



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 5 juin 2002 — Vol. 37 N° 68

Consultations particulières sur le projet de loi n° 96 — Loi
sur les services préhospitaliers d'urgence et modifiant
diverses dispositions législatives (2)

**Présidente de l'Assemblée nationale:
Mme Louise Harel**

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, avenue Honoré-Mercier, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754
Télocopieur: (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: 40010195

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 5 juin 2002

Table des matières

Auditions (suite)	1
Collège des médecins du Québec (CMQ)	1
Fédération québécoise des municipalités (FQM)	8
Association professionnelle des paramédics du Québec (APPQ)	15
Collège Ahuntsic et cégep de Sainte-Foy	22
Union des municipalités du Québec (UMQ)	31
Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ)	38
Association des transporteurs médicaux du Québec	46
Mémoire déposé	49
Remarques finales	49
M. Russell Williams	49
M. Roger Bertrand	51

Autres intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente
Mme Denise Carrier-Perreault, vice-présidente

M. François Legault
Mme Manon Blanchet

- * M. Jean-Marc Lepage, CMQ
- * M. André Garon, idem
- * M. Mario Deschênes, idem
- * Mme Édith Lorquet, idem
- * M. Michel Belzil, FQM
- * M. Jean-Noël Ouellet, idem
- * Mme Diane Verreault, APPQ
- * M. Claude Desrosiers, idem
- * M. Stéphane Scalabrini, idem
- * M. Denis Juneau, Collège Ahuntsic et cégep de Sainte-Foy
- * M. Bernard Morin, idem
- * Mme Hélène Morin, idem
- * M. Pierre Bayard, idem
- * M. Bernard Gagnon, UMQ
- * M. Julien Poitras, AMUQ
- * M. René Déry, Association des transporteurs médicaux du Québec

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 5 juin 2002

Consultations particulières sur le projet de loi n° 96

(Quinze heures)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je souhaite la bienvenue à tous les membres, au personnel, de même qu'à tous nos invités et je vous rappelle que la commission des affaires sociales est réunie afin de procéder à des consultations particulières et de tenir des auditions publiques sur le projet de loi n° 96, Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et modifiant diverses dispositions législatives.

Alors, Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. Mme Rochefort (Mercier) va être remplacée par M. Williams (Nelligan).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, je vous donne l'ordre du jour: à 15 heures, nous recevrons — immédiatement — le Collège des médecins du Québec; 15 h 45, la Fédération québécoise des municipalités du Québec; 16 h 30, l'Association professionnelle des paramédics du Québec; 17 h 15, le collège Ahuntsic et cégep de Sainte-Foy. Nous suspendrons nos travaux à 18 heures pour les reprendre à 20 heures avec l'Union des municipalités du Québec; par la suite, à 20 h 45, l'Association des médecins d'urgence du Québec; 21 h 30, l'Association des transporteurs médicaux du Québec; 22 h 15, ce seront les remarques finales; pour ajourner nos travaux à 22 h 45.

Auditions (suite)

Alors donc, sans plus tarder, j'accueille avec plaisir les représentants du Collège des médecins, dont le Dr Jean-Marc Lepage, qui est le vice-président. Alors, Dr Lepage, je vous demanderais de nous présenter les personnes qui vous accompagnent, et vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire.

Collège des médecins du Québec (CMQ)

M. Lepage (Jean-Marc): Mme la Présidente, j'aimerais vous présenter Dr André Garon, qui est secrétaire général adjoint, Dr Mario Deschênes, qui est syndic adjoint, et Me Édith Lorquet, qui est conseillère juridique à la Direction générale du Collège.

Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes et MM. les parlementaires. De par sa mission, le Collège des médecins du Québec s'est impliqué activement, au cours des dernières années, dans la redéfinition des soins préhospitaliers d'urgence au Québec pour que ces services essentiels à une population soient mieux organisés, plus accessibles et de meilleure qualité qu'ils le sont présentement. La manière dont sont organisés les services et dont les divers intervenants s'acquittent de leurs rôles peut faire toute la différence entre la survenue d'un décès ou une vie épargnée, entre des séquelles

permanentes ou une vie qui peut se poursuivre en bonne santé. Faisant sa part, le Collège a consenti à autoriser, et ce, depuis plusieurs années, différents projets-pilotes permettant à des techniciens ambulanciers et à des premiers répondants de poser des actes relevant de l'exercice de la médecine, telles l'utilisation du défibrillateur et du combitube et l'administration de médicaments d'urgence.

À l'hiver 2000, le Collège a participé à une consultation sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec conduite par le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, comité Dicaire. Il a saisi l'occasion pour exprimer sa position sur le rôle et les responsabilités des personnes posant des gestes médicaux en offrant des services préhospitaliers, à savoir les premiers répondants et les techniciens ambulanciers. Enfin, au printemps 2001, le Collège faisait parvenir à M. Rémy Trudel, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, ses commentaires sur le rapport du comité Dicaire. Toutes ces interventions, comme la présente, témoignent de l'intérêt du Collège en cette matière.

Le projet de loi n° 96 sur les services préhospitaliers d'urgence est l'aboutissement de tous ces travaux. Nous y retrouvons la majorité des recommandations faites par le Collège au cours des dernières années. Nous en sommes d'ailleurs fort satisfaits. Il définit clairement les rôles et responsabilités des différents intervenants, particulièrement les premiers répondants et les techniciens ambulanciers. Il donne des pouvoirs accrus au directeur médical national et aux directeurs médicaux régionaux des soins préhospitaliers d'urgence. Notamment, ces directeurs ont désormais non seulement le pouvoir d'assurer la mise en place des protocoles de soins nationaux, mais également de permettre un encadrement des actes médicaux posés par les techniciens ambulanciers et les premiers répondants.

Le Collège et l'aspect médical des soins préhospitaliers d'urgence. Alors que le projet de loi prévoit que le ministre nomme un directeur médical national pour le conseiller et l'assister sur l'aspect médical des services préhospitaliers d'urgence, nous croyons qu'il y aurait lieu que la loi prévoie expressément que le Collège des médecins soit consulté lorsqu'il s'agit d'élaborer des protocoles cliniques impliquant des activités médicales. En effet, il est du mandat du Collège de surveiller l'exercice de la médecine, et nous sommes d'avis qu'il est impératif que le Collège soit associé à toute action visant, directement ou indirectement, la qualité de la pratique médicale au Québec.

Cet ajout aurait l'avantage d'être concordant avec une disposition introduite au projet de loi n° 90, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, récemment déposé à l'Assemblée nationale, pour adoption avant la fin de la présente session, par M. Paul Bégin, ministre responsable de l'application des lois professionnelles. Une fois adoptée, cette disposition conduira le médecin oeuvrant avec des professionnels

habilités à poser des actes médicaux à l'extérieur d'un centre exploité par un établissement à transmettre a priori au Collège des médecins du Québec un projet des conditions locales pour autorisation par le bureau. De la même façon, nous croyons qu'il serait beaucoup plus opportun que le Collège soit consulté a priori, soit par le ministre ou par le directeur médical national, plutôt que d'avoir à intervenir a posteriori auprès de tous les directeurs médicaux régionaux par l'entremise des pouvoirs d'inspection professionnelle.

Les actes médicaux pouvant être posés par des personnes autres que des médecins dans le cadre de la dispensation de soins préhospitaliers d'urgence. Actuellement, le Code des professions permet que des personnes ou des catégories de personnes soient habilitées à exercer des activités professionnelles que peuvent exercer les membres d'un ordre professionnel. Le Code le permet en autant qu'elles les posent en conformité avec les dispositions d'un règlement prises en application du Code ou, en ce qui nous concerne, en application de la Loi médicale.

Précisément, l'article 19 de la Loi médicale confie au bureau du Collège des médecins du Québec le devoir de déterminer les actes médicaux pouvant être posés par une ou des classes de personnes, selon certaines conditions, tels la formation initiale et continue, les stages et l'encadrement médical requis. Or, actuellement, ce règlement ne définit aucun acte pouvant être posé par les techniciens ambulanciers ou par les personnes agissant à titre de premiers répondants.

Dans le passé, à la demande de plusieurs régies régionales, plusieurs résolutions ont été toutefois adoptées par le comité administratif du Collège des médecins du Québec autorisant notamment l'utilisation, par certains techniciens ambulanciers et premiers répondants, du moniteur défibrillateur semi-automatique ou automatique. Les autorisations données de poser ce geste médical l'ont été dans le cadre de projets-pilotes, au vu et au su de tous, dont l'Office des professions du Québec. Il fallait en effet donner à ces intervenants non regroupés à l'intérieur d'un ordre professionnel les moyens nécessaires à sauver des vies.

Avec l'adoption de ce projet de loi, donc de la mise en place d'une véritable organisation nationale des soins préhospitaliers d'urgence, le Collège devra nécessairement, à court et à moyen terme, autoriser plus formellement l'exécution de certains actes médicaux au-delà du cadre des projets-pilotes. Il lui faudra plutôt adopter une réglementation générale à cet effet. Le projet de loi sous étude est silencieux quant au respect de la Loi médicale et de la réglementation afférente.

Afin d'éviter toute ambiguïté quant aux obligations du Collège en matière de protection du public et celles dévolues par ce projet de loi notamment à certains intervenants (gouvernement, ministres, régies régionales, directeur médical national, directeurs médicaux régionaux), le projet de loi devrait contenir une référence à la conformité avec la Loi médicale. Il est à noter que le gouvernement et le ministre pourront prévoir des balises ou conditions supérieures à celles édictées par la réglementation du Collège, mais elles ne pourront en aucun cas leur être inférieures.

La surveillance de la qualité de la pratique de la médecine par le Collège des médecins. Afin d'éviter,

encore une fois, toute ambiguïté quant au pouvoir de surveillance de la qualité de la pratique médicale du Collège, et ce, peu importe l'endroit où elle est exercée, nous souhaitons qu'une disposition similaire à celle que l'on retrouve au deuxième alinéa de l'article 77 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui prévoit expressément un droit d'accès aux installations maintenues par un établissement de santé par les ordres professionnels, soit introduite en y faisant les adaptations nécessaires.

Cette disposition se lit comme suit: «Les représentants des corporations professionnelles visées au Code des professions ont accès à toute installation maintenue par un établissement pour l'accomplissement des fonctions que les ordres professionnels doivent remplir pour assurer la protection du public.»

Cet ajout nous apparaît d'autant plus pertinent que le projet de loi précise, à son article 8, que les pouvoirs de surveillance et d'enquête confiés à une régie régionale par les articles 414 et 415 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, à l'égard d'un centre de communication santé ou d'un titulaire de permis d'exploitation de services ambulanciers comme s'il s'agissait d'un établissement.

L'autorité du directeur médical national. Outre ses fonctions de conseiller et d'assister le ministre sur l'aspect médical des services préhospitaliers d'urgence, le directeur médical national a notamment pour fonctions de définir les normes nationales de soins et d'équipements préhospitaliers et de veiller à leur application, leur utilisation et leur évaluation. De même, il doit définir et exercer l'autorité clinique nécessaire au maintien des normes de qualité déterminées par le ministre pour les services dispensés et la qualification du personnel d'intervention.

Le dernier alinéa de l'article 6 du projet de loi indique que, pour les fins de ses fonctions, le directeur médical national peut avoir accès à certains renseignements, personnels ou non, détenus par un centre de communication santé ou une régie régionale.

● (15 h 10) ●

Avoir accès à certains renseignements est définitivement un pouvoir nécessaire en regard des fonctions dévolues au directeur médical national, mais ce seul pouvoir ne nous apparaît pas suffisant. Nous sommes d'avis qu'il faut que le directeur médical national détienne clairement l'autorité fonctionnelle, notamment sur les directeurs médicaux régionaux, afin de lui permettre d'assumer adéquatement son rôle. Ainsi, la loi devrait permettre au directeur médical national d'adresser ses recommandations au conseil d'administration de la régie régionale de qui relève un directeur médical régional qui, de son avis, ne respecterait pas les orientations, normes, protocoles ou politiques déterminés conformément aux articles 3, 4 et 5 du présent projet de loi.

Les pouvoirs d'un directeur médical régional. L'exclusion du premier répondant. Notre commentaire concerne d'abord le premier répondant. Le projet de loi prévoit que des obligations spécifiques y soient faites, tout comme au technicien ambulancier, à l'effet de respecter les protocoles d'intervention clinique et de se soumettre à l'encadrement médical établi. Le projet de

loi prévoit que le défaut de respecter ces obligations constitue une infraction de nature pénale et que le premier répondant, tout comme le technicien ambulancier, s'expose, en cas de non-respect, à une amende variant entre 2 500 et 5 000 \$.

Cela étant, nous ne comprenons pas pourquoi seul le technicien ambulancier est visé par l'article 68. Il nous apparaît tout aussi pertinent de prévoir dans le projet de la loi la possibilité, pour un directeur médical régional, de demander la radiation temporaire ou permanente du registre tenu par une régie régionale d'un premier répondant qui ne respecte pas les obligations prévues par la loi.

La limitation de l'exercice et la suspension d'urgence. Notre deuxième commentaire concerne spécifiquement les pouvoirs du directeur médical régional. Nous comprenons qu'à la demande d'un directeur médical régional l'inscription d'un technicien ambulancier au registre national peut faire l'objet d'une radiation temporaire ou permanente par un comité d'examen constitué par le directeur médical national conformément aux dispositions prévues à cet effet.

Nous comprenons également qu'avant de demander la radiation le directeur médical régional doit, dans certains cas visés par le projet de loi, demander, dans un premier temps, au technicien ambulancier d'apporter les correctifs nécessaires dans un délai déterminé. Si le technicien ambulancier ne s'y conforme pas, le directeur médical régional peut alors demander sa radiation du registre. Dans les autres cas prévus, il peut demander immédiatement la radiation. Le directeur médical national doit alors, dans les 60 jours de cette demande, constituer un comité d'examen qui peut confirmer l'inscription de ce technicien au registre ou radier de façon temporaire ou permanente cette inscription.

Cela étant, pendant le temps où le technicien ambulancier doit apporter des correctifs demandés par le directeur médical régional ou pendant les 60 jours impartis pour la constitution du comité d'examen, le technicien ambulancier peut-il continuer de fournir les mêmes soins préhospitaliers d'urgence? Nous croyons que, dans certaines circonstances, il ne devrait pas ou, à tout le moins, que l'exercice de certaines activités lui soit restreint.

Ainsi, nous recommandons que la loi prévoit qu'un directeur médical régional puisse, pour des motifs d'urgence et de protection du public, suspendre immédiatement un technicien ambulancier ou limiter son droit ou ses privilèges d'exercice soit jusqu'à ce qu'il ait apporté les correctifs demandés ou jusqu'à ce que le comité d'examen ait tranché. Le pouvoir de suspension immédiate existe dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et le pouvoir de limiter le droit ou le privilège d'exercice existe dans le Code des professions. Enfin, pour les motifs déjà exposés précédemment, vous comprendrez que ce pouvoir de suspension et de limitation du droit ou de privilège d'exercice devrait aussi viser le premier répondant.

Les ententes entre les régies régionales et les municipalités. À ce propos, notre intervention vise tout simplement à rappeler que certains premiers répondants très qualifiés oeuvrent déjà au sein de certaines grandes entreprises telles que Pratt & Whitney et qu'il ne faudrait

pas négliger de les inclure dans les ententes à convenir entre les régies régionales et les municipalités.

En conclusion, vous retiendrez de nos propos que nous sommes favorables à l'adoption de ce projet de loi. Il est, en effet, essentiel d'outiller davantage les premiers répondants et les techniciens ambulanciers, notamment en élaborant et en permettant à ces intervenants de suivre une formation initiale et continue adéquate. En ce qui concerne le Collège des médecins, nous voulons vous assurer qu'il est de notre intention, à brève échéance, de régulariser la situation des projets-pilotes et de poursuivre intensément les discussions déjà amorcées, notamment avec la Corporation d'urgences-santé, afin de permettre à certains intervenants de poser des actes médicaux propres à contribuer à la survie d'une personne.

Nous souhaitons également que le ministre retienne que, pour le Collège, il serait inacceptable que la prestation d'actes médicaux, telle que définie à la Loi médicale, échappe aux pouvoirs de délégation et de surveillance du Collège. Ainsi, nous invitons le ministre à être vigilant afin de ne pas, par cette nouvelle structure et par les pouvoirs importants octroyés notamment aux directeurs médicaux régionaux, créer un système parallèle où la juridiction du Collège en serait contestée ou exclue.

Enfin, nous réitérons au ministre que le Collège, dont la mission est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public, offre sa pleine collaboration et son expertise afin de maximiser les retombées positives attendues par cette nouvelle organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Dr Lepage, pour la présentation de votre mémoire. Sans plus tarder, je cède la parole au ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux.

M. Legault: Oui. D'abord, je voudrais vous remercier, Dr Lepage, Dr Garon, Dr Deschênes et Me Lorquet, d'être ici avec nous, cet après-midi, pour échanger sur ce projet de loi important. Évidemment que le Collège et les médecins ont un rôle important à jouer dans cette chaîne d'interventions concernant les services préhospitaliers.

Je voudrais savoir... Bon. Si je comprends bien votre mémoire, vous souhaitez qu'il y ait une ligne hiérarchique qui soit plus claire entre le directeur médical national et le directeur médical régional dans un premier temps. Est-ce que vous pouvez peut-être élaborer sur ce lien d'autorité que vous souhaitez? Vous dites clairement: Le directeur médical national, qu'il détienne l'autorité fonctionnelle sur les directeurs médicaux régionaux. Je trouve ça intéressant, là, mais je voudrais mieux comprendre les implications de votre position puis pourquoi vous avez une position comme celle-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Garon.

M. Garon (André): Oui. M. le ministre, on comprend qu'on est dans un terrain plus délicat, parce que, vous le savez comme nous, quand un organisme ou

un établissement a l'autorité sur son personnel, il ne souhaite pas nécessairement partager cette autorité-là avec quelqu'un d'autre. Toutefois, d'expérience, on s'est bien aperçu qu'il y avait un intérêt à une certaine uniformité, moyennant des adaptations à des réalités régionales, bien sûr, une certaine uniformité, par exemple, des protocoles qui sont utilisés d'une région à l'autre. Et il faut que le directeur médical national ait une certaine autorité, en conséquence, pour exercer une coordination forte, comme d'ailleurs vous l'avez souhaité, je pense bien, l'an dernier, au moment de l'adoption de la loi dite sur la gouverne.

Alors, il ne s'agit pas donc de désinvestir le conseil d'administration ou le directeur général d'une régie régionale d'une autorité hiérarchique sur son directeur médical régional, mais nous pensons qu'il pourrait être fort intéressant, à des fins d'efficacité et de cohérence, que le directeur médical national ait quand même une autorité fonctionnelle. Je pourrais laisser, peut-être, le Dr Deschênes compléter, si vous permettez.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Deschênes, en complément.

M. Deschênes (Mario): Oui. En fait, l'exemple qu'utilisait le Dr Garon était... Il y a près d'un an, on a rencontré l'ensemble des directeurs régionaux pour établir le point sur les protocoles qui étaient utilisés à la grandeur du Québec dans le cadre des projets-pilotes autorisés par le Collège. Plusieurs régions avaient des protocoles qui différaient d'une région à l'autre, qui étaient similaires mais qui n'étaient pas conformes d'une région à l'autre. Et, grâce à l'intervention, à l'époque, du coordonnateur provincial, on a pu assurer une uniformité et donc s'assurer que l'ensemble des soins étaient dispensés selon la même norme au Québec, selon le même protocole. Il était plus facile donc d'assurer, pour le Collège, une surveillance des soins qui relèvent de l'exercice de la médecine, de la qualité de ces actes-là. Alors, le fait que le directeur national a cette autorité-là, ce pouvoir-là d'encadrer les protocoles de façon nationale, on croit que ça amène une meilleure surveillance, une meilleure uniformité des soins puis une meilleure qualité des soins en bout de ligne.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

● (15 h 20) ●

M. Legault: D'accord. Maintenant, en ce qui concerne les pouvoirs du directeur médical régional, bon, vous nous dites, là, entre autres, à la page 5, que vous souhaitez que la loi soit plus claire sur l'autorité du directeur médical régional sur les privilèges de pratique du premier répondant. Bon. Ce que je comprends, si on lit l'article 42... À l'article 42, on dit: «Dans l'exercice de ses fonctions, le premier répondant doit respecter les protocoles d'intervention [...] et se soumettre à l'encadrement médical régional établi en vertu de l'article 18.» Donc, mon interprétation, c'est que, déjà, le directeur médical régional avait, pour le moins qu'on puisse dire, un droit de regard, même une certaine autorité sur la pratique des premiers répondants.

À l'article 18, on dit: «Chaque régie régionale — peut-être que ça revient au problème que vous

disiez — chaque régie régionale doit désigner un médecin ayant une formation et une expérience pertinente en médecine d'urgence pour exercer notamment les fonctions suivantes...» Puis, là, bon, on nomme les fonctions, en autres, de contrôler et apprécier la qualité des actes qui sont posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers. Bon. Puis ça, ça inclut les premiers répondants. Donc, je voudrais peut-être vous entendre préciser un peu le lien que vous ne voyez pas qui est suffisant entre le directeur régional et les premiers répondants, la qualification des premiers répondants.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Garon.

M. Garon (André): Oui. Je laisserai d'autres compléter, mais je vous dirais, d'entrée de jeu, qu'on comprend qu'il y aura un registre donc de premiers répondants qui sera tenu dans chacune des régions, dans chacune des régies. Ces personnes-là qui agissent souvent comme des bénévoles, évidemment, c'est un peu délicat, mais on peut les autoriser et on doit même les autoriser à poser certains gestes médicaux qui sont de nature à sauver des vies. Par exemple, d'utiliser un défibrillateur, ce n'est pas banal, ça doit être bien fait, ça doit être fait dans des bonnes circonstances par les premiers répondants en attendant que les ambulanciers arrivent. Nous, on pense que, s'il y avait des questions à propos de la manière dont s'acquittent les premiers répondants de telles responsabilités, il faudrait être en mesure d'agir à leur endroit. Alors, on pense qu'il faut s'assurer que, au niveau de la loi, le directeur médical régional a une capacité d'agir qui est claire, même si ce sont des gens qui font ça bénévolement.

M. Legault: Et vous croyez que ce qu'on retrouve aux articles 42 et 18 n'est pas suffisant pour encadrer ce travail-là, étant donné que la régie régionale et son médecin doivent contrôler la qualité des actes posés par tout le personnel. Est-ce que vous ne croyez pas justement qu'on a déjà de prévu, à cet article 18, les moyens de contrôle?

Mme Lorquet (Édith): Le problème, ce n'est pas qu'il n'y a pas d'obligation...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Me Lorquet, hein?

M. Lorquet (Édith): Pardon, oui. Pardon.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous en prie.

Mme Lorquet (Édith): Le premier répondant a des obligations légales à respecter, vous en faites état ici, à l'article 42. Le problème, c'est que, s'il ne les respecte pas, ce que la loi prévoit, c'est qu'il peut être passible d'une amende pénale. Les mêmes obligations sont faites aux techniciens ambulanciers et les mêmes amendes pénales existent. Alors, ils sont tous les deux passibles d'amende, ils ont le même devoir de respecter leurs obligations. Mais, dans le cas du technicien

ambulancier, le directeur peut lui demander d'apporter des correctifs ou alors demander sa radiation au registre. Mais, dans le cas du premier répondant, je vais vous donner un exemple, il pourrait ne pas respecter les protocoles, être passible d'une amende et rester premier répondant. Je n'ai rien vu dans la loi qui permet à qui que ce soit de l'empêcher de continuer d'être au registre des premiers répondants. Alors, il est là, le problème.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Legault: Je pense que c'est une bonne remarque. On me dit qu'effectivement, peut-être, il faudrait que ce soit éclairci.

Maintenant, si on va à une étape plus loin, bon, on donne au directeur régional le pouvoir de retirer les permis des techniciens ambulanciers et, bon, si le technicien ambulancier n'est pas d'accord, il peut faire appel à un comité d'examen. Or, vous dites que ce comité d'examen, si je comprends bien votre intervention, devrait être davantage préoccupé ou, en tout cas, que les médecins devraient faire davantage d'encadrement autour de ce comité d'examen. Alors, ce comité d'examen pour l'instant est composé, à l'article 70, du directeur médical national, donc on revient à votre proposition du début, il y a un technicien ambulancier représentant la régie, un exploitant des services ambulanciers, un représentant du public. Bon. Avec les audiences qu'on a eues hier, on a eu des suggestions pour que ce soit davantage des pairs, c'est-à-dire d'autres techniciens ambulanciers. On a aussi certains syndicats qui nous ont dit peut-être que ce serait souhaitable d'avoir des formateurs, des instructeurs. Je voulais juste savoir, de façon concrète, quelle serait votre proposition pour la composition de ce comité d'examen?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Garon.

M. Garon (André): Pour la composition?

M. Legault: Oui.

M. Garon (André): Savez-vous, je vous dirais qu'on n'a pas vraiment réfléchi à cette question-là. On a plutôt réfléchi, si vous permettez, au pouvoir du directeur médical régional, encore une fois, qui bien sûr est en lien avec ce comité d'examen là. On se dit que le comité d'examen a une autorité pour supprimer finalement en quelque sorte le droit d'exercice d'un technicien ambulancier. Mais, quand un technicien ambulancier se trouve à poser des actes médicaux non conformément aux règles de l'art ou, enfin, à ce qu'on peut s'attendre de lui, doit-il pour autant perdre son droit d'exercice de technicien ambulancier ou ne doit-il pas être limité dans son exercice par le directeur médical régional ou national, selon le cas? Enfin, c'est un peu là-dessus... c'est plutôt là-dessus qu'on a examiné la question, mais pas sur la composition du comité.

Si vous permettez, je laisserais le Dr Deschênes...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Deschênes, en complément.

M. Deschênes (Mario): En fait, il y a deux volets à cette évaluation-là. Il y a le volet, je dirais, des actes qui relèvent de l'exercice de la technique ambulancière dont le Collège n'a pas le droit de regard au niveau juridictionnel. Ce n'est pas à nous d'établir les normes de technique ambulancière et si un ambulancier les pose adéquatement ou pas.

Il y a un second volet qui est de plus en plus important, les actes qui relèvent de l'exercice de la médecine, qui sont de plus en plus posés par les techniciens ambulanciers et par les premiers répondants. Si on considère que c'est le directeur régional qui connaît ses troupes, qui connaît les individus concrètement au quotidien, il est le mieux placé pour évaluer la qualité de l'exercice des techniciens ambulanciers. Et si ceux-ci, dans le cadre des actes qui sont posés, des actes qui relèvent de l'exercice de la médecine, considèrent que l'ambulancier n'a plus la connaissance, la compétence, n'applique plus le protocole adéquatement, ils devraient avoir le pouvoir de retirer ces privilèges-là au technicien ambulancier qui peut demeurer par ailleurs un excellent ambulancier pour les tâches ambulancières. Mais il doit y avoir une disposition où le directeur régional va circonscrire la pratique du technicien ambulancier en regard des actes qui relèvent de l'exercice de la médecine.

Également, si un technicien ambulancier a des problèmes de santé majeurs, par exemple, qui le rendent inapte à exercer, ou un problème de connaissances très, très important, dans les hôpitaux, dans les diverses dispositions légales, il est prévu une suspension d'urgence des privilèges du professionnel, de l'intervenant. Alors, on considère, encore là, que c'est le directeur régional, qui connaît bien l'ambulancier — en fait, c'est lui qui devrait le connaître le mieux, si c'est un ambulancier de sa région — qui devrait avoir ce pouvoir-là de suspendre complètement les activités de l'ambulancier et de le référer à un comité d'examen avec un processus accéléré à ce moment-là, parce que probablement que 60 jours, c'est un petit peu long pour procéder à l'évaluation de cette situation-là.

Alors, il y a, je dirais, le comité d'examen qui concerne les actes qui relèvent de l'exercice, de la pratique quotidienne des ambulanciers. Donc, le Collège n'a pas à intervenir. Il y a le volet qui, nous, nous interpelle plus, qui concerne les actes médicaux, pour lequel on considère qu'il doit avoir des pouvoirs d'intervention au quotidien des directeurs régionaux.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste une demi-minute, M. le ministre.

