que ce soient des radiographies, que ce soient des échographies, que ce soient des prises de sang, des examens d'urine, d'autres tests de laboratoire. Puis, au bout de tout ça, ça lui permet d'aboutir à un diagnostic. Une fois qu'il a son diagnostic, là, il peut planifier un traitement. Puis la démarche médicale, elle est comme ça partout dans le monde.

En traumatologie, à l'extérieur d'un hôpital, prenez le scénario typique ordinaire, là, que je ne personnalise pas mais qui peut arriver d'une façon tout à fait récurrente. Vous avez une grand-mère de 70 ans, au mois de février, sur la rue Sainte-Catherine, à Montréal. Cette grand-mère-là a eu une mauvaise nouvelle, disons que son chum vient de mourir. Elle est dans la lune un petit peu, elle a de la peine puis elle traverse la rue sans regarder. Ça arrive, ça. Là, il y a une voiture qui frappe grand-maman. Paf! Puis grand-maman tombe par terre puis elle est inconsciente. Faites venir un docteur. Il va commencer par faire une histoire. Pas de réponse. Il faudrait bien qu'il fasse un examen physique. Oui, mais là on est au mois de février, il fait moins 28° puis il faudrait déshabiller grand-maman, toute nue dans la rue, devant tout le monde. Ça fait qu'il ne peut l'examiner non plus. S'il ne peut pas faire d'histoire ni d'examen physique, eh bien, il va bien faire des examens complémentaires. Mais il n'a pas accès à un appareil à rayons X, il n'a pas accès à un laboratoire, il n'a pas accès au support technique qu'on retrouve normalement dans l'hôpital. Alors, il ne peut pas faire d'histoire, il ne peut pas faire d'examen physique puis il ne peut pas avoir d'examen complémentaire. Il va donc quand même essayer de faire un diagnostic. Mais là, c'est écrit dans tous les livres de médecine que tu ne peux pas faire un diagnostic si tu n'as pas d'histoire, pas d'examen physique puis pas d'examen complémentaire. Ce que tu peux faire, dans un scénario comme ça, c'est de ramasser un agrégat de symptômes et non pas un questionnaire, un examen physique puis des examens complémentaires. Et l'agrégat de symptômes peut-être dicter certaines conduites mais certainement pas un plan de traitement qui fait suite à un diagnostic. On est dans un autre ordre d'idées complètement. Puis ça, ce n'est pas le travail d'un docteur. Un docteur, ce n'est pas fait pour ça; c'est fait pour poser un diagnostic puis, après ça, faire son plan de traitement. En traumatologie, dans une situation préhospitalière, un docteur ne peut

pas faire ça. Mais il va quand même essayer de le faire, ce qui va lui faire perdre du temps, il va picosser toutes sortes de choses, puis la victime qui va se rendre à l'hôpital va se rendre à l'hôpital avec un délai, va avoir accès effectivement à un plateau technique qu'elle a besoin mais plus tard, puis ça, ça va avoir un effet sur la mortalité, mais pas à peu près, pour Montréal, c'est 81 %.

M. Williams: 81 %...

M. Fréchette (Pierre): De surmortalité par rapport à ce que ce serait ailleurs en Amérique du Nord.

M. Williams: Le taux de survie partout au Québec, c'est quoi, à peu près? Est-ce qu'on sait ça?

M. Fréchette (Pierre): Est-ce que vous parlez maintenant ou est-ce que vous parlez il y a, disons...

M. Williams: Maintenant.

M. Fréchette (Pierre): Maintenant?

M. Williams: Ou pendant que vous avez... le comité Dicaire a fonctionné.

● (11 heures) ●

M. Fréchette (Pierre): Bon. Il y a eu une autre étude dans le *Journal of Trauma* qui a paru l'an dernier, qui a justement regardé les taux de mortalité suite à un traumatisme, au Québec. Et on est parti, au début du réseau de traumatologie, en 1992, pour les blessés les plus graves, avec un taux de mortalité de 52 %. Avec ce qui a été mis en place depuis ce temps-là au niveau du préhospitalier et au niveau du réseau de traumatologie — puis on ne peut pas départager qui est-ce qui est responsable de quoi, dans ça — ce 52 % là est rendu maintenant à 18 %, ce qui est au-delà des objectifs qui avaient été fixés dans la Politique de santé et bien-être du ministère de la Santé en 1992, où on parlait de réduire de 20 % la mortalité attribuable aux traumatismes au Québec avant l'an 2002. Sur ce plan-là, je peux vous dire mission accomplie et même dépassée. Je voudrais ajouter peut-être, sur l'histoire du docteur...

M. Williams: Je peux peut-être retourner un peu sur la question financière aussi, parce que j'ai hâte d'entendre aussi pourquoi le comité Dicaire a choisi de recommander les tarifs et pas les impôts. Et, peut-être, je peux tricoter la même question et, après ça, je vais passer la parole.

Coûts reliés à l'amélioration du temps de réponse des services ambulanciers

Le temps de réponse, c'est un indicateur assez important. Le Vérificateur général a sorti les chiffres. Moi-même, à un comité local que j'ai travaillé, dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal, pour presque trois ans et demi maintenant, nous avons fait le suivi du temps de réponse. Nous avons fait tout le possible, changer les places d'attente, changer les quarts de travail, changer les horaires. Même, nous avons quatre municipalités avec les premiers répondants, etc. Mais, malheureusement,

tout ça, nous n'avons pas bougé beaucoup le temps de réponse. Et je sais que c'est pas le seul indicateur.

Mais, avec ça, je retourne un peu à la première question financière, mais j'ajoute une autre question financière: Pour répondre à l'objectif national québécois sur le huit minutes, qu'est-ce que ça va prendre, combien d'autres millions de dollars? Avez-vous, M. Dicaire, étudié ça un peu? Tout le monde, de bonne foi, dit: C'est ça qu'on veut faire. Mais, selon vous, est-ce qu'on met assez d'argent dans le système pour le faire? Parce que tout le monde arrive moins de nos objectifs, et je présume que c'est pas parce qu'ils sont inefficaces, je présume qu'ils n'ont pas de moyens. Avec ça, la question est: De un, pourquoi tu as choisi les tarifs? Et, deux, ça va prendre combien afin de juste répondre à nos objectifs que nous avons fixés au niveau national?

Le Président (M. Beaumier): M. Dicaire.

M. Dicaire (André): Oui. Si vous permettez, je répondrais à la dernière puis je reviendrais, après ça, sur les tarifs. Dans le rapport Fréchette — il pourra le corroborer au besoin — disons, on parlait d'un objectif de huit minutes dans 80 % des cas si on est dans une zone urbaine. Si on est dans une zone semi-urbaine, disons, c'était 15 minutes...

M. Fréchette (Pierre): Quinze minutes.

M. Dicaire (André): Puis, si on était dans une région rurale, 30 minutes. Bon. On n'a pas reproduit ce modèle, parce que, je dirais, la réflexion puis la connaissance, c'est amélioré beaucoup à cet égard. Bon. Et ce qui est dit dans le rapport, je dirais, c'est important. Puis la question, elle soulève ça, puis je pense qu'elle a le mérite de préciser cet aspect-là que je n'ai pas eu le temps de faire en présentation.

Le maximum de huit minutes, il est encore... il prévaut encore mais pour les urgences vitales comme des arrêts cardiaques, des traumatismes graves, sévères, disons. C'est pas huit minutes à chaque sortie, là. À chaque fois qu'on appelle une ambulance, si on compte combien de temps ça va prendre pour arriver sur le site ou à domicile, disons, on y parviendra difficilement, puis là il faudrait dépenser une fortune considérable. Donc, c'est huit minutes mais pour les urgences vitales. C'est évident que, pour d'autres appels, les délais devraient être différents de celui du huit minutes. Premier commentaire.

Deuxième commentaire. Quand on parle d'un temps-réponse maximum de huit pour les urgences vitales, on parle d'un temps-réponse de système, disons, et ça comprend et ça implique les premiers répondants. Bon. L'erreur qu'on ferait en termes de système, c'est de dire: On veut avoir une réponse de huit minutes — en plus, l'erreur serait plus grave si on disait tout le temps — mais huit minutes pour les urgences vitales, puis on interprète ça comme étant la réponse ambulancière. Là, il en faudrait beaucoup de véhicules, puis il faudrait beaucoup de techniciens ambulanciers, puis il faudrait peut-être se questionner sur les zones telles qu'elles ont été configurées, là, avec, disons, une réponse ambulancière avec un maximum de 30 minutes. On pourra y revenir, là, je ne veux pas qu'on se perde là-dedans.

Donc, je dirais, ce n'est pas ça qui a été proposé. C'est de dire: On veut mettre en place un système, et là, avec les centres de coordination des appels, avec les premiers répondants puis les services ambulanciers, là, il y a possibilité, à l'intérieur des paramètres budgétaires qu'on a présentés et déposés, il y a possibilité d'atteindre correctement cet objectif de huit minutes, disons, pour les urgences vitales.

Le dernier commentaire, il est majeur, c'est qu'une des raisons principales de la contre-performance de notre système préhospitalier au Québec, c'est justement dû au fait qu'on fait une affectation massive en mode urgent. À chaque fois qu'on a un appel, on fait une affectation toujours en mode urgent. Et le fait de procéder ainsi, disons, c'est contre-performant, c'est non efficace, c'est non efficient, parce que, quand arrive le moment d'avoir une disposition de ressources pour une vraie urgence, bien, elles sont affectées ailleurs sur des appels moins urgents. Et c'est la raison pour laquelle tantôt je disais: Les centres de communication santé, c'est majeur, c'est le centre nerveux, c'est au coeur... C'est-à-dire que, si on a de bonnes... pas une centrale d'appels qui reçoit un appel puis qui envoie une ressource, une centrale d'appels qui est capable de faire une évaluation de la demande sur la base d'informations fournies, qui est capable de décider, disons, si c'est un appel urgent, d'urgence vitale, ou si c'est un appel d'une autre nature, puis qui est capable de décider si elle envoie ou pas un service de premiers répondants avec les techniciens ambulanciers, on a un système qui serait complètement différent du système qu'on connaît aujourd'hui et qui permettrait d'atteindre l'objectif que vous avez indiqué et mentionné, et tout ça, à l'intérieur, je vous dirais, des paramètres budgétaires, là, qu'on a vus tantôt dans l'impact de nos recommandations. Parce que, quand on parle d'impact budgétaire, on ne parle pas juste de mettre plus d'ambulances puis plus de techniciens, on parle de mettre en place des centrales de coordination des appels, des premiers répondants, etc. Et c'est à l'intérieur de ça qu'on va pouvoir moduler la réponse puis moduler le temps-réponse en fonction de la nature des urgences.

Puis ça répond d'ailleurs à une préoccupation que la commission avait déjà exprimée il y a quelques années. Je me souviens de ce bout de phrase-là — là, peut-être pas textuel — où on disait: Quelle que soit la demande, c'est toujours la même réponse, le camion jaune avec deux personnes à l'intérieur du camion, puis on essaie de se rendre sur place. Alors là on a essayé de dire: Effectivement, disons, c'est un peu simpliste qu'à chaque fois qu'on a un appel on envoie la même réponse. Si on est capable d'avoir un service qui est capable d'analyser ces demandes objectivement et techniquement puis d'envoyer la bonne ressource par rapport à la demande et à l'intérieur des délais qui sont nécessaires, je dirais, on aurait amélioré de beaucoup notre système. Mais c'est ça, les recommandations qu'on a proposées, puis c'est à l'intérieur des paramètres budgétaires qu'on a déposés.