M. Legault: Oui. Rapidement, mais j'aimerais ça vous entendre. Qu'est-ce que vous pensez de la proposition des techniciens ambulanciers qui disent: On devrait avoir un comité d'examen qui est seulement composé de pairs. Et même une demande qui est faite par les techniciens ambulanciers d'avoir leur propre ordre professionnel pour suivre leurs capacités, leurs qualifications. Qu'est-ce que vous pensez de cette proposition des techniciens ambulanciers?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Garon.

M. Garon (André): Oui, si vous permettez. Nous, on pense qu'ils sont dans l'avenir. Au fond, ce n'est pas maintenant, ça, c'est peut-être dans 10 ans, c'est peut-être moins de 10 ans, ça va dépendre de la démonstration qu'ils vont être en mesure de faire de la rigueur de leur comportement et de la qualité des interventions qu'ils font.

Au fond, on pense, nous, que, effectivement, un jour ou l'autre, on aura probablement un ordre professionnel des techniciens ambulanciers, et vous avez, par ce projet de loi là, établi les bases pour y arriver, mais ce n'est pas demain matin. C'est ce qu'on pense.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Oui, Dr Deschênes.

M. Deschênes (Mario): Je rajoute que les infirmières, par exemple, à titre de parallèle, qui ont aussi des actes délégués dans le règlement sur les actes délégués — en fait, ce n'est pas comme ça que ça s'appelle, mais cette réglementation-là — ...il est prévu que le directeur des services professionnels, le président du Conseil des médecins et dentistes peut retirer les privilèges d'actes qui relèvent de l'exercice de la médecine aux infirmières, même si elles sont professionnelles et qu'elles sont redevables devant leur comité de discipline. Or, cette disposition-là existe déjà pour d'autres professionnels pour intervenir de façon immédiate.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, M. le député de Nelligan.

• (15 h 30) •

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Merci, Dr Lepage, Dr Garon, Dr Deschênes et Me Lorquet, de votre présentation pour le Collège des médecins du Québec. Vous êtes ici assez souvent et vos interventions sont toujours fort appréciées.

On essaie de comprendre le projet de loi n° 96 et même le bonifier. Et le ministre a déjà dit, après un jour des audiences, qu'ils sont prêts de faire les changements à la loi n° 96. Avec ça, c'est vraiment une opportunité importante de passer les messages.

Vous avez dit au début de votre présentation que la loi définit clairement les rôles et responsabilités des différents intervenants, particulièrement les premiers répondants et les techniciens ambulanciers. Quand j'ai lu le projet de loi, avec les deux définitions, 40 et 60 — les deux articles sont presque pareils, sauf pour les questions de transport — il me semble que la loi est loin d'être claire, que les définitions des premiers répondants et techniciens ambulanciers... Selon le Collège, avec le projet de loi, c'est quoi, exactement la différence entre les deux?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Deschênes.

M. Williams: Parce qu'il y a presque les mêmes mots, là, utilisés dans les deux articles.

M. Deschênes (Mario): Alors, si je comprends bien votre question, vous voulez que je vous donne

l'interprétation qu'on prend de la différence entre un technicien ambulancier, au sein de la loi, et le premier répondant. C'est exact?

M. Williams: Quand vous avez dit que c'est bel et bien... plus clair dans la loi qu'avant, là, je voudrais vous entendre, parce que le projet de loi, tel qu'écrit, selon moi, c'est assez flou comme paramètres de définition.

M. Deschênes (Mario): C'est exact que le projet de loi ne définit pas de façon détaillée les protocoles cliniques qui vont être élaborés par le ministre, mais ce que je comprends, c'est que le premier répondant est un outil en support immédiat à une personne en danger qui a besoin d'intervention immédiate, pour laquelle, dans un second temps, le technicien ambulancier va intervenir. Dans les deux cas, les protocoles cliniques qui vont être élaborés par le ministre devront répondre à la formation et à la compétence de ces intervenants-là. C'est deux rôles complémentaires.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui, je pense effectivement que ça va être les protocoles qui vont définir ça et pas le projet de loi, parce que le projet de loi, quand je lis les deux... deux articles supposés les définitions des deux, c'est loin d'être clair. C'est pourquoi j'ai voulu juste vous entendre sur la définition de premier répondant et technicien ambulancier, s'il n'y a pas d'autre explication selon le Collège.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Garon.

M. Garon (André): Bien, j'aimerais simplement compléter en disant que, de notre point de vue, la loi ne peut pas, nous semble-t-il, contenir ce fin détail. Il faut que la loi énonce des rôles qui vont devoir par la suite se traduire de manière plus concrète par les actes qui sont autorisés d'un côté et les protocoles qui seront élaborés, d'un autre côté, pour les uns, pour les autres.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Vous avez commencé — et vous avez même mentionné ça dans votre présentation — quelques projets-pilotes. Et, je pense, c'était le protocole signé le 16 avril 2002 — et je ne cite pas 100 % à la lettre — qui dit que le comité administratif réitère sa position à l'effet que les interventions des techniciens ambulanciers constituent des actes médicaux. Ils devraient avoir reçu une formation suffisante pour utiliser le protocole d'une façon correcte. De plus, tous les intervenants devront être révisés par un médecin. Il y a un projet d'évaluation. Le comité administratif permet donc aux ambulanciers de toutes les régions du Québec d'utiliser l'épinéphrine sous-cutanée et le glucagon et, dans quatre régions, soit Urgences-santé

Montréal, Québec, Chaudière-Appalaches, Lanaudière-Laurentides, l'utilisation de nitroglycérine, de Ventolin et l'aspirine.

Je voudrais vraiment vous entendre un peu sur le protocole et cette entente, comment ça marche, parce que, je pense, une meilleure connaissance des protocoles comme ça, ça va nous aider de mieux comprendre jusqu'à quel point on peut aller avec les techniciens et les premiers répondants, même aller jusqu'aux paramédics. C'est pourquoi je voudrais vraiment vous donner une chance d'expliquer comment un protocole comme ça marche et...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Deschênes.

M. Deschênes (Mario): En lien avec une des recommandations du Collège dans son mémoire, on considère que le Collège devrait être consulté pour tout acte qui relève de l'exercice de la médecine. La façon dont on voit, appelons ça la délégation des actes... se voit d'abord par une consultation obligatoire du Collège pour établir la formation minimale requise, les gestes qui peuvent être posés, la pertinence des gestes, les protocoles qui devront être élaborés. Naturellement, ce ne sera pas le Collège qui va élaborer ces protocoles-là, c'est les régies régionales, c'est la Corporation d'urgences-santé. Actuellement, on est à étudier un projet de soins avancés où on a établi des balises qu'on a données à la Corporation d'urgences-santé, dans lesquelles on serait favorable à autoriser la dispensation de ces actes-là.

Alors, ce qu'on considère, c'est que le projet de loi devrait interpeller le Collège lorsqu'il y a des actes qui constituent l'exercice de la médecine et, par réglementation, établir la façon de procéder pour que ces actes-là soient posés par actuellement des non-professionnels, pour que le Collège puisse assurer sa fonction de surveillance de contrôle de la qualité de l'exercice et, à ce moment-là, être garanti que les interventions faites par ces intervenants-là soient les mêmes que si elles étaient posées par des médecins. Alors, il y a vraiment un lien à faire avec le Collège, une réglementation qui va spécifier une fonction, une fonction d'actes avancés ou de soins de base qui nécessitent certains gestes médicaux pour lesquels on documentera la formation requise, les protocoles autorisés, la médication autorisée. Et il y aura donc une surveillance par le Collège via les régies régionales et la Corporation d'urgences-santé. C'est un peu dans cet angle-là qu'on voit l'intégration du Collège avec ce projet de loi là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Dans l'exemple des cinq médicaments comme exemple, quelle autre formation un technicien ambulancier a besoin? Est-ce qu'il a besoin, pour administrer les cinq médicaments, plus qu'il a déjà reçu?

M. Deschênes (Mario): ...les techniciens ambulanciers qui ont reçu la formation de 840 heures, l'attestation collégiale, ont les connaissances médicales

de base pour utiliser ces médicaments-là. Mais, par contre, ils doivent avoir une formation spécifique, connaître les indications, les contre-indications, les limites, les éléments de surveillance. Donc, il y a une formation spécifique au-delà de la formation de base qui est d'un an dans ce cas-là. Dans les soins avancés, ça peut être deux ans, trois ans. En tout cas, c'est à définir. Il y a également une formation spécifique, et, nous, on doit s'assurer... Et, dans les projets-pilotes, on s'est assuré que les techniciens qui vont utiliser ces médicaments-là ont eu cette formation-là spécifique et qu'il y ait une surveillance par la suite de l'application du protocole pour s'assurer qu'on comprend bien le protocole et qu'il n'y ait pas de dérogation au protocole, et qu'il n'y ait pas de situations problématiques. Donc, il y a un compte rendu qui est soumis au Collège à ce moment-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord.

M. Williams: Merci. Hier, nous avons entendu à plusieurs reprises qu'on veut avoir un système équitable partout, au Québec, on veut assurer que les services sont disponibles partout, au Québec. Si j'ai bien compris, la formation de base de 840 heures, c'est assez, sauf un peu plus pour la question d'administration des cinq médicaments. Donc, je voudrais mieux comprendre pourquoi nous avons cette expérience juste dans quatre régions du Québec au moment qu'on parle. Au moins, c'est un pas dans la bonne direction. Là, je ne mets pas ça en doute, là. Mais, si tout le monde ont déjà la formation de base, ça prend un peu plus de formation et un protocole — je ne mets pas ça en doute non plus — pourquoi nous ne sommes pas allés plus loin et pourquoi nous avons décidé de juste arrêter sur quatre régions dans ces cas-là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Deschênes.

M. Deschênes (Mario): Je vous dirais, à cet effet-là, malheureusement, dans les soins préhospitaliers d'urgence, de façon internationale, très, très peu d'études documentent la pertinence, l'impact des gestes posés. La prudence du Collège a voulu que, dans un premier temps, on s'assure avec un groupe minimal que, de façon sécuritaire, ces gestes-là pouvaient être posés et également qu'on puisse étudier l'impact de... Bon, ces cinq médicaments-là sont des médicaments qui sont mieux documentés au quotidien dans les centres hospitaliers, mais, à l'extérieur de centres hospitaliers, il y a moins de documentation. Est-ce que... On pense que oui. La réponse, on pense qu'un technicien ambulancier peut le faire, mais on voulait, de façon prudente, évaluer cette situation-là. Et, rapidement, si on considère que, comme ça s'est fait pour d'autres gestes avancés, qu'il y a un effet bénéfique, bien ce sera étendu au reste des techniciens ambulanciers au Québec.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

● (15 h 40) ●

M. Williams: Merci. Je comprends bien que nous avons besoin d'un directeur médical qui peut

suivre les protocoles. Et, même dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal où nous avons les premiers répondants, nous avons eu un médecin en charge pour les questions cliniques. Je voudrais... Avec ça, je ne questionne pas leur rôle, mais je voudrais juste, sur le pratique, mieux comprendre que, selon votre interprétation du projet de loi n° 96, nous allons avoir un directeur national, un directeur régional nommé par les régies régionales. En conflit, en différence d'opinions, le directeur régional est imputable à qui? S'il y a une différence d'opinions entre les régies régionales et le directeur national, comment vous voyez la ligne d'autorité?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Lepage.

M. Lepage (Jean-Marc): Oui. En fait, c'est pour ça qu'on a parlé, pour une meilleure harmonisation, que la ligne d'autorité soit bien claire. Ça prend un boss en quelque part, et on pense que le directeur national devra trancher pour les questions médicales. Pour les questions d'organisation matérielle, ça ne touche pas le Collège, mais, pour les questions médicales, je pense que le directeur national devrait être capable de régler le problème. Et c'est pour ça qu'on suggère aussi que, dans un cas où ça ne fonctionne pas, que le directeur national puisse communiquer avec le conseil d'administration de la région puis, dans le cas échéant, peut-être, si besoin, le ministre vu qu'il est le conseiller au ministre. Mais je pense que, pour que quelqu'un puisse régler un problème... Sinon, on risque d'avoir, comme dans d'autres programmes... qu'il y ait beaucoup d'improvisation puis qu'on ne sache pas où on s'en va.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député, il vous reste deux minutes.

M. Williams: Mais, bref, Mme la ministre, j'ai voulu vous demander comment on peut assurer que nous n'avons pas créé un système parallèle où la juridiction du Collège est toujours questionnée ou exclue. Est-ce que c'est un peu la façon que vous voulez privilégier? Comment vous allez assurer... Parce que je suis convaincu que ce n'était pas l'intention du ministre de vous exclure ou de créer un système parallèle à côté du Collège, mais avez-vous quelques suggestions pratiques, concrètes qu'on peut offrir avant qu'on commence le débat article par article sur le projet de loi qui peuvent garantir que ça n'arrivera pas, votre problème de système parallèle?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Garon.

M. Garon (André): Oui, Mme la Présidente. Écoutez, à cet effet, on pourrait, très tôt, demain, transmettre au secrétariat de la commission des propositions concrètes de libellés suggérant finalement de modifier certains articles de loi là où on pense qu'il y a lieu de créer cette passerelle de manière plus formelle entre ce régime, ce système de services préhospitaliers, les pouvoirs qu'on y retrouve à des individus, à des organisations et le Collège, d'autre part. Évidemment, il faut sûrement se prémunir pour la situation exceptionnelle,

mais je ne veux pas non plus qu'on se fasse peur inutilement. J'ai l'impression que, si on maintient finalement le genre de mécanismes de concertation entre régions, ministères auxquels peut contribuer et puis peut participer le Collège — je pense notamment à la Table des médecins coordonnateurs régionaux qu'on va appeler autrement tantôt — et le ministère... J'ai l'impression qu'on peut aplanir un certain nombre de difficultés. Ce qui est important, c'est de reconnaître — à nos yeux, en tout cas — le champ de compétence du Collège, sa capacité d'intervention sur les questions qui relèvent de l'exercice de la médecine. Il est sûr aussi que vous savez bien que, si un médecin directeur régional, en quelque part, ne faisait pas son travail convenablement, bon, puis que ça ne concerne pas des questions administratives, mais des questions strictement médicales et que ça nous était signalé, bon, probablement qu'on interviendrait indépendamment qu'il y ait de la bonne entente ou de la chicane entre une région et un ministère.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, il ne reste qu'à vous remercier, Drs Lepage, Garon, Deschênes de même que Me Lorquet, d'avoir accepté de participer aux consultations de la commission. Et j'inviterais immédiatement les représentants de la Fédération québécoise des municipalités du Québec de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je salue avec plaisir les représentants de la Fédération québécoise des municipalités, M. Michel Belzil, président, digne représentant de l'Estrie. Alors, M. Belzil, je vous demanderais de bien vouloir nous présenter les personnes qui vous accompagnent et je vous mentionne que vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire.

Fédération québécoise des municipalités (FQM)

M. Belzil (Michel): Alors, Mme la Présidente. M. le ministre, députés du Parlement, du parti ministériel, opposition, c'est avec plaisir que nous vous faisons part de nos commentaires sur le projet de loi.

Je vous présente M. Jean-Noël Ouellet, qui est ici, à ma droite, qui est maire de Saint-Séverin; également M. Jacques Bussièrès, qui est directeur général de la ville de Tadoussac, et membre d'une équipe de premiers répondants, et gestionnaire au niveau de la municipalité; et Mme Chantal Gendron, qui est conseillère politique à la FQM.

Alors, je vais me permettre de faire la lecture de notre mémoire. Vous allez m'indiquer si le temps me manque, bien sûr. Alors, la FQM considère important de soutenir l'implantation de manière volontaire et facultative d'un système préhospitalier d'urgence à l'intérieur du duquel des équipes de premiers répondants sont constituées par les municipalités. Des services de premiers répondants nous apparaissent essentiels sur certains territoires du Québec afin de prodiguer rapidement des soins aux personnes en détresse avant l'arrivée des ambulances sur les lieux.

Toutefois, l'appui de la FQM à la mise en place de services de premiers répondants par les municipalités est conditionnelle à certaines mesures. D'une part, l'adhésion des municipalités doit demeurer volontaire. Il importe également que le financement des coûts soit assuré totalement par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux endroits où ce service est jugé essentiel et que la répartition des enveloppes financières soit faite en fonction des besoins les plus criants en matière de délai d'intervention, de la capacité de payer des municipalités et du nombre de sorties prévues par l'équipe des premiers répondants.

Nous consacrerons le temps qui nous est imparti pour faire la démonstration aux membres de cette commission que, pour la FQM, les services de premiers répondants sont nécessaires, et ce, particulièrement dans les localités où le temps d'arrivée des ambulances sur les lieux est trop long. Le projet de loi doit permettre à toutes les municipalités du Québec de se doter, selon leur propre volonté, d'un service de premiers répondants. Cette possibilité doit être dépourvue de toute complexité bureaucratique afin de faciliter la mise en place de tels services. Les services préhospitaliers étant un concept encore méconnu dans plusieurs municipalités du Québec, il importe de disposer d'un laps de temps suffisant pour bien informer et outiller nos communautés.

Alors, les services préhospitaliers d'urgence. L'objectif premier du projet de loi n° 96 est la réduction de la mortalité et de la morbidité des personnes en détresse. Pour ce faire, le gouvernement propose de mettre en place une chaîne d'intervention faisant en sorte que toute personne faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence reçoive en tout temps une réponse appropriée, efficiente et de qualité. Pour atteindre cet objectif, il est fondamental de réduire le temps d'intervention entre le moment où arrive un événement et le moment où sont dispensés les premiers secours. En effet, lorsque survient un accident qui met la vie d'un individu en péril, la rapidité d'intervention ainsi que la précision des premiers gestes posés par les témoins sur place sont fondamentaux. Pour être efficaces, les manœuvres de réanimation de base doivent avoir été effectuées dans les quatre premières minutes, et la défibrillation cardiaque préhospitalière doit être pratiquée en moins de huit minutes, à défaut de quoi le taux de survie diminue de façon drastique.

● (15 h 50) ●

L'amélioration du pourcentage de réponse aux appels urgents en moins de huit minutes constitue donc la priorité à laquelle il faut s'attaquer. Tous les efforts doivent être concentrés pour améliorer le temps de réponse des services ambulanciers et pour implanter rapidement un système de premiers répondants complémentaire dans les endroits où il n'est pas possible de respecter ces délais d'intervention. En ce sens, la FQM recommande d'ajouter à l'article 1 du projet de loi la notion suivante: «La présente loi vise également à réduire le temps d'intervention entre le moment où survient un événement et le moment où sont dispensés les premiers secours.» Cet ajout est nécessaire afin de préciser que l'objectif du gouvernement, par l'organisation des services de premiers répondants, est avant tout d'augmenter la rapidité d'intervention auprès des

personnes en détresse et de s'assurer d'une équité entre les différents territoires du Québec.

Les services de premiers répondants. Le modèle proposé par le gouvernement dans le cadre du projet de loi n° 96 prévoit que l'organisation et la gestion des équipes de premiers répondants relèvent des municipalités locales, sans obligation de leur part, tandis que la formation, l'accréditation et l'encadrement médical sont assurés par le ministère de la Santé et des Services sociaux par le biais des régies régionales.

Le projet de loi indique que les régies régionales ont la responsabilité d'établir des priorités en matière de services préhospitaliers d'urgence, lesquelles doivent prévoir, le cas échéant, un service de premiers répondants. Il indique également que la régie doit conclure une entente avec les municipalités sur son territoire afin d'offrir des services de premiers répondants. Cet article du projet de loi, soit le deuxième alinéa de l'article 39, mérite d'être éclairci afin que les véritables intentions du législateur soient reflétées. En effet, malgré le troisième alinéa, il laisse supposer que la régie régionale est dans l'obligation de conclure une entente avec les municipalités pour mettre en place des services de premiers répondants. Pourtant, aucune obligation n'est faite aux municipalités de se doter d'un service de premiers répondants, et la FQM endosse totalement cette orientation.

Le contenu minimal de l'entente à signer entre la régie régionale et la municipalité est précisé au paragraphe 12° de l'article 3. Celle-ci doit prévoir les modalités de fonctionnement des services de premiers répondants, les normes de qualité à respecter, les modalités de financement, s'il y a lieu, et celles du remboursement des dépenses jugées admissibles, les modalités de reddition de comptes de même que les cas, conditions et circonstances pour lesquels l'une ou l'autre des parties peut mettre fin à cette entente.

Bien que nous soyons d'accord avec le contenu spécifié, nous souhaitons nous assurer qu'il n'y aura pas de lourdeur administrative dans les modalités d'application de ces ententes. En effet, les protocoles d'intervention, les nombreuses normes de qualité, la reddition de comptes sont des concepts qui peuvent rebuter un grand nombre de municipalités, particulièrement les plus petites municipalités, qui sont justement celles où, pourtant, le besoin se fait le plus sentir.

D'autre part, l'article 39 du projet de loi ne précise pas que cette entente peut être signée par les municipalités régionales de comté. La FQM est d'avis que cette omission du législateur, s'il en est, peut facilement être corrigée en précisant que la régie peut conclure des ententes avec toute municipalité, ce qui comprend les municipalités locales ou régionales.

Ainsi, afin de préciser la portée de l'article 39, la FQM recommande:

Que les régies régionales ne soient dans l'obligation de conclure des ententes avec les municipalités pour l'implantation de services de premiers répondants;

Que le gouvernement porte une attention particulière à la lourdeur administrative pouvant découler des ententes à signer entre les régies régionales et les municipalités et que la signature d'une entente d'implantation d'un service de premiers répondants soit

possible entre la régie régionale et une municipalité régionale de comté.

Quant à l'information, la FQM considère que, pour s'assurer d'une réponse positive des municipalités, le gouvernement, en collaboration avec les associations municipales, se doit d'en faire régulièrement la promotion, et ce, particulièrement dans le cas des territoires où le temps de réponse est long. Il doit, de plus, offrir les outils et les guides d'implantation facilitant la compréhension et la mise en application d'un tel service. Le gouvernement devra laisser davantage de temps aux petites municipalités pour s'approprier de ce concept, puisqu'elles bénéficient d'un nombre restreint de personnel pouvant s'en occuper.

La FQM fait donc les recommandations suivantes:

Que tout soit mis en oeuvre pour faire connaître à la population en général l'importance d'un service de premiers répondants et qu'à cet égard une campagne de promotion soit réalisée de même que des outils et des guides d'implantation, et ce, en collaboration avec les associations municipales;

Que l'ensemble de ces actions soient intensifiées dans le cas des territoires où le temps de réponse est trop long et que toutes les mesures soient prises pour que les municipalités disposant d'un nombre restreint d'employés ne soient pas pénalisées.

Le coût, les délais d'intervention et la diffusion des données. Les municipalités désirant mettre en place un service de premiers répondants moyennant certaines conditions ont également invoqué les coûts de mise en place d'un tel service et le financement de ceux-ci par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il est évident que plus les coûts d'organisation et de gestion de ce service par la municipalité seront élevés, moins celle-ci sera incitée à mettre en place ce service ou, pour celles qui disposent déjà d'un service de premiers répondants, d'en poursuivre les activités. Pour s'assurer que cette réforme soit un succès, le gouvernement doit donc tout mettre en oeuvre pour faire en sorte que les coûts soient nuls pour les collectivités dont la mise en place d'un tel service est essentielle pour assurer un délai d'intervention raisonnable. Des discussions ont lieu actuellement au sein du groupe de travail pour identifier les coûts réels de la mise en place et d'opération d'un service de premiers répondants. Ces derniers sont fort variables d'un endroit à l'autre et dépendent du nombre de sorties effectuées, des équipements et de la formation fournis ou non par la régie. Dans tous les cas, par contre, les municipalités doivent se doter d'assurances supplémentaires, ce qui engendre des coûts importants.

Pour la FQM, les services de premiers répondants devraient être considérés à plusieurs endroits du territoire québécois comme étant des services essentiels au même titre que le droit d'accéder à un médecin. Il n'est pas normal, dans un Québec moderne, de laisser souffrir et même mourir une personne et de ne pas lui prodiguer rapidement les soins appropriés sous prétexte que cette personne habite loin d'un centre urbain. En ce sens, nous croyons que, dans les endroits où les délais d'arrivée sur les lieux des ambulances sont trop longs, les coûts devraient être nuls pour toute municipalité désirant mettre en place et opérer un

service de premiers répondants. Les dépenses additionnelles en matière de salaires, d'équipement et de formation devraient alors être assumées par le ministère ou la régie. Dans le même ordre d'idées, il est clair pour la FQM que le mode de répartition des enveloppes de financement qui seront allouées devra se faire en fonction des besoins les plus importants en matière de délai de réponse aux appels et en fonction de la capacité de payer des municipalités.

La FQM fait donc les recommandations suivantes. Pour les territoires où l'on observe de longs délais d'arrivée des ambulances sur les lieux, les services de premiers répondants doivent être considérés comme un service essentiel, et, à ce titre, la mise en place et l'opération de ces services ne devraient pas engendrer de coûts pour la municipalité, donc pour les citoyens. Le besoin d'équipes de premiers répondants est particulièrement pressant dans les municipalités éloignées des centres urbains, puisque le temps d'arrivée des ambulances sur les lieux y est plus long. En ce sens, la répartition des enveloppes financières doit se faire en fonction des besoins les plus criants en matière de délai d'intervention, de la capacité de payer des municipalités et du nombre de sorties prévues par l'équipe des premiers répondants. Et que le gouvernement diffuse, sur une base régulière, les indicateurs de performance en matière de temps de réponse par région administrative.

En conclusion, dans un système juste et égalitaire, chaque citoyen du Québec devrait bénéficier des mêmes services essentiels partout sur le territoire québécois. Les personnes en détresse devraient s'attendre à recevoir des soins dans des délais raisonnables, peu importe leur lieu de résidence. Ce projet de loi pose les prémisses de cette équité entre les territoires en assurant que tous recevront la même qualité des soins, et nous l'appuyons. Le gouvernement devra, pour sa part, le rendre opérationnel en adoptant des mesures de financement orientées en fonction des besoins et du potentiel fiscal.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie, M. Belzil, pour la présentation de votre mémoire. Je cède maintenant la parole au ministre.

M. Legault: Oui. M. Belzil, M. Ouellet, M. Bussièrès, Mme Gendron, merci pour votre présence cet après-midi. Merci aussi pour le mémoire de la Fédération québécoise des municipalités du Québec. Bon. D'abord, vous allez accepter ma surprise de voir votre nouveau mémoire, qu'on vient de recevoir, qui est très différent de celui qu'on avait eu hier, qui est très différent aussi de toutes les discussions qu'on a eues avec vous au cours de la dernière année. Je voulais savoir, là, on a toujours parlé d'un partage des coûts, qu'est-ce qui explique... Qu'est-ce qui s'est passé durant la nuit depuis hier pour que votre mémoire change complètement?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Belzil.

• (16 heures) •

M. Belzil (Michel): Bien, écoutez, on nous a demandé de présenter un mémoire dans un très court

délai. On a un comité sur lequel siègent des représentants de la Fédération, mais le comité politique, hein, c'est lui aussi qui met la dernière main à la présentation des mémoires, dont nous faisons partie, et d'autres personnes se sont penchées sur la question. Et, au même titre, au même titre que lorsque l'on parle des petites écoles de village qui doivent être fermées, au même titre que ça, où on demande aux municipalités... on demande donc aux citoyens, par le biais de leur municipalité, d'investir des sommes d'argent dans un soutien supplémentaire à ce que nos impôts ont payé pour l'ensemble du territoire du Québec, c'est la même chose, ici, en matière de premier répondant ou de services ambulanciers. Alors, les services ambulanciers sont payés par les impôts des gens du Québec. Mais, quand on tombe en milieu rural, comme j'essaie de vous l'expliquer pour les petites écoles, bien là on demande toujours un soutien particulier. Chez nous, les délais de réponse dont on parle, de 30 minutes, sont souvent de 45 minutes, 1 heure, une heure et quart, dépendant comment se traitent les dossiers.

Alors, nous, ce qu'on dit, au même titre que la majorité des citoyens du Québec qui ont un délai de réponse de 8 minutes, 12 minutes ou 15 minutes, pourquoi nous demande-t-on, à nous, de payer encore en sus de nos impôts pour avoir un service qui est reconnu pour la majorité des citoyens du Québec? Alors, je pense que c'est une responsabilité gouvernementale de faire en sorte que tous les citoyens du Québec soient traités sur le même pied d'égalité. Et, quant à nous, ce sera toujours la même réponse quand on nous demande d'investir des ressources supplémentaires constamment. Pour nous, là, quand on arrive jusqu'à égaliser le service que les autres citoyens du Québec reçoivent, je pense que ça doit être la part du gouvernement en termes d'équité pour tous les citoyens. Quand on va un peu plus loin que cela, à ce moment-là, je pense qu'il y a une possibilité que les municipalités puissent financer certains services. Alors, il y a une distinction que l'on fait, nous, entre améliorer un service qui est déjà bon et se rendre à un service essentiel, alors que c'est déficient dans nos milieux.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Legault: Oui. Peut-être pour expliquer un peu comment ont été établies les différentes zones pour les ambulances. On s'est donné comme objectif que, partout au Québec, les zones soient établies pour que les ambulances puissent arriver sur les lieux à l'intérieur d'un délai raisonnable, au moins à l'intérieur de 30 minutes. Je trouve que c'est très différent que de parler des petites écoles, qu'on a de la difficulté, puis je pourrais vous en parler longtemps comme ancien ministre de l'Éducation, mais le dossier des petites écoles, ça s'applique surtout dans les régions plus éloignées. Si on parle des services de premier répondant, bon, il y a déjà 125 municipalités au Québec qui ont des services de premier répondant. Est-ce que vous êtes en train de nous dire aujourd'hui que vous avez décidé la nuit dernière qu'on devrait rembourser les coûts des services de premier répondant dans ces 125 municipalités? Qu'est-ce qui est arrivé durant la dernière

nuit? Je continue à me demander: Qu'est-ce qui est arrivé? On a eu des discussions régulières depuis un an. On a eu votre mémoire final, en tout cas qu'on pensait final, hier. Qu'est-ce qui est arrivé durant la nuit pour que vous nous demandiez de rembourser les 125 municipalités qui ont des services déjà, qui paient déjà pour des services de premier répondant?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Belzil.

M. Belzil (Michel): Écoutez. Moi, je ne veux pas faire le débat sur les 125 municipalités, je ne connais pas la réalité des choses dans ces municipalités-là. O.K. Par contre, en termes d'équité pour les citoyens du Québec, les citoyens des milieux moins favorisés dans le délai de réponse des ambulances, je pense que, quand on va se rendre à un délai égal pour tout le monde, ça devrait être le gouvernement qui subventionne les ressources. Bien sûr, toute la gestion, la motivation des gens fait partie du rôle de la municipalité, puis c'est un devoir qu'on a envers nos citoyens, mais quand il s'agit des coûts supplémentaires que la majorité des gens au Québec n'ont pas à payer, je me dis, c'est la participation gouvernementale à aller jusqu'à ce niveau-là. Alors, je maintiens notre position qui est très claire.

M. Legault: Juste peut-être pour expliquer la situation. D'abord, vous dire que le financement des services préhospitaliers, de la part du gouvernement du Québec, est beaucoup plus élevé dans les régions éloignées qu'il l'est dans les régions qui sont près des grands centres. C'est beaucoup plus élevé per capita dans les régions éloignées, parce que ça prend plus d'ambulances pour être capables d'avoir un service qui est assez rapide.

Mais des premiers répondants, ça en prend à beaucoup d'endroits, ça en prend dans Lanaudière, dans Laurentides, dans la région de la Montérégie, où on n'a pas le problème des petites écoles, là, pour faire le lien avec ce que vous mentionniez tantôt.

Donc, quand on parle d'équité, je pense que, quand on dit qu'on finance de façon équitable, financer de façon équitable, ça veut dire qu'actuellement on a des régions, par exemple... Je vous donne quelques exemples. Le total du financement per capita est à 32 \$ au Québec, mais, si je prends l'exemple de l'Abitibi-Témiscamingue, c'est 46 \$; la Côte-Nord, c'est 55 \$ per capita; Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, c'est 83 \$ per capita; le Nord-du-Québec, c'est 120 \$ per capita. Donc, il y a déjà un per capita qui vient tenir compte, dans les services d'ambulance, qu'on doit payer plus dans des régions qui sont plus vastes.

Mais le dossier des premiers répondants, là, vous le savez, il y a des premiers répondants dans plusieurs municipalités de l'Ouest-de-l'Île de Montréal, là, on n'est pas sur la Côte-Nord, là, on est dans Baie-d'Urfé, Kirkland. Comment se fait-il que, dans ces endroits, dans ces arrondissements, on a des services de premiers répondants payés puis initiés par la communauté? Parce qu'il faut se rappeler quand même, là, la création de ces services de premiers répondants. Je pense que la communauté y tient, et je crois que la

participation, incluant la participation financière de la communauté, est importante pour assurer la pérennité de ces services-là. Donc, vous, ce que vous souhaitez, là, dans votre mémoire que vous avez modifié durant la nuit, c'est de dire: On va arriver avec une nationalisation des services de premiers répondants dans les différentes municipalités. Tout va être mur à mur, payé par le gouvernement du Québec.

Moi, ce que j'avais compris, c'était qu'on voulait partager les coûts, puis je pensais qu'on avait une entente — en tout cas, jusqu'à hier — où le gouvernement du Québec finançait les coûts de formation, les coûts d'acquisition du matériel, mais où les municipalités payaient les temps de sorties des pompiers, payaient le transport quand on utilise les camions ou les véhicules des services d'incendie. Mais comment expliquer que vous nous demandiez aujourd'hui de nationaliser les services des premiers répondants, de payer pour tous ces services de premiers répondants qui font la fierté de plusieurs de nos communautés, d'au moins 125 de vos municipalités?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Belzil.

M. Belzil (Michel): Avant de vous répondre là-dessus, je vais clarifier bien comme il le faut la pensée qu'on a.

Alors, dans la région de Montréal, les services ambulanciers... je ne le sais pas, je ne veux pas parler de quelque chose que je ne connais pas, mais les services ambulanciers sont peut-être... le délai de réponse est peut-être de huit minutes, de 12 minutes, de 15 minutes. O.K. On s'entend. Alors, ils se donnent un service de premiers répondants, eux, pour répondre à ce qu'on a dit tantôt. Les soins doivent être donnés, les soins de premiers recours, dans quatre minutes, O.K., ou huit minutes pour les choses cardiaques. Nous, ce qu'on dit, c'est que, chez nous, là, c'est 30 minutes, 40 minutes, 50 minutes, puis 1 heure, puis une heure et quart. Mais, moi, je suis en Estrie, O.K., je ne suis pas dans une région éloignée, à environ 40 km de la ville de Sherbrooke, et, dans ma petite municipalité, chez nous, je n'aurai pas, bien souvent, le service d'ambulance à l'intérieur de 30 minutes. Et je vais vous faire référence à une petite ville, si vous le voulez, Saint-Malo, qui est dans notre MRC de Coaticook, où le délai d'ambulance vécu, c'est trois quarts d'heure à une heure et quart. O.K.

Alors, nous, ce qu'on dit, on ne veut pas nationaliser les choses, mais on veut que les citoyens du Québec, dans une certaine mesure, soient traités à un niveau de services essentiels égal. Donc, si on dit, par exemple, que le niveau que le gouvernement attribue à l'ensemble des citoyens, c'est un délai de réponse réel de 15 minutes, nous, ce qu'on dit, c'est qu'on est déjà très éloigné du 15 minutes. On est à trois quarts d'heure.

Alors, la question, pour se rendre à ce délai de réponse là des premiers répondants ou autres... parce que, ne vous en faites pas, ce n'est pas certain que, dans nos petits milieux, les premiers répondants vont répondre dans quatre minutes, hein, ça peut être un peu plus long. Alors, ce qu'on dit, c'est que la partie pour arriver — comment dirais-je? — au service normal qui est attribué aux autres citoyens du Québec, ça devrait

être financé par l'État québécois. Et on dit: Dans le cas où les municipalités sont en mesure d'avoir un service de premiers répondants mieux que ça, bien, elles sont en mesure de payer une part de la facture. C'est ce qu'on dit. Est-ce que c'est clair ou ça mérite encore une explication?

M. Legault: Non, ce n'est pas clair du tout, là.

M. Belzil (Michel): Ce n'est pas clair? Ça n'a pas l'air d'être clair?

M. Legault: Bon. Regardez, là. Je vais prendre votre exemple. Vous me dites: À Coaticook, ça prend 45 minutes. Bon. J'ai le chiffre exact ici, là. Pour la période du 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001, le temps de réponse moyen, à Coaticook, était de 12 min 57 s. O.K.? Donc, 12 min 57 s à Coaticook, pas 45 minutes, comme vous venez de dire, là.

● (16 h 10) ●

M. Belzil (Michel): Pour la ville de Coaticook.

M. Legault: 12 min 57 s. Puis je pourrais vous dire qu'à Richmond c'était 10 minutes; à Weedon, c'était 12 minutes; à Lac-Mégantic, c'était neuf minutes; à Valcourt, 11 minutes; à Eastman, 14 minutes; à Lambton, neuf minutes; puis je pourrais continuer comme ça. On met de l'argent, là, on met beaucoup d'argent pour que les délais soient raisonnables partout au Québec, mais on a besoin de services de premiers répondants.

Moi, ce que je ne comprends pas, là, puis à moins que vous me disiez que vous allez faire un autre changement dans votre mémoire: Comment pouvez-vous nous dire, dans votre mémoire, que l'adhésion des municipalités doit demeurer volontaire, alors que vous nous demandez de payer, pour tout le monde, pour les premiers répondants? C'est ça que je ne comprends pas, là. Vous dites... Bon. Je comprends, là, peut-être qu'il y a eu un oubli de changer cette partie-là de votre mémoire durant la nuit. Mais comment pouvez-vous dire que l'adhésion des municipalités doit demeurer volontaire, mais il importe que le financement des coûts soit assuré totalement par le ministère de la Santé? Ça, c'est la phrase qui a été changée durant la nuit. Comment se fait-il... Comment pouvez-vous concilier le fait que vous voulez avoir une démarche volontaire avec des coûts qui sont assumés complètement par le gouvernement? Si le gouvernement assumait tout, il faudrait le faire seulement si la municipalité le veut en plus.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Belzil.

M. Belzil (Michel): Les coûts, ce n'est rien qu'une partie de la mise sur pied d'une équipe de premiers répondants. Alors, il y a beaucoup plus de travail que le simple financement des coûts. Moi, je veux dire, ça prend toute une volonté dans un village, des gens qui s'y intéressent, des gens bénévoles, pour participer à une équipe de premiers répondants. Alors, je me dis... Ce qu'on veut vous dire, c'est qu'il ne faut pas que les municipalités soient forcées, hein, c'est elles qui

doivent adhérer. On répond, nous, favorablement à l'emphase mise sur les premiers répondants, mais ce qu'on dit, c'est que, jusqu'à un niveau de services essentiels, ça devrait être l'État québécois qui défraie ces coûts-là. Hors le niveau de services essentiels, que ce soit les municipalités qui défraient une partie des coûts. Alors, c'est ça qu'on dit dans le mémoire. là. On met en jeu la notion de services essentiels qui se situe à quel niveau pour l'ensemble des citoyens du Québec?

Et je vous rappelle que, dans l'exemple que vous avez donné, vous m'avez parlé de Coaticook, 12 minutes, vous parlez de la ville de Coaticook, où, récemment, la régie régionale a implanté les deux ambulances, dans tout le territoire de la MRC de Coaticook, dans la ville de Coaticook, alors qu'il y en avait une, il y a trois ans, qui était dans une autre municipalité, Compton, qui faisait un rayonnement plus intéressant sur l'ensemble de la MRC. Et, quand je vous parle du village de Saint-Malo, ce n'est pas juste des statistiques que je vous dis, c'est trois quarts d'heure à une heure et quart, le délai d'intervention d'une ambulance.

Alors, c'est pour ces cas-là, ces cas abusifs. Je ne parle pas de la ville de Coaticook qui a un délai de 12 minutes, qui voudrait se donner un service de premiers répondants pour améliorer ça. Je pense que les gens doivent payer leur juste part, c'est un service aux citoyens. Mais les cas à l'extérieur, et il y en a beaucoup de municipalités, où le délai de réponse est plus que 12 minutes, nous, on dit: C'est un service essentiel, se rendre à 12 minutes, ou à 15 minutes, ou à huit minutes; cette partie-là devrait être assumée par l'État. C'est la réponse qu'on vous soumet.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, c'est tout le temps qui est mis à notre disposition, M. le ministre. Alors, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Et je m'excuse, j'ai vérifié les temps de réponse que le ministère a donnés et, effectivement... Mais, je m'excuse. Avant, merci beaucoup pour votre présentation, M. Belzil, M. Ouellet, M. Bussières et Mme Gendron, pour votre présentation de la Fédération québécoise des municipalités du Québec.

Je pense que nous avons touché un point assez important: Qui paie? Parce que le ministre... Et je pense que les municipalités ont compris un peu la stratégie du gouvernement du Parti québécois: comme d'habitude, il aime passer les responsabilités et les factures au niveau municipal. Ce n'est pas la première fois que nous avons vu ça.

Avec ça, je comprends, peut-être, une nuance de votre position qui dit que... Selon tous les discours, Dicaire et tous les discours, on dit qu'on veut avoir un champ d'intervention fort. On parle des premiers intervenants, malgré que la loi ne parle pas de  a, mais on commence, des premiers répondants, des techniciens, des centres de communication santé, des établissements, etc. La présentation juste avant vous, c'était le Collège des médecins qui dit que nous avons besoin de protocoles, parce que c'est des actes médicaux pour faire des premiers répondants. Avec ça, si on suit la logique que nous avons entendue, c'est bel et bien que les

premiers répondants commencent à être pas mal dans le système de santé et des services sociaux. Peut-être, et le ministre... Et j'ai dit hier que  a manquait, quand le gouvernement p quist  a commencé à parler de West Island, parce que, habituellement, ça nous fait mal, à nous autres. Et, effectivement, nous sommes fiers de notre système de premiers répondants que nous avons commencé dans le passé. Mais, de plus en plus, on commence à parler que c'est une pierre angulaire de la stratégie de santé, et c'est un peu ça que vous avez dit, les services essentiels.

J'ai souvent demandé aux groupes de déposer des documents. J'ai une copie de toutes les réponses dans toutes les municipalités du Québec, selon le ministère, et je vais vous donner une copie plus tard pour votre information.

Mais je voudrais vraiment vous entendre encore une fois, parce que je voudrais comprendre votre position, malgré que je suis la logique que c'est un service essentiel; mais ça existe déjà, les services de premiers répondants. Alors, est-ce que vous envisagez une période de transition peut-être à deux niveaux, ceux et celles qui ont le service, qu'ils peuvent avoir un partage de coûts un peu diff rent, et, pour les nouveaux, un service, particulièrement dans les régions loin, les petites municipalités, où ça va être 100 % payé par l' tat. Est-ce que vous envisagez deux systèmes, un peu, où nous avons déjà les premiers répondants, un système pour ces municipalités et un autre système où ça n'existe pas?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Belzil.

M. Belzil (Michel): Oui. Écoutez, en cette matière, on n'a pas abordé la question: Est-ce qu'on envisage deux systèmes? Ce qu'on dit, ce qu'on maintient, alors, c'est bien sûr toute la question que les municipalités sont libres d'adhérer, mais on est favorables à ce qu'il y ait des premiers répondants sur tout le territoire du Québec. Mais l'autonomie municipale, c'est quelque chose, nous,   la Fédération, qu'on respecte, et on va continuer de la respecter.

Quand je dis que l'état devrait assurer les coûts complets, je fais référence à ce qui existe sur l'ensemble du territoire québécois en matière ambulanc re. Alors, les services sont rendus dans un tel délai de réponse. Alors, les parties urbaines... Et peut-être qu'il y a des particularités rurales où les services sont rendus dans un très bon délai de réponse, mais il y a plusieurs endroits où le délai de réponse est déraisonnable. Quand on parle qu'il faut une intervention dans quatre minutes, dans huit minutes, on peut accepter 12 minutes, peut-être 15, en forçant, mais quand on est rendu à 30, 45, puis une heure, bien là on se dit: C'est une question d'équité pour l'ensemble des citoyens. O.K. Alors, la partie qu'on ramène à quelque chose comme 15 minutes ou 12 minutes par l'établissement de service de premiers répondants, que ce soient les pompiers ou des bénévoles, cette partie-là devrait être financée par le gouvernement au même titre qu'il finance pour l'ensemble des citoyens du Québec.

Si des municipalités veulent se doter maintenant de services de premiers répondants, au-delà des services

essentiels, à ce moment-là, nous partageons l'idée, hein, bien sûr, qui a été avancée que les municipalités peuvent financer une partie de ce service-là.

Alors, grosso modo, c'est ce que l'on dit, mais on n'est pas rendu à faire la question... Et les municipalités qui ont déjà un service de premiers répondants, ça pourrait dépendre de quels étaient leur réalité et leur état de situation quand ils l'ont mis sur pied. Alors, peut-être que la plupart, je ne sais pas, sont en mesure d'avoir un service ambulancier intéressant malgré tout, avec un service de premiers répondants, pour se donner un service spick-and-span, comme on dit, bien, tant mieux pour eux. Mais à un moment donné, nous, on veut intégrer la notion de service essentiel en matière de réponse à des événements ou à des gens en détresse. C'est ce qu'on dit.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Merci, M. Belzil. N'enquêtez pas la ville de Montréal, elle dit plus ou moins la même chose que vous, qu'elle appuie le système de premiers répondants si le niveau provincial paie.

● (16 h 20) ●

Je voudrais mieux comprendre votre point sur la participation volontaire si, effectivement, le gouvernement paie. Et il y a un exemple que j'ai juste récemment appris: le service préhospitalier d'urgence de l'Outaouais est un exemple que je trouve fort intéressant, j'ai une copie de contrat, avec même le secteur privé, si j'ai bien compris le contrat, qui était 100 % par le système de santé et de services sociaux, même la régie régionale. Je n'entre pas dans tous les détails du contrat mais, selon ma compréhension, en Outaouais, ils ont compris que c'est un service essentiel assez important et c'est une responsabilité au niveau du système de santé et de services sociaux. Ils ont même signé une entente.

Si ça existe, des ententes comme ça, et d'argent qui suit, est-ce que vous dites encore que la participation doit être volontaire, de chaque municipalité, ou est-ce qu'à ce temps-là vous acceptez, toujours avec consultation avec les municipalités? Je ne mets pas ça en doute, mais acceptez-vous un système panquébécois...

M. Belzil (Michel): ...obligatoire? Bien, écoutez, à ce moment-ci, là, nous, nous avons consulté des municipalités. Comme président de la FQM, j'ai eu des appels téléphoniques, hein, des gens d'un peu partout qui m'ont dit: Écoutez, M. Belzil, si c'est obligatoire, la question des premiers répondants... Il ne faut pas absolument que ce soit obligatoire. O.K.? Certainement qu'il y a une question qui permet... Ma position là-dessus, c'est: Qu'est-ce qui va être à payer, finalement, dans les milieux ruraux? Certaines sorties des équipes de pompiers, si c'est des pompiers, on parle de 75 à 100 \$ de la sortie; si c'est des bénévoles, vont-ils vouloir charger des choses? Ce n'est pas évident.

Mon ami Jean-Noël me dit que les gens dans les villages peuvent le faire bénévolement. Ce n'est pas une question, là, comme j'ai dit tantôt, d'argent, c'est une question de motiver les gens, d'organiser le système. Et ça, on ne demande pas d'argent pour ces choses-là, mais

un petit montant pour ci, pour ça. Ça ne paraît pas, mais c'est ça qui va faire en sorte que la municipalité va dire: Écoutez, c'est un service essentiel à rendre à notre population. On peut partager et aller dans le sens des premiers répondants, mais dans la mesure où on n'a pas de coût.

Vous savez, souvent, l'irritant, dans nos milieux, c'est: si ça coûte de l'argent, on n'y va pas. Pourtant, on sait très, très bien, à l'analyse du projet de loi, comment c'est important, les services de premiers répondants dans nos milieux. Alors, on continue à dire qu'il doit y avoir autonomie municipale. Mais dans la mesure où c'est présenté sous cette forme-là, moi, j'ai l'impression qu'il n'y aura que quelques cas d'exception. Je ne sais pas pour quelle raison, parce qu'il y a des particularités territoriales importantes, des fois, qu'on ne peut pas juger à ce moment-ci, mais j'ai l'impression que ça va faire boule de neige et que ça ne sera pas beaucoup de frais pour donner un service nettement amélioré aux citoyens, sur tout le Québec, qui ont des difficultés et qui sont en détresse. Jean-Noël...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, vous voulez ajouter un complément de réponse? M. Ouellet.

M. Ouellet (Jean-Noël): Oui. Les coûts qui sont pour plusieurs communautés rurales, où il est possible d'avoir des retraités comme moi pour faire du bénévolat — puis je pense que c'est possible encore — ...les coûts qu'on estime, par exemple, qui devraient relever du réseau de la santé, c'est notamment les coûts de formation, bien sûr, et les coûts de mise à jour de la formation. Parce que, paradoxalement, plus la région est dispersée, plus le territoire est dispersé, plus on a besoin de services de répondants, moins ils sortent et moins ils deviennent compétents.

Pour maintenir leur compétence, dans ces territoires-là, je pense que le suivi et le recyclage, aux trois mois, par exemple, sont une condition essentielle pour que les interventions, qui ne sont peut-être pas très nombreuses, soient bien faites. Ça, c'est une chose très importante, pour nous. L'équipement, aussi. Même si l'équipement, le défibrillateur, par exemple, il n'est pas utilisé à toutes les semaines, on pense que, s'il est utilisé trois fois dans l'année, c'est important, puis c'est important aussi que les gens qui l'utilisent sachent bien l'utiliser.

Ce qu'on constate aussi, dans les municipalités rurales, c'est que, souvent, on peut être à 10 minutes de l'ambulance. Cependant, les deux ambulances disponibles, elles font du transfert hospitalier puis elles sont parties pour une heure. Alors là, dans ce cas-là, quand les deux ambulances, qui sont généralement à huit ou 10 minutes de ton territoire, elles ne sont pas disponibles parce qu'elles font du transfert hospitalier, bien là tu réfères à l'autre territoire. Et l'autre territoire, parfois, souvent, c'est 30, puis 35 et 40 minutes. Et c'est souvent dans ces cas-là où les délais sont très longs.

Donc, on pense à l'équipement, on pense à la formation qui est importante, on pense à la formation aussi qui pourrait être donnée à beaucoup... même qui pourrait être offerte à l'ensemble des populations par les régies régionales. Je pense à la formation, par exemple.

sur le cardio-secours. Je pense que, si les régies régionales allaient sur les territoires et donnaient cette formation-là, gratuite, aux gens... Pas demander aux gens et dire: Viens faire du bénévolat, mais pour ta formation, ça te coûte 35 piastres. C'est spécial, un peu. Ça, on devrait essayer de rendre la formation gratuite aux gens, au moins.

Il y a des gens sur nos territoires qui sont disponibles, qui sont bénévoles, puis qui sont prêts aussi à rendre service à leur communauté, je pense, aussi. En même temps, il y a des pompiers qui veulent être payés, là, il faut bien comprendre la réalité. Mais je pense que ces éléments-là, l'équipement, la formation et le maintien de la formation, pour maintenir les compétences, ce sont des éléments qui sont très importants.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, il vous reste deux minutes, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Alors, merci beaucoup, Mme la Présidente. Et merci pour les derniers commentaires spécifiquement sur les premiers intervenants, les formations, parce qu'on ne parle pas assez souvent de ça.

Vous avez mentionné que vous avez un groupe de travail qui est en train d'identifier les coûts, un peu comme vous avez mentionné. Est-ce que vous avez un rapport que vous pouvez déposer? Et dernier commentaire — je vous laisse le temps de répondre à ma première question — merci pour la suggestion de mettre le concept de temps dans le projet de loi, le temps de réponse. Pendant l'article par article, je vais certainement discuter de ça avec le ministre. Il me semble que cette notion d'encadrer un délai de réponse est assez intéressante, et c'était fort apprécié. Mais, sur votre groupe de travail, est-ce que vous pouvez...

M. Belzil (Michel): C'est un groupe de travail chapeauté par le ministère, auquel on participe.

M. Williams: Ah!

M. Belzil (Michel): Mais ce n'est pas un groupe de travail au niveau de la FQM.

M. Williams: Est-ce que le ministre peut déposer ça?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce que vous posez la question au ministre, M. le député de Nelligan, ou si vous vous adressez à M. Belzil ou à qui que ce soit?

M. Williams: Non. Je m'excuse, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord.

M. Williams: Si c'est possible d'avoir cette information, ça va être, je pense, fort intéressant.

Mais, merci pour votre présentation. Je pense que vous avez certainement donné quelques idées assez intéressantes en pratique et particulièrement pour les comtés ruraux.

Et, comme j'ai mentionné, Mme la Présidente, je veux faire un échange d'informations avec la Fédération et je donne les temps de réponse. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, il ne me reste qu'à vous remercier, MM. Belzil, Ouellet, Bussièrès, de même que Mme Gendron, pour votre participation à cette commission.

Et j'inviterais immédiatement les représentants et représentantes de l'Association professionnelle des paramédics du Québec de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, j'inviterais les représentants et représentantes de l'Association professionnelle des paramédics du Québec à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

Je vous souhaite la bienvenue. Est-ce que c'est Mme Verreault qui sera la porte-parole? Oui. Alors, Mme Verreault, Mme Diane Verreault, présidente de l'Association, je vous souhaite la bienvenue, je vous demanderais de nous présenter les personnes qui vous accompagnent et, en même temps, je vous indique que vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire.

Association professionnelle des paramédics du Québec (APPQ)

Mme Verreault (Diane): Alors, je vous remercie. Je vous présente Claude Desrosiers, vice-président de l'Association professionnelle, ainsi que Stéphane Scalabrini, qui est aussi vice-président de notre Association.

Mme la Présidente, je me permets de vous remercier, ainsi que M. le ministre et les membres de la commission, de nous avoir... d'avoir eu l'opportunité de se présenter ici, étant donné notre jeune association, et ainsi venir porter nos commentaires par rapport au projet de loi.

Donc, l'Association professionnelle des paramédics du Québec se réjouit que le gouvernement s'apprête à adopter, pour la première fois au Québec, une loi encadrant les services préhospitaliers d'urgence.

L'Association professionnelle des paramédics du Québec est une association provinciale des praticiens paramédics oeuvrant dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec. Plus précisément, le terme «paramédic» identifie les praticiens, techniciens ambulanciers, oeuvrant dans les services ambulanciers. Ce terme réfère à une fonction de soins et non à un domaine limité au transport. Ambulancier signifie «personne qui conduit une ambulance», alors que paramédic signifie «qui donne des soins paramédicaux». Actuellement, notre Association représente plus de 1 000 techniciens ambulanciers parmi les 3 300 oeuvrant au Québec, et ce, après moins d'un an d'existence.

● (16 h 30) ●

Et, en ce qui concerne le terme «paramédic», M. le ministre, on se permet de porter le commentaire suivant, que vous êtes le seul pouvant influencer le changement au niveau du terme de notre pratique.

Le principal objectif de l'APPQ est de promouvoir la qualité des soins envers la population. Elle vise également à poursuivre des démarches entreprises en 1995 auprès de l'Office des professions dans le but de faire reconnaître un ordre professionnel des praticiens paramédicaux. L'APPQ est la représentante officielle québécoise reconnue par l'Association des paramédicaux du Canada. Les membres de l'APPQ contribuent beaucoup à l'évolution du volet extrahospitalier du système de soins de santé. L'Association professionnelle des paramédicaux du Québec a participé à des réalisations importantes avec l'Association des paramédicaux du Canada et les autres associations des autres provinces. La création d'un profil national des compétences professionnelles en est un exemple. À la suite des consultations détaillées menées auprès d'organismes provinciaux de réglementation des services médicaux d'urgence, des directeurs des SMU, de l'Association médicale canadienne, de l'Association canadienne des médecins d'urgence, d'établissements de formation paramédicale, de Développement des ressources humaines Canada et d'autres professionnels du secteur paramédical, ce document fixe la barre de la formation et des normes cliniques du personnel paramédical que voudrait se doter officiellement le Québec.