Mode de financement des services préhospitaliers d'urgence (suite)

Maintenant, votre commentaire sur l'imposition. Je vous dirais, on l'a regardé, on a regardé toutes sortes

de scénarios, qui n'apparaissent pas nulle part, bien sûr, on a regardé toutes sortes de possibilités, là, pour voir comment on pourrait financer ce système. Bon. Et d'ailleurs, d'entrée de jeu, je vous dirais que 92,7 %, je pense, c'est du financement public, là. Bon. C'est déjà très, très, très public puis il y a très, très peu de financement privé. À l'intérieur du...

M. Williams: ...chose comme ça pour une ville.

M. Dicaire (André): À l'intérieur du 214 millions, il y en a 16 millions qui viennent des individus puis des assureurs privés. Tout le reste vient d'ailleurs. Donc, c'est déjà un financement qui est profondément public ou parapublic. Puis, je vous dirais, en ce qui me concerne, disons qu'il faut que ça demeure majoritairement public pour des raisons d'accessibilité de services, là. Vous avez raison de dire que les services ambulanciers, là, c'est souvent la porte d'accès au réseau de santé, puis, une fois que vous êtes rentré dans le réseau, il y a des services, disons, qui sont dispensés.

● (11 h 10) ●

Disons, on aurait pu imaginer la possibilité ou l'hypothèse de dire: On rend tout ça, je dirais, gratuit, puis c'est financé à partir des crédits du ministère. Bon, d'abord, la tarification est très faible, ou très basse, ou très marginale. On ne l'a pas inventée, elle existait, puis on n'a pas retenu opportun, disons, de l'abolir. Au contraire, on dit: Là, c'est une tarification qui est loin du coût réel. Le coût réel d'un transport, c'est de l'ordre de 436 \$, puis la facturation moyenne est de 157. Donc, il y a déjà là un écart considérable, disons, entre le coût réel puis la facturation. Donc, le gouvernement, sous une forme ou une autre, à même ses ressources, subventionne non pas la reprise ambulancière, mais l'individu parce qu'il ne paie pas le coût réel. Ne payant pas le coût réel, bien, je dirais, l'écart entre les deux est assumé par le gouvernement auprès de l'entreprise ambulancière.

Donc, il y a déjà une forme de tarification qui n'est pas une entrave à l'accessibilité des services de santé. Et, je dirais, on aurait été très mal à l'aise... D'ailleurs, j'essaie de retrouver l'expression, oui, ici, dans le document où on disait: Il peut difficilement en être autrement, là, d'avoir une tarification modeste, car, si les usagers et principalement ceux qui ont une faible capacité de payer devaient en assumer le coût réel, leur accessibilité aux services préhospitaliers, donc aux soins de santé, serait compromise. Donc, on ne voulait pas se retrouver dans une problématique semblable. Mais de là à dire: Il faut le rendre totalement gratuit...

Je dirais, la qualification qui est là n'est pas un obstacle à l'accessibilité des services, d'autant plus — et je me faisais une petite liste, donc c'est important — d'autant plus qu'il y a déjà une forme de gratuité qui est accordée à beaucoup de clientèles. Je vous dirais, les 65 ans et plus, il y a pas de tarification. Les bénéficiaires d'aide sociale, qui sont les gens les moins favorisés de notre société, c'est également, je dirais, l'accessibilité gratuite. L'interétablissement — on vous prend dans un établissement A pour vous affecter dans un établissement B — l'interétablissement est également gratuit. Le transport aérien, qui coûte... le coût moyen, je pense, c'est de 8 à 10 000 \$ du transport, s'il fallait faire tarifier, disons, le client, on aurait un problème

d'accessibilité aux services, surtout que c'est des services parfois qui sont des services très spécialisés, concentrés dans les grands centres. Et c'est le moyen d'extensionner l'accessibilité des services en rendant ce transport-là gratuit. Je dirais, ce qui est payé, c'est 125 \$, puis c'est pour les médicaments, l'infirmière puis le nettoyage de la cabine, puis c'est assumé par l'établissement et non par l'individu. Bon. Alors, vous avez déjà beaucoup de clientèles qui bénéficient, je dirais, de la gratuité.

À cela s'ajoutent aussi les accidentés de la route. Disons qu'on dit que c'est une forme d'assurance. Les accidentés de la route bénéficient... C'est remboursé par la Société d'automobile. Puis les accidentés du travail, sauf le transport primaire, mais les accidentés du travail sont financés par la CSST. Bon. Donc, globalement, là, il y a peu de citoyens, disons, qui assument le coût, puis il y a une personne d'entre eux, d'ailleurs, qui assume le coût réel. Bon.

Moi, je vous dirais, ce qui me... C'est vraiment un commentaire très personnel. Disons, là où ça créait certaines interrogations dans mon esprit, c'est que ceux qui sont assurés, ceux qui ont une assurance, vous, moi puis beaucoup d'autres au Québec, on est quelques millions, là, qui ont une assurance collective, puis les gens qui sont couverts avec une police d'assurance, ces gens-là, indirectement, le fait de... les compagnies d'assurances, le fait de ne pas assumer le coût réel, elles sont indirectement subventionnées par l'État. Et il aurait été intéressant, disons, que, administrativement et mécaniquement, on puisse trouver une manière que tous les clientèles que je viens d'énumérer continuent de profiter de la gratuité, qu'on maintienne une tarification — parce que tout le monde n'est pas assuré parmi ceux qui doivent assumer un transport hospitalier — qu'on maintienne une tarification en deçà du coût réel mais qu'on aille chercher à la fin de l'année... Puis il y a une petite, petite phrase, dans un espèce de nota bene dans le rapport qui dit: Ça serait intéressant qu'à la fin de l'année, disons, qu'on soit capable de faire un espèce de rectificatif auprès des compagnies d'assurances pour leur demander leur quote-part, d'assumer ce qu'il en a coûté pour transporter leurs assurés.

Et, si on réussissait ça, je dirais, administrativement et mécaniquement — le problème c'est pas que l'idée, selon moi, est farfelue; le problème, c'est être capable de dire: Est-ce qu'elle est gérable et administrable? — mais ça ne créerait pas de problème d'accessibilité puis ça permettrait de faire payer les coûts à ceux qui peuvent l'assumer, c'est-à-dire les compagnies, les compagnies d'assurances, là. C'est un service qu'ils devraient prendre en charge, comme la... Bon. Puis c'est la même chose quand on fait payer ce tarif-là à la CSST puis à la Société d'automobile, je dirais, elles ne payent pas non plus le vrai prix, alors qu'elles seraient capables d'assumer. Et là ça aurait dégagé des ressources additionnelles qui auraient servi à financer, je dirais...

Bon. Je vous dirais, mécaniquement, pour le peu de temps qui... le temps qui nous était imparti, on n'a pas eu le temps de trouver, puis on n'avait pas le mandat de trouver le système administratif pour faire ça, mais la nouvelle équipe, là, à la Direction des services préhospitaliers, au ministère, qui entre en... qui sont

entrés en action récemment, devrait regarder ça pour voir s'il n'y a pas possibilité d'aller chercher des revenus. Puis là vous n'abîmez personne là-dedans puis vous ne créez pas d'obstacle à l'accessibilité des services. Ça, je dirais, c'est le premier élément de réponse.

Le deuxième élément, sur la tarification, on a recommandé, nous autres, une indexation, c'est-à-dire que... D'ailleurs, l'Ontario vient de faire des choses semblables, les Maritimes aussi, le Nouveau-Brunswick. Bon. Le 125 \$ de base, qui est nettement en deçà du coût réel, là, disons, n'a pas été indexé depuis 1997, puis le 1,75 \$ du kilomètre n'a pas été non plus indexé depuis 1989. Le problème, là-dedans, c'est qu'une bonne journée il y a quelqu'un quelque part qui va décider qu'on indexe, puis là on indexe, mais on indexe avec beaucoup de rattrapage, puis là on se retrouve avec des hausses comme c'est déjà arrivé dans certains domaines. Bon.

Il serait bien plus facile de le faire graduellement, là, à chaque trois ans, avec le renouvellement d'ailleurs des ententes de services avec les entreprises ambulancières, d'indexer ça. Puis là il y a une personne qui subit de préjudice puis de hausse. Si on décidait aujourd'hui qu'on indexe à compter de... depuis 1989 et depuis x puis y, on se retrouverait avec des hausses qui seraient difficilement acceptables socialement et politiquement. Donc, on dit: Ce serait une bonne idée de l'indexer. Bon. Puis, je vous dirais, c'est une tarification, c'est pas un impôt. Il y a un service puis il y a une tarification, mais une tarification qui est en deçà du coût réel. Et je vous dirais que les agences de cotation jamais ne vont considérer ça comme étant un impôt déguisé. Bon.

En plus de la tarification, ce qu'on a proposé, c'est que les centres de communication santé — puis je vous l'ai indiqué tantôt — c'est majeur, c'est important. Puis il faut qu'ils prennent place, ces centres de communication, puis rapidement. Bon. Sauf qu'il y a un coût important à assumer dans la mise en place de ça. Bien sûr qu'on pourrait dire: Le ministère, assumez ça, là, puis prenez ça à même vos crédits. Le ministère en a aussi très large sur les épaules. Il est très sollicité. On a seulement à lire les journaux à tous les jours pour voir qu'il y a différents groupes qui revendiquent des ajouts budgétaires. Ce 26 millions là, il n'est pas non plus déraisonnable de croire et de penser qu'il pourrait... Parce que c'est un service qui est donné à la population, d'une nature, en fait, qui s'apparente au 9-1-1. On a accepté, comme société, disons, que, à chaque mois, il y ait un 0,70 \$ qui soit prélevé sur notre compte de téléphone et qui serve à financer le 9-1-1. Et ce que les municipalités m'ont dit, c'est que les sondages qui ont été faits pour voir la réceptivité et l'accueil de cette mesure-là, c'était très positif à l'égard d'une tarification qui est de l'ordre maintenant de 0,70 \$ pour financer le Centre 9-1-1. Le taux de satisfaction était très, très positif. Puis il y avait des questions qui laissaient croire que, si ce service-là était aménagé ou bonifié — je ne dis pas de l'augmenter de 5 \$ mais qu'il y ait une hausse à la marge — je dirais, ce serait aussi raisonnable et acceptable.

Alors, nous, ce qu'on dit: C'est à peu près 0,25 \$, 0,30 \$, 0,35 \$, disons, par mois pour financer une centrale qui vient améliorer le temps-réponse, qui vient

améliorer la qualité des services, qui vient améliorer le support clinique aux cliniciens ou aux techniciens, aux répondants ambulanciers, aux premiers répondants qui donnent un service à domicile ou sur les sites d'un accident. Donc, on vient améliorer tout ça pour l'équivalent de 0,25 \$, qui est une tarification — encore là, je vous dis, c'est pas un impôt déguisé — et qui s'apparente et qui est analogue à ce qui a déjà été fait pour le 0,70 \$ par mois pour assumer le 9-1-1. Et, je vous dirais, là aussi pour le Comité, mais, personnellement, ça n'apparaît absolument pas déraisonnable, ça m'apparaît très recevable puis, en même temps, ça libère 25, 26 millions des crédits du ministère pour l'injecter dans le réseau. Puis vous savez comme moi qu'il y a abondamment de place, disons, pour recevoir une somme semblable. Il reste le dernier point...

Le Président (M. Beaumier): En terminant, oui.