Le personnel paramédical professionnel constitue un rouage essentiel dans les milieux médicaux. Ces professionnels ont maintenant plus de 1 000 heures de formation postsecondaire, incluant la formation en cours d'évaluation. Il posent maintenant couramment, en dehors du contexte hospitalier, des actes médicaux déjà réservés aux salles d'urgence comme la défibrillation, la prise en charge avancée des voies aériennes ou l'administration de médicaments pour soulager des symptômes. Il faut reconnaître la profession de paramédical dans la loi québécoise des services préhospitaliers et lui permettre de jouer un rôle plus important dans le contexte de notre système de santé.

De par ces recommandations qui suivent, l'APPQ espère qu'il soit ajouté au présent projet de loi des éléments encadrant la qualité et la nature des soins préhospitaliers au Québec, entre autres par ses principaux intervenants, les paramédicaux.

L'implication des paramédicaux devrait être plus importante au niveau des structures, c'est-à-dire dans le choix des formations continues, les décisions sur les équipements et surtout dans le processus décisionnel concernant les orientations cliniques. La présence des spécialistes de la profession paramédicale est essentielle dans la structure tant au niveau national que régional afin de créer une norme nationale de soins aux patients en ce qui concerne les soins, la gestion, les communications et le matériel. Le champ de pratique minimal des soins pouvant être offerts par les paramédicaux devrait être défini. Minimal, car nous espérons qu'il évoluera par la suite. En ce sens, l'APPQ recommande l'utilisation des profils des compétences du personnel paramédical, maintenant document reconnu officiel par les autres associations provinciales.

Le fait que le gouvernement prévoit déjà dans le projet de loi n° 96 des articles encadrant le volet clinique... L'APPQ constate que celui-ci confirme donc la nécessité d'encadrer la profession paramédicale à tous les niveaux. En ce sens, ce projet de loi n'est que le

minimum nécessaire. D'après l'APPQ, une loi professionnelle telle que prévue dans le Code des professions viendra couvrir l'ensemble des éléments manquants.

À l'article 22, il serait opportun d'inclure un représentant paramédical. Ceux-ci sont les principaux clients internes des centres de communication santé dans l'organisation des services médicaux d'urgence.

À l'article 40, les premiers répondants ont une formation d'environ 60 heures, tandis que les paramédicaux du Québec ont près de 1 000 heures de formation au niveau collégial. Pourtant, dans les faits, les actes médicaux tolérés actuellement par le Collège des médecins sont presque les mêmes, soit, entre autres, la défibrillation. La définition du rôle et responsabilités des premiers répondants et des paramédicaux, à l'article 66, devrait clairement faire l'objet d'une distinction importante compte tenu du niveau de compétence de chacun. L'APPQ considère que les paramédicaux sont les meilleurs acteurs pour la formation des intervenants désignés et des premiers répondants.

Il est donc proposé de remplacer la définition de l'article 40 au complet par celui-ci, donc: Un premier répondant, sur affectation exclusive du centre de communication santé, fournit à une personne dont l'état le requiert les premiers soins de stabilisation requis conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés à cette fin et correspondant au niveau reconnu par le ministre.

Agissant en complémentarité du paramédical, le premier répondant applique les protocoles visant la prévention de la détérioration de l'état de la personne en détresse et transfère au paramédical la responsabilité des interventions à son arrivée sur les lieux.

En raison de circonstances exceptionnelles, tel l'isolement géographique, limitant l'implantation de la chaîne d'intervention des services préhospitaliers d'urgence, la régie régionale concernée peut, dans le plan triennal d'organisation de services qu'elle soumet au ministre, confier à un service de premiers répondants des fonctions supplémentaires à celle prévue par la loi.

L'APPQ recommande également que, dans le plan triennal, les paramédicaux soient consultés afin d'appréhender les conséquences de la modification de la loi. Plusieurs provinces, au lieu d'élargir les fonctions de premier répondant, ont assuré la présence de professionnels paramédicaux en élargissant leur rôle.

À l'article 64, en ce qui concerne l'examen national, les paramédicaux qui terminent leur formation collégiale ne devraient pas passer deux examens. La formulation proposée sera: «...reconnu par le ministre de l'Éducation et réussi l'examen final ou l'évaluation certifiant la compétence.»

L'APPQ suggère au ministère que la formation en technique ambulancière paramédicale pourrait faire l'objet d'une accréditation reconnue comme dans d'autres programmes actuels de la santé, agrément de l'Association médicale canadienne. Nous recommandons également que la formation initiale des paramédicaux passe de l'Attestation d'études collégiales actuelle à une formation complète amenant à un Diplôme d'études collégiales dans les plus brefs délais, comme le bénéficient les autres professionnels de la santé reconnus.

À l'article 66, tel que mentionné lors de nos commentaires de l'article 40, l'APPQ présente une définition différente de celle qui est proposée par la loi, car celle-ci semble éluder les mots «évaluation, prise de décision et soin». Dans la description complète de ce que les paramédics font dans le quotidien comme intervention, ces termes sont essentiels. Il est donc proposé par l'APPQ: Le paramédic a pour mission d'identifier les besoins de santé des personnes dans un contexte préhospitalier d'urgence, d'initier et de prodiguer les soins d'urgence que requiert la situation afin de soulager, rétablir et maintenir leur état physiologique et/ou psychologique défaillant, selon les protocoles de soins cliniques. Il assure aussi la continuité des soins dans un contexte extrahospitalier. Il collabore à la promotion de la santé, la prévention de la maladie et son traitement.

À l'article 67, «se soumettre à un encadrement médical» pourrait être remplacé par «participer et respecter l'encadrement médical».

Article 68, lorsque le paramédic «refuse de se soumettre», remplacer par «refuse de participer». L'alinéa 4^e de l'article 68 pourrait être retiré.

Article 69, assurer la concordance avec l'article 68.

Et, article 70, la composition du comité d'examen devrait inclure un représentant paramédic provenant de l'APPQ. L'APPQ recommande également la présence d'un paramédic formateur provenant d'un collège d'enseignement ainsi que d'un paramédic lié au syndicat.

Toutefois, l'APPQ considère cet article pour usage temporaire et questionne son potentiel d'efficacité. De par cet article, le gouvernement confirme le besoin d'une loi encadrant les professionnels, dont les paramédics. Nous considérons que l'objectif visé par cet article sera mieux atteint par une modification du Code des professions du Québec. Ce point sera élaboré de façon plus détaillée plus loin dans le texte.

Les orientations à concrétiser au Québec afin d'offrir des soins préhospitaliers de qualité et dépassant les normes canadiennes actuelles. Les soins préhospitaliers de santé dispensés à la population québécoise dépendent énormément du travail de base effectué par les médecins et les paramédics du Québec. Dans de nombreuses régions de la province, ces innovateurs dans le domaine des SMU ont réussi à intégrer la médecine factuelle dans la pratique quotidienne des paramédics: administration de médicaments, soins avancés et critiques. Nous garantissons ainsi que les patients bénéficient des traitements médicaux d'urgence, des médicaments et des actes à la fine pointe. L'APPQ considère que les paramédics qui administrent des traitements médicaux de base et avancés évitent des dépenses en argent et en ressources aux services d'urgence de nos hôpitaux en réduisant l'épisode de soins et la durée de séjour.

La recherche factuelle appuie la position selon laquelle la profession paramédicale a réduit le taux de mortalité et de morbidité dans la population québécoise en mettant en oeuvre des normes relatives aux services cliniques, à la formation et au matériel. Il faudrait appuyer cette tendance et l'adopter à l'échelon québécois. La restructuration de notre système de soins de

santé doit viser avant tout de nombreux avantages à tirer du recours accru aux personnel paramédic comme professionnels de soins de la santé.

● (16 h 40) ●

La croissance de la recherche sur les SMU effectuée par les paramédics et les médecins joue un rôle crucial dans la fonctionnalité future du système de santé au complet. La recherche sur les SMU est essentielle pour alléger la surcharge imposée aux services d'urgence du Québec. Il est certain que les milieux médicaux dépendront de plus en plus des spécialistes de la profession paramédicale du secteur extrahospitalier pour qu'ils se chargent de façon dynamique du triage, du traitement et du congé des patients victimes d'affectations et de traumatismes mineurs en réduisant ainsi l'entrée de patients dans le système hospitalier surchargé.

Inclusion de la profession de paramédic dans le Code des professions du Québec. Il est impératif d'étendre le champ d'application de la profession paramédicale pour stabiliser le système de soins de santé au Québec. Des soins de santé responsables et à la fine pointe de la technologie passent par des efforts consciencieux et l'application du savoir acquis grâce aux expériences vécues par les innovateurs en SMU, renforcés par l'Association professionnelle des paramédics du Québec. Déjà deux provinces canadiennes, l'Alberta et Saskatchewan, ont pris cette orientation de constituer un ordre professionnel des paramédics. L'appui du gouvernement est nécessaire pour promouvoir l'autoréglementation qui aidera à créer une masse de professionnels autorisés et imputables du domaine paramédic et qui pourront travailler non seulement dans les systèmes SMU, mais aussi dans une foule d'autres contextes de soins de santé dont les besoins sont criants.

Établissement de normes provinciales conformes aux standards nord-américain et canadien. Le profil national des compétences professionnelles de l'Association des paramédics du Canada aidera à guider l'élaboration de normes nationales. La création d'un registre de tout le personnel paramédic aidera à appliquer des normes de pratique et de déontologie pour la protection de la population.

En conclusion, le système de soins de santé au Québec fait l'envie de beaucoup de pays. Comme la profession paramédicale évolue vers une orientation plus clinique, le gouvernement peut maintenant s'attendre à ce que les organismes des SMU offrent des soins de santé extrahospitaliers responsables. Les attentes, représentées par les normes établies par les profils de compétence du personnel paramédical tels que proposés par l'APPQ et évaluées périodiquement au moyen de mécanismes d'agrément, rassureront la population québécoise en lui indiquant qu'on lui offre des soins de santé d'urgence les plus efficaces, accessibles et abordables.

Il n'y a aucun domaine de santé qui évolue plus rapidement que le volet extrahospitalier de la médecine. Auparavant service d'urgence à une seule fonction typique, le secteur paramédical est devenu un volet polyvalent distinct du système de soins de santé. L'idéologie traditionnelle des services médicaux préhospitaliers comprenait l'intervention rapide et le

transport rapide que l'on assimilait à de bons soins de santé. Cette philosophie est maintenant dépassée, car l'évidence scientifique et celle du gros bon sens tendent à démontrer la pertinence de soins préhospitaliers de qualité dans les meilleurs délais possible afin de soulager des souffrances et sauver des vies. Partout en Amérique du Nord, sauf au Québec, le concept de soins préhospitaliers a maintenant pris une orientation extra-hospitalière qui pousse le personnel paramédical et les médecins d'urgence intéressés au domaine à modifier de façon stratégique l'étendue de la pratique du personnel paramédical pour tenir compte des besoins de la population. Le champ de pratique du personnel paramédical a changé radicalement, et des simples préposés au traitement et au transport qu'ils étaient, ces professionnels sont devenus des praticiens dynamiques des soins de santé extrahospitaliers.

Les paramédics sont des acteurs dominants dans le domaine préhospitalier, et il sera important d'utiliser les ressources actuelles à leur pleine capacité et développer leur plein potentiel. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie, Mme Verreault, pour la lecture de votre mémoire. Je cède maintenant la parole au ministre.

M. Legault: Oui. D'abord, je voudrais vous remercier, Mme Verreault, M. Desrosiers, M. Scalabrini. Merci pour votre présence, pour votre mémoire. Et félicitations pour le travail que vous faites auprès des hommes et des femmes qui ont besoin de vous à toute heure du jour et de la nuit.

Ma première question, là, ça concerne... Vous dites que je suis le seul qui pourrait m'intéresser à l'appellation de votre groupe, là, les paramédics. Ce que je comprends, c'est que l'appellation paramédic, là, est peut-être plus utilisée ailleurs — aux États-Unis, pour ne pas le dire — où il y a plusieurs catégories de techniciens ambulanciers. Je veux faire le lien avec votre demande ou votre volonté d'avoir une corporation professionnelle. Est-ce que pour vous, s'il y avait une corporation professionnelle de paramédics... Est-ce que ça veut dire qu'il y aurait d'autres techniciens ambulanciers ou si ça serait tous des paramédics? Je veux juste voir, là, dans votre organisation ou dans ce que vous souhaitez, est-ce qu'il y a juste des paramédics, ou si tous les techniciens ambulanciers devraient devenir des paramédics, ou... Comment ça fonctionne?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Verreault.

Mme Verreault (Diane): Excusez. En fait, ce qu'on aimerait expliquer... En fait, c'est de changer l'espèce de mode de pensée des États-Unis qui dit que paramédic, c'est égal à soins avancés. C'est tout à fait faux de penser ça, et, dans les autres provinces canadiennes, il y a des provinces canadiennes qui font exactement le même travail que les techniciens ambulanciers font au Québec, et tous, tous s'appellent paramédics. Donc, nous, on aime le terme parce que ça fait plus référence à ce qu'on fait à tous les jours. On ne fait pas que transporter des patients, l'ambulance est un accessoire nous aidant à prodiguer nos soins et à rendre

le patient vers où on veut l'orienter. Alors, ce qu'on dit, c'est que le terme... Et la définition du terme n'est pas reliée à la prestation de soins ou au niveau de soins, mais plutôt qu'on donne des soins à la population. Donc, indépendamment du niveau de soins, nous donnons des soins. Donc, c'est pour ça qu'on désire changer le terme «technicien ambulancier» pour «paramédic», de un, pour se rendre égal et uniformiser cette profession à travers le Canada.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Verreault. M. le ministre.

M. Legault: Mais si, demain matin, on avait un ordre professionnel des paramédics au Québec, est-ce que vous pensez que tous les techniciens ou paramédics qu'on a actuellement devraient faire partie de cet ordre professionnel?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Verreault.

Mme Verreault (Diane): Tout à fait, je suis entièrement d'accord. Puis je peux demander à mes collègues, là, s'ils veulent rajouter sur ma réponse.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Desrosiers.

M. Desrosiers (Claude): Merci. Ce que je pourrais rajouter, c'est que partout où il y a le travail de professionnels préhospitaliers comme les paramédics ou l'équivalent, le synonyme — au Québec, on est appelé des techniciens ambulanciers, mais c'est exactement le même travail — il y a des niveaux de pratique. Et c'est similaire aux autres professionnels de la santé où, dans les milieux infirmiers, ils sont membres de l'Ordre, ils sont infirmiers, infirmières, mais il y en a qui ont des aptitudes pour faire des soins intensifs ou de travailler à des niveaux plus de soins palliatifs ou de soins moins urgents. Donc, il y a des niveaux de compétence, et c'est sûr que la distinction se fait à ce niveau-là. Donc, l'ensemble des techniciens ambulanciers donnent des soins paramédicaux, et il y a des niveaux de soins.

Et c'est sûr que c'est un autre débat, mais le niveau de soins qui est partout en province et qui est partout même au Canada, c'est le niveau de soins primaires. C'est la force de la main-d'oeuvre et c'est tous des gens qui font exactement le même travail que les gens au Québec. Et donc, nous, le changement de terme qu'on demande expressément — et c'est sûr que la loi est sur le point d'être adoptée et c'est un changement qu'on aimerait qu'il soit apporté maintenant — est significatif d'un acte vraiment concret du virage soins par rapport au préhospitalier, tout ce que Dicaire, le comité Dicaire avait amené. Et, nous, de changer l'appellation du terme, c'est vraiment un virage concret, qu'on donne des soins préhospitaliers à la population, ce n'est pas juste un moyen de transport qu'on envoie aux patients pour les amener à l'hôpital. Et, avec tout ce qu'on fait déjà actuellement et les autres soins qui sont à venir, c'est vraiment un geste concret qu'on demande au gouvernement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, M. le ministre.

M. Legault: Oui. Concernant l'encadrement proposé des techniciens ou des paramédics, bon, dans le projet de loi, on a une structure où il y a un directeur médical national, un directeur médical régional, il y a aussi un comité d'examen. Il y a d'autres groupes, hier, qui sont venus nous voir, de techniciens ambulanciers qui nous ont suggéré un peu de mettre ça de côté justement avec l'ordre professionnel ou que ce soit tout contrôlé par des pairs.

Je ne sais pas si vous étiez ici tantôt, là, on avait le Collège des médecins. Le Collège des médecins a fait le parallèle avec le travail qui est fait par les infirmières dans les hôpitaux en disant: Les actes sont délégués par les médicaments. Le CMDP, dans un hôpital, peut retirer le droit de pratique à une infirmière. Comment vous voyez, vous... J'ai vu, dans votre mémoire, que vous suggérez la création d'un ordre professionnel, mais je n'ai pas vu vos commentaires sur l'encadrement qui est proposé, là, avec directeur médical national, directeur médical régional, comité d'examen, composition de ce comité d'examen. J'aimerais ça entendre vos commentaires sur ces sujets.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Verreault.

• (16 h 50) •

Mme Verreault (Diane): Essentiellement, le comité de révision devrait être un comité clinique. Donc, nous, on est d'accord avec la position que le directeur médical national y soit présent. On pourrait même y inclure le directeur médical régional de la région qui est concernée. Mais ce qu'on dit, c'est que ça prendrait une représentation supérieure par rapport aux paramédics qui sont présents actuellement, parce qu'il y en a juste deux. Donc, on aimerait juste augmenter la révision par les pairs. Donc, c'est pour ça qu'on proposait essentiellement, là, une représentation de leurs part ainsi que celle des collèges de formation actuellement.

Pour ce qui est de la réponse du Collège des médecins auparavant, actuellement il y a des programmes d'assurance qualité qui gèrent un peu le retrait des compétences au niveau clinique ou des gestes médicaux quand il y a dérogation ou quand l'individu est vraiment inapte à poser le geste soit par manque de connaissances, ou par troubles médicaux, ou des choses comme ça. Donc, ça, c'est quelque chose qui... Et je crois que... Bon, à Urgences-santé, ça existe, un tel programme, dans les régions aussi, et je pense que ces programmes d'assurance qualité là devraient être étendus à la province et uniformisés pour que toutes les régions fonctionnent de la même façon.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre. Alors, M. Desrosiers, vous voulez ajouter quelque chose?

M. Desrosiers (Claude): Ce que je pourrais rajouter, c'est que ce qu'on considère, c'est que le comité d'examen, tel que décrit dans la loi, pour nous, on n'est pas en désaccord, on considère que c'est un début, et

l'Association professionnelle, on veut être un acteur proche des instances du gouvernement ou de la direction des services préhospitaliers pour développer un partenariat, pour, éventuellement, être le groupe qui pourrait avoir le mandat d'un ordre professionnel. Et, donc, c'est sûr que par le fait même cette première étape d'encadrement, nous sommes d'accord et même on l'appuie, puis au niveau clinique, mais on veut aller plus loin, et c'est pour ça qu'on la voit comme une première étape.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Legault: Oui. Maintenant, concernant le rôle des premiers répondants, j'ai bien noté, là, que vous souhaitez peut-être qu'on précise la distinction, là, entre les premiers répondants puis les paramédics ou les techniciens médicaux, surtout à l'article 40. Donc, on va voir si on peut être plus précis dans les textes, mais j'aimerais quand même avoir votre position de façon générale, là. On a beaucoup parlé, depuis deux jours, là, de la place des premiers répondants dans la chaîne d'intervention des services préhospitaliers. Quelle est votre position face au déploiement qui est proposé des premiers répondants, tout en comprenant bien, là — puis je pense qu'on l'a bien établi avec les groupes qu'on a vus jusqu'à présent — que ça ne vient pas remplacer votre travail, mais ça vient en complément avec ce que vous faites, le premier répondant est là d'abord pour stabiliser le patient jusqu'à temps qu'arrive le technicien ou le paramédic, là? Donc, qu'est-ce que c'est, votre position, vous, sur le déploiement des services de premiers répondants? On dit qu'actuellement, bon, il y en a à peu près seulement dans 10 % des municipalités, on voudrait étendre ça à 80 % des municipalités. Quel est votre point de vue là-dessus?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Verreault.

Mme Verreault (Diane): Je vais répondre à la question puis je vais laisser mon collègue compléter. Écoutez, on ne peut pas être contre la vertu des gens qui veulent sauver des vies. Ça, c'est sûr. En ce qui concerne le déploiement des premiers répondants, nous ne sommes pas contre le déploiement des premiers répondants. La seule inquiétude qu'on a, c'est de s'assurer que ces gens-là aient une formation, qu'on utilise les paramédics pour les former et qu'on utilise ces services-là justement pour réduire les délais de temps réponse qui sont impartis où les services ambulanciers ne peuvent pas y répondre. Donc, c'est principalement, là, au niveau du déploiement comme tel. Stéphane.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Scalabrini.

M. Scalabrini (Stéphane): Je vous remercie. Juste pour compléter un petit peu, j'ai été peut-être un de ceux qui n'étaient pas tout à fait en accord avec les deux libellés. Moi, je suis une personne qui lisait les deux libellés et je trouvais que... Même, pour faire référence au député de Nelligan, hier, qui trouvait qu'il y avait une

drôle de similarité entre les deux. La similarité, on l'a reconnue, mais, lorsque va être le temps d'établir le rôle et les responsabilités dans la loi actuelle, il n'y a aucune différence. Indépendamment du type de formation, nous, le libellé de notre profession versus celui du premier répondant doit être clair et bien défini. À ce niveau-là, la formation qu'on a et celle des premiers répondants... Et on dit que le premier répondant, c'est un maillon important de la chaîne, autant que le premier intervenant est un maillon important. À ce niveau-là, il faudrait que les rôles soient clairs, précis, même si on parle de complémentarité. Donc, si le libellé est correct et si on s'assure que, lorsque le temps sera venu de regarder qui fait quoi et comment, à travers un texte qui est clair, on est capable de le reconnaître, bien, pour nous, ça va être satisfaisant.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le ministre.

M. Legault: Ça va aller. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, Mme la Présidente et merci à Mme Verreault, M. Desrosiers et M. Scalabrini pour la présentation de l'Association professionnelle des paramédics du Québec. Je sais que vous avez écouté, tout au début jusqu'à maintenant, le débat, et votre implication est fort appréciée.

Je voudrais vous demander peut-être une petite clarification sur la définition des paramédics. Vous avez mentionné que seules Alberta et Saskatchewan ont un ordre professionnel. Selon l'entente, le protocole que j'ai cité avec le Collège des médecins dans les cinq régions... ou particulièrement dans les quatre avec les cinq médicaments, est-ce que c'est plus ou moins les mêmes responsabilités qu'un paramedic a en Alberta et en Saskatchewan? Je voudrais comprendre. Est-ce que, en réalité, sans entrer dans le nominatif... Ils ne sont pas appelés paramédics, je sais, mais est-ce qu'ils ont plus ou moins les mêmes responsabilités qu'un paramedic en Saskatchewan et en Alberta?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme Verreault.

Mme Verreault (Diane): Je vais laisser Claude Desrosiers répondre à cette question.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Desrosiers. Je vous en prie, M. Desrosiers.

M. Desrosiers (Claude): Merci beaucoup, Mme la Présidente. M. le député de Nelligan, la réponse, c'est qu'en Saskatchewan et en Alberta les paramédics... l'ensemble de la profession des techniciens ambulanciers s'appellent paramédics et ils sont membres d'un ordre professionnel maintenant. Et, à l'intérieur des membres du Collège des paramédics, il y a différents niveaux de pratique, et le niveau dont lequel vous faites mention et dont, en ce moment, le Québec est en train d'amorcer l'atteinte de ce niveau-là... Donc, en même

temps, on est conscient que, dans la dernière année, il y a beaucoup de développements au Québec, mais ce niveau-là, qui est avec les cinq médicaments, c'est le paramedic soins primaires. Et ils ont des niveaux de paramedic soins avancés dont, entre autres, actuellement il y a un projet-pilote dans la région de Montréal. Et ils ont aussi des soins critiques qui permettent, lors de transports interétablissements lourds entre les différents centres hospitaliers, de... Au lieu de fournir le personnel médical ou infirmier de l'hôpital qui est déjà en manque, ils ont des paramédics qui ont atteint un niveau de compétence suffisamment élevé pour faire le travail de soins intensifs à l'intérieur des véhicules ou à l'intérieur, surtout, d'hélicoptères dans certaines provinces.

Donc, ils ont ces différents niveaux de pratique là et ils sont membres de l'ordre. Donc, ce qui se passe en Alberta et en Saskatchewan, le Québec, on n'est pas loin. C'est juste qu'on veut, nous, faire comprendre que c'est les mêmes professionnels, les mêmes personnes, finalement, qui font le même travail que nous, mais ils ont pu développer leur champ de compétence depuis certaines années et, maintenant, ils ont atteint aussi même l'autoréglementation de leur côté.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Ça explique votre terminologie dans votre article quand vous parlez des paramédics de premier niveau à Ottawa, comme exemple. Avec ça, il y a plusieurs niveaux.

En Alberta et en Saskatchewan... Je sais qu'on ne peut pas comparer les salaires de l'Alberta et de la Saskatchewan avec ceux du Québec. Avec ça, je ne veux pas nécessairement mélanger les pommes avec les oranges, mais est-ce que vous pouvez dire c'était quoi, l'impact sur les salaires une fois que l'ordre a été créé en Alberta et en Saskatchewan? Il me semble, avec cette reconnaissance professionnelle, ils ont eu certainement une augmentation de salaire. Est-ce que vous savez la grandeur de l'impact de cette décision financièrement?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Verreault.

Mme Verreault (Diane): Indépendamment des provinces canadiennes qui ont des ordres professionnels ou pas, les salaires des paramédics sont déjà plus élevés que les nôtres ici, au Québec. Indépendamment s'ils ont des ordres professionnels ou pas. Le salaire, je crois, puis c'est vraiment, là, à titre de référence, là, très... Le salaire de base actuellement, pour un paramedic soins primaires, est dans les alentours de 30 \$ de l'heure ou 34 \$ de l'heure, là, en débutant.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Alors, vous mentionnez dans votre document, page 6, que «la recherche factuelle appuie la position selon laquelle la profession paramédicale a réduit les taux de mortalité et de morbidité dans la population québécoise en mettant en oeuvre des

normes relatives aux services cliniques, à la formation et au matériel».

» (17 heures) •

Dans le protocole du Collège des médecins, il y a une étude de 12 mois qui va faire une évaluation sur l'impact de ce protocole. Je voudrais vous entendre un peu plus sur la recherche et dans une façon générale aujourd'hui. Et, si vous avez quelques documents, plus tard, ça va être fort intéressant de savoir un peu plus comment vous avez réduit les taux de mortalité et de morbidité.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Verreault.

Mme Verreault (Diane): Je vais laisser Claude Desrosiers.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Desrosiers.

M. Desrosiers (Claude): Merci, Mme la Présidente. Au niveau de la recherche, ce qu'on dit, c'est que dans le domaine préhospitalier la recherche, elle est, bon, à ses débuts. Il y a beaucoup d'articles, il y a beaucoup d'éléments, mais, quand on regarde l'aspect scientifique, il y a beaucoup de travail à faire. Toutefois, au Canada, l'ensemble des provinces... Et, dans le cadre des travaux des profils de compétences, ce qui a été fait, ça a été d'établir qu'est-ce qui est la pratique courante actuellement dans une urgence, face à un patient qui, exemple, présente une détresse respiratoire, c'est quoi qu'il est approprié de faire. Et c'est ça qui est amené dans le préhospitalier. Donc, c'est sûr que, comme le Collège des médecins disait tout à l'heure, il y a un exercice, à un moment donné, d'intérêt pour faire les bonnes choses et corriger, des fois, des choses qu'on pensait adéquates, qu'il y ait de la recherche, mais, en même temps, on ne veut pas que cette recherche-là soit au détriment d'offrir des soins dans les meilleurs délais à la population.

Et le meilleur exemple, c'est ce qui se passe actuellement avec les cinq médicaments où, de toute évidence, avec ce qui se produit aujourd'hui, les techniciens qui ont été formés, exemple, sur le territoire de Montréal métropolitain et dans d'autres régions bientôt, c'est du quotidien d'être face avec des personnes en détresse respiratoire et c'est du quotidien, donc, de pouvoir maintenant les soulager avec un médicament, ce qu'on ne pouvait pas faire avant. Avant, c'était tout simplement de donner de l'oxygène et de les réconforter, de les transporter à l'hôpital. Et, maintenant, on voit... Et c'est là que j'appelle... C'est le gros bon sens médical, c'est qu'un traitement que la population a, c'est donné rapidement, et donc le patient, quand il va arriver à l'urgence, il ne sera plus en détresse, il va être vu plus rapidement et il va sortir plus rapidement de l'hôpital. Et, sans extrapoler pour l'ensemble des médicaments, je pense que c'est ça, notre point de vue. C'est que la recherche est importante, parce qu'il y a du développement à faire dans le préhospitalier, mais en même temps pas au détriment d'offrir des soins qui se donnent déjà en salle d'urgence.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Dernière question, Mme la Présidente. Dans la dernière page de votre document, vous avez parlé de: Partout en Amérique du Nord sauf au Québec, le concept de services préhospitaliers a maintenant pris une orientation extrahospitalière qui pousse... Je ne lis pas tout le texte, il y a tout un changement. Dans le mémoire déposé au Conseil des ministres pour expliquer le projet de loi, le ministre a dit que le système préhospitalier d'urgence retenu au Québec s'inspire fortement du modèle nord-américain, le modèle «scoop and run». Avec ça, selon le document, le modèle québécois est la même chose que le reste de l'Amérique du Nord et le reste du Canada, mais, dans votre document, vous avez dit qu'il y a toute une différence ici, au Québec. Je voudrais vous entendre sur la différence et vos opinions, si vous voulez, sur les deux modèles différents.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Desrosiers.

M. Desrosiers (Claude): Merci. Ce qu'on dit dans notre mémoire, c'est que, avec l'ensemble de nos confrères canadiens avec qui on a travaillé pour le développement des profils... C'est que le modèle «scoop and run» est un modèle qui existe et qui est approprié dans certaines interventions. Entre autres, on parle de la traumatologie. Le problème, c'est que ce modèle-là a été... Pour des raisons qu'on ignore, mais que, nous, on constate, c'est qu'il a été extrapolé à un moment donné, dans le contexte québécois, à l'ensemble des interventions préhospitalières, et donc on venait diminuer la question de soins préhospitaliers.

Et ce qu'on constate dans les dernières années — et je pense qu'on sera peu humble, mais je pense qu'on a influencé, nous, au niveau de l'Association, avec les acteurs impliqués — c'est qu'il y a justement cette analyse-là qui a été faite que, dans certains types de soins, oui, le délai est important, et donc un délai d'accès, mais de transport rapide — on parle de la traumatologie — il y a certains soins bien précis qui devraient être apportés, mais qui ne devraient pas augmenter les délais. Donc, c'est le concept de «scoop and run», mais il y a des soins qui méritent qu'on prenne le temps de traiter les patients. Il y a des situations qui méritent qu'on prenne le temps de soigner les patients et donc d'appliquer des protocoles et de la médication qui permettraient donc, à l'arrivée à l'urgence, que le patient soit réconforté, moins souffrant et qu'il soit pris en charge rapidement à la salle d'urgence.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Maintenant, c'est vraiment la dernière question. Le prochain groupe, c'est les collèges qui font la formation ici, au Québec. Avez-vous quelques commentaires sur la quantité et la qualité de formation que nous sommes en train de faire, parce que la base fondamentale sur la formation, c'est à peu près

840 heures? Est-ce que vous avez quelques suggestions pour améliorer la formation ici, au Québec?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Verreault.

Mme Verreault (Diane): Actuellement, bon, j'y travaille au collège, donc je peux peut-être apporter mon grain de sel. C'est sûr que je vous dis que la formation, actuellement, elle est très bien déployée. Les formateurs sont d'une compétence, et c'est des gens aussi qui sont très curieux de nature, qui veulent absolument être toujours à la fine pointe de ce qui se passe dans les milieux préhospitaliers.

C'est sûr que, nous, en tant qu'association, on prêche pour le D.E.C., donc le Diplôme d'études collégiales, parce que, au-delà de la formation très technique en technique ambulancière, ça prend des notions générales de psychologie, de philosophie, le français, la philo. Alors, c'est tous des cours... Ne serait-ce que l'éducation physique pour tenir nos gens en forme, qui est absolument essentiel avec le travail qu'on fait. Donc, c'est pour ça qu'on dit que, au-delà des compétences techniques pures en technique ambulancière, ça prend absolument des connaissances de base.

Pour ce qui est de l'examen national, la raison pourquoi qu'on voulait retirer l'examen national, c'est qu'on est une des seules techniques en technique ambulancière qui, à la fin du 840 heures, a un cours qui s'appelle Intégration des connaissances. Donc, on révise l'ensemble du programme par des examens théoriques et pratiques. Donc, c'est pour ça qu'on disait que, finalement, si on passe un examen national, ce serait comme deux examens identiques, puisque le collège en fait déjà un à la fin de la technique ambulancière. Donc, au lieu de dédoubler les examens, on se disait: Faisons un examen uniforme dans les deux collèges d'enseignement, qu'ils soient complètement pareils, pour justement enlever cette espèce de dédoublement d'examens là. Mais cet examen pourrait faire foi de la compétence, là, pour l'inscription au registre national.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Verreault.

M. Williams: Merci. Bonne chance.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, il ne me reste qu'à vous remercier, Mme Verreault, MM. Desrosiers, Scalabrini, de votre participation à cette commission. Je suspends les travaux pour quelques minutes, le temps de permettre à l'autre groupe, c'est-à-dire les représentants de collège Ahuntsic et cégep de Sainte-Foy, de prendre place.

(Suspension de la séance à 17 h 8)

(Reprise à 17 h 12)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, veuillez prendre place, s'il vous plaît. La commission des affaires sociales poursuit ses travaux afin de

procéder à des consultations particulières et de tenir des auditions publiques sur le projet de loi n° 96, Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et modifiant diverses dispositions législatives.

Alors, nous avons le plaisir, maintenant, de recevoir les représentants et représentantes du collège Ahuntsic de même que le cégep de Sainte-Foy. Alors, je vous souhaite la bienvenue. M. Denis Juneau, je vous cède la parole. J'apprécierais si vous voulez bien nous présenter les personnes qui vous accompagnent, et vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire.

Collège Ahuntsic et cégep de Sainte-Foy

M. Juneau (Denis): Alors, Mme Gagnon-Tremblay, merci beaucoup. Alors, à ma gauche, il y a Bernard Morin, directeur des études du collège Ahuntsic; M. Pierre Bayard, qui est professeur et coordonnateur du programme de technique ambulancière au cégep d'Ahuntsic; Mme Hélène Morin, qui est conseillère pédagogique en technique ambulancière au cégep de Sainte-Foy; et, moi-même, directeur des études au cégep de Sainte-Foy.

D'abord, un mot de remerciement à vous, Mme la Présidente, d'avoir invité les collèges à venir présenter leur point de vue au sujet du projet de loi n° 96. Cela donne l'occasion aux collèges, donc, de faire entendre leur point de vue sur ce projet de loi.

En préambule, je vous rappelle que le cégep de Sainte-Foy et le collège d'Ahuntsic sont présents depuis plus de 25 ans dans le domaine préhospitalier d'urgence, particulièrement dans la formation des techniciennes et techniciens ambulanciers. Les deux cégeps ont développé une expertise commune et ont été directement associés avec leurs partenaires du secteur de la santé et de la main-d'oeuvre à l'évolution de la fonction de travail, à l'évaluation des besoins de formation et au développement des programmes d'activités de formation pour y répondre.

L'offre de formation de nos établissements comprend les programmes de formation initiale, de rehaussement des compétences, de reconnaissance des acquis de formation et de formation continue. De 1993 à 1996, le collège Ahuntsic et le cégep de Sainte-Foy ont dispensé en formation initiale une attestation d'études collégiales de 810 heures préparatoire à l'exercice de la fonction de travail de technicienne et technicien ambulancier. Depuis 1996, nos deux institutions dispensent l'A.E.C. révisée, élaborée par compétences et comptant 840 heures de formation. Suite à une entente intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, les deux collèges couvrent l'ensemble du territoire du Québec pour la formation initiale. Le cégep de Sainte-Foy dessert les régions administratives de l'est du Québec, et le collège Ahuntsic, les régions administratives de l'ouest.

Nous avons présenté un mémoire conjoint devant le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, connu sous le nom de comité Dicaire, en mai 2000. Ce mémoire, intitulé *Bilan et pistes pour le futur*, est annexé au présent document.

Nous sommes heureux de constater que le projet de loi n° 96, Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et modifiant les diverses dispositions législatives.

vient donner suite aux travaux du comité Dicaire et confirmer plus particulièrement l'importance de la formation de tous les intervenants en soins préhospitaliers d'urgence et, au premier chef, les techniciennes et techniciens ambulanciers. Ce sera le sujet principal de notre mémoire. Par ailleurs, les éléments sur lesquels il porte seront traités selon l'ordre séquentiel du projet de loi.

D'abord, l'article 3, alinéa 8°, confie au ministre de la Santé et des Services sociaux la responsabilité d'établir des «politiques nationales relatives au développement et à la formation de la main-d'oeuvre nécessaire à l'organisation des services préhospitaliers d'urgence».

Nous espérons que l'établissement de ces politiques se fera en concertation avec le ministère de l'Éducation et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Jusqu'à maintenant, nos deux établissements ont été associés aux analyses relatives au développement de la formation de la main-d'oeuvre. Nous souhaitons que cette pratique soit maintenue. Cette façon de faire permet, entre autres choses, d'assurer une planification efficace de l'adéquation entre les besoins de main-d'oeuvre et l'offre de formation.

L'article 6, alinéa 2°, spécifie que «le directeur médical national a [...] pour fonctions [...] de participer aux travaux de coordination interministériels relatifs à la détermination des programmes de formation initiale et d'établir des programmes nationaux de formation continue».

Par rapport aux programmes de formation initiale, nous comprenons qu'à l'article 3, alinéa 3°, le ministre de la Santé et des Services sociaux détermine le niveau de compétence requis et qu'au présent article le directeur national participe aux travaux de coordination interministériels relatifs à la détermination des programmes de formation initiale. Nous comprenons ici que le ministère de l'Éducation et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale font partie de la coordination interministérielle. Notre compréhension est-elle juste? La coordination ou la structure de coordination est-elle déjà définie? Il sera important que la réglementation et la détermination des structures administratives qui découleront de l'application de la loi précisent la nature et identifient les participants à cette table de coordination interministérielle.

Par rapport aux programmes nationaux de formation continue, nous croyons que nous pouvons apporter une contribution particulière sur le plan pédagogique dans l'élaboration et la diffusion des programmes nationaux de formation continue. Nous souhaitons pouvoir travailler en collaboration avec les acteurs des services préhospitaliers d'urgence dans l'élaboration des programmes de formation. Notre spécialité en pédagogie, notre expertise clinique en matière de soins préhospitaliers d'urgence et notre connaissance approfondie des programmes de formation initiale, soit les programmes de 120 et 150 heures qui se donnaient il y a quelques années et les A.E.C. de 810 et 840 heures, nous permettent de mettre en lien les différents niveaux de compétence actuelle des techniciens ambulanciers en pratique et d'adapter la formation en fonction des attentes et des besoins établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Nous croyons aussi, dans un souci d'uniformité et de qualité des actes de formation, que nous pouvons contribuer à la diffusion des programmes de formation sur l'ensemble des territoires du Québec, notamment en nous impliquant dans la formation des formateurs ou par le biais de formation en ligne.

Dans le cas des programmes de formation initiale, c'est le secteur de la formation professionnelle et technique du ministère de l'Éducation qui est concerné par l'élaboration des programmes conduisant au Diplôme d'études collégiales en collaboration avec les deux cégeps autorisés. Par ailleurs, le Règlement sur le régime des études collégiales prévoit que les programmes menant à une attestation d'études collégiales sont de la responsabilité des cégeps. Dans ce cas, le collège Ahuntsic et le cégep de Sainte-Foy devraient être présents à différentes étapes de coordination et de détermination des programmes de formation initiale et continue. Nous proposons que ces aspects soient pris en compte au moment d'établir la réglementation qui découlera de la loi de même qu'au moment de la définition des structures et des processus administratifs.

L'article 7, alinéa 8°: «Établir les besoins en main-d'oeuvre, répartir de façon efficiente les ressources humaines.» En ce qui concerne les besoins de main-d'oeuvre, nous comptons sur l'action du ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous espérons pouvoir ainsi compter sur une planification de la main-d'oeuvre à long terme et sur une collaboration étroite avec les ministères, MSSS, MEQ et MESS, afin que les allocations des budgets de formation tiennent compte des besoins réels de formation. De plus, cette pratique faciliterait la planification et l'organisation de la formation et contribuerait à optimiser notre action d'une façon qualitative et quantitative. Aussi, l'implantation d'un diplôme d'études collégiales en formation initiale contribuerait grandement à régulariser l'offre et la demande de formation en soins préhospitaliers d'urgence, le recrutement de la clientèle, de même que le financement de la formation.

● (17 h 20) ●

L'article 18 concernant les responsabilités du directeur médical régional, l'alinéa 3° en particulier, nous interpelle: «S'assurer que soient fournis les services nécessaires à la formation continue et au maintien et à l'évaluation des compétences du personnel d'intervention.» Nous croyons que nous sommes concernés par l'offre de formation continue et potentiellement par l'évaluation des compétences.

En ce qui concerne les programmes de formation continue, nous avons déjà exprimé au point 2, relatif à l'article 6, alinéa 2°, la collaboration que nous pouvons apporter à l'offre des services de formation continue.

Par rapport à l'évaluation des compétences du personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence, nous croyons que, pour des raisons évoquées précédemment, à savoir nos compétences en pédagogie, notre expertise clinique et notre connaissance des programmes de formation initiale en lien avec les compétences des techniciens ambulanciers en pratique actuellement, nous sommes en mesure de travailler étroitement en collaboration avec les intervenants du

ministère de la Santé et des Services sociaux à l'évaluation des compétences du personnel clinique.

Nous avons noté que le premier paragraphe de l'article 40, définissant les rôles et responsabilités du premier répondant, est identique au premier paragraphe de l'article 66 définissant ceux du technicien ambulancier. Bien que les autres paragraphes des articles ci-haut mentionnés apportent des précisions, nous croyons qu'il y aurait avantage à les distinguer au regard de la professionnalisation de la fonction de technicienne et technicien ambulancier.

L'article 64, alinéa 1^o: «Avoir complété la formation collégiale initiale reconnue par le ministère de l'Éducation et réussi l'examen national.» En ce qui concerne la formation collégiale initiale, une des recommandations du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, le comité Dicaire, stipule que soit entreprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à compter d'avril 2001, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, une démarche conduisant à l'obtention d'un diplôme d'études collégiales.

Pour nous, il est évidemment très important de préciser ce qu'on entend par formation collégiale initiale. Notre position à cet égard est claire, nous proposons un programme qui conduit au Diplôme d'études collégiales comme formation initiale. C'est en raison de l'évolution de la profession que nous proposons l'instauration d'un programme d'études collégiales comme formation initiale pour agir comme technicienne et technicien ambulancier. D'ailleurs, à la lumière de l'évolution de la fonction de travail, nous avons fait la démonstration devant le comité Dicaire de la nécessité de revoir l'A.E.C. offerte actuellement et d'entreprendre l'élaboration d'un programme de D.E.C. À ce sujet, nous avons joint à ce mémoire celui que nous avons présenté au comité Dicaire, et, en page 9, vous allez trouver la liste des compétences que nous proposons qui devraient être ajoutées à l'A.E.C. actuelle. Il faut toutefois comprendre que l'A.E.C. doit également être maintenue comme formation initiale pour deux raisons principales: d'abord, pour assurer la formation initiale jusqu'à ce que le D.E.C. soit élaboré et implanté; et, deuxièmement, pour permettre à l'ensemble des techniciennes et techniciens ambulanciers qui ne détiennent pas d'A.E.C. de compléter une formation initiale reconnue pour l'exercice de la fonction.

En ce qui concerne l'examen national, quelle est la nature de cet examen? Et quelle sera l'implication de nos deux cégeps à cet égard? Nous tenons à préciser qu'à titre d'établissement de formation nous voulons nous impliquer dans la mise en place d'un tel examen. Nous souhaitons être partenaires dans l'élaboration des outils d'évaluation. Nous pensons aussi qu'il serait préférable que chacun des cégeps conserve la responsabilité de la passation des épreuves nationales pour ses étudiantes et ses étudiants. Cette épreuve pourrait servir d'examen national. Nous croyons aussi qu'un tel examen ne doit pas relever d'un employeur potentiel.

L'A.E.C. actuelle prévoit, elle aussi, une épreuve synthèse. Les programmes qui conduisent au Diplôme d'études collégiales comprennent aussi une épreuve synthèse de programme. Et cette épreuve synthèse de

programme, selon nous, devrait pouvoir servir d'examen national.

Une voix: ...

M. Juneau (Denis): Je me répète? Non. Il faut aussi savoir que le Règlement sur le régime d'études collégiales prévoit qu'un programme...

Une voix: ...

M. Juneau (Denis): Oui, oui, c'est ça, là, c'est ce que je viens de vous dire. Excusez.

Une voix: ...paragraphe.

M. Juneau (Denis): Enfin, il apparaît important de souligner ici que l'examen national ne doit pas remplacer la mesure de reconnaissance des acquis de formation pour les individus qui ont une formation initiale jugée équivalente à l'A.E.C. de 840 heures ou qui ont été formés à l'extérieur du Québec.

L'article 93 concernant la Corporation d'Urgences-santé, deuxième paragraphe: Sous réserve des pouvoirs accordés à une régie régionale par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Corporation exerce, sur son territoire, les fonctions dévolues à une régie régionale [...]. Elle peut également directement ou indirectement exercer des activités accessoires à celles prévues au premier alinéa, agir à titre d'expert [...] en matière d'organisation, de gestion ou de formation des acteurs de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence et valoriser [...] ou diffuser cette expertise au Québec et à l'extérieur.»

Devons-nous comprendre que la Corporation d'urgences-santé peut étendre son territoire à l'ensemble du Québec? Quel est le lien entre le territoire de la Corporation et, un peu plus loin dans le paragraphe, entre la diffusion de l'expertise au Québec? Quel est le rôle dévolu à la Corporation d'urgences-santé en matière de formation? Nous croyons qu'il est pertinent de spécifier le rôle d'expert de la Corporation d'urgences-santé afin que celle-ci n'interfère pas mais, bien, complète nos champs d'intervention respectifs.

En conclusion, notre démarche conjointe s'inscrit dans la volonté de consolider notre partenariat actuel avec le ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de soins préhospitaliers d'urgence. Nous sommes convaincus que l'efficacité des soins préhospitaliers d'urgence est intimement liée à la formation de ses principaux acteurs, soit les premiers répondants et les techniciennes et techniciens ambulanciers. Nous réitérons notre engagement et notre volonté à nous impliquer dans tous les projets qui concernent la formation et, particulièrement, à poursuivre en collaboration le développement de la formation initiale. Les standards de la formation collégiale conjugués avec notre expertise en soins préhospitaliers d'urgence assurent la qualité de nos actes de formation. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Juneau, pour la présentation de votre mémoire. Je cède maintenant la parole au ministre.

M. Legault: Oui. Mme la Présidente, d'abord vous allez me permettre de remercier Mme Morin, M. Morin, M. Bayard, M. Juneau. Ça me fait plaisir de revoir des représentants du merveilleux monde de l'éducation. Première question, concernant cette suggestion que vous nous faites de convertir l'A.E.C. en D.E.C. Bon, comme vous le savez, l'Attestation d'études collégiales qui existe actuellement, c'est 840 heures de formation, un diplôme d'études collégiales, là, on parle plus de 2 700 heures de formation. C'est un écart important. Bon, évidemment, il y a les cours de français, les cours de philosophie, d'éducation physique, et c'est une formation qui est plus générale. Mais je pense qu'on va tous convenir aussi — je ne peux pas éviter de revenir sur ce sujet-là — que ça amène des taux de diplomation qui sont moins élevés. On le sait que les taux de diplomation au D.E.C. sont autour de 50, 55 %. Ça veut dire que, là, actuellement, bon, on a à peu près 250 personnes par année qui rentrent chez vous, qui sortent chez vous. Si, demain matin, on avait des D.E.C., ça en prendrait à peu près le double, 500, pour en avoir 250. Mais est-ce que... Comment vous justifiez la nécessité d'avoir un D.E.C., là, donc d'augmenter de façon très importante le nombre d'heures de formation? Est-ce que vous ne craignez pas qu'en bout de ligne ce soit aussi difficile de produire à chaque année les 200 ou 250 personnes qu'il nous faut pour combler les besoins du système?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Juneau.

M. Juneau (Denis): Alors, on reconnaît la sensibilité du ministre à la question de la réussite et nous partageons cette préoccupation. D'abord, juste quelques chiffres: 840 heures, ça, c'est la formation de l'A.E.C. actuelle. Déjà, dans le mémoire qu'on avait déposé, un nombre supplémentaire de compétences doivent ou devront, à court terme, être ajoutées à l'A.E.C. actuelle. Alors, on va s'approcher, là, peut-être des 1 100, 1 200, 1 300 heures. Si on rajoute à ça 660 heures de formation générale, on va s'approcher des 2 000 heures.

Une des particularités des programmes techniques — et vous l'avez mentionné — les programmes de D.E.C. tournent, en formation technique, autour de 2 700 heures. Il n'est pas dit que c'est un dogme qui va rester inscrit pour l'éternité. Se pourrait-il qu'un jour les D.E.C. techniques, on en ait de deux ans, de deux ans et demi ou, éventuellement, de trois ans et demi ou de quatre ans? On sait que, dans le secteur de la santé particulièrement, il y a des pressions là-dessus. Donc, on s'approche tranquillement vers ça.

● (17 h 30) ●

J'invite M. Legault à jeter un coup d'oeil sur les taux de diplomation dans les programmes relatifs au secteur de la santé. Ils sont particulièrement plus élevés que dans d'autres secteurs. On peut expliquer ça d'abord par le fait qu'il existe une législation, une réglementation des ordres professionnels. Et l'exercice de la profession est conditionné d'abord par l'obtention du D.E.C. Alors, il y a une pression sociale pour que les jeunes qui s'inscrivent dans ces programmes-là obtiennent leur D.E.C.

Ensuite, on ne se le cachera pas, dans beaucoup de ces programmes-là... Je vous donne un exemple: au cégep de Sainte-Foy, cette année, en radiodiagnostic, 42 places, 340 demandes. Alors, il est clair que les gens que l'on recrute — c'est comme en médecine — les gens qu'on recrute ont le bagage, je dirais, intellectuel pour réussir les exigences.

Donc, sur la question de la réussite, je pense qu'il n'y aura pas là un obstacle qui nous semble insurmontable, mais il n'y a pas beaucoup de fonctions de travail ou de métiers actuellement de niveau formation technique supérieure qui ne demandent pas minimalement un diplôme d'études collégiales pour exercer cette profession-là; c'est comme ça qu'on explique ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, en complément, M. Morin.

M. Morin (Bernard): En complément, si vous voulez, M. le ministre. Au départ, ce qu'il faut comprendre, c'est que la demande d'un D.E.C. en soins préhospitaliers d'urgence est établie sur la base de la nécessité d'augmenter présentement les compétences au niveau de l'A.E.C. et d'augmenter de façon importante l'apport de certaines formations du domaine de la formation générale. Et là il faut comparer avec ce qui se passe ailleurs, soit au Canada ou aux États-Unis. Présentement, le développement technologique dans le domaine des soins préhospitaliers d'urgence — et là les spécialistes pourraient en parler beaucoup mieux que moi — exige que nous passions à un nombre d'heures beaucoup plus important au niveau de l'A.E.C. L'A.E.C. doit être révisée très rapidement. Donc, c'est non pas de 840 heures probablement dont on va parler de toute manière, mais probablement de 950 et peut-être de 1 000 heures de formation.

Et, dans le mémoire, les objets qui sont particulièrement ciblés comme devant faire l'objet d'un rehaussement de compétences, à part la formation générale, ça concerne l'anatomie, la physiologie, la physiopathologie, l'évaluation respiratoire, l'électrophysiologie, les arythmies, la pharmacovigilance, donc toute une série d'éléments qui présentement doivent être rehaussés en termes de compétences dans le programme actuel. Et, bien sûr ont été notées de façon importante des compétences de formation générale dans le domaine de la psychologie, de la sociologie, de la maîtrise de la langue, de la maîtrise de la langue seconde, tous des éléments qui présentement bien sûr ne font pas partie du programme d'A.E.C.

Donc, lorsqu'on fixe ce cumul à la fois des besoins et à la fois aussi... Et c'est important, puisque les élèves qui s'inscrivent dans ces programmes-là, comparativement au secteur de la santé ou dans le domaine des techniques policières, sont des élèves qui réussissent dans la plupart des cas à des taux de 80 à 90 %. Donc, la question de la réussite, encore une fois malgré la noblesse de vos préoccupations, M. le ministre, dans ces cas-là, dans ces secteurs-là, la question ne se pose pas du tout de la même manière.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Morin. M. le ministre.

M. Legault: J'aurais d'autres questions à vous poser, mais j'y reviendrai s'il reste du temps. Je voulais laisser ma collègue la députée de Crémazie, qui avait des questions à vous poser...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme la députée de Crémazie, vous avez la parole.

Mme Blanchet: Merci, Mme la Présidente. Merci, chers collègues. Alors, Mme Morin, MM. Morin, Juneau et Bayard, je salue les gens du collège Ahuntsic, collège qui est situé dans ma circonscription. Alors, vous me permettez de poser une petite question pour prêcher pour ma paroisse, comme on dit.

M. Morin, dans les notes que l'on avait avec notre collègue le ministre d'État, on nous dit que le collège Ahuntsic a travaillé à une étude avec... je ne sais pas si je peux dire «étude», en tout cas, vous avez regardé, étudié la question avec Urgences-santé, avec qui vous travaillez de concert pour la région de Montréal, de revoir un peu la formation. On nous dit qu'il y avait peut-être une étude sur un institut national de formation. Alors, je me demandais: S'il y a eu des travaux à ce sujet-là, est-ce que, effectivement, il y a des... en êtes-vous venus à des conclusions? Est-ce qu'il y a un document qui pourrait être transmis au Secrétariat de la commission pour être transmis aux membres de la commission? Alors, c'est un peu une petite question par rapport à ça, si, effectivement, il y a eu des travaux sur une question comme celle-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Morin.

M. Morin (Bernard): Oui, effectivement, il y a des travaux qui sont en cours avec Urgences-santé, en fait, l'objectif étant le suivant: c'est d'essayer d'établir un cadre de formation qui soit mieux adapté à tout le secteur paramédical. L'objectif de base est celui-là. Et ça rejoint ce que M. Juneau disait tout à l'heure, c'est d'avoir, avec notre partenaire qui, pour nous, est extrêmement important... Urgences-santé, c'est un partenaire prioritaire, majeur. Même si on couvre tout l'est du territoire québécois, en passant, ce qu'on travaille avec Urgences-santé ferait en sorte que l'ensemble des régions régionales de l'ouest du Québec seraient aussi concernées par ce projet-là. Malheureusement, il est trop tôt pour vous déposer quoi que ce soit, il n'y a aucun engagement de pris. Ce que nous explorons, c'est la possibilité de créer, oui, éventuellement, un centre intégré de formation pour répondre à nos besoins de formation dans le domaine paramédical, donc dans une formule qui pourrait aussi permettre de faire en sorte que la formation soit dispensée de façon intensive non pas sur trois années, mais on pense pouvoir le faire sur deux années en fonctionnant 12 mois par année dans le cadre d'un D.E.C.