M. Dicaire (André): ...qu'on a recommandé, qui est celui d'imposer une surcharge de — je cherche — ...

M. Fréchette (Pierre): De 15 %.

● (11 h 20) ●

M. Dicaire (André): ...que le 15 %, 15 % soit appliqué à chaque infraction au Code de la sécurité routière et au Code criminel. Bon. Dans le fond, vous vous faites arrêter sur la route, vous avez une amende de 100 \$, on ajoute un 15 % sur le 100 \$. Toutes les études ont démontré que les gens, disons, les conducteurs imprudents, je dirais même les délinquants par rapport au Code de la sécurité routière, imposent des coûts importants et énormes aux services préhospitaliers. Il serait tout à fait, je dirais, là aussi, raisonnable et recevable qu'il y ait une surcharge de 10, 15 % puis que ce soit versé pour soutenir le développement de bons services préhospitaliers, efficaces et efficaces. Dans certains États américains, c'est ce qu'ils ont fait; au Colorado, c'est ce qu'ils ont fait. Je dirais, ce serait recevable là-dedans. Et, je vous dirais...

Le Président (M. Beaumier): En terminant, M. Dicaire.

M. Dicaire (André): ...oui, en soi, là, tout ça permet de réaliser ce qui est proposé sans par ailleurs créer un impact budgétaire inacceptable pour le ministère de la Santé et le gouvernement. Donc, c'est ça qui a été regardé.

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup. Je prends l'initiative d'interpréter les échanges qu'on vient d'avoir comme étant plus globaux et je dirai que, pour le temps qui nous est imparti, on pourrait y aller vers des questions pointues et des réponses pointues aussi, à moins d'avis contraire de votre part. M. le député de Bertrand.

M. Cousineau: Merci, M. le Président. M. Dicaire, M. Morissette, Dr Fréchette, bonjour.

M. Dicaire (André): Bonjour.

M. Cousineau: Bienvenue à cette commission. Écoutez, bien, ça a l'avantage, des grandes réponses, de couvrir beaucoup de terrain et puis de répondre à certaines de nos petites questions. Donc, même si ça semble très long et très ardu, ça a cet avantage-là.

Le Président (M. Beaumier): Oui. Mais c'était pas le sens de mon intervention, je disais que c'était explicite. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

Suites données aux recommandations du rapport

M. Cousineau: M. Dicaire, dans le rapport qui a été déposé, donc, en décembre 2000, vous faites un constat sévère de la situation au Québec au niveau des urgences préhospitalières. Et puis, bon, j'ai regardé dans le document, suite à votre intervention, à votre exposé, l'ensemble des constats et puis les huit recommandations principales que vous avez précisées et sur lesquelles vous mettez l'emphase parce que découle des ces huit recommandations principales toute une série de recommandations secondaires qui sont elles aussi importantes, une centaine. Ce que je trouve, ce que je trouve... Parce que le député de Nelligan dit souvent que, bon, le gouvernement là-dedans a peut-être pas pris ses responsabilités ou... Bon.

M. Williams: ...

M. Cousineau: C'est de bonne guerre. Sauf que je regardais le rapport déposé en 1992 par le Dr Fréchette, qui était basé sur toute une série de rapports des années 1987-1990. On parle, en fin de compte, du rapport Gagné, du rapport Lambert-Ferland, du rapport SECOR. Et puis, dans le rapport SECOR, le jugement, les constats, c'était très sévère, hein? On parlait de... Bon, je vais vous citer quelques phrases: «Le lien entre la tarification et les coûts de transport ambulancier est de moins en moins apparent. Le manque de ressources et de planification a entraîné une série d'interventions ponctuelles.»

C'est intéressant parce que, souvent, bon, l'opposition a tendance à dire: Bien, écoutez, ça ne va pas bien puis pour telle, telle, telle raison. Mais, lorsqu'on regarde: La décentralisation vers les CRSSS — trois S — ça a été mal amorcé, un climat de méfiance s'est installé, absence de politiques et de mécanismes de contrôle adéquats, manque de coordination avec les hôpitaux — il faudrait que le député écoute — participation insuffisante du corps médical...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Beaumier): Tout le monde écoute. Tout le monde écoute.

M. Cousineau: ...participation... multiplicité des agents payeurs, déficience du système d'information de gestion — vous savez, en fin de compte, toute la chaîne, la série de chaînons que vous avez mentionnés tantôt, de maillons — absence de formation — l'absence de formation, c'est une des huit recommandations, là, que

vous avez dans votre rapport, M. Dicaire — tarification et subventions inadéquates, non-optimisation des zones de communication, non-optimisation du nombre de permis, absence d'achats de groupe, etc. Et puis, bon, ça, c'était le rapport SECOR. Et puis, en 1992, Dr Fréchette, vous déposez votre rapport, qui est basé sur tout ça, puis vous dites d'entrée de jeu: «Depuis le dépôt du rapport SECOR, les services préhospitaliers n'ont pas vraiment changé.» On est en 1992, là, puis c'est basé sur tous les rapports des années...

Une voix: ...

M. Cousineau: Oui. Puis vous dites aussi, Dr Fréchette: Les budgets sont passés de 75 millions à 165 millions, une augmentation de 55 % par année. La situation est demeurée inchangée quant aux aspects de gestion. Les services préhospitaliers d'urgence sont toujours limités, dans les faits, au transport ambulancier. La participation du corps médical demeure presque nulle. Aucun contrôle de qualité n'a été mis de l'avant dans ce que... que ce soit à l'accessibilité puis les interventions. On parle aussi de la déficience de la collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux versus... une confusion sur la détention réelle des pouvoirs entre le ministère de la Santé et des Services sociaux...

En tout cas, bien, on lit ça, mais c'est le constat au Québec en 1992. Puis là on est en 2000-2001. Bon. C'est sûr, le député de Nelligan a parlé du Vérificateur général, qui a fait un constat il y a deux ans, et puis là, en 2000, décembre 2000, il y a un rapport qui est déposé, le rapport, si on peut l'appeler ainsi, le rapport Dicaire. Mais, comme vous avez dit d'entrée de jeu, M. Dicaire, c'est en décembre 2000. On est rendu cinq mois plus tard, en mai 2001. Il y a des balises qui ont été placées, vous avez rencontré la ministre, à ce moment-là. On est cinq mois plus tard. Est-ce que vous sentez que, présentement, il y a une volonté politique et puis qu'il y a une orientation significative suite aux recommandations qui ont été déposées au rapport en décembre 2000?

Parce que vous avez brossé, dans votre exposé, bon, quelques recommandations qui ont été retenues, là, qui sont mises de l'avant. Ça ne va peut-être pas assez rapidement, comme disait mon confrère de Nelligan, mais il y a quand même des choses qui se font présentement. Il y a un projet de loi qui a été déposé hier et où on parle de renforcement des régies régionales, de leur donner plus de pouvoirs pour être capables de mieux superviser leur territoire. Est-ce que vous sentez, là, qu'il y a une volonté politique et puis que les recommandations que vous avez mises en place, il y a une volonté significative de la part du ministère?

Le Président (M. Beaumier): M. Dicaire.

M. Dicaire (André): Oui. Je dirais que je demeure profondément confiant et optimiste que le gouvernement va donner suite à l'essentiel des recommandations qu'on retrouve dans le rapport.

Bon. Je vous dirais, pour le situer d'abord sur une base très personnelle, quand on m'avait approché pour prendre ce mandat de présider le Comité des

services préhospitaliers, j'ai eu une certaine hésitation, justement, parce qu'il y avait eu beaucoup de rapports, puis vous venez de les identifier, il y a beaucoup de rapports dans le passé depuis de nombreuses années, puis ça a jamais vraiment débouché ou débloqué sur l'action. Et, si c'était encore pour faire un rapport qui se retrouve sur les tablettes de l'Assemblée nationale ou du ministère, je dirais, personnellement, que j'avais d'autres choses à faire, donc j'aurais dit non.

Et je dois vous dire que les discussions que j'avais eues à l'époque avec des représentants gouvernementaux, avec la ministre puis avec le sous-ministre, m'ont convaincu qu'il y avait une volonté de changement et d'aller de l'avant avec les recommandations qui seraient soumises, d'autant plus que, dans le mandat, disons, qui m'avait été confié à l'époque, ça comprenait un plan d'action ou un plan de mise en oeuvre, ce qui démontrait la volonté politique et administrative d'aller de l'avant. Ça, c'est pour le premier élément de réponse.

Maintenant, on se retrouve cinq mois plus tard. Tu sais, il faut quand même convenir qu'il y a eu certains événements, disons, qui ont modifié un peu les choses. On a changé de ministre, on a changé de sous-ministre. Bon, qu'il y ait un peu de retard dans la mise en place des mesures, je vous dirais, en soi, je ne suis pas perturbé et inquiet. C'est le genre de dossier, disons, qui peut retomber rapidement sur ses pieds puis cheminer correctement et positivement, rapidement. Et là, là-dessus, je demeure persuadé et confiant que des actions vont être entreprises assez rapidement au cours des prochains mois.

Et le ministère a posé, à l'intérieur des capacités dont il disposait, je dirais, au moins deux gestes importants qui ont été portés à ma connaissance. Là, je n'ai pas un mandat de faire un suivi des recommandations, mais il y a quand même deux gestes importants qui méritent d'être soulignés. Puis, je dirais, c'est le début du commencement de la mise en place de tout ça.

● (11 h 30) ●

D'abord, il y a un directeur des services préhospitaliers, disons, qui est en poste au ministère de la Santé. Bon. Et, je vous dirais, c'est le début du commencement parce que, s'il n'y avait pas un directeur des services préhospitaliers, toutes ces mesures-là vont avoir de la difficulté à... Donc, ça prend un responsable. Ils sont allés en concours extérieur. Donc, avec tous les processus qu'on connaît de l'appareil public, c'est pas prendre un téléphone puis dire: Tu es directeur des services préhospitaliers. Il y a un concours, puis un concours qui a duré assez de temps, disons, puis finalement le candidat a été sélectionné dans le cadre d'un processus qui a été entrepris.

Deuxième chose, qui est un autre geste majeur et important, ils ont procédé à l'embauche du directeur médical national, disons, qui est une personne d'ailleurs qui avait collaboré étroitement à la préparation et à la rédaction du rapport. Et, je vous dirais, c'est un poste qui est hautement stratégique dans la mise en place de mesures autant sur le plan national que sur le plan régional, qui va se traduire éventuellement par une qualité de services, disons, dans les diverses communautés du territoire québécois.

Donc, il y a deux gestes structurants et importants qui ont été faits. J'imagine qu'il y en a

peut-être d'autres en cours ou il y en a peut-être d'autres à venir. Je ne suis pas le mandaté responsable du suivi des mesures qu'on a soumises, mais je demeure profondément positif, disons, et pour les raisons suivantes. Disons qu'on en a mentionné tantôt quelques éléments. Contrairement peut-être aux rapports précédents, aux multiples rapports précédents, le milieu... la plupart des intervenants, que ce soit l'entreprise, que ce soit un représentant d'employés, que ce soit le syndicat, que ce soit même une municipalité et les autres, la plupart des intervenants ont demandé des changements puis une amélioration du système, ce qui n'existait peut-être pas à ce moment-là pour les différentes études et analyses, parce que, disons, souvent — vous parlez tantôt du rapport SECOR — souvent, ces études ou ces analyses étaient issues d'un moment de crise. On avait une crise, puis il fallait déboguer ça, puis là on trouvait une façon de... Mais, je dirais, c'est souvent pas toujours le bon moyen. On débogue la crise, mais ce n'est pas le moyen d'arriver avec des mesures... Bon. Là, on n'est pas en situation de crise... dans les urgences préhospitalières, on est dans une volonté de changement puis d'implanter des modalités qui soient plus efficaces et efficaces. Donc, le milieu le demande.

Il y a eu le rapport du Vérificateur; j'en en ai fait mention. Vous avez le rapport de la commission, aussi, parlementaire sur l'administration publique, qui avait fait état aussi d'une volonté politique évidente d'apporter des changements. Il y a un plan d'action. Je dirais, c'est une question de temps pour qu'on puisse voir les actions concrètes, importantes qui vont prendre place. Mais, moi, je n'ai pas, je dirais, en tout cas, je n'ai pas d'indication puis je n'ai pas d'inquiétude que ces choses-là vont prendre place. Le ministre vient d'arriver au ministère. Il y a des dossiers urgents, disons, sur lesquels il a dû prendre position. J'imagine que, rapidement, on va avoir des signaux significatifs à cet égard.

M. Cousineau: Ce qui est intéressant, et je terminerai par ça parce que je vais laisser la... Ce qui est intéressant, c'est que le rapport, en fin de compte, propose de nouvelles façons de faire. Et, comme vous mentionniez, ce n'est plus pour éteindre des feux mais bien de nouvelles façons de faire. Parce que tantôt j'ai jeté un regard vers les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, donc c'était pour rétablir certaines situations, mais mon but, en fin de compte, ce n'est pas vraiment ça. On est en 2000-2001 et puis, à partir d'aujourd'hui, bien, il faut voir les choses différemment. Puis vous avez parfaitement raison d'aborder ça dans cette orientation-là. Merci.

Le Président (M. Beaumier): Merci. Avant de passer la parole au député de Masson, peut-être, par alternance, M. le député de Nelligan, à vous.

Recommandations de modifications législatives

M. Williams: O.K. Merci, M. le Président. Comme vous avez mentionné, je pense, M. Dicaire, votre Comité a fait beaucoup de bonnes recommandations. Je ne suis pas d'accord avec tous et toutes. Mais il faut que j'admette qu'il y a une section que j'étais pas

mal déçu, c'est votre recommandation 97, à la fin, le support juridique, parce que c'était presque pas là. Et vous avez fait une petite recommandation, un projet de loi. Même dans votre plan d'action, vous avez recommandé que le gouvernement dépose un projet de loi pour cette session, et, malgré le meilleur spin possible que le député de Bertrand a essayé de donner, je n'ai pas vu un projet de loi pour cette session. Avec ça, quand même, le gouvernement est encore en retard.

Mais, selon mon information, il y a une nécessité urgente pour un changement de cadre juridique soit pour les rôles, les actes des techniciens ambulanciers, soit les normes provinciales, les qualifications, pour en nommer quelques-unes, toutes les questions des interventions pour la loi n° 75, santé mentale, qui a un rôle accru dans ça pour les techniciens ambulanciers. Je peux en nommer plusieurs autres, mais il y a tout un encadrement nécessaire pour le personnel, les techniciens, les interventions qu'ils peuvent faire.

Je voudrais vous entendre un peu plus sur: Quels changements avez-vous discutés? Est-ce que vous pouvez... Est-ce que vous avez au moins une ébauche ou quelques suggestions? Parce que ce n'était pas vraiment dans votre projet... votre rapport. Je voudrais vous entendre un peu. Est-ce que, effectivement, c'est urgent, comme je pense? Et quelles modifications avez-vous réfléchi sur pour ce cadre législatif? Et, si ça existe, un chapitre de votre rapport que vous n'avez pas publié... Je ne veux pas donner l'impression que vous avez caché les choses, c'est pas ça que j'essaie de passer le message. Mais, si vous avez eu des pistes de réflexion, est-ce que vous pouvez déposer ça, pas nécessairement aujourd'hui mais à la commission un peu plus tard?

Le Président (M. Beaumier): Alors, M. Dicaire.

M. Dicaire (André): Oui. Ça me donne l'occasion de rappeler, en ce qui concerne la dimension juridique: un, nous n'avions pas le mandat de préparer des propositions, disons, qui serviraient à la préparation d'un projet de loi en tant que tel. Il n'appartient, à ma connaissance, jamais à un comité semblable au nôtre, dans le cadre de ses attributions, de préparer un projet de loi qui est déposé à l'Assemblée nationale. Je dirais, c'est un mandat et une fonction qui incombent au premier chef à la ministre, ou au ministre, et au ministère, de préparer un projet de loi sur la base des modifications qui sont retenues. Bon. Alors, c'est la raison pour laquelle on est relativement discrets sur des propositions ou des modifications à apporter au projet de loi. On n'a pas ça dans le mandat, puis ce n'est pas de notre rôle ou fonction d'assumer, disons, un travail semblable.

Par ailleurs, tout au cours de l'exercice, il y avait — d'ailleurs, le nom de la personne est indiqué au cahier — une personne des services juridiques, Mme Danielle Champagne, qui a suivi les travaux qui ont été réalisés au sein des divers comités, les travaux, disons, du Comité de révision également. À chaque rencontre, réunion qu'on a tenue, Mme Champagne était à toutes fins pratiques présente justement pour percevoir et comprendre les modifications qui devaient ultérieurement ou éventuellement, je dirais, être retenues dans le cadre d'une démarche, d'un projet de loi. Bon.

Donc, on s'en est tenu beaucoup à définir quel type de système on veut mettre en place, avec quel type d'intervenants puis avec quels responsabilités, rôles et imputabilités, puis, après ça, il appartient au ministère, sur la base de ce système-là qu'il retiendra, ou qu'il rejettera, ou qu'il retiendra en totalité ou en partie, de bâtir un projet de loi qui vienne donner des dispositions appropriées pour que ça puisse fonctionner sur des bases solides.

Alors, nous, c'est pour ça qu'on s'est limités à dire: Il faut un projet de loi, puis spécifique, pas un projet de loi à l'intérieur de la... ce qui est le cas aujourd'hui. Il y a certaines attributions qu'on retrouve à l'intérieur de la Loi de protection de la santé publique, il y en a d'autres bouts qu'on retrouve à l'intérieur de la Loi des services de santé et des services sociaux pour les autochtones criss, il y a d'autres... Alors, je dirais, c'est non applicable ou difficilement gérable que de retrouver des morceaux de dispositions dans une loi ou dans une autre, d'autant plus que, le secteur ayant progressé puis évolué, il y a des vides juridiques à toutes fins pratiques, disons, qui font en sorte qu'il y a des choses qui se font mais avec des références juridiques qui sont particulièrement fragiles. Bon.

● (11 h 40) ●

Donc, il y a un projet de loi à faire, là. Puis, je vous dirais... Disons que vous retrouvez dans les pages — puis c'est peut-être pas, pour vous, suffisant — mais vous retrouverez dans les pages 254, 255 etc., l'impact de nos... l'ensemble de nos recommandations sur les besoins d'actualisation juridique. Mais, je vous dirais, globalement, tout ce qui est proposé mérite d'être compris, d'être inclus dans une loi spécifique qui va s'appeler la loi sur les services préhospitaliers d'urgence, puis là on va prévoir des attributions, des rôles, des responsabilités, on va prévoir qui va définir les protocoles d'intervention, définir qui est responsable de quoi et à qui. Il y a un ensemble de dispositions qui vont devoir être préparées.

En plus, les premiers répondants, je dirais, ça existait peu ou pas. Les centrales de coordination, c'était peu ou pas vraiment bien défini. Les premiers intervenants, disons, on retrouve certaines dispositions dans la loi, le Code civil ou la Charte des droits et libertés, de cet ordre-là. Il s'agira d'avoir une loi spécifique mais qui va refléter, disons, le système qui sera retenu et donnera les capacités juridiques et les compétences d'intervenir sur les bases de ce qui sera retenu par le ministère. Mais il y a un travail, je vous dirais, d'importance et d'envergure.

Mais j'y mettrais le bémol suivant en vous disant que, compte tenu qu'il y a au moins une personne et même des personnes qui ont suivi nos travaux de près, il pourrait, une fois que le ministre et le ministère endossent totalement ou partiellement les recommandations, traduire ça dans un texte de loi, disons, qui peut se faire à l'intérieur d'échéancier raisonnable. D'ailleurs, nous, on avait indiqué un échéancier qui peut être décalé mais un échéancier qui se réalise en termes d'espaces retenus.

M. Williams: Le ministre a mentionné en commission parlementaire que, potentiellement, il va déposer le projet de loi avant la fin de cette session.

Avec ça, ça va être le temps d'offrir vos suggestions dans les plus brefs délais, si je peux croire le ministre. Mais, en tout cas, on va attendre. Merci pour les réponses.

Le Président (M. Beaumier): Merci. Alors, M. le député de Masson.

Arrimage des maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière

M. Labbé: Merci, M. le Président, M. Dicaire, votre équipe, d'une façon particulière, Dr Pierre Fréchette. Je voyais le titre de docteur. Vous m'avez inquiété tout à l'heure quand vous avez parlé des urgences puis vos études, mais j'ai confiance, je suis sûr qu'on est entre bonnes mains quand même.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Labbé: Étant donné que c'est un médecin qui le disait, ça me rassurait. Alors, moi, je voulais vous parler peut-être, à ce stade-ci, de toute la question de la chaîne d'intervention. Parce que, dans votre rapport comme tel, il y a un élément, puis vous le ramenez peut-être plus explicitement dans votre rapport complet, c'est l'incompréhension réciproque entre les rôles puis les fonctions. C'est toute la question de l'arrimage, dans le fond, on le sait. On parle de 9-1-1, on sait que ça relève techniquement de la Sécurité publique. On va parler des municipalités, les MRC et même le premier répondant. Moi, je me souviens, dans une autre vie où j'étais préfet, on me parlait d'organisation, du premier répondant, etc. Il y a toute la question de la Santé, évidemment, pour les ambulances, etc.

Moi, j'aimerais voir avec vous, parce que vous avez une grande expérience à partir de ce que vous avez, les gens que vous avez consultés, les 36 organismes, etc.: On rêve-tu en couleur? C'est-u quelqu'un qui devrait prendre ça sous sa tutelle? Comment on peut faire cet arrimage-là? Parce qu'on sait que, dans ce milieu-là, c'est important les titres, les rôles, la hiérarchie, etc. Et là, quand on parle de trois, puis quatre, puis peut-être cinq structures, j'en connais au moins trois, mais il y en a peut-être plus que ça. La façon de faire, je sais qu'à partir du moment où on a nommé déjà des gens directeur ça va faire partie de son mandat. Mais comment, idéalement, vous voyez ça, cet arrimage-là? Êtes-vous arrivés à une conclusion ou si vous dites: Écoutez, il faudrait commencer...

Moi, en tout cas, je vous félicite, en passant, pour votre plan d'action, il est superbe, c'est clair, c'est rare qu'on voit ça, puis il est très bien articulé. Et c'est faisable, c'est ça qui est intéressant. Ça, je vous tire mon chapeau. Mais toute la question de l'arrimage, ça m'inquiète parce que c'est pas clair pour moi à ce niveau-là.

Le Président (M. Beaumier): Oui. Alors, M. Dicaire.

M. Dicaire (André): Vous avez raison, là, c'est majeur, disons, et ça a fait l'objet de beaucoup de discussions au sein de notre Comité, et ce qui nous a

amenés à soumettre la recommandation. Puis je vais vous référer à 64 puis je vais vous fournir de l'explication sur cette recommandation-là. D'abord, il faut «que le ministère soit responsable et imputable de l'implantation de la chaîne d'intervention préhospitalière, de sa performance et de son intégration au réseau socio-sanitaire». Maintenant, je vais m'expliquer.

Vous avez raison de dire qu'il y a des éléments de la chaîne qui relèvent, à un moment donné, de la responsabilité d'une municipalité; après ça, vous avez le Centre 9-1-1 qui relève d'une autre autorité; vous avez... la formation est tribunaire de l'Éducation, etc. Bon. Là, on pourrait presque tous les énumérer, il y a beaucoup d'intervenants.