Maintenant, cette initiative-là, si elle devait voir le jour — et, encore une fois, il est nettement trop tôt pour aller plus loin — si ça devait voir le jour, ce centre intégré de formation ferait en sorte de fonctionner sur la base du D.E.C. On ne peut pas créer un centre intégré de formation sur la base d'A.E.C. de formation continue. Il

faudrait qu'il y ait une régularité, au fond, du flux de clientèle par rapport à l'adéquation des besoins de formation, encore une fois, pour l'Ouest du Québec, parce que ça ne concerne que le territoire que nous occupons, parce que c'est bien clair, avec nos collègues, que le territoire de l'Est ne nous appartient pas, ça appartient au collège de Sainte-Foy. Donc, dans ce contexte-là, c'est lié au fait qu'il y ait un D.E.C. ou pas. Si jamais il n'y avait pas de D.E.C., à ce moment-là il n'y a pas d'intérêt, parce qu'on souhaiterait intégrer la formation continue aussi dans ce centre-là de manière à ce qu'on puisse maximiser aussi le potentiel des équipements et aussi dans les ressources humaines.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée, ça va?

Mme Blanchet: C'est beau, merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Legault: Bien, peut-être pour poursuivre dans le même ordre d'idées, s'il y avait — puis on n'a pas reçu votre projet jusqu'à présent, là — mais s'il y avait un institut national, ça aurait été peut-être... Je pense que les gens de Sainte-Foy sont peut-être moins d'accord. Mais ce que je voulais savoir... Déjà, on me dit parfois, là... Quand je me promenais dans les différentes régions du Québec comme ministre de l'Éducation, dans certaines régions éloignées, on me disait que c'est difficile, étant donné que toute la formation se fait à Ahuntsic, ça veut dire à Montréal, et à Sainte-Foy, donc à Québec, qu'ils avaient une certaine difficulté à retenir des étudiants qui allaient étudier à Québec ou à Montréal, de les ramener dans les régions, un peu le problème qu'on vit avec nos médecins. Comment vous suggéreriez, et que ça soit dans la situation actuelle puis, encore plus, dans la situation d'un institut national, comment vous suggéreriez qu'on travaille pour essayer justement de mettre en place les conditions pour que les étudiants, qui viennent dans vos deux cégeps, à Sainte-Foy ou à Ahuntsic, qu'on puisse les retourner dans leur région d'origine, qu'on soit capable justement de combler tous les postes de technicien ambulancier qu'on retrouve dans toutes les régions du Québec? Là, on me dit qu'il y a une petite problématique de ce côté-là. Est-ce que vous avez des solutions à proposer?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Juneau.

M. Juneau (Denis): Oui. Bon, il y a plusieurs moyens qui pourraient être utilisés. On peut mentionner... Comme on l'observe dans d'autres secteurs, il pourrait y avoir des primes de rétention offertes aux gens pour qu'ils retournent dans leur région. Je comprends la problématique. Moi, je voudrais vous sensibiliser sur le fait que, pour donner ce genre de programme là, ça prend des masses critiques d'étudiants. Si on pense à la Côte-Nord, puis on voudrait donner un programme de formation à Sept-Îles, ce n'est pas avec trois étudiants, là, à moins que le ministère ait des ressources qu'on ne connaît pas. Il faut créer des masses

critiques d'étudiants. Il faut avoir la main-d'oeuvre professorale et professionnelle, avec les compétences dont on a besoin, en nombre suffisant.

Alors, on fait actuellement du recrutement avec l'aide des régies régionales pour faire l'adéquation entre les besoins région par région et le quantum d'étudiants que l'on forme. Moi, je pense qu'il faut penser plus à des mesures, à des postes particuliers. Un poste à temps partiel à Sept-Îles, c'est sûrement moins attrayant qu'un poste à temps complet à Québec ou à Montréal. Alors, est-ce qu'il n'y a pas lieu de créer dans ces régions-là des conditions de travail qui vont faire qu'il va être intéressant pour ces jeunes-là de retourner travailler dans leur région? Ça peut être par des postes, des primes. Je ne sais pas s'il y a d'autres idées, là, qui...

M. Morin (Bernard): Non, il n'y a pas de solution magique.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Morin.

M. Morin (Bernard): Mais d'abord je veux rectifier peut-être quelque chose, là. On n'est pas en train de préparer la création d'un institut national. Je voulais décanter des choses. Et si telle chose devait exister éventuellement, moi, je suis convaincu, compte tenu de la problématique que vous soulevez, M. le ministre, qu'il faudrait s'assurer que la formation est répartie sur le territoire.

● (17 h 40) ●

Et ça, je pense que, comme le disait mon collègue, M. Juneau, il faut s'assurer qu'il y ait une masse critique. Ce sont des problèmes qui sont très coûteux. La masse critique au niveau des ressources humaines, la spécialité donc pour être capable de donner la formation, fait qu'il y a des activités, à notre avis, qui devront demeurer centralisées peut-être dans deux pôles, mais il n'y a rien qui empêche... Au contraire, c'est noté dans le mémoire, et d'ailleurs on a toujours soutenu qu'il était possible pour nos deux établissements également de faire en sorte qu'il y ait une partie, par exemple, de la formation qui puisse être dispensée soit dans des pôles régionaux ou encore par des moyens, bon, évidemment, qu'on connaît présentement. Il y a un développement à faire là, il y a de la recherche à faire là au plan pédagogique également. Mais, oui, peut-être que la meilleure façon de... On vit le même problème en technique policière, pour prendre un exemple, ou en médecine nucléaire où on est quelques collègues. Mais il faut comprendre que les masses critiques au niveau des équipements et des ressources humaines font que, de vouloir étendre la formation dans plusieurs établissements, ça fait en sorte que les coûts sont astronomiques et ça serait le cas, évidemment, en techniques ambulancières. Mais, il y a possibilité, soit par pôles régionaux, de faire en sorte qu'il y ait une partie de la formation qui soit dispensée peut-être en région ou encore que par d'autres moyens on puisse rejoindre, entre autres au niveau de la formation continue.

Mais, vous savez, bon, on n'a pas de solution miracle aux problématiques actuellement, évidemment, que vivent les régions dans beaucoup de secteurs malheureusement, là. C'est vrai en radio-oncologie, c'est

vrai dans tous les domaines où nous intervenons dans les techniques de la santé, les masses critiques évidemment ne sont pas là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. M. Juneau.

M. Juneau (Denis): Et j'ajouterais... Actuellement, en formation continue, on peut envisager, notamment sur l'aspect rehaussement des compétences, de la formation qui se donnerait en région. Il y a déjà eu le développement de projets de formation en ligne. Alors, si, éventuellement, on avait les ressources suffisantes pour mener à terme ce projet-là, c'est une façon qui nous permettrait de donner de la formation, de faire en sorte que la formation se retrouve, soit donnée dans les régions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Une question très courte, M. le ministre.

M. Legault: Ma question, je veux revenir au D.E.C. de tantôt, quand je vous demandais qu'est-ce que ça pourrait apporter de plus. Ce sur quoi j'aimerais vous entendre, c'est: Qu'est-ce que ça apporterait de plus sur le terrain? D'abord, avez-vous noté des lacunes dans la formation des techniciens ambulanciers actuellement? Puis qu'est-ce que ça apporterait de plus d'avoir un D.E.C.?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Morin.

Mme Morin (Hélène): Oui. Écoutez, par rapport à la formation, actuellement, c'est un programme de formation de 840 heures où il y a énormément de matière qu'on doit couvrir, énormément de contenu. Alors, les techniciens ambulanciers qu'on forme actuellement, ce sont des techniciens. On forme vraiment dans l'esprit que ce soit de bons techniciens.

Maintenant, avec l'évolution technologique et l'évolution des niveaux de soins... Tout à l'heure, j'écoutais les gens d'Urgences-santé qui parlaient des cinq médicaments. Évidemment, nous, on pense que la profession, la fonction de travail est en train d'évoluer et de devenir plus au niveau de cliniciens et non pas uniquement d'être des techniciens. Les gens sur la route auront à poser des jugements, à avoir beaucoup de jugement pratique, à prendre des décisions qui sont rapides. Ça va leur prendre énormément de jugement clinique aussi.

Alors, c'est par le biais des nouvelles technologies et par le biais des nouveaux niveaux de compétence qu'on pense que la formation devrait être allongée. Et on remarque aussi que les gens qui sortent des formations... La crainte qu'on a un petit peu, c'est que dans un avenir assez rapproché, avec l'évolution qu'on voit dans la pratique, ces gens-là aient de la difficulté à revenir en classe et à suivre tous les programmes de rehaussement de compétence ou de formation continue. Ce qu'on voudrait faire, c'est donner à ces gens-là une formation de base qui est un petit peu plus élargie et un petit peu plus... qui leur apporterait des connaissances un petit peu plus larges pour leur

permettre de revenir en formation continue et d'être capables d'acquérir rapidement des formations en rapport avec les nouveaux niveaux de soins ou de la nouvelle technologie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Morin. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui. Merci, Mme la Présidente. Merci, M. Morin, M. Bayard, M. Juneau et Mme Morin, pour votre présentation sur le travail du collège Ahuntsic et du cégep de Sainte-Foy.

M. Dicaire était d'accord avec votre recommandation aussi de faire une démarche conduisant à l'obtention d'un Diplôme d'études collégiales. Et vous répétez même notre expert, sa recommandation. Votre liste des nouvelles compétences est assez impressionnante aussi. Et quand j'ai eu des discussions avec les techniciens ambulanciers, ils sont confrontés de plus en plus avec des cas fort complexes, difficiles. Vous avez mentionné la violence, la question de déficiences, de limitations physiques, intellectuelles, etc. Avec ça, je pense qu'il y a certainement toute une logique à votre demande.

Le rapport Dicaire aussi a recommandé de hausser le nombre des finissants, le nombre des candidats à 240 candidats par année. Le besoin est quoi exactement, selon vous? Et il y a combien de candidats chaque année dans vos deux cégeps? Est-ce que vous pouvez... Est-ce que, effectivement, ça a été haussé depuis le dépôt du comité Dicaire?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Morin.

M. Morin (Bernard): Oui. Il faut comprendre, M. le député, que depuis les deux dernières années, plus particulièrement, on a été appelés, les deux collèges, à répondre à un besoin urgent de main-d'oeuvre dans le domaine des soins préhospitaliers d'urgence. Ce qui fait que le nombre de groupes, puisqu'on parle en nombre de groupes... Puis ce sont des A.E.C. donc financées à même les subventions du ministère et aussi d'Emploi-Québec, puisqu'on a été financé également par Emploi-Québec, pour certains groupes. Alors, les quantités d'élèves, de finissants, dont vous parlez actuellement, sont à peu près de cet ordre-là, de 250 par année.

Maintenant, il n'est pas dit que, d'une façon, dans une situation de croisière, où, disons, les départs à la retraite auraient été comblés, il n'est pas dit à ce moment-là que ça se maintiendrait à ce niveau, en termes de besoins, au niveau de l'ensemble du Québec. Ça pourrait peut-être diminuer un peu, et c'est là où on pourrait régulariser, entre autres, en ayant une entrée, aussi, régulariser dans le programme de formation, régulariser — comme on le fait dans tous les programmes des techniques de la santé qui ont des D.E.C., entre autres — donc, régulariser le flux, si on veut, des élèves qui entrent et des élèves qui sortent.

Mais présentement, oui, c'est un fait, depuis deux ou trois ans, nous disposons de subventions, oui. À Ahuntsic, cette année, c'est 10 groupes, 10 ou 11 groupes cette année. Ça a été le cas l'an passé. Quand on parle de 10 groupes, c'est une trentaine d'élèves, donc,

évidemment, on parle de 300 étudiants. Et, de ça, oui, probablement qu'il y en aura 250, 260 qui obtiendront leur diplôme. Alors, ça, c'est le quantum, actuellement, au collège Ahuntsic. Mais c'est un peu conjoncturel. Évidemment, l'adéquation formation—main-d'oeuvre pourra peut-être se stabiliser, d'ici quelques années, à 200 ou 250 diplômés par année, et là il y aura une régularité, si on veut, de départs et ensuite d'entrées, sur le marché du travail, dans ce secteur-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Parce que je me souviens, à quelques conversations que j'ai eues avec la direction d'Urgences-santé, ils ont dit qu'ils sont capables de prendre 100 % des finissants, de remplir leurs quarts de travail. Il y a, je pense, l'année passée ou l'année d'avant... Avec ça, je... Et ils ont vraiment eu une pénurie de nombre de candidats. Mais je voudrais mieux comprendre aussi les candidats viennent d'où. Il y a le programme standard, il y a un programme subventionné par Emploi-Québec aussi. Comment on divise le nombre des étudiants dans les deux programmes? Combien viennent de l'un, combien viennent de l'autre?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Juneau.

M. Juneau (Denis): Si j'ai bien compris, quelle est la répartition financée par le ministère de l'Éducation et Emploi-Québec?

M. Williams: Oui. Et combien d'étudiants?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Morin.

Mme Morin (Hélène): Merci. Dans la dernière année, il n'y a pas eu de programme financé, à Sainte-Foy, par Emploi-Québec. À Ahuntsic, je ne sais pas. Dans l'année antérieure, il y a eu un groupe de financé sur cinq groupes que nous avons formés.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Juneau, en complément de réponse?

M. Juneau (Denis): Je rappellerai au député de Nelligan que, avant le rapport de la commission Dicaire, nous formions un à deux groupes par année et que le financement de ces cohortes-là était toujours une épopée, à chaque année, le financement n'était jamais assuré. Je pense que le dépôt du rapport Dicaire a comme fait comprendre à des décideurs qu'il y avait là une problématique qu'il fallait régler. Et le ministère de l'Éducation a engagé des fonds dans nos deux établissements pour doter ceux-ci des équipements nécessaires pour que nous puissions, dans un premier temps, accueillir plus de cohortes et financer le fonctionnement de ces cohortes-là.

Tantôt, à Ahuntsic, on parlait de près de 300 étudiants, cette année; à Sainte-Foy, on parle de 125 étudiants. Tout ça est possible, d'une part, parce que le ministère de l'Éducation nous a permis d'acquérir les

équipements nécessaires, et, d'autre part, parce qu'à chaque année il finance ces cohortes-là. Et tant que le ministère va être capable de maintenir ces ressources financières là, les collèges vont être à même de pouvoir former la main-d'oeuvre. Et, s'il s'avérait que les études démontreraient qu'il y avait des besoins plus importants sur le marché du travail, nos deux établissements ont encore des marges de manœuvre pour être capables d'accueillir plus de clientèle.

● (17 h 50) ●

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Morin.

M. Morin (Bernard): Peut-être, si vous me permettez, la provenance de la clientèle. Dans le cas des groupes qui sont composés et financés par Emploi-Québec, ce sont des gens, évidemment, qui sont en réinsertion sur le marché du travail, donc sélectionnés par Emploi-Québec et non pas par les régies régionales ou encore les établissements. Donc, ils sont sur des programmes de réinsertion sur le marché du travail, de qualification pour entrer sur le marché du travail.

Évidemment, pour les groupes qui sont financés par le ministère de l'Éducation, dans ces cas-là, on établit les besoins avec les régies régionales et les gens sont sélectionnés sur la base, évidemment, de leurs compétences antérieures, de leurs diplômes antérieurs, un peu comme on le fait dans n'importe quelle Attestation d'études collégiales. Donc, ils respectent les conditions, au fond, d'admission qui sont prévues au Règlement sur le régime des études collégiales pour une Attestation d'études collégiales et ils nous sont référés, évidemment, souvent, ou ils sont référés ou mis sur les listes, évidemment, d'inscription par les régies régionales, ou encore eux-mêmes font une démarche d'inscription sur nos listes d'attente, puisqu'on a des listes d'attente assez importantes aussi dans ce secteur-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Est-ce que le niveau d'intégration au travail est le même pour les finissants, les étudiants finissants qui viennent du groupe sélectionné par Emploi-Québec et l'autre groupe?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Morin.

Mme Morin (Hélène): À Sainte-Foy — parce que je veux répondre pour mon collège; je vais laisser les gens d'Ahuntsic répondre pour eux — oui, le taux d'intégration au travail est le même. Et de la façon dont on fonctionne, c'est que, quand on a un groupe de 20 étudiants qui est financé par Emploi-Québec, on a une entente avec les gens d'Emploi-Québec. Nous, on sélectionne les étudiants sans tenir compte des règles d'Emploi-Québec, et, une fois que nos groupes de 20 étudiants sont acceptés, sont admis au collège, on demande à Emploi-Québec qui sont, parmi ces gens-là, les gens qui peuvent être financés par eux. Alors, je sais qu'il y a une certaine pensée populaire par rapport aux gens qui sont financés par Emploi-Québec, mais, en

procédant de cette façon-là et en répartissant les étudiants sur les différents groupes qu'on a, nous, on ne voit pas la différence.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Et pour l'autre collège?

M. Bayard (Pierre): Au collège Ahuntsic, la diplomation des...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Bayard.

M. Bayard (Pierre): Pardon. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous en prie.

M. Bayard (Pierre): Alors, au collègue Ahuntsic, le taux de diplomation est essentiellement le même pour les gens du ministère de l'Éducation et d'Emploi-Québec; et, aussi, au niveau de l'employabilité, c'est également la même chose, les gens sont très sollicités et se trouvent de l'emploi facilement.

M. Williams: Je suis très content que j'aie demandé la question et je suis tellement content de votre réponse, parce que, effectivement, on entend des choses, et le fait que le programme marche, tant mieux, parce que nous avons besoin de former le plus de techniciens possible, et, si les deux programmes marchent, on peut avoir plus de techniciens. Tant mieux!

Sur la question de la formation, vous avez aussi mentionné un peu quelques questions sur Urgences-santé, le pouvoir accru, le mandat accru d'Urgences-santé. Je présume — parce que je sais qu'il y a une bonne communication entre vous et eux... Avez-vous discuté de ça avec eux, selon leur définition, leur interprétation de l'article 93, qu'est-ce qu'ils pensent de quel rôle Urgences-santé va jouer dans la formation? Et est-ce qu'elle va entrer dans votre champ d'intervention? Avez-vous eu une chance de discuter de cette question avec Urgences-santé?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Juneau.

M. Juneau (Denis): Nous, le cégep de Sainte-Foy, on a pratiquement peu de contacts avec les gens d'Urgences-santé. Alors, il est clair qu'on est plus dans une situation où on ne voudrait pas que le projet de loi fasse en sorte que, tout à coup, un organisme national... Parce que, entre nos deux collèges — et c'est clair avec le MEQ, avec le MSSS — la clientèle qui vient de certaines régions est formée soit à Sainte-Foy, soit à Montréal, et on pense qu'on a là un équilibre qui satisfait bien tout le monde, et même les régions, et on ne voudrait pas que ça soit défait.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Morin, un complément?

M. Morin (Bernard): Non, nous n'avons pas discuté de cette question-là avec Urgences-santé. Moi, je comprenais par ailleurs que, déjà dans la charte constitutive d'Urgences-santé, ils ont déjà ce type de possibilité d'intervenir, Urgences-santé, avec qui on a des contacts un peu privilégiés. Il faut comprendre que, encore une fois, c'est une structure tout à fait particulière qui chapeaute toute la région du Montréal métropolitain. Donc, évidemment, c'est le bassin le plus important de formation et à la fois d'emplois, évidemment, dans le secteur des techniques ambulancières. Mais nous n'avons pas discuté de ça. Il y avait déjà, je pense, dans les dispositions créant Urgences-santé, donc la possibilité d'intervention de cette nature-là. Maintenant, nous n'avons pas discuté de ça.

Maintenant, encore une fois, il est clair, pour nous aussi — ce que Denis Juneau amène — qu'on ne souhaite pas qu'il y ait des interventions par-dessus, au niveau de la formation. Encore une fois, il faut bien comprendre que, de toute façon, Urgences-santé n'est pas un organisme d'éducation qui peut décerner des diplômes, accréditer la formation. Et ça, ça nous appartient et ça appartient au ministère de l'Éducation, et c'est bien évident que, ça, on veut à tout prix conserver cette prérogative-là et non pas qu'il y ait des organismes qui, que ce soit dans le domaine des techniques préhospitalières d'urgence ou dans d'autres domaines, viennent accréditer par une autre voie, puisque les garanties d'accréditation, les garanties de qualité de formation passent évidemment par l'expertise des établissements reconnus par le ministère de l'Éducation. Donc, pour nous, ça ne fait aucun doute.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste deux minutes, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup pour votre présentation, votre travail, l'excellence dans la formation et aussi les réponses à nos questions. Vous avez clarifié beaucoup de choses aujourd'hui. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, il ne me reste qu'à vous remercier, MM. Juneau, Morin, Bayard, de même que Mme Morin, pour votre participation à cette commission. Alors, j'ajourne les... Je suspends, pardon, les travaux de la commission jusqu'à 20 heures, ce soir, dans cette même salle.

(Suspension de la séance à 17 h 57)

(Reprise à 20 h 1)

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): ...va donc reprendre ses travaux. Je vous rappelle que nous allons poursuivre les consultations particulières sur le projet de loi n° 96, Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et modifiant diverses dispositions législatives.

Alors, l'ordre du jour de ce soir. Nous allons d'abord rencontrer l'Union des municipalités du Québec, l'Association des médecins d'urgence du Québec ainsi que l'Association des transporteurs médicaux du Québec.

Alors, je serais donc prête à accueillir l'Union des municipalités. Je vois que...

M. Williams: Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui. Il me semble que... Sans faire de commentaire ni jugement, je prends acte qu'il y a un remplacement de ministre au...

Une voix: ...

M. Williams: J'ai dit: Je ne fais pas de commentaire ni jugement. Mais ça prend quand même mon consentement.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Ah! Ça n'avait pas été annoncé lors de... Alors, est-ce qu'il y a consentement? M. le député de Nelligan, je comprends qu'il y a donc consentement?

M. Williams: Avant de donner mon consentement, je voudrais juste clarifier, Mme la Présidente, est-ce que le ministre délégué va aussi remplacer le ministre avec ses remarques finales, pendant les remarques finales?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui...

M. Bertrand (Portneuf): C'est bien le cas...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Un instant! Un instant, s'il vous plaît! Oui, M. le... C'est une question qui a été posée. Oui, M. le ministre délégué.

M. Bertrand (Portneuf): Oui, effectivement, M. le ministre d'État m'a transmis effectivement l'essentiel de ses remarques. Nous avions eu l'occasion de discuter de cette question préalablement, et je suis tout à fait à l'aise avec... Une communauté, disons, d'esprit et d'opinions sur cette question entre mon collègue et moi.

M. Williams: Merci, M. le ministre délégué, et je donne mon consentement.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui. On me dit d'ailleurs, M. le député de Nelligan, qu'il n'y a pas nécessité de consentement dans ce cas-là.

M. Williams: Pourquoi?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): On me rappelle qu'il y a déjà eu des décisions antérieurement, que, par solidarité effectivement le ministre d'État qui n'est pas présent peut se faire remplacer par son collègue, et il semble qu'il y a des décisions qui aient été rendues à cet effet. Alors...

M. Williams: Est-ce que le ministre peut... Est-ce que la secrétaire peut me donner ces décisions plus tard? J'ai donné mon consentement.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, on pourra vous les passer, M. le député de Nelligan, pour ne pas retarder nos travaux.

M. Williams: Non, ce n'est pas mon intention. Plus tard.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. Gagnon, je présume, ça me fait plaisir de vous accueillir à cette commission. Nous allons vous accorder maintenant la parole pour 15 minutes, et, par la suite, il y aura période d'échange avec les parlementaires de chaque côté de la chambre.

Union des municipalités du Québec (UMQ)

M. Gagnon (Bernard): Alors, merci, Mme la Présidente. Alors, M. le ministre, MM. les députés, aujourd'hui, je suis... Je me présente: Bernard Gagnon. Je suis président ex officio de l'Union des municipalités du Québec, maire de la ville de Saint-Basile-le-Grand en Montérégie, sur la Rive-Sud, et, également à cette époque, membre du comité Dicaire qui avait produit un rapport au niveau du gouvernement, je crois bien. Je suis accompagné ce soir par un permanent de l'Union des municipalités du Québec, M. Jean Langevin, qui est conseiller aux Politiques, chez nous.

Alors, je pense que vous avez reçu une copie de notre mémoire comme tel. Je ne voudrais pas en faire une lecture. Cependant, je vais tout simplement passer quelques commentaires, et puis on pourra passer à une période de questions par la suite, si vous n'y avez pas d'objections.

Alors, avec ses quelque 200 membres, vous le savez, comptant pour près de 6 millions de citoyens et gérant 90 % des budgets municipaux, l'Union des municipalités représente le monde municipal dans toute sa diversité. Son poids et sa légitimité, on le sait, lui permettent d'intervenir dans le débat public au nom de 80 % de la population du Québec. Elle appuie et supporte ses membres en intervenant en leur nom et en les tenant informés sur les développements de la scène municipale, en leur donnant la possibilité d'influencer ensemble le cours des décisions dans le meilleur intérêt des citoyens que nous représentons. Enfin, reflétant en cela l'évolution de la pensée et de l'action municipales des dernières années, l'Union mène à bien divers mandats de services auprès de ses membres, favorisant ainsi une saine gestion des deniers publics.

Avant de vous transmettre l'essentiel des recommandations que nous avons détaillées dans notre mémoire, dont vous avez obtenu copie, permettez-moi de vous rappeler que la contribution de l'Union à la réflexion sur la mise en place d'un système national d'urgence préhospitalière remonte aux travaux du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, présidé par M. André Dicaire, et au sein duquel je représentais non seulement l'Union des municipalités mais, je crois bien, l'ensemble des municipalités du Québec.

Je vous remercie donc encore une fois d'avoir inscrit l'Union sur la liste des organismes invités à commenter ce projet de loi. Qui plus est, la création d'une direction des services préhospitaliers d'urgence au ministère de la Santé et des Services sociaux et l'amorce des travaux du groupe de travail sur l'élaboration d'un protocole d'entente pour l'implantation des services de premiers répondants sont autant d'indices qui témoignent

de la volonté ministérielle d'aller de l'avant avec les recommandations du plan d'action à quatre volets du rapport Dicaire. Cette orientation gouvernementale, qui se concrétise par un ensemble de mesures et d'actions qui devraient s'échelonner sur une période de cinq ans, reçoit l'approbation de l'Union des municipalités quant aux objectifs retenus. Cependant, je me dois d'indiquer qu'à notre point de vue ce projet de loi là ne va pas assez loin. Il pourrait y avoir... et on va détailler ça un petit peu plus tard, au cours de notre présentation.

Étant particulièrement interpellés au niveau des premiers répondants et des centres d'appel 9-1-1 de la chaîne d'intervention préhospitalière, nous avons concentré les propos de notre mémoire autour de ces deux maillons. Les aspects touchant l'implication municipale sous l'angle de l'impartition des coûts et des responsabilités constituent les principaux points que nous aborderons dans quelques instants.

Mais, d'abord, j'aimerais vous faire un bref résumé de l'état de la situation des services préhospitaliers dans les municipalités et vous transmettre quelques commentaires sur le modèle préconisé par le gouvernement.

Un sondage effectué par l'Union auprès de nos membres, en décembre 2001, nous a révélé que, parmi les 118 municipalités qui ont répondu à notre questionnaire, 24 % comptaient un service de premiers répondants alors que, parmi les 76 % qui n'en possédaient pas, près du tiers avait envisagé d'implanter un tel service. Il faut dire qu'au moment de la rédaction du rapport Dicaire environ 90 à 95 municipalités avaient un service de premiers répondants représentant un peu plus de 120 municipalités au Québec.

La grande majorité des équipes de premiers répondants sont constituées de pompiers. Marginalement, ce sont des policiers, des citoyens, des employés municipaux autres que les pompiers. Pour une large part, les membres de l'Union ont assumé de leur propre chef de se doter ou non d'un service de premiers répondants. Certaines ont préféré ne pas le faire pour des raisons de proximité avec les services ambulanciers qui répondaient dans un délai très court et qui patrouillaient déjà le territoire, d'autres aussi pour des raisons plus économiques.

Je vous rappelle que le rapport Dicaire soulignait parmi les difficultés d'implantation des services de premiers répondants l'absence d'un programme de financement et l'absence d'un plan d'action dans la plupart des régies régionales. Et, dans ce sens-là, je ne crois pas que le projet de loi qui est devant nous ce soir va assez loin et je ne crois pas non plus qu'il répond à ces préoccupations globalement.