Même en termes de télécommunications, on n'en a pas parlé beaucoup, mais c'est majeur, dans un milieu comme celui-là. Prenez juste l'exemple de la radiocommunication. On n'a pas d'infrastructures dites nationales de radiocommunication au Québec. Donc, si vous voulez parler en radiocommunication de Québec à quelqu'un du Saguenay—Lac-Saint-Jean, ça ne marchera pas. Même chose en termes de transport de données, je dirais, il n'y a pas toujours les infrastructures appropriées. Mais, ceci étant dit, il y a beaucoup de facettes puis il y a beaucoup d'éléments. Puis, en télécom, vous avez le Trésor, avec sa Direction générale des télécommunications. Bon, disons qu'il y a beaucoup d'intervenants.

Puis, au Comité, on est arrivé à cette conclusion-là, puis c'est pour ça qu'on l'a traduite dans la recommandation 64: ça prend quelqu'un ou un organisme qui est responsable du début à la fin. Puis, si on ne le clarifie pas puis on dit: Bien là, toi, le ministère, tu es responsable juste des services ambulanciers, toi, l'Éducation, tu es responsable de la formation, etc., là, vous avez raison, ça va, disons, s'écraser au sol.

Alors, on vit dans une époque, disons, de responsabilisation, d'imputabilité, de reddition de comptes. Il y a déjà eu un projet de loi qui a été adopté sur la responsabilisation, l'imputabilité puis la reddition de comptes, qui est le nouveau processus de gestion en administration publique. Bon, bien, je dis: On s'inspire de ça aussi. C'est-à-dire, qui est responsable de ça? C'est le ministère de la Santé. Donc, c'est pour ça qu'on dit que le ministère de la Santé est responsable et imputable de l'implantation de la chaîne du début à la fin puis de sa performance. Puis le ministère, c'est lui qui doit mettre en place une équipe, puis qui doit faire en sorte que tous ces morceaux-là fonctionnent, puis marchent, puis il vient en rendre compte à l'intérieur de son plan stratégique, à l'intérieur de son plan de développement, à l'intérieur de son rapport annuel de gestion, puis à l'intérieur... Il faut qu'il rende compte — puis là on le dit en quelque part — de ce qui s'est passé au niveau des services préhospitaliers d'urgence au Québec; c'est lui qui est le responsable.

Maintenant, il ne peut pas tout faire. Puis, dans certains cas, ce n'est pas lui qui a la compétence, c'est quelqu'un d'autre. Bon, bien, je vous dirais dans un langage, disons, qui est parfois hermétique, mais on a imparté des responsabilités à un tiers. Ce qui est recommandé là-dedans — puis, je vous dirais, on en a largement débattu et discuté avec les représentants des

municipalités — le ministère, il est responsable de la chaîne, mais il peut très bien décider, puis c'est ce que, nous, on recommandait, que la gestion des premiers répondants, ça ne se gère pas, ça, à partir du central puis ça ne se gère pas à partir de la région, ça se gère localement. Il faut être près du monde, il faut être près des communautés, il faut être près de l'action, etc.

Donc, quelle est l'organisation la plus habilitée, la plus compétente pour agir dans ce domaine-là? C'est les municipalités. Donc, on dit: Impartissez cette responsabilité-là aux municipalités. C'est bien sûr qu'on lui impartit une responsabilité, disons, mais il faut que ça se fasse à l'intérieur d'un cadre général de rôle et responsabilité, d'imputabilité. Elle serait imputable de dire comment elle a géré, disons, puis assumé cette responsabilité-là mais aussi à l'intérieur d'un cadre de financement. Lorsqu'on lui impose... on lui demande de prendre charge de, c'est évident qu'il y a un financement qui doit accompagner, et ça aussi, ça a été traité.

Là, vous avez tous ces morceaux-là, disons, qui doivent prendre place, vous avez... On parlait tantôt des télécoms. Cette fois-ci, ce serait beaucoup le... dans l'organisation gouvernementale, c'est le Trésor, mais le Trésor, c'est la Direction générale des télécoms. Il faut les mettre à contribution, il faut les... Vous parlez de la formation; il faut que le ministère de l'Éducation apporte sa contribution. Il y a un blitz important à faire dans le relèvement du niveau de compétence puis de formation des techniciens ambulanciers; c'est majeur. Puis, je vous dirais, c'est plus prioritaire, en fait, que se questionner sur les soins avancés puis de former quelques ambulanciers à ça, c'est important de relever... Mais, pour ça, c'est pas le ministère qui peut le faire, c'est pas les municipalités, disons, c'est le réseau de l'éducation, puis c'est les cégeps, puis etc.

Donc, il faut qu'il y ait un ministère responsable, un ministère avec un leadership. C'est ça qui est proposé là-dedans. Puis c'est à lui à attacher tout ça, puis, de façon régulière, en rendre compte auprès de ceux qui sont élus soit lors de la période de questions, soit dans le cadre de ses défenses de crédits, soit dans d'autres tribunes, disons, comme une commission parlementaire.

● (11 h 50) ●

Donc, je dirais, il y a, en soi, des mécanismes. Puis d'ailleurs on dit, à la recommandation 67: «Que les services préhospitaliers d'urgence soient un secteur important apparaissant obligatoirement dans les trois documents de gestion que doit produire le ministère de la Santé en vertu de la Loi de l'administration publique, à savoir: le plan stratégique, le plan annuel puis le rapport annuel de gestion», plus les périodes de questions, plus les commissions parlementaires, etc. Puis on reconnaît que le ministère, c'est lui qui est l'ultime responsable. Je dirais, les affaires vont changer.

Mais, quand vous n'avez pas ce leadership puis quand vous n'avez pas une reconnaissance que la responsabilité doit être assumée par tel ministère, bien, là, il se développe des initiatives à gauche et à droite, etc., puis là ça donne, disons, ce que j'appelais tantôt, là, des systèmes à géométrie variable, des affaires qui parfois débordent à gauche et à droite.

M. Labbé: Peut-être un commentaire, M. le Président, si vous permettez. Est-ce que... Je sais que ça

a dû être discuté au niveau de votre Comité. Est-ce que ça faisait consensus que le ministère, mettons, de la Santé, c'était vraiment le meilleur porte-parole pour ce qu'on appelle faire l'arrimage avec tous les différents partenaires, les différents ministères, puis tout ça?

M. Dicaire (André): À 200 %.

M. Labbé: C'est ça.

M. Dicaire (André): Oui, très, très fort.

M. Labbé: Non, c'est parce que...

M. Dicaire (André): Ah! Je dirais, personne ne remettait...

M. Labbé: Ne doutait.

M. Dicaire (André): Ah non! pas du tout. Puis, je dirais même, le rôle qui a été assigné aux régies régionales a également été fortement reconnu, disons, de façon unanime par tous les membres, autant en termes du rôle, la responsabilité, le leadership du ministère, mais aussi qu'il y a des volets qui doivent être assumés sur le plan régional par les régies régionales, ça a été reconnu. Puis ce qu'on voulait impartir, ce qu'on a recommandé d'impartir aux municipalités au niveau des premiers répondants, les gens se sentaient très, très à l'aise avec ça. Et le représentant, qui est aujourd'hui président de l'Union des municipalités, M. Gagnon, qui était membre de notre Comité, je dirais, emboîtait très bien cette recommandation-là, l'a soutenue, l'a défendue. Il se sentait très à l'aise avec ça. Donc, c'est évident que, si le leadership est pris puis qu'on veut aller de l'avant avec un réseau à implanter de premiers répondants, j'imagine que l'oreille, elle sera très attentive de la part du nouveau président de l'Union des municipalités.

M. Labbé: Excellent. Je vous remercie, messieurs.

Le Président (M. Beaumier): Merci. Alors, M. le député de Nelligan.

Financement des services de premiers répondants

M. Williams: Oui, merci beaucoup, M. le Président. Sur les premiers répondants, effectivement, c'est, je pense, une partie de la chaîne assez importante; les premiers intervenants aussi. Et j'espère que nous avons pris l'esprit de votre recommandation et qu'on peut former le plus grand nombre de personnes possible comme premiers intervenants. Même, encore une fois, chez nous, là, je ne veux pas dire que tout est beau chez nous, mais on travaille bien, chez nous. Quelques commissions scolaires ont commencé à former tous les élèves de secondaire III, si ma mémoire est bonne. Avec ça, j'espère qu'on va aller plus dans cette direction de former tout le monde, parce qu'on ne peut jamais répondre assez vite avec les ambulances, nonobstant la bonne foi.

Mais je voudrais vous questionner encore... Je m'excuse d'être un peu ciblé sur le financement

aujourd'hui, mais ça coûte de l'argent aujourd'hui, hier et demain...

Le Président (M. Beaumier): Plus qu'hier puis moins que demain, Ha, ha, ha!

M. Williams: Ha, ha, ha! Mais, chez nous, il y a quatre municipalités qui ont décidé, avec leurs propres taxes municipales, de créer les meilleurs premiers répondants; celles de Kirkland, Beaconsfield et Pointe-Claire, il y en a une autre à Dollard-des-Ormeaux. Sans entrer dans le débat que c'est un risque à cause des fusions forcées — est-ce que nous allons garder ça, et c'est loin d'être clair — je voudrais demander, selon vous... J'ai bien compris que vous pensez que c'est la municipalité qui doit mener ça. Mais qui paie pour ça? Si c'est une partie de notre stratégie provinciale, je présume que vous allez recommander que c'est payé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

M. Dicaire (André): Oui. En fait, c'est très clair dans mon esprit, là, que, si on veut avoir, au Québec, sur l'ensemble du territoire, des services de premiers répondants, il faut cesser de laisser ça à l'initiative locale, disons, puis de dire: Arrangez-vous avec ça, puis, si ça vous tente, bien, partez un service de premiers répondants. Puis, en Gaspésie—Bas-Saint-Laurent puis dans le West Island, etc., il y a eu des initiatives qui ont été prises, mais, je dirais, sans commenter ces services-là, on n'aura jamais, au Québec, sur l'ensemble du territoire, des services de premiers répondants si c'est pas encadré, puis organisé, et financé. C'est ça, l'objet même de la recommandation.

Donc, si on dit que c'est un maillon important de la chaîne, bien, il faut en avoir, puis, si on veut en avoir, bien, il faut que ça soit une démarche qui soit organisée, structurée et financée. Alors, on dit: C'est au ministère, sur la base du coût marginal, disons, à financer les services de premiers répondants. Je vous dirais que les discussions puis les échanges qu'on avait eus de la part des municipalités — le principe du coût marginal — semblaient réceptifs. Ça veut dire que c'est évident que, si la caserne existe, puis le camion de pompier, puis les pompiers, etc., on n'a pas à financer tout ça, alors que c'était déjà prévu pour d'autres fins.

Par ailleurs, le fait d'instaurer un système de communication particulier ou le fait de demander à ces pompiers-là de faire l'objet d'une formation spécifique, d'avoir peut-être des investissements à certains équipements — c'est ça, le coût marginal, c'est-à-dire, ça, s'ils n'agissaient pas comme premiers répondants, ils n'auraient pas à s'en procurer ou à avoir de la formation — je dirais, c'est ces coûts-là qui doivent être assumés par l'État à l'intérieur, bien sûr, d'un cadre, disons, qui sera au préalable négocié entre le ministère puis les organisations reconnues des municipalités, soit la Fédération puis l'Union des municipalités. Alors, je vous dirais...

Et c'est évident que celles qui ont pris des initiatives d'aller de l'avant avec un service de premiers répondants, disons — puis, dans la petite campagne où j'habite, il y a des campagnes avoisinantes qui se sont donné le service de premiers répondants — il ne faut pas les pénaliser parce qu'elles ont pris l'initiative. Je veux

dire, ils feront partie du cadre de financement qui sera reconnu, disons, entre le gouvernement et les municipalités.

Ceci étant dit, c'est important, par ailleurs, de dire que ces services-là, pour être admissibles à une contribution financière de l'État, devront respecter les critères et les processus qui auront été convenus et déterminés. Un bel exemple de ça — parce que c'est très clair dans notre rapport — les services de premiers répondants, disons, il faut qu'ils soient arrimés avec les autres. Pour être arrimés avec les autres, il faut que ce soit le centre de communication santé qui appelle les services de premiers répondants à l'intérieur d'un protocole qui aurait été préalablement identifié. On ne peut pas laisser ça à la discrétion du 9-1-1, qui, lui, bascule presque à chaque fois ou à l'intérieur de balises préalablement déterminées, disons, l'appel aux pompiers puis l'appel aux techniciens ambulanciers. Là, ce n'est plus une chaîne qui intervient de façon à arrimer puis à intégrer les uns aux autres.

Donc, par exemple, dans le modèle de la chaîne qu'on vous a donné, c'est le centre de communication santé qui fait intervenir, dans certaines situations, les premiers répondants puis, en même temps, les techniciens ambulanciers. Puis, dans d'autres cas, il doit faire intervenir juste les techniciens ambulanciers parce qu'il n'y a pas de raison objective de faire intervenir les premiers répondants. Ça, c'est, je dirais, une première condition qu'on va sûrement un jour retrouver dans les protocoles, c'est-à-dire que ce soit géré à partir des centres de communication santé.

Deuxième point qui mérite, je pense, d'être souligné à ce moment-ci, c'est que — on parlait tantôt du directeur médical national, disons, qui vient d'être engagé par le ministère de la Santé — il y aura des critères d'intervention puis des protocoles d'intervention qui seront élaborés et reconnus, et qui vont servir aussi, a posteriori, à être évalués pour voir si ces protocoles-là ont été correctement appliqués, s'ils conviennent maintenant à la pratique habituelle ou s'ils doivent évoluer, etc. Donc, c'est évident qu'on ne peut pas laisser ça à la discrétion de tout le monde dans l'application des protocoles. Il y aura des protocoles standardisés.

● (12 heures) ●

Mais, dans la mesure où on suit le cadre général de ce qui sera préalablement déterminé, je dirais, ces municipalités-là qui vont accepter d'emboîter le pas puis de se doter de services de premiers répondants devraient être supportées financièrement par l'État ou par le ministère, à cet égard. Donc, pour nous, c'est très clair. Si on laisse ça se développer au gré de tout le monde, disons, puis selon la bonne volonté, on va se retrouver avec des services de premiers répondants qui ne seront pas très bien développés.

Commentaires du Collège des médecins du Québec sur l'encadrement médical des intervenants

M. Williams: Merci. Et je présume que vous êtes au courant que le Collège des médecins a réagi un peu avec... Je voudrais dire qu'en général ils sont d'accord avec vos recommandations, mais ils ont ciblé... Mais une, c'est pour les premiers répondants,

recommandations 28 et 32. Et ils ont suggéré que les protocoles doivent inclure... je ne veux pas parler pour le Collège mais, selon mon interprétation, que le Collège doit être impliqué dans les négociations parce que de plus en plus, si on veut avoir les premiers répondants qui peuvent faire les actes médicaux, il veut avoir un encadrement des médecins. Et il suggère, de plus, que les cadres généraux soient négociés avec, selon votre recommandation, le ministère, l'Union des municipalités et la Fédération québécoise des municipalités, mais spécifiquement avec la Direction des services préhospitaliers d'urgence de chacune des régions régionales.

Avez-vous des commentaires sur les commentaires du Collège des médecins? Parce qu'il me semble qu'il appuie en général votre recommandation, mais il offre une bonification. Est-ce que vous trouvez que c'est une bonne direction à suivre d'impliquer le Collège des médecins dans le schéma de contrôle et supervision des premiers répondants?

Le Président (M. Beaumier): M. Dicaire.

M. Dicaire (André): Le Collège des médecins va sans doute être consulté, maintenant, puis il l'est déjà, dans la confection de ces protecteurs standardisés parce que c'est évident... Tournons-le, disons, comme personne qui utilise les services de premiers répondants. Disons, vous tombez malade, vous avez besoin d'un service de premiers répondants, puis arriverait chez vous un premier répondant dont la formation n'est pas standardisée puis reconnue, puis qui pose des gestes non balisés, non encadrés par des protocoles d'intervention, ça serait dangereux, et là les interventions des premiers répondants feraient des dommages plus grands que les bienfaits qu'ils devraient apporter. Donc, je dirais, c'est évident...

Puis j'imagine que le directeur médical national va travailler de concert avec le Collège des médecins, possiblement, j'imagine, avec l'AMUQ aussi, sur la nature des actions, des gestes de premiers secours que les... pas de premiers secours, mais des gestes que les premiers répondants pourrait poser, puis définir les protocoles qui vont être préalablement définis, puis sur la formation qui va être requise pour permettre aux premiers répondants d'effectuer ces protocoles-là. Donc, je dirais, il va y avoir des échanges, il va y avoir des rencontres.

Maintenant, je dirais, participer à des négos... Je n'ai pas vu le libellé exact, là, mais la discussion qu'il va y avoir entre les municipalités puis le ministère, c'est d'une autre nature, disons, plus sur le cadre général des rôles et responsabilités. Bien sûr qu'il y aura des protocoles qui viendront s'y greffer. Mais, je dirais, ils vont être largement consultés puis impliqués. Peut-être que le Dr Fréchette aussi a un petit commentaire.

M. Fréchette (Pierre): Oui, peut-être renchérisse un peu sur ce que vous dites, M. Dicaire, parce que le Collège des médecins, devant la loi, a quand même des responsabilités envers le public pour protéger la santé des personnes contre éventuellement des actes qui pourraient être posés par des médecins. Or, dans la question de l'élaboration des protocoles, on rejoint

rapidement un palier qui ressemble à une délégation d'actes médicaux.

D'ailleurs, dans les dernières années, on a vécu ça spécifiquement avec les techniciens ambulanciers et avec les premiers répondants, avec l'apparition sur le marché des moniteurs-défibrillateurs semi-automatiques puis des moniteurs-défibrillateurs automatiques. La défibrillation cardiaque était décrite très clairement, dans les règlements du Collège des médecins, comme étant un acte médical. Puis on a réussi à démocratiser ça pour rendre la défibrillation accessible au public puis sauver effectivement plusieurs vies au Québec grâce à l'implication des premiers répondants et des techniciens ambulanciers.

On a associé déjà, en rétrospective, le Collège des médecins à ces démarches-là simplement pour s'assurer qu'on ne dérape pas là-dessus. Puis les remarques du Collège face aux recommandations du comité Dicaire sont à l'effet que le Collège aimerait bien demeurer associé, comme il l'a été dans le passé, si on devait un jour déléguer d'autres actes qui sont, entre parenthèses, médicaux à des non-médecins, particulièrement au niveau des techniciens ambulanciers et des premiers répondants.

Et puis, là-dessus, moi, je pense que le ministère a absolument pas d'intérêt à essayer de jouer au chat et à la souris puis à se positionner dans le dos du Collège des médecins. Moi, je pense qu'ils sont mieux de mettre le Collège à la table puis que le Collège remplisse sa fonction, ce pour quoi il existe, puis qu'il y aide littéralement la construction d'un système préhospitalier qui est pertinent, qui est efficace puis qui donne quelque chose pour la population tout en protégeant les individus.

M. Williams: Je pense que c'est l'intérêt de tout le monde d'être à la table, de mettre le système en place. Et c'est pourquoi j'ai pensé que ça va être important de passer les commentaires du Collège, incluant les commentaires négatifs — là, c'étaient quelques suggestions — mais négatifs sur vos recommandations 48 et 72, spécifiquement sur les défibrillateurs automatiques et les combitubes, combitubes, là, qui, selon...

Une voix: ...

M. Williams: Oui. Avec ça et encore, ils ont écrit assez bien qu'ils sont en désaccord avec une révision des interventions des actes. Avec ça, je pense que c'est le temps de vraiment s'asseoir et de tenir compte de leurs expertises et de trouver une solution quand même, si on veut faire les changements. Et c'est pourquoi j'ai voulu juste avoir vos commentaires sur le Collège des médecins. Sur un autre sujet, si je peux, M. le Président?

Le Président (M. Beaumier): M. le député de Nelligan, c'est à vous.

Formation, recrutement et encadrement des techniciens ambulanciers

M. Williams: Merci beaucoup. Une chose qui m'a frappé, encore une fois, avec mon expérience avec

Urgences-santé est que le directeur général m'a dit une fois qu'il n'y a pas assez d'étudiants formés comme technicien. Il a dit, et je ne sais pas s'il a voulu que je répète ça en ondes, mais c'était juste... c'est une façon de dire les choses, il a dit: Si on donne 1 million de plus à Urgences-santé, il ne peut pas engager assez de techniciens parce qu'ils ne sont pas là. Je pense qu'il prendra le 1 million, «anyway», mais pour d'autres choses.

Avec ça, je voudrais vous entendre un peu plus sur le problème de recrutement, formation, encadrement de ça. Effectivement, il y a deux systèmes un peu différents; vous avez recommandé une standardisation de tout ça. Mais je voudrais entendre: Combien est-ce que, selon vous, nous avons besoin d'en former chaque année? Je sais que vous avez fait une recommandation de 240 par année de plus, mais ça va prendre combien d'années pour remplir les pénuries?

Et c'est quoi, les problèmes dans la formation dans nos cégeps? J'ai entendu beaucoup de personnes qui ont suivi le programme de formation. Elles ne sont pas nécessairement intéressées ou ne suivent pas nécessairement une carrière comme technicien après. Je trouve ça un peu étonnant de former les jeunes... On en manque, il y a une pénurie. Ils sont formés. Ils ne suivent pas une carrière après ça. Je voudrais vous entendre sur la problématique.

Et, selon vous, depuis le dépôt de votre recommandation, avez-vous entendu... Comme vous avez entendu que le ministère engageait quelqu'un en charge de la Direction, avez-vous entendu que le ministère de l'Éducation ou le ministère de la Santé agit selon vos recommandations sur la formation, recrutement, encadrement?

Le Président (M. Beaumier): M. Dicaire.

M. Dicaire (André): En fait, ce qu'on a dit là-dessus, là, c'est qu'on utilise au maximum les facilités, les capacités des deux cégeps qui dispensent actuellement une formation du niveau recherché, et c'est 242, 240, disons, personnes qui seraient formées. Et, immédiatement après, on avait une recommandation qui dit: Que se réalise un plan de main-d'oeuvre national sous la responsabilité du ministère de la Santé, en collaboration avec l'Éducation et l'ensemble des partenaires impliqués dans le secteur préhospitalier d'urgence lorsqu'il y a appréhension potentielle d'une pénurie de main-d'oeuvre.

Ils l'ont fait, disons, pour les infirmières. Disons qu'actuellement il y a, je pense, la plus forte cohorte annuelle d'infirmières qui va être en formation cette année, et ça découle d'une démarche de planification ou de plan de main-d'oeuvre, là. Bon. Alors, les gens du campus, ce qu'ils avaient recommandé, disons, 10 à... ça donne des résultats. C'est évident qu'on n'a pas les infirmières demain matin, là, mais je pense que c'est un niveau record de personnes qui vont être en formation pour devenir infirmiers ou infirmières.