Dans le rapport Dicaire, on a voulu présenter l'installation obligatoire des services de premiers répondants avec un financement total pour l'ensemble des municipalités, tant au niveau des coûts d'exploitation que d'immobilisation, et c'était la façon d'assumer la responsabilité qui appartient au gouvernement et au ministère de la Santé et des Services sociaux, et, à cet égard-là, les municipalités auraient été imparties, puisqu'elles sont regroupées partout sur le territoire... elles sont dispersées partout sur le territoire du Québec et auraient été en mesure à ce moment-là d'assumer, aux frais de l'entité qui a la responsabilité, l'ensemble de la

prestation du service de premiers répondants pour le bénéfice des citoyens.

En ce qui a trait donc aux centres d'appel 9-1-1, voilà maintenant près de 10 ans que les municipalités québécoises les ont mis en place. Couvrant plus de 85 % de la population de la province, ce système fonctionne par des contrôles administratifs des municipalités et des associations municipales comme l'Union des municipalités et n'est aucunement financé par les gouvernements fédéral et provincial.

Dans le but d'améliorer la performance des centres d'appel 9-1-1, l'UMQ s'est jointe à l'Association des centres d'urgence 9-1-1 du Québec pour produire le guide de références destiné aux centres d'urgence 9-1-1 du Québec. Ce document contribuera à rehausser et à uniformiser les normes de pratique des centres. Par ailleurs, toujours en collaboration avec l'Association, l'UMQ amorce présentement une étude ayant pour objectif d'élaborer les scénarios d'optimisation de fonctionnement de ces centres. Les données recueillies et les constats du rapport Dicaire démontrent bien l'effort déjà fait par les municipalités dans les services de première ligne auprès de leur population.

• (20 h 10) •

L'UMQ ne contredit aucunement le rapport Dicaire sur les faiblesses et les manques énoncés. Nous croyons qu'il est fondamentalement nécessaire que le ministère assume la responsabilité qui découle de ses compétences en matière de sécurité et de santé publique. De ce fait, il importe qu'un système intégré à la grandeur du Québec, sur lequel les citoyens et citoyennes pourront compter partout, puisse voir le jour. Et, ces services, à notre humble point de vue, et comme l'a indiqué le rapport Dicaire, devraient être financés par le gouvernement.

Pour leur part, les municipalités doivent être préoccupées par l'atteinte d'un service d'intervention de meilleure qualité et aux meilleurs coûts possible. Cependant, compte tenu des sources de financement limitées qu'elles possèdent, elles doivent être soutenues par l'État québécois. Le ministère et les Régies régionales de la santé et des services sociaux peuvent compter sur la collaboration des municipalités dans l'établissement d'un service préhospitalier d'urgence à plusieurs échelons mais à la mesure de leur capacité et dans les limites de leurs responsabilités en matière de sécurité publique. La municipalité ne saurait en aucun temps, aucun temps, être substituée au gouvernement dans ses obligations de santé publique.

Le modèle de services préhospitaliers d'urgence proposé par le gouvernement du Québec est un système intégré, comprenant tous les maillons de la chaîne d'interventions. Le rapport Dicaire en a énormément parlé, également. Essentiellement, l'Union adopte la structure de ce modèle. Nous croyons que l'ensemble de ces maillons constitue un système à relais efficace pour répondre, en un temps minimum, aux besoins des citoyens en détresse.

Cependant, je dois vous dire que, selon le libellé des différents articles, on comprend bien que le fait d'établir... de rendre facultatif l'établissement de services de premiers répondants, même lorsque les régies auront indiqué que c'est nécessaire sur un territoire, constitue, dans cette chaîne-là, le maillon faible, nous en sommes

persuadés, et, à cet égard-là, rend difficilement applicable l'installation complète des services de premiers répondants sur l'ensemble du territoire québécois et donne, dans une certaine mesure, il faut le dire, aux municipalités, même si le gouvernement a dit, via ses régies, que l'installation de services de premiers répondants était nécessaire... donne finalement un droit de veto aux municipalités pour des raisons qui sont par ailleurs fondées ou qui pourraient par ailleurs être fondées, l'absence de fonds étant un exemple.

Alors, les propositions qui sont faites aujourd'hui, nous nous en rendons compte, voient une subvention très limitée au niveau des municipalités et donc font en sorte de rendre peu probable la décision municipale d'établir des services de premiers répondants. Donc, les services de premiers répondants qui devraient être un maillon fort, aussi fort que les autres, pourraient être un maillon faible, et, à ce moment-là, mettre en péril l'établissement de la chaîne de survie que le rapport Dicaire proposait.

Les éléments sur lesquels l'Union des municipalités du Québec est préoccupée sont plutôt ceux touchant les modèles d'interface entre ces chaînons, les limites de responsabilités de chacun et le financement. Il est primordial que l'échange d'informations circulant entre ces chaînons soient le plus fluide possible. Un protocole précis et déterminé devrait être établi pour qu'il assure à chacun des intervenants une compréhension claire de la tâche qu'il doit accomplir ainsi que son champ d'action, et ce, dans des laps de temps extrêmement courts.

Pour ce faire, l'Union réclame que les intervenants municipaux soient impliqués à toutes les étapes de l'élaboration de ces protocoles afin qu'ils puissent profiter d'une compréhension satisfaisante du fonctionnement et des enjeux qui les concernent. Il est important que la collaboration des municipalités soit reçue comme un apport essentiel, compte tenu du rôle premier qu'elles remplissent comme premiers répondants et comme responsables des centres d'appel 9-1-1.

Il est aussi entendu que l'implantation d'un service de premiers répondants sur le territoire d'une municipalité fera appel à la participation des services municipaux déjà existants. Majoritairement, les pompiers seront mis à contribution; dans certains cas, les policiers ou les citoyens seront aussi les appelés. Peu importe qui, du pompier ou du policier, formera l'équipe de premiers répondants, cette implication municipale comporte des conséquences financières, des répercussions sur le plan de relations de travail et de la responsabilité civile. Si, comme nous l'avons dit précédemment, certaines municipalités ont fait le choix, après réflexion, de ne pas se doter du service des premiers répondants, l'explication réside dans l'un de ces facteurs.

Financièrement et au chapitre des relations de travail, la présence permanente d'une brigade de premiers répondants engage des dépenses additionnelles en termes de rémunération du personnel, de formation et d'équipements de toutes sortes. L'UMQ maintient ce qu'elle a toujours demandé: un financement du ministère ou de la régie régionale pour couvrir totalement l'ensemble des coûts additionnels liés à l'implantation d'un service de premiers répondants. L'ajout de cette

responsabilité municipale pour une compétence gouvernementale qu'est la santé publique ne permet pas pour autant aux conseils municipaux de s'approprier de nouvelles sources de financement. Ainsi, le contribuable ne doit pas subir la diminution d'autres services municipaux existants au détriment de l'implantation d'un service gouvernemental parmi les effectifs municipaux.

Par ailleurs, l'Union des municipalités du Québec s'oppose à toute disposition et initiative qui aurait pour incidence de faire pression sur une municipalité pour qu'elle se dote d'un service de premiers répondants. Bien que l'approche gouvernementale implique une adhésion volontaire des municipalités, il n'en demeure pas moins que la désignation du territoire d'une municipalité, au plan stratégique triennal d'organisation de la région, exercera une influence sur le conseil municipal, sur la population et tous les intervenants.

À cet effet, le conseil d'administration de l'Union réitérait récemment sa position sur le financement d'un service de premiers répondants en favorisant une implication facultative et optionnelle d'un tel service, bien sûr, dans un cas à coût nul pour les municipalités qui choisiraient d'y adhérer, reflétant ainsi l'esprit du rapport Dicaire dans le respect des principes du pacte fiscal. Le projet de loi nous montre que cette approche... que l'approche est de dire le service sera facultatif, et les municipalités en absorberont la plus grande partie des coûts.

Le commentaire que je voulais mentionner est à l'effet que, si l'approche était différente, si l'approche visait l'établissement d'une véritable chaîne de survie, l'établissement de services de premiers répondants qui était financé à 100 % dans ses coûts d'exploitation et d'immobilisation, à ce moment-là les municipalités avaient déjà indiqué leur accord dans un tel contexte à une approche qui aurait visé l'ensemble du territoire sur une base obligatoire. L'approche qui est faite maintenant est différente. Elle est de dire: Ça sera facultatif et vous en paierez les coûts. Si l'objectif est de créer un service de premiers répondants et donc de donner la plus grande chance à la chaîne de survie de s'établir, c'est par le biais d'un financement, non pas par le biais de le rendre facultatif en en faisant assumer les coûts aux municipalités.

Alors, en conclusion — quelques pages à sauter — mais il y a encore beaucoup de pain sur la planche pour en arriver à la structuration et à la mise en place d'un système national de services préhospitaliers d'urgence. Cependant, les volontés exprimées par le ministre de la Santé et des Services sociaux laissent présager que la réalisation sera complétée d'ici quelques années. J'ose ajouter, à cet égard-là, au bon vouloir des municipalités dans un cas où effectivement il n'y aurait pas de financement sur la table, et c'est à se demander de quelle façon ou comment on pourrait se retrouver avec un service de premiers répondants qui n'existe pas partout sur le territoire du Québec de la même façon.

Pour donner un exemple, chez nous, nous avons le service des premiers répondants. S'il arrivait un accident, un accident ou un infarctus à quelqu'un qui se situe à l'extérieur du territoire, à quelques centaines de mètres où il n'y a pas de service de premiers répondants, on pourrait se retrouver dans une situation où toute la différence se retrouverait dans un cas en particulier,

parce qu'il y a eu une question de coût qui a été sur la table, à un moment donné.

Alors, ça dépend des objectifs qui sont poursuivis. Mais je pense que, si on veut avoir des services préhospitaliers d'urgence effectifs, efficaces, il faut que ça s'applique partout de la même façon sur l'ensemble du territoire québécois ou à tout le moins sur l'ensemble des territoires dont les régions auront indiqué que c'est nécessaire d'avoir un tel service de premiers répondants.

L'UMQ pense qu'il est souhaitable et opportun que les citoyennes et citoyens bénéficient d'un tel service. Cette intégration d'un ensemble d'intervenants apportera une efficacité de fonctionnement et contribuera à l'accroissement du sentiment de sécurité au sein de la population et même aussi — je pense que ça a été documenté dans le rapport Dicaire — une diminution des coûts aux établissements receveurs qui recevraient à ce moment-là des patients dans un état probablement plus stable et meilleur que s'il n'y avait pas eu d'intervention de premiers répondants.

Pour le succès de l'entreprise, la collaboration des gouvernements locaux est essentielle. Toutefois, elle ne saurait se faire sans un juste équilibre entre les affectations du personnel de la fonction publique municipale et les compensations budgétaires; je pense que c'est le noeud de la guerre. L'Union des municipalités du Québec continuera de participer aux travaux entrepris par le ministère et d'y apporter le poulx du monde municipal afin que les meilleures ententes soient conclues.

Alors, M. le ministre, Mme la Présidente, Mme, MM. les députés, l'essentiel des propos que l'on avait à vous livrer. Maintenant, on est prêts à recevoir, s'il y en avait, vos questions ou commentaires.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): D'accord. Merci, M. Gagnon. Nous allons donc entreprendre la période d'échange. M. le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux.

M. Bertrand (Portneuf): Merci, Mme la Présidente. J'aimerais souhaiter la bienvenue aux représentants de l'Union des municipalités, bien sûr, M. Gagnon, pour sa présence et sa contribution, de même que M. Langevin.

Vous comprendrez que, compte tenu du contenu de votre présentation, on va essayer de se concentrer sur la question, bien sûr, des premiers répondants et du déploiement d'une telle partie de la chaîne et également des conditions de déploiement, c'est-à-dire essentiellement du financement.

● (20 h 20) ●

Vous nous dites dans votre présentation — puis, si j'ai bien compris, je vous reformule, là, j'espère que je respecte bien votre pensée — que le milieu municipal que vous représentez ne veut pas se substituer au gouvernement ou au ministère en ce qui regarde l'organisation puis le financement des services de santé. Et vous auriez l'impression que, en partageant ou en assumant une partie du financement d'une telle ressource, c'est-à-dire les premiers répondants, vous êtes sur l'impression que vous financeriez, vous participeriez directement à l'organisation d'une partie des services de santé. C'est ce que j'ai compris de votre point.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui. M. Gagnon.

M. Gagnon (Bernard): Oui. Écoutez, ça dépend des objectifs qui sont poursuivis. Pour nous, les commentaires qui sont faits, ils sont faits dans le sens de dire: L'installation des services de premiers répondants est un maillon essentiel de la chaîne de survie, et, à cet égard-là, c'est une responsabilité qui incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux; donc, globalement, l'ensemble des coûts y afférents devrait être imputé au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les municipalités interviendraient, étant donné leur localisation. Elles sont situées partout sur le territoire du Québec, et ça nécessite une rapidité d'intervention à cet égard-là; donc, les premiers répondants obéiraient à cette règle-là. Les municipalités ne se verraient pas confier une nouvelle responsabilité mais seraient imparties à rendre un service financé par l'État. Oui...

M. Bertrand (Portneuf): Très bien. Donc, j'avais pas mal bien compris votre point. Je vais vous expliquer notre position là-dessus dans la perspective de voir s'il y a un bout où on peut se rejoindre.

En ce qui regarde premièrement notre conception du statut de ces services de premiers répondants là, de notre point de vue ils ne constituent pas un service de base de santé, au même titre que d'autres, comme par exemple, je ne sais pas, moi, le transport ambulancier, les techniciens ambulanciers, mais plutôt, à l'origine, un service que se sont donné certaine municipalités, au même titre par exemple que les services de pompiers, pour améliorer la réponse du système préhospitalier d'urgence. Bien sûr, on contribue de cette façon-là à le faire, tout comme quand, d'une certaine façon, on forme des pompiers pour faire leur travail et ils deviennent aussi premiers intervenants dans certaines circonstances, c'est une contribution implicite dans le même sens.

Alors, dans ce sens-là, ça ne fait pas partie des services de santé mais ça peut venir compléter effectivement une chaîne de façon fort pertinente. Et, d'autre part, notre observation, c'est... comme vous le mentionnez vous-même, 24 % de vos membres ont un service de premiers répondants. On a observé sur le terrain qu'un certain nombre de municipalités, spontanément, après réflexion, tenaient à se doter de ce genre de service. Et ça, on trouve ça tout à fait louable et respectable, et je pense que c'est faire preuve, je pense, d'un grand sens de répondre aux besoins de notre communauté au niveau local, au niveau municipal, tout comme on a observé d'autres initiatives dans certaines régions au niveau local, à un moment donné, que le gouvernement a voulu accompagner.

Je vais vous donner un exemple. Je comprends que toute comparaison, ça cloche tout le temps, tu sais, mais je veux simplement vous parler de ce qu'évoque pour moi la discussion qu'on a dans le moment. Quand on a observé dans l'Outaouais, de mémoire, que s'était organisé l'équivalent de ce qu'on connaît aujourd'hui un carrefour jeunesse-emploi, on a trouvé ça le fun, on a dit: Comme gouvernement, nous, ce serait peut-être intéressant d'implanter ça également dans d'autres régions

du Québec, O.K.? et on a discuté, on a mis de l'argent là-dedans et c'est devenu, avec la participation conjointe du milieu municipal puis du gouvernement, des outils fort intéressants aujourd'hui dans nos communautés où effectivement on contribue ensemble au financement de telles ressources parce qu'elles répondent à la fois aux objectifs du gouvernement et aux objectifs régionaux et locaux en termes de faciliter l'intégration des jeunes par exemple au marché du travail. Bon.

Alors, de la même façon, on est ici devant des services qui ont été développés dans un certain nombre de municipalités. On trouve ça intéressant et on dit: Bon, bien, nous, on est bien prêts à embarquer là-dedans, et, d'une certaine façon, à attacher à la chaîne dont on parle ce maillon-là. Dans ce sens-là, est-ce que vous ne trouvez pas raisonnable qu'on vous propose ce partenariat et qu'on accepte par exemple d'y participer en offrant un encadrement clinique, en assumant les coûts liés à cet encadrement, à la formation, à l'achat du matériel, aux services de communication, bref, de toute espèce de façons, mais que ce soit vraiment un partenariat entre la municipalité et le gouvernement, dans cette optique d'améliorer les services à nos concitoyens?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui. M. Gagnon.

M. Gagnon (Bernard): Oui. Écoutez, ce qui est exprimé, je comprends qu'on peut donner beaucoup, mais reste que les dépenses majeures à l'intérieur des services de premiers répondants ne sont pas couvertes par la loi qui est sous étude devant nous. Au contraire, c'est les municipalités qui doivent assumer la très grande majorité des dépenses liées à l'établissement d'un service de premiers répondants, et ça, ça ne nous apparaît pas normal dans un contexte où la responsabilité, la juridiction dans ce domaine-là appartient au gouvernement, au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Nous acceptons d'y participer, d'être impartis parce que nous sommes bien positionnés pour le faire. D'ailleurs, c'est pour ça qu'on nous suggère d'offrir tel service. Ce qu'on n'accepte pas, c'est tout simplement d'avoir à en assumer les coûts comme tels. Et, ce faisant, je vous dirais bien humblement que la voie de le rendre obligatoire en assumant les coûts est probablement une position qui respecte plus la nécessité de la bonification de la chaîne de survie que le fait de le rendre facultatif en nous faisant assumer les coûts, parce que je doute fort, dans un tel contexte, qu'on se retrouve, demain, avec 250, 300 services de premiers répondants dans un contexte où plus de 60, 70 %, si ce n'est pas 75 %, de la facture est assumé par l'ensemble des municipalités. C'est le commentaire que l'on vous fait.

Et, de surcroît, à la loi même, on voit que la régie doit déposer son plan stratégique triennal et identifier même, dans certaines sections, là où le service des premiers répondants serait nécessaire, mais c'est la municipalité qui, en dernier ressort, a la décision, finalement. Elle peut le rendre, elle n'est pas obligée de le faire comme tel. Alors, on se retrouve dans un contexte où on a identifié une nécessité, un besoin, le gouvernement l'a fait; la décision appartient à la municipalité parce qu'on n'a pas voulu indiquer ou

mettre sur la table le financement, et, le financement, je le rappelle, dans le rapport Dicaire, il avait été sommairement repris. On parlait d'une cinquantaine de millions au niveau des coûts d'exploitation, et je crois même qu'à l'intérieur de ce rapport-là on avait proposé des sources de financement de l'ensemble de cette activité-là, et c'est 50 millions à terme, hein? On avait fait une perspective sur cinq ans, et on commençait par huit millions — parce qu'on ne peut pas tout installer en même temps, même sur une base obligatoire — c'était 8 millions, 16 millions, et ça progressait jusqu'à une vitesse de croisière régulière d'une cinquantaine de millions, dont les sources de financement avaient été identifiées aussi.

Donc, c'est des sommes d'argent qui sont importantes, mais on ne parle pas de sommes d'argent significatives dans le contexte où on travaille à sauver des vies, et, effectivement, ça fait toute la différence du monde. Le service d'un premier répondant n'est pas nécessaire et utile dans chacune des interventions. Mais, dans certaines interventions, ce service-là, s'il n'est pas disponible, peut être fatal. Et, à cet égard-là, ce que l'on voit et ce qu'il y a sur la table maintenant nous montre qu'effectivement on risque de se retrouver dans une situation où les citoyens de différentes municipalités — où, effectivement, les régies auront établi que le service est nécessaire — certaines municipalités pourraient ne pas bénéficier d'un tel service, et là, nous y voyons un problème important que l'on souligne à votre attention.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux.

M. Bertrand (Portneuf): Bon. Je vais essayer de reformuler quelque chose pour être sûr de bien vous comprendre. Si je comprends bien, vous dites: Nonobstant... d'après ce que je peux comprendre de votre mémoire, là, où vous disiez à la page 12: «Le conseil d'administration de l'UMQ réitérait sa position sur le financement d'un service de premiers répondants en favorisant une implantation facultative et optionnelle d'un tel service, à coût nul pour les municipalités qui choisiraient d'y adhérer, reflétant ainsi l'esprit du rapport Dicaire.» Bon, etc.

Moi, je comprends, de ce que vous m'expliquez dans le moment, que vous dites: C'est l'une ou l'autre des deux choses suivantes: ou vous le rendez obligatoire et vous le financez — si je résume, là — ou vous le maintenez optionnel si vous n'acceptez pas de le financer. Est-ce que c'est ça?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Gagnon.

M. Gagnon (Bernard): Oui, c'est que... c'est parce que...

M. Bertrand (Portneuf): Ou si vous ne le financez pas au total, là.

M. Gagnon (Bernard): Oui, oui. C'est parce que c'est tout le contexte de la discussion, là.

● (20 h 30) ●

M. Bertrand (Portneuf): O.K.

M. Gagnon (Bernard): Lorsque l'Union s'est prononcée sur ça, on se prononçait, bien sûr, dans le contexte où le service de premiers répondants n'était pas remboursé, les coûts n'étaient pas remboursés. Donc, le conseil d'administration de l'Union a dit: Écoutez, dans un tel contexte, il faut que ce soit facultatif. Alors, c'est ça, le mémoire, qui vous est dit.

Mais ce que je vous dis aujourd'hui et ce qui avait été exprimé à l'époque au rapport Dicaire et même par le conseil d'administration était à l'effet que, dans un contexte où le service qui était proposé était un service obligatoire et financé à 100 %, ça représentait effectivement la position du conseil d'administration de l'Union. Et, à cet égard-là, bien sûr, dans un contexte où le projet de loi n° 96 nous montre que seulement une très infime partie des coûts sont remboursés, alors autant que le service soit facultatif. C'est ça, la différence entre les deux.

Mais, c'est le même point de vue, c'est le même commentaire. Je pense que, à partir du moment où on veut bien établir un service préhospitalier d'urgence — et, on pense et croit que la chaîne de survie qui est là est celle qui doit être retenue, les premiers répondants sont un élément majeur de cette chaîne de survie là — on doit donc travailler à obtenir, là où c'est nécessaire... Et là, la régie va devoir se pencher sur ça dans son programme triennal, là où c'est nécessaire, établir obligatoirement l'établissement de services de premiers répondants en finançant 100 % des coûts d'exploitation et d'immobilisation.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): O.K. Je terminerais là-dessus. Peut-être une dernière intervention au cas où certains de mes collègues voudraient intervenir. Je veux pousser encore un peu plus loin. Et vous me dites, là... C'est, moi, mon interprétation. Vous allez peut-être me dire: M. Bertrand, vous n'avez pas compris, mais enfin je déduis de ce que vous me dites que ce que vous dites au gouvernement, c'est: Si, vous autres, gouvernement, au ministère, vous trouvez que c'est une priorité puis que c'est indispensable ou essentiel, nous, on n'a pas d'objection à ce que ce soit étendu à l'ensemble du Québec, dans toutes les municipalités, mais vous allez le financer.

M. Gagnon (Bernard): C'est exact.

M. Bertrand (Portneuf): O.K. Est-ce que je dois conclure de ça que, à défaut, il ne serait pas nécessaire qu'il soit implanté partout, puisque ce serait sur une base volontaire, donc que vous n'estimez pas ce service-là indispensable?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Gagnon.

M. Gagnon (Bernard): C'est une responsabilité...

M. Bertrand (Portneuf): Parce que c'est la conclusion à laquelle j'arrive.

M. Gagnon (Bernard): Oui. Bien, écoutez, c'est parce que c'est une responsabilité qui appartient au gouvernement. Et, à cet égard-là, on en a fait également une présentation. Je pense que nous ne devons pas avoir cette responsabilité-là. On accepte d'être imparti, on accepte d'être choisi parce qu'on est installé partout au Québec comme tel et on croit que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit conserver et assumer cette responsabilité-là qui est un service préhospitalier d'urgence. Ça, c'est important.

Quant au reste, c'est une question de savoir est-ce qu'on veut avoir une couverture identique partout au Québec ou est-ce qu'on accepte de se retrouver dans des situations où, effectivement, même quand le besoin est vu et compris, on se retrouve dans une situation où on n'aurait pas le service. La responsabilité ne changera pas de mains. Par contre, le besoin serait connu, mais le service ne serait pas rendu. Alors, nous, nous croyons qu'on doit plus se trouver dans une situation où le service doit être rendu disponible là où c'est nécessaire en ayant le financement complet.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, merci. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Merci, M. Gagnon et M. Langevin, pour votre présentation de l'Union des municipalités du Québec. Je vais continuer un peu dans la même ligne de questionnement de bien saisir votre position, parce que je viens d'un secteur municipal où nous avons les premiers répondants, et c'est... Avec nos taxes municipales, nous avons décidé de créer un excellent service de premiers répondants à Beaconsfield, Kirkland, Pointe-Claire et nous avons, selon la loi municipale, décidé d'utiliser nos taxes municipales. C'est un choix que nous avons pris.

Maintenant, il y a un projet de loi. Et, sans entrer dans tout le débat de Dicaire, nous avons parlé d'une chaîne d'intervention et tous les discours qui disent: La chaîne n'est pas plus forte que le maillon le plus faible, et tout de suite... Et tout le monde a parlé: Un des maillons les plus importants — pas le seul — c'est les premiers répondants. Tout de suite, on arrive avec: Bon, ça va être volontaire ou non, financé ou pas financé.

Avec ça, il me semble que, même avant de commencer l'article par article, nous sommes en train de peut-être — comment je peux dire ça? — affaiblir la chaîne si on ne met pas un système panquébécois. C'est pourquoi je retourne encore — je pense que la question est assez importante — que, si on veut avoir un système panquébécois qui est peut-être... C'est un peu de services essentiels, un peu de santé publique, un peu municipal, il me semble que nous avons besoin d'un système qui peut financer ça, et je voudrais bien comprendre la position de l'UMQ sur ça. Selon vous, parce que déjà 25 %... À peu près 25, 24 % de vos membres ont les premiers répondants. Si la loi passe telle quelle, selon vous, est-ce que vous vous attendez à un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux pour ces services-là ou est-ce que c'est juste

pour les nouveaux services que les autres trois quarts doivent implanter?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Gagnon.

M. Gagnon (Bernard): Oui. Mais, simplement, je veux... En répondant à votre question, je vous dirais: Ce qui est important pour moi, c'est d'obtenir que l'on ait une chaîne de survie complète. Dans le contexte que l'on connaît maintenant, je ne vois pas comment on pourrait arriver à augmenter le nombre de services de premiers répondants. Oui, il y en a qui sont là. Chez nous, à Saint-Basile-le-Grand, nous sommes là depuis une dizaine d'années — 14 ans, même, je pense — en termes de services de premiers répondants et nous en assumons les coûts. Mais nous n'avons pas l'impression d'aucune façon que, avec le projet de loi tel qu'il est déposé, qu'on va assister à une prolifération des services de premiers répondants dans le contexte où très peu des dépenses inhérentes, tant en exploitation qu'en immobilisation, seront remboursées. Alors, ça, ça m'apparaît être un élément important aussi à retenir.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui, merci. Et, certainement, je suis d'accord qu'on doit protéger l'autonomie politique et financière des municipalités et je ne mets pas ça en doute, mais il me semble qu'ensemble on doit trouver une solution qui peut financer ça, parce que, après tout cet exercice et si on fait tous les amendements qui s'en viennent dans le projet de loi, et on ne met pas un système quasi panquébécois, il me semble que nous allons manquer une opportunité. Mais toujours en respectant l'autonomie municipale, et ce n'est pas toujours les exemples... Le ministre a parlé de la région de l'Outaouais, et ce n'est pas toujours les exemples des systèmes de premiers répondants 100 % payés par les régies régionales. Et il me semble qu'il n'y a pas beaucoup de municipalités, une affaire 100 % payée par la municipalité.

Mais, encore une fois, je m'excuse de cibler sur de l'argent ce soir, là, mais... Vous avez fait une mention dans votre mémoire de l'article 80. Ça m'inquiète beaucoup parce que le gouvernement peut fixer les tarifs selon le lieu de résidence, selon le type de service. Au moment qu'on parle sur les transports ambulanciers, le système que nous avons maintenant, c'est un prix pour tous, pour tout le monde, 125 \$ de base, c'est 1,75 \$ par kilomètre. Effectivement, si le transport est plus long, c'est plus cher, mais au moins il y a un système... pour tout le monde. Il me semble que, pour vos membres, il y a toute une possibilité ouverte dans l'article 80 qu'il peut y avoir une différence des tarifs, peut-être plus cher dans les régions, peut-être plus cher pour quelques services reçus. Je voudrais vous entendre sur ça, si vous avez une opinion. Et, je sais que vous en avez fait mention dans votre mémoire, je voudrais vous entendre sur ça, s'il vous plaît.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. Gagnon.