● (12 h 10) ●

Les gens du Comité avait proposé une démarche semblable. C'est pour ça qu'on a proposé un plan de main-d'oeuvre. Entre-temps, on disait: Utilisons les facilités maximales des deux cégeps puis faisons un

plan de main-d'oeuvre pour justement mieux cibler, évaluer la pénurie et voir, disons, à combien de personnes faudrait augmenter la formation puis, si on doit augmenter la formation, disons, de quelle manière on le fait. Est-ce qu'on maintient les deux cégeps? Est-ce qu'on propose, disons, un troisième cégep? Je dirais, mais, avant d'en proposer un troisième ou un quatrième, il faut savoir c'est quoi, les volumes qui sont nécessaires. Et il y a appréhension de pénurie, mais il n'a pas été possible d'y mettre un quantum, je dirais, approprié.

Alors, je sais qu'il y a une démarche qui est proposée, et c'est une démarche qui est importante, qui devrait être faite justement pour être capable de prévoir puis de prendre les mesures appropriées pour combler les problèmes qui pourront être identifiés.

L'autre point sur lequel je voudrais insister, c'est la formation en cours d'emploi. Je dirais que c'est important d'actualiser cette formation puis de maintenir à jour les connaissances mais aussi les habilités des techniciens ambulanciers dans leur pratique. Et ça, de mémoire, ce qu'on avait proposé, c'est qu'il puisse y avoir des équipes volantes, des équipes qui puissent se déplacer en région, disons, pour dispenser de la formation en cours d'emploi aux techniciens ambulanciers pour actualiser leurs connaissances et leurs habilités. Parce que les gens en région parfois ont des difficultés à être libérés, disons, pour venir suivre un cours au cégep d'Ahuntsic ou au cégep de Sainte-Foy, et là peut-être que pour... On pensait que, pour faciliter, disons, cette formation dite continue, qu'il y ait des équipes qui puissent se déplacer en région pour faciliter la formation continue.

Troisième problème, disons, qui me revient à l'esprit, c'est le problème de rétention en région. Disons, il y a des gens qui viennent pour leur formation au cégep de Sainte-Foy ou au cégep d'Ahuntsic, qui viennent de régions mais ont moins d'empressément à retourner en région parce que, s'ils travaillent à Québec ou à Montréal, ils vont avoir un 40 heures-semaine puis, s'ils s'en vont en région, ils tombent dans le bas de la liste puis ils vont avoir un horaire de faction ou un temps partiel ou un horaire de faction où ils sont disponibles 24 heures par jour, sept jours-semaine puis, l'autre semaine, ils sont libérés, etc. Donc, une des recommandations qu'on avait, de faire un autre examen de conversion possible des horaires de faction en 40 heures, avait comme préoccupation, justement, d'avoir un meilleur pouvoir attractif ou de rétention pour des techniciens en région.

Mais la pénurie potentielle de main-d'oeuvre doit faire l'objet d'un plan de main-d'oeuvre national qui implique le ministère de l'Éducation puis qui débouche éventuellement sur un plan d'action très, très concret. Sans doute...

M. Williams: Si nous avons besoin d'un troisième cégep, j'ai deux excellents cégeps dans mon comté qui peuvent être nommés. Ha, ha, ha! Excusez-moi.

M. Dicaire (Pierre): Peut-être, Pierre...

Le Président (M. Beaumier): Oui.

M. Fréchette (Pierre): Il y a peut-être les sources de financement...

Le Président (M. Beaumier): Excusez.

M. Fréchette (Pierre): ...en cours d'emploi aussi qui ont joué dans le passé.

Le Président (M. Beaumier): Alors, M. Dicaire.

M. Dicaire (André): Oui. On avait examiné les possibilités de recevoir de l'aide financière du fédéral ou par le biais des programmes d'Emploi-Québec pour supporter, disons, un programme intensif de formation du personnel, effectivement.

Le Président (M. Beaumier): Alors, M. le député de Masson.

M. Labbé: Merci, M. le Président. Alors, dans la même suite d'idées que mon collègue de Nelligan, comme tel, c'est toute la question de la mise à niveau de la formation au niveau des techniciens ambulanciers comme telle. Vous me direz si je suis dans l'erreur, là, je sais qu'il a été un temps où les gens qui étaient là, c'étaient plus des gens qui étaient motivés, qui auraient voulu être pompiers — on va le dire comme ça — et qui, finalement, étaient des gens excessivement dévoués mais qu'on n'avait pas toute la formation nécessaire.

Moi, j'aimerais savoir de votre part, dans un premier temps, s'il y a des chiffres qui nous disent elle est à quel niveau, la formation des techniciens ambulanciers actuellement. Est-ce qu'on a encore des gens... Je suis sûr qu'il y a eu de la formation, des choses comme ça. Mais est-ce qu'on peut penser, par exemple, qu'on est à 60 %, en termes d'un niveau acceptable, à 100 %, mais qu'il faut toujours faire une mise à niveau continuellement? Est-ce que, au niveau de toute la pratique... Parce qu'on sait qu'il y a des gens... Si tu es moins formé, bien, tu vas prendre moins de risques, hein? Parce qu'on sait qu'aujourd'hui le contexte a changé. Si tu ne poses pas le bon geste, tu es sujet à poursuite, etc. Donc, il faut que tu sois confiant et en pleine confiance, dans le fond, de tes moyens, de toutes tes connaissances. Puis plus tu es efficace à ce niveau-là, bien, plus, évidemment, tu agis rapidement et tu es capable d'intervenir de la bonne façon.

J'aimerais que vous me brossiez un petit peu un tableau. Est-ce que tout le monde a un minimum, c'est-à-dire que c'est un cégep ou est-ce que... En tout cas, c'est un petit peu tout ça, là. Je voulais voir, à ce niveau-là, avec vous autres, là, où est-ce qu'on en était à ce stade-là.

Le Président (M. Beaumier): Merci, M. Dicaire.

M. Dicaire (André): Merci, moi, je n'ai pas de données précises, objectives. De mémoire, j'avais tenté d'avoir une information dite appropriée, objective sur la question que vous soulevez, puis je n'ai jamais obtenu... S'il en existe, j'aimerais bien les voir, mais, de mémoire, je ne me souviens pas d'avoir vu de données, là, fiables qui nous donnent un portrait très objectif de la situation. Bon. Mais je pense que ce qu'on avait dit tantôt, disons, c'est très disparate puis c'est très éparé. C'est-à-dire qu'on se souviendra qu'il y a une vingtaine d'années on devenait technicien ambulancier avec un cours d'une

centaine d'heures, de mémoire. Bon. Puis, au cours des années plus récentes, disons, il y a eu un cours qui a été fait pour 810 heures; il a été rehaussé à 840. Et c'est la formation des nouveaux techniciens ambulanciers. Ils passent à travers d'une formation d'attestation d'études collégiales, disons, qui est de l'ordre de 840 heures. Bon.

Ce qu'on dit, disons que ce qu'on dit, sans avoir de chiffres précis, disons, c'est très disparate d'une place à l'autre, et on dit: Il faut relever ce niveau-là. Si on a le discours de répondre aux besoins de la population puis le discours de la qualité des services, il faut relever le niveau de base. Or, le niveau de base, on dit: Il faudrait, sur un horizon de x années, faire en sorte que tout le monde soit de niveau équivalent d'attestation d'études collégiales. Et il pourrait y avoir un processus qui soit mis en place pour relever rapidement, disons, le niveau de base.

À ça s'ajoutent des modules particuliers, parfois certaines interventions plus spécialisées, là, qui pourraient être données, disons, en formation continue, par des équipes volantes, partout à travers le Québec. Mais, je dirais, c'est important de rehausser le niveau de base, étant entendu qu'éventuellement, quand on regarde un peu la progression de formation de toutes les carrières, il est possible que, dans une démarche éventuelle, le ministère de l'Éducation avec le ministère de la Santé en arrivent à la conclusion que ce serait souhaitable et pertinent qu'on forme les gens jusqu'à un niveau de diplôme d'études collégiales, niveau de D.E.C., là. Bon. Et c'est pour ça qu'on a aussi une recommandation d'aller, je dirais, dans ce sens-là.

M. Labbé: Est-ce que vous me dites — si vous permettez, M. le Président — est-ce que vous me dites, à ce stade-ci, qu'au niveau de la formation de base quelqu'un à un niveau technicien ambulancier qui entre comme tel, qui veut travailler dans ce milieu-là, est-ce qu'il y a un minimum qui peut être garanti ou si c'est encore, là: Bon, écoute, tu as des aptitudes, tu as une bonne volonté, tu as ton 110 heures minimum, ou si...

M. Dicaire (André): ...niveau, c'est 840.

M. Labbé: C'est automatique.

M. Dicaire (André): Oui, oui.

M. Labbé: Alors, ça, c'est garanti. Ça veut dire que les entreprises doivent justifier ça quand elles engagent un nouveau technicien. Alors donc, ça, au moins, c'est garanti. Ce qui resterait à faire, c'est, évidemment, tous ceux qui ont été embauchés avant, de s'assurer qu'ils vont atteindre un certain niveau...

M. Dicaire (André): Exact.

M. Labbé: ...compte tenu des appareillages qui deviennent de plus en plus sophistiqués, là, pour s'assurer qu'ils sont capables de les manipuler. C'est beau.

M. Dicaire (André): C'est exact.

M. Morissette (Gervais): Peut-être en complémentaire...

Le Président (M. Beaumier): Excusez, M. Morissette, oui.

M. Morissette (Gervais): En complémentaire, M. Dicaire, si vous me permettez. Effectivement, M. Labbé, ce que vous soulignez, c'est que les techniciens ambulanciers, tous les nouveaux techniciens ambulanciers qui sortent, c'est 840 heures obligatoires. Il y a eu des techniciens ambulanciers qui ont rehaussé leur formation en cours d'emploi pour des actes ou des protocoles qui ont été établis pour administration, moniteur, défibrillateur, et tout ça, actualisation qui a été faite. Et le nombre de techniciens ambulanciers, il y en a 3 100 au Québec, et on peut penser que... On n'a pas le chiffre exact, mais on n'était pas capable de déterminer quels sont ceux qui avaient la formation de 840 heures parce qu'il y a plusieurs techniciens ambulanciers, dans les régions de Québec et Montréal, entre autres, et, je sais, en Estrie et les Laurentides et en Montérégie, quelques régions comme ça, qui ont une formation de 840 heures de technicien ambulancier, mais, antérieurement, avaient une formation de diplôme d'études professionnelles, que ce soit infirmier, infirmière ou au niveau de technicien en physiothérapie, ou autres, inhalothérapie, entre autres.

Donc, on est en train de dresser un tableau. On avait dressé un tableau à ce niveau-là. Malheureusement, on n'avait pas les données très précises pour l'inscrire au rapport. Mais c'est des éléments d'information qui sont intéressants dans le cadre du plan de main-d'oeuvre qu'on veut justement s'assurer à ce niveau-là.

M. Labbé: Excellent.

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup. Oui.

Une voix: ...Dr Fréchette.

Le Président (M. Beaumier): Oui, M. le député. M. Fréchette.

M. Fréchette (Pierre): M. le Président, le ministère ne possède pas de base de données... pas encore de base de données officielle là-dessus, puis c'est pour ça qu'on ne peut pas le chiffrer. Par contre, si ça peut vous intéresser, d'après des informations très informelles que je possède sur le terrain, à discuter avec les gens, on peut dire qu'actuellement, grossièrement, au Québec, 70 % de la main-d'oeuvre des techniciens ambulanciers ont l'équivalent d'une attestation d'études collégiales ou l'équivalent du 840 heures, si vous voulez.

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup. Alors, M. le député de Nelligan.

● (12 h 20) ●

M. Williams: Merci, M. le Président. Le temps achève. Avec ça, je vais essayer de poser quelques brèves questions. Mais, avant de demander une question, je pense — et, je pense, c'est unanime autour de la table — je pense que c'est bon de mentionner que nos techniciens ambulanciers font un travail extraordinaire. Ce n'est pas un travail facile. C'est des situations, de temps en temps, horribles, des tragédies. Et on envoie les équipes partout

au Québec. Franchement, une grande félicitation, chapeau à ceux et celles qui oeuvrent dans ce métier. Et j'espère que le gouvernement va tenir compte de ça et va supporter ça soit l'encadrement, soit financièrement, mais les conditions de travail aussi. Je pense, c'est une tâche incroyable. Et, si nous avons un proche ou nous-mêmes qui avons besoin de leurs services, je pense, on veut avoir le meilleur service. Mais j'ai pensé — c'est pas souvent qu'on passe trois heures sur un sujet, là — j'ai voulu, «on the public record», sur le record public, que je pense, il y a une... C'est un métier incroyable, et un grand merci à tous ceux et celles qui travaillent dans ce métier.

Encore une fois, nous avons poussé pour avoir plus de techniciens, plus d'ambulances. Après quelques études pas scientifiques, comme le Dr Fréchette a mentionné... Mais, quand nous avons bougé l'ambulance dans le West Island, quelle grande surprise! Le territoire peut... une nouvelle place. Nous avons un temps de réponse plus vite. Tu n'as pas besoin d'un «rocket scientist» pour trouver ça. Mais voilà.

Avec ça, nous avons besoin de plus de techniciens, nous avons besoin de plus d'ambulances. Nonobstant la chaîne que vous êtes en train d'établir — et je pense qu'il y a une grande logique de ça — mais soit à Montréal, où j'ai rencontré beaucoup de personnes, d'Actonville ou de... d'Acton Vale, je m'excuse, et dans plusieurs endroits il y a besoin de plus d'ambulances, plus de techniciens. On peut essayer de faire tout le réaménagement des chaises sur le Titanic, mais, si on ne change pas de direction, nous allons frapper l'iceberg. Et c'est le temps de... Je m'excuse d'utiliser cette expression. Avec ces quelques brèves questions... Voilà, fin de mes commentaires.

Pertinence de céder à la Régie régionale de Montréal la responsabilité d'Urgences-santé

Un, vous avez recommandé une évaluation étroite entre tous les services d'ambulances privés et la régie régionale, sauf dans la situation où nous avons une instance parapublique, Urgences-santé, qui ne relève pas de la Régie régionale de Montréal, qui relève directement du ministère. Il y a l'historique dans ça que mon ami peut peut-être parler. Mais je voudrais mieux comprendre maintenant pourquoi on ne l'attache pas sous la coordination de la Régie.

Évaluation du système Clawson

Et je voudrais profiter de la présence du Dr Fréchette ici pour avoir une brève réponse: Est-ce que Clawson est efficace encore, le système Clawson est encore une bonne façon de faire le triage?

Système de reddition de comptes en matière de temps de réponse

Et, troisièmement, la question: Est-ce que le comité Dicaire, malgré que ce n'était pas dans ses recommandations, privilégie un système de reddition des comptes publiques des temps de réponse soit mensuel ou trimestriel, que les régies sont obligées de faire une reddition de comptes avec les temps de réponse? On fait ça chez nous. Parce qu'on peut faire

beaucoup de commentaires sur les temps de réponse, etc., d'Urgences-santé, mais une chose qu'on fait: chaque trois mois, à peu près, on sort les chiffres. De temps en temps, le... C'est pas facile pour Urgences-santé, mais, au moins, on peut, à chaque trois semestres ou à chaque trois mois, savoir: Est-ce que nos interventions marchent? Est-ce que c'est efficace? Avez-vous recommandé qu'il y ait un système de reddition de comptes publics pour la population pour savoir les temps de réponse? Et sinon, est-ce que c'est quelque chose que vous appuyez? Voilà trois brèves questions. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Beaumier): Alors, nous avons six brèves minutes pour les trois.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Dicaire (André): Bon. Sur la dernière, on n'est pas allé aussi précis en termes de reddition de comptes sur le temps-réponse, mettons, au niveau régional. Mais, je dirais, dans une démarche de responsabilisation puis de reddition de comptes, c'est le genre de données qui devraient être davantage connues et transparentes, étant entendu par ailleurs que les organisations sont capables de donner cette information-là. Je vous dirais, j'ai l'impression que, dans certaines régions, ils auraient peut-être certains problèmes de fournir cette information-là, pas parce qu'ils veulent la cacher, mais parce qu'il ne l'ont pas. Bon. À l'Urgences-santé, il faut reconnaître qu'ils ont un système d'information de très haute qualité puis ils peuvent fournir une information qui est très, très intéressante puis qui peut devenir de plus en plus transparente.

Pertinence de céder à la Régie régionale de Montréal la responsabilité d'Urgences-santé (suite)

Bon, votre deuxième question, qui touchait Urgences-santé et la Régie régionale de Montréal, et l'entreprise privée avec les régies régionales. En fait, on a deux modèles, un qui est le modèle privé qu'on retrouve en région. Puis il faut qu'il y ait quelqu'un, qu'il y ait une organisation qui assume la responsabilité de ce service, et donc ça a été désigné que les régies régionales, donc... il est tout à fait normal qu'il y ait une relation, appelons ça d'affaires, avec une entente de services entre la régie régionale puis les entreprises privées. Puis, je vous dirais, au sein du Comité puis dans les rencontres et discussions qu'on a eues avec les parties, il n'y avait aucune espèce de problème que ça s'améliore, que ça s'intensifie. Tout ce qui nous a été demandé: Essayez de placer ça dans un cadre triennal plutôt qu'annuel, parce que ça prenait beaucoup de temps et d'énergie, et c'est ce qui a été recommandé.

En ce qui concerne Urgences-santé et la Régie régionale de Montréal, je vous dirais de regarder différents scénarios. Je veux dire, est-ce qu'on remet certaines responsabilités qu'on retrouve ailleurs au Québec, on confie ça à la Régie régionale de Montréal? Je dirais, après échanges, discussions, il n'est pas apparu pertinent de faire ce geste-là, et notamment pour des raisons d'efficacité. Je veux dire que l'expertise puis la

compétence, elle est à Urgences-santé, les ressources sont là, puis, en même temps, ils font aussi d'autres fonctions. Si on confie ça à la régie régionale, on va avoir un... il va falloir soit transférer ces ressources-là ou soit développer des nouvelles ressources, et, encore une fois, ça va créer une bureaucratie, je dirais, qui serait inutile que d'avoir augmenté les ressources qui seraient dédiées à ça.

Alors, je vous dirais, ce qui a été plutôt convenu, puis c'est ce qui est recommandé, puis j'ai compris que tout le monde se retrouvait à l'intérieur d'une telle proposition, c'est que les responsabilités sont assumées par... les responsabilités de la Régie régionale de Montréal étaient assumées par Urgences-santé, vont continuer d'être assumées par Urgences-santé, puis, je dirais, les intervenants étaient à l'aise avec ça. Sauf qu'on a recommandé, disons, que, étant donné que cette mission-là était assumée par Urgences-santé, les régies régionales... on a recommandé que les régies régionales soient représentées — pardon — au sein du conseil d'administration, et c'est la raison pour laquelle on a demandé qu'il y ait un représentant de Laval et de Montréal au sein du conseil. Et là ça permet une meilleure intégration, je dirais, de la planification des activités. Puis de confier à la Régie régionale de Montréal, par ailleurs, la responsabilité d'intégrer les interventions d'Urgences-santé dans le réseau sociosanitaire, ça, c'est une responsabilité qu'elle doit conserver. Mais, pour le reste, je dirais, l'expertise, la compétence est à Urgences-santé, puis ça ne posait pas de problème que ça demeure ainsi.

M. Williams: Juste comme exemple, le temps dans les hôpitaux, recevoir, là, si on peut réduire ça, on peut peut-être sauver beaucoup de temps de réponse parce que les ambulances vont quitter plus vite.

M. Dicaire (André): Oui.

Évaluation du système Clawson (suite)

M. Williams: C'est pourquoi je pense que ça prend un bon partenariat entre les deux. Mais la dernière question était sur le système Clawson. Est-ce que...

M. Dicaire (André): Ah, notre recommandation? Il y a 4 500 organisations, je pense, qui utilisent, à travers le monde, le système Clawson. On ne voulait pas réinventer la roue. Il fonctionne bien, il est largement utilisé, puis on recommande d'implanter le Clawson.

M. Williams: Et amélioré, adapté pour Québec, ou utiliser ça tel quel?

M. Fréchette (Pierre): Clawson est en évolution, hein?

Le Président (M. Beaumier): Dr Fréchette.

M. Fréchette (Pierre): Clawson est un système évolutif. Il est reconnu pour être extrêmement pertinent sur le plan de la sensibilité, mais il est perfectible du côté de la spécificité. Et il y a des gens qui travaillent fort là-dessus à Urgences-santé. Puis il va falloir qu'il y ait des gens qui mettent aussi l'épaule à la roue sur

l'ensemble du territoire québécois pour améliorer l'outil à mesure qu'on va l'implanter.

Le Président (M. Beaumier): Alors, la commission... Alors, j'aimerais remercier beaucoup M. Dicaire, M. Fréchette et M. Morissette aussi, ainsi que tous les membres du Comité national, vous remercier pour votre rapport du mois de décembre qui est effectivement impressionnant et aussi vous remercier de votre présence et puis de la façon très articulée dont vous avez expliqué la problématique en urgence préhospitalière. Merci beaucoup pour la société québécoise également.

M. Dicaire (André): Si vous me permettez, moi aussi, je voudrais, au nom de mes deux collègues, en mon nom personnel, disons, vous remercier, vous dire que j'ai bien apprécié les échanges avec les membres de la commission parlementaire. Et je suis convaincu que ces discussions vont collaborer à réaliser le projet de doter le Québec d'un véritable système préhospitalier d'urgence. Alors, je vous remercie.

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup également. M. le député de Nelligan, oui?

M. Williams: Au nom de l'opposition aussi, merci beaucoup. Et j'ai un autre trois heures de questionnement. Avec ça, peut-être que je vais vous inviter pour en discuter officieusement une autre fois, malgré vos autres responsabilités. Mais j'ai une suggestion à faire pour la commission, que nous n'avons pas besoin de décider aujourd'hui. Mais, compte tenu que nous avons entendu un rapport, le rapport du comité Dicaire, qui est plein d'échéanciers, de plans d'action, qui donne une responsabilité au ministère de la Santé, au ministère de l'Éducation et à plusieurs autres, je voudrais demander: Est-ce que le Comité directeur ou une séance de travail de la commission peut réfléchir sur la possibilité d'inviter le ministère ou les instances appropriées dans un bref avenir pour discuter avec eux comment ils ont implanté les recommandations du rapport Dicaire, le suivi du rapport Dicaire? Je ne vais pas donner les dates, et tout ça, mais je voudrais suggérer que ça va être la prochaine étape comme suivi, si ça fait plaisir à mes collègues de l'avoir.

Le Président (M. Beaumier): Alors, M. le député de Nelligan, je pense bien que je reçois, je note votre demande, votre suggestion. Puis je me ferai un devoir personnel de le transmettre à notre présidente. Et ça reviendra devant les membres de la commission.

M. Williams: D'accord.

Le Président (M. Beaumier): Merci bien. Alors, merci tout le monde.

Une voix: ...

Le Président (M. Beaumier): Effectivement, j'ajourne les travaux. La commission ajourne ses travaux sine die.

(Fin de la séance à 12 h 32)