M. Gagnon (Bernard): Oui. Écoutez, on a posé une question dans notre mémoire relativement à cette question-là. «Fixer les tarifs», c'est bien large, on ne sait pas ce qui va être impliqué, ce qui va être inclus à l'intérieur de ça. «D'un véhicule des services préhospitaliers», lesquels sont visés? On n'a pas nécessairement... Ou indiquer des normes leur permettant de fixer ces tarifs, on ne connaît pas les normes non plus. Donc, on a même posé une question à l'intérieur de notre mémoire: Qu'est-ce à dire relativement, entre autres, à cette question-là? Alors, on n'est pas en mesure de vous répondre parce qu'on n'a pas suffisamment d'information, là, avec le projet de loi.

Une voix: Moi non plus.

M. Williams: Moi, non plus jusqu'à maintenant, mais je vais continuer à chercher l'information. Et, peut-être, je vais l'avoir.

Vous avez mentionné dans la page 14... Et merci pour avoir fait la mention, parce que ce n'est pas souvent qu'on parle des premiers intervenants aussi, et il n'y a pas beaucoup de groupes qui ont parlé de ça. Et vous avez, si j'ai bien compris, fait une offre de partenariat pour faire les programmes de formation des premiers répondants avec les régies. Est-ce que vous souhaitez que cette possibilité est encadrée dans la loi? Parce qu'il y a déjà une possibilité avec les régies de... Les régies doivent entrer en protocole avec les municipalités, et les municipalités peuvent entrer en entente avec les régies. Est-ce que vous souhaitez que ce concept de partenariat municipal en formation des premiers intervenants est aussi encadré dans la loi?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Gagnon.

• (20 h 40) •

M. Gagnon (Bernard): Ça, c'est... On retrouve ça au niveau de la loi comme telle qui nous est déposée, à l'article 7, là, les programmes s'adressant à la population et au réseau scolaire en tant que formation de premier intervenant, celui qui est sur les lieux d'un accident ou d'un événement comme tel, qu'il soit le plus outillé possible pour faire face à sa responsabilité civile globalement et tenter d'intervenir du mieux qu'il peut à la situation à laquelle il fait face. On a parlé de formation tant à l'école primaire, à la fin du deuxième cycle, au secondaire, rendre même la possibilité d'avoir des cours obligatoires en espèce de sécurité civile. Savoir outiller nos jeunes aujourd'hui par de la formation à répondre à des situations d'urgence, avoir de plus en plus de gens informés et formés pour réagir à des situations, je pense que c'est un élément qui est très important, fondamental. Et, bien sûr, de s'assurer que cette personne-là, en intervenant en bon samaritain, n'engage pas sa responsabilité non plus, ça, c'est un élément qui est aussi fondamental. Mais développer le réflexe de l'aide civile, je pense que c'est fondamental. À notre point de vue, c'est adressé à l'intérieur du projet de loi. Je pense que les régies sont sensibilisées à ça, et c'est de se rendre de plus en plus efficace dans l'intervention.

Et, imaginez-vous, on retrouve ça pour les citoyens parce qu'ils risquent d'être le plus près d'un cas

particulier. Imaginez-vous que c'est doublement important d'avoir aussi des premiers répondants partout pour avoir un niveau supérieur d'intervention, encore plus rapide que les services préhospitaliers d'urgence. Souvent, des fois, ça peut même sauver des coûts dans certaines mesures de soins futurs qui ne seront pas nécessaires parce que l'intervention aura été correctement faite. Et, dans certains cas, ça peut sauver des vies aussi comme tel. Alors, si on donne toute cette importance-là à la formation au primaire comme au secondaire, comme au cégep aussi pour maintenir ces connaissances à jour là partout, même, on devrait le faire dans les milieux de travail aussi, dans une certaine mesure, maintenir ces gens-là. Parce que ce n'est pas des techniques qu'on utilise tout le temps, donc il faut être capable d'avoir toujours le réflexe bien aiguisé. Donc, il y a un contexte de société qui se doit de former très régulièrement le plus de personnes possible à ces situations-là. Il en va de la vie de plusieurs de nos concitoyens et concitoyennes.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui, merci. Dans votre mémoire, vous avez parlé de... La grande majorité des équipes de premiers répondants sont constituées des pompiers, mais aussi il y a les policiers, des groupes de citoyens, même les employés municipaux. Avez-vous eu la chance de faire une évaluation sur l'efficacité ou la différence entre les services ou est-ce que... Dans une ville on peut avoir les quatre ou est-ce que vous avez... Avez-vous... Ce niveau pratique, est-ce qu'on doit avoir un service? Est-ce qu'on peut utiliser la police, les pompiers, les employés municipaux ou est-ce qu'on doit avoir juste un? Avez-vous quelques commentaires?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Gagnon.

M. Gagnon (Bernard): L'important, c'est le service des premiers répondants bien sûr. C'est d'avoir des gens disponibles sept jours par semaine, 24 heures par jour, 365 jours par année. Ça, c'est le premier élément. Donc, des indicateurs à voir, c'est ceux-là. La formation également donnée et le maintien à jour de la formation à donner aussi sont d'autres indicateurs qui peuvent être suivis. Mais de travaux de comparaison entre une municipalité plutôt que l'autre, là je ne crois pas que, nous, à l'Union, sur l'efficacité, on aurait ça. Mais plus par des objectifs de présence, des objectifs de communication facilement rejoignable, bien sûr, hein, c'est des services d'urgence. Former, mise à jour des formations également sont des éléments qui sont importants.

Je pense qu'à cet égard-là les régies jouent un rôle aussi. Ce n'est pas n'importe qui qui peut agir comme premier répondant. Puis ils se doivent d'avoir des services qui sont bien composés, bien installés, 24 heures sur 24, sept jours par semaine, 365 jours par année, bien formés et un maintien à jour de ces formations-là aussi, et aussi jouer un rôle d'intervenant qui ne devrait pas être celui de remplacer les techniciens ambulanciers. Je pense qu'on convient qu'il y a une

opération qui doit se faire en stabilisation, le plus possible, des personnes pour laisser les professionnels, intervenants futurs, techniciens ambulanciers faire leur travail comme tel pour effectivement apporter le patient le plus rapidement possible au centre receveur qui verra, lui, à donner tous les traitements nécessaires et pertinents.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député de Nelligan, il reste quelques minutes.

M. Williams: Oui, merci. Vous avez, dans votre mémoire, page 7, parlé: «Depuis près de 10 ans, les municipalités québécoises ont mis en place des centres d'appel 9-1-1.» Aucun financement des gouvernements provincial ni fédéral — page 7 — et «ce système fonctionne par des contrôles administratifs des municipalités et des associations municipales comme l'UMQ». Est-ce que, selon vous, avec les centres de communication santé et les nouvelles exigences de la loi n° 96, vous allez perdre le contrôle de ces centres? Et ça va être quoi, l'impact?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Gagnon.

M. Gagnon (Bernard): Oui. Si nous avions effectivement des centres de communication santé où l'ensemble des appels liés à la santé pourraient être basculés du 9-1-1 à ce centre-là, il y aurait certainement un travail de sélection ou de présélection qui pourrait être fait par ces centres de santé là comme tels, voir l'état du patient, quelle aide il a besoin. Et, dans plusieurs, cas on peut se rendre rapidement compte que le service des premiers répondants ne sera pas nécessaire. Une jambe brisée, un bras brisé, même si ça fait mal puis la position est précaire, il n'y a pas nécessité nécessairement d'avoir une présence de premiers répondants. Un technicien ambulancier serait suffisant.

Maintenant, là où il n'y a pas de centre de communication santé, c'est sûr que les services de premiers répondants qui existent interviennent tous azimuts, hein, pour à peu près tout comme tel. Donc, dans un contexte où il y aurait un centre de communication santé réparti sur cinq, six ou sept régions au Québec, dans les municipalités qui offrent déjà le service, on peut facilement comprendre qu'ils vont réduire leurs sorties peut-être de 25, 30 %, 40 % même dans certains cas, parce que le service de premiers répondants n'est pas toujours nécessaire. Alors, oui, ça peut avoir un impact important. Et il faut savoir que ce centre-là pourrait adresser la compétence nécessaire auprès du patient lorsqu'il est appelé, et ça ne veut pas dire que les premiers répondants seront là tout le temps.

M. Williams: Dernière petite question.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): 30 secondes, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Même pas. Est-ce que l'Union des municipalités du Québec, elle a des commentaires sur les regroupements des régions pour les centres de

communication santé? Parce qu'il y a tout un regroupement, et, encore une fois, je voudrais vous entendre sur l'impact sur la qualité de service chez vous.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, très rapidement, s'il vous plaît, M. Gagnon.

M. Gagnon (Bernard): Oui. Écoutez, il y en a trois actuellement sur le territoire québécois. Je pense qu'il faut avoir des centres qui sont efficaces. Je pense que le rapport Dicaire avait fait les bases minimales du nombre de personnes requis dans chacune des régions pour être capable, aux moindres coûts possibles, d'établir des centres de communication santé comme tels. On est arrivé à cinq, six ou sept. À cet égard-là, c'est à peu près le seul commentaire que je peux mentionner. Mais l'absence de ces centres-là dans plusieurs régions, maintenant, engendre des coûts, à mon point de vue, additionnels aux municipalités qui ont des services de premiers répondants sans avoir de ces centres de services santé là, puisqu'ils interviennent à chacun des appels.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. Gagnon, M. Langevin, au nom des membres de cette commission, je vous remercie pour la participation que vous avez apportée à nos travaux.

J'inviterais immédiatement l'Association des médecins d'urgence du Québec à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): ...représentants de l'Association des médecins d'urgence du Québec de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

● (20 h 50) ●

Alors, Dr Julien Poitras, qui est président de l'Association des médecins d'urgence du Québec, nous vous souhaitons la bienvenue, de même que les gens qui vous accompagnent. J'apprécierais si vous puissiez nous faire connaître le nom des personnes qui vous accompagnent pour les fins de l'enregistrement de nos travaux. Et puis nous vous allouons 15 minutes pour la présentation de votre mémoire. Alors, je vous cède la parole.

Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ)

M. Poitras (Julien): Merci. Alors, les personnes qui m'accompagnent sont Joanne Laperrière, directrice générale, à ma droite, et le Dr Marie-Claire Baby, qui est secrétaire-trésorière de l'Association, qui est un petit peu plus loin, à ma droite.

Alors, je vous remercie, M. le ministre, Mme la Présidente, Mmes et MM. de la commission d'accueillir l'Association des médecins d'urgence au sujet de la loi n° 96. Alors, il nous fait grand plaisir de venir vous présenter ce mémoire, et la présentation de ce mémoire va suivre à peu près la structure interne du mémoire.

Nous allons d'abord commencer par une mise en situation, une mise en situation qui va peut-être sembler farfelue, mais qui, en fait, est relativement fidèle à ce

qui se passe dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec actuellement. Alors, cette mise en situation va ainsi. Vous êtes un citoyen qui circulez sur une autoroute du Québec en voyage d'affaires. Vous êtes témoin d'un accident de la route et immobilisez votre véhicule sur le bord de la route, et vous saisissez votre téléphone cellulaire, et vous faites le 9-1-1. À ce moment, une standardiste de Montréal vous répond et vous demande à quel endroit vous vous situez. Alors, comme tout bon Québécois, vous ne savez pas trop où vous êtes, vous êtes entre la ville X et la ville Y et vous n'en savez pas tellement plus. Alors, la téléphoniste vous relaie au service 9-1-1 de la police municipale de la ville X qui, en demandant plus d'informations, précise que vous n'êtes pas au bon service 9-1-1, qui, donc, à ce moment-là, vous relaie à un autre service 9-1-1 qui est celui-là de la ville Y et, finalement, vous dit: Oui, on va vous envoyer un policier, celui-ci va venir valider les besoins que vous avez sur place vis-à-vis d'une intervention santé.

Cependant, vous avez déjà autre chose à faire, il y a une des victimes qui vous appelle à l'aide parce que sa copine ne respire plus. Alors, vous vous approchez, mais, comme de nombreux Québécois également, vous ne connaissez rien aux manœuvres de réanimation cardiorespiratoire. Vous avez entendu même dire qu'il était dangereux de bouger quelqu'un qui vient d'avoir un accident, alors vous vous abstenez de toute intervention, vous attendez les secours.

Quelques minutes plus tard, il y a un policier qui arrive. Alors, ce policier a décidé, en chemin, d'aviser la compagnie d'ambulances A qu'il croyait la plus proche. Il vous fait mention cependant qu'il vient juste de croiser une autre ambulance qui circulait en sens inverse. Il présume que c'est une ambulance de la compagnie B qui revient à vide de l'hôpital Z à quelques milles d'ici. Et, comme ce n'est pas une ambulance de la compagnie qu'il a avisée, alors les techniciens ambulanciers n'avaient aucune façon de savoir qu'il y avait un accident qui venait de se produire à proximité. Alors, ils retournent vers leur point de services.

Vous mentionnez au policier qu'un des passagers agonise, il vous avoue bien humblement ne pas avoir été formé en réanimation cardiorespiratoire ni en urgence médicale et qu'il préfère attendre les ambulanciers. Vous demandez s'il y a des premiers répondants qui vont arriver avant les techniciens ambulanciers — vous avez lu récemment un article sur ces intervenants — le policier mentionne que les municipalités du coin n'ont pas de premiers répondants faute de s'être entendues et de budget.

Malheureusement, ce n'est que 10 minutes plus tard que l'ambulance arrive finalement. Les techniciens descendent en hâte et s'excusent du retard. Il y a habituellement trois ambulances dans ce coin-là, mais il y a une qui est en train de faire un retour vers un foyer d'une personne âgée qui a des problèmes de mobilité puis il y en a une autre qui est en route vers Montréal pour un transfert d'un grand brûlé qui va durer à peu près huit heures. Alors, c'étaient les seuls techniciens ambulanciers, puis ils étaient en train de terminer un transport.

Alors, lorsque les techniciens ambulanciers prennent connaissance de la scène, les bras leur tombent

parce qu'ils se retrouvent devant quatre blessés majeurs, alors qu'on leur avait parlé seulement de besoin d'une seule ambulance. Alors, le policier n'avait pas identifié initialement qu'il y avait autant de blessés, et il y a deux, trois peut-être blessés qui se sont réfugiés initialement dans les autos des passants, puis là, bien, ils viennent de sortir puis se plaindre d'une lourdeur thoracique puis d'une douleur cervicale, etc. Alors, les techniciens ne pourront pas s'occuper de tout ce monde-là. Ils doivent appeler des renforts, ce qui va encore prendre plusieurs minutes. Le patient qui était en difficulté n'a plus de pouls. Alors, ils commencent les manœuvres de réanimation, mais les délais font douter, bien entendu, pour sa survie.

La consigne du propriétaire de compagnie, dans cette situation-là, est d'attendre une deuxième ambulance, de ne pas laisser la scène. Eux autres sont un petit peu déchirés, parce qu'ils se disent que les chances du patient seraient meilleures s'ils partaient immédiatement avec lui. Et ils aimeraient également communiquer avec un des médecins de l'hôpital Z pour demander assistance et pour lui demander, là, qu'est-ce qu'ils devraient faire, mais ils n'ont aucun moyen de communication pour faire ça, puis, de toute façon, les médecins, là-bas, ne sont pas très ouverts à ces communications-là.

Finalement, les choses se règlent. L'ambulance arrive, les patients sont transportés, amenés à l'urgence de l'hôpital Z. Les techniciens ambulanciers se présentent avec des patients qui sont très malades dans un vrai capharnaüm parce que, comme dans bien des urgences du Québec, l'urgence est débordée, il y a des corridors partout. La salle de réanimation est déjà prise à moitié parce qu'il y a un patient qui est là en train d'être thrombolysé. Et, comme la région ne dispose pas de centre de communication ni d'un système de communication directement avec l'hôpital, ils n'ont pas pu aviser non plus le personnel de l'unité d'urgence qu'ils arrivaient avec quatre traumatisés majeurs.

Alors, les techniciens ambulanciers sèment le désarroi dans l'unité d'urgence. On place tant bien que mal les patients, parfois dans les corridors. Le personnel est très frustré et très agressif vis-à-vis le personnel ambulancier qui vient d'amener une surcharge de travail importante. Personne n'est intéressé à écouter vraiment ce que les techniciens ont à leur dire concernant l'histoire des patients. Les techniciens ont de la misère à récupérer leur matériel, dont les matelas immobilisateurs, parce que le personnel est trop occupé à faire autre chose. Pendant ce temps-là, les techniciens espèrent qu'il n'y aura pas d'autres appels urgents dans leur territoire parce qu'ils sont immobilisés à l'hôpital et doivent attendre leur matériel.

Et, bon, finalement, ils récupèrent peut-être leur matériel, après 30, 45 minutes et les techniciens ambulanciers décident, bon, finalement, de quitter l'urgence, de se remettre en disponibilité. Déjà, ils ont d'autres appels qui ont été placés dans leur zone. En partant de l'unité d'urgence, ils rencontrent également deux autres de leurs collègues techniciens ambulanciers qui appartiennent à la compagnie qui s'occupe de la zone de l'hôpital. Cette compagnie-là a été sollicitée parce qu'un des traumatisés doit être transféré vers le centre tertiaire, et ils se disent: Bon, ça aurait été peut-être plus facile de ne pas défaire toutes les immobilisations puis

d'embarquer nous-mêmes ce traumatisé, puis de le transférer nous-mêmes pendant que l'ambulance qui est près du centre hospitalier aurait couvert notre territoire. Mais ce sont des choses qui ne se font pas dans cette région-là.

Alors, c'est une mise en situation qui peut paraître abracadabrante et une suite d'événements déplorables et d'incongruités. Cependant, c'est le lot de ce qui est vécu par bien des intervenants en préhospitalier, bien des intervenants également dans les unités d'urgence du Québec. Ça décrit des carences majeures dans le système, des carences qui ont été décrites plusieurs fois dans le passé et que le projet de loi tente en partie, à notre avis, de corriger.

La mission de l'Association des médecins d'urgence du Québec, c'est de promouvoir une médecine d'urgence de qualité afin de contribuer à l'amélioration de la santé de la population. Un des objets de l'Association, c'est de favoriser le développement et l'amélioration de la médecine d'urgence en milieu hospitalier et préhospitalier au Québec.

Donc, l'Association est fortement intéressée par le développement du système préhospitalier. Et, comme vous vous en doutez, la plupart des patients qui sont pris en charge par le système préhospitalier aboutissent à un moment donné ou à un autre dans une urgence. À cet effet-là, il est extrêmement important pour les médecins d'urgence que les patients qui sont pris en charge en préhospitalier le soient de façon adéquate, le soient de façon optimale et que les patients arrivent à l'urgence dans le meilleur état possible pour que, nous, on puisse continuer à ce moment-là l'administration de soins et faire en sorte que l'issue du patient soit la plus favorable possible.

À cet égard, dans de nombreux documents, l'Association avait fait la promotion d'une direction nationale administrative et médicale forte ainsi que d'une véritable direction médicale régionale. Nous avons encouragé la notion de coordination régionale à travers les centrales de communication. Nous avons encouragé le développement et l'intégration de la chaîne préhospitalière et nous avons prôné également un développement concerté et fondé sur les preuves scientifiques des pratiques et des interventions qui sont commises en préhospitalier. Seulement dans ces conditions, à notre avis, pouvons-nous avoir un système pleinement fonctionnel en préhospitalier.

Et, à cet égard-là, nous présentons donc ce mémoire pour venir en appui au projet de loi qui est présenté, puisque, à notre avis, il répond aux carences majeures du système préhospitalier québécois. Et il est à mentionner également que l'Association des hôpitaux du Québec appuie le mémoire qui est déposé ce soir par l'Association des médecins d'urgence du Québec.

Notre discours va principalement se diviser en trois parties. La première partie couvre les points qui, à notre avis, sont répondus de façon très positive et quasi complète par le projet de loi. Ce sont des carences majeures qui ont été déjà identifiées dans le système préhospitalier québécois et qui sont abordées de façon franche et de façon très adéquate par le projet de loi. Ces éléments-là principaux sont d'abord au niveau des rôles et responsabilités au niveau national, la création, en termes de planification et de vision globale, de rôles

qui sont clairement établis quant au ministre, quant au directeur médical national. Ces rôles touchent à la formation des intervenants, aux systèmes d'information, à la recherche et à l'éducation et sont, à notre avis, primordiaux. Et nous croyons particulièrement qu'il est essentiel que de grandes orientations nationales touchant à la qualité des soins soient générées par la direction nationale et qu'une autorité clinique soit clairement définie et exercée également avec discernement.

Quant aux rôles et responsabilités de niveau régional, le chapitre III, à la section I, donne à la régie régionale des pouvoirs réels quant à l'organisation des services préhospitaliers d'urgence sur son territoire ainsi que des moyens d'intervention en cas de non-respect de l'entente contractuelle avec les fournisseurs des services ambulanciers, une chose que l'Association approuve.

● (21 heures) ●

Également, dans la section II de ce même chapitre, on institue une véritable direction médicale des services préhospitaliers d'urgence régionale dans chacune des régions avec les responsabilités et l'autorité conséquentes, une demande qui a été mainte fois formulée par l'Association des médecins d'urgence. Nous sommes d'avis, cependant, que le rôle et l'autorité de ce directeur auraient pu être possiblement définis plus précisément, mais particulièrement également la manière dont ce directeur s'intègre à la structure de la régie régionale. L'Association croit que le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence devrait avoir le même statut, par exemple, qu'un directeur de santé publique. Notons toutefois au passage, comme nous le mentionne l'Association des hôpitaux du Québec, que l'implication de plus en plus importante de médecins cliniciens dans des tâches essentielles du côté médico-administratif complique, dans la réalité, les pénuries d'effectifs médicaux. On sait que le nombre de médecins d'urgence dans chaque région est déjà un problème, et il faut donc dès maintenant tenir compte de cette problématique dans la planification des effectifs médicaux au Québec.

Dans la section suivante, le ministre établit bien l'importance des centres de communication santé, qui sont, à notre avis, la pierre angulaire des services préhospitaliers d'urgence, leur centre nerveux, qui permet de coordonner les activités et d'établir des couvertures de zones, de pallier à l'imprévisible et même de rendre le système plus intelligent. Ces dispositions vont permettre vraiment aux services préhospitaliers d'urgence de s'actualiser, et de fixer des objectifs de performance, et d'assurer le suivi nécessaire à cet égard.

Quant aux rôles et responsabilités de niveau local, l'importance des premiers répondants est, quant à elle, bien établie au chapitre IV. Les régions rurales vont savoir particulièrement profiter et bénéficier du déploiement à grande échelle de ces intervenants. Nous croyons par ailleurs que les systèmes d'assurance qualité mis en place par la direction médicale régionale sont les meilleures garanties d'une qualité de soins optimale. À cet égard, les pénalités financières qui sont présentées dans le projet de loi pour les premiers répondants en cas de non-application de leur protocole d'intervention clinique, à notre avis, pourraient peut-être être superflues en ce qu'elles pourraient démotiver ou empêcher le

recrutement de plusieurs de ces intervenants qui sont souvent bénévoles.

Le rôle des techniciens ambulanciers est, quant à lui, précisé à la section IV avec des objectifs clairs et des mécanismes bien définis afin d'assurer une qualité optimale. On rejoint à cet égard la notion de substitut où le technicien ambulancier agit en lieu et foi du directeur médical, où il est un peu l'extension de l'intervention médicale en préhospitalier, une notion qui est extrêmement importante pour les gestes vitaux que peuvent parfois poser les techniciens ambulanciers.

Au niveau des systèmes d'information et de renseignements, le titre III prévoit les dispositions nécessaires à la mise en place de systèmes d'information efficaces qui permettent vraiment également de prendre le pouls du système préhospitalier et d'intervenir là où les problèmes sont identifiés, une richesse qui est extrêmement importante, particulièrement si on parle de projets de recherche et d'épidémiologie.

Ainsi, de façon générale, nous désirons féliciter le ministre du courage et du sérieux qui ont été investis dans l'élaboration de cette loi. Finalement, après de nombreuses années, les intervenants préhospitaliers vont avoir une loi spécifique qui encadre de façon adéquate leurs pratiques et qui donne le ton et une saveur à l'ensemble du système préhospitalier.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Dr Poitras, il vous reste trois minutes.

M. Poitras (Julien): D'accord. Alors, au point 2, il y avait certains éléments qui, à notre avis, étaient abordés de façon moins complète par le projet de loi, des éléments qui font partie de notre liste de souhaits et qui vont devoir quand même dans le futur être abordés à l'intérieur des développements et des règlements, là, qui seront adoptés et appliqués.

L'Association, dans le passé, a défendu plusieurs notions et plusieurs concepts importants, dont, à notre avis, le plus important est la notion d'hôpital de base. Il est reconnu à l'échelle internationale que, de manière à créer des liens plus étroits entre les intervenants du secteur préhospitalier et du secteur hospitalier, les médecins, les infirmières, les techniciens ambulanciers doivent vraiment travailler de pair et travailler dans une certaine chimie. La façon de réaliser ce rapprochement-là passe de façon évidente par un meilleur maillage entre l'hospitalier, l'urgence et le préhospitalier. À cet égard, on doit, au Québec, commencer à embrasser davantage le concept d'hôpital de base et de favoriser, là où les établissements et les intervenants sont mûrs, le passage des éléments organisationnels cliniques vers les établissements. Il faut ramener vraiment à un niveau plus terrain l'opération quotidienne des services préhospitaliers d'urgence qui, actuellement, est très collée au niveau des régies régionales. Cependant, en confiant aux régies régionales le mandat de «déterminer le modèle d'organisation des services préhospitaliers d'urgence qui sont offerts dans sa région», le ministre ne ferme pas la porte à cette voie, et il faudra, dans la réglementation qui s'ensuivra, appuyer les régions qui désirent aller dans cette direction, ce qui ultimement, à notre avis, actualisera pleinement le concept d'un système préhospitalier vraiment intégré au réseau de la santé.

L'autre élément qui, à notre avis, aurait dû être regardé de plus près, c'est la question de zone ambulancière. Le projet de loi maintient la notion de zone sur le territoire québécois. Elle a cependant été nuancée afin d'améliorer la qualité des services ambulanciers et la qualité des soins apportés à la population. À cet égard, en 2002, il est, à notre avis, extrêmement important que le concept de zone ne soit plus vu comme une notion féodale de propriété, mais bien comme une notion qui est plutôt administrative. Au niveau des opérations, le concept doit être vraiment transcendé, le concept doit être ouvert et permettre à ce moment une libre circulation des intervenants pour répondre aux demandes urgentes et effectuer des couvertures de zones là où une pénurie ponctuelle de véhicules ambulanciers se fait sentir. À cet égard, il est facilement envisageable que des protocoles soient mis en place dans les différents centres de communication et que des directives puissent émaner du centre de communication pour assurer des couvertures de zones lorsque le cas est nécessaire.

L'autre élément qui est important, c'est la notion de transport non urgent. On est conscient qu'actuellement l'ambulance demeure le seul véhicule qui est utilisé dans une grande majorité de transports en préhospitalier actuellement. Beaucoup d'ambulances sont assignées au transport de patients dont l'état de santé est stable, et particulièrement pour des examens, pour des transferts interétablissements ou le retour vers des résidences de personnes handicapées ou de personnes âgées qui ont des problèmes de mobilité. On sait que ce type de transport là peut être facilement effectué par d'autres types de transport que des ambulances, et, à notre avis, il faudrait aborder de façon rapide toute cette problématique-là et qu'on puisse vraiment établir un principe de transport sanitaire non ambulancier qui permettrait des économies d'échelle et d'affecter ce type de transport à un véhicule non ambulancier.

Également, comme ce type de transport, actuellement, est sous la juridiction du ministère des Transports et qu'il est peu réglementé, il pourrait être adéquat, à ce moment-là, de rapatrier ce type de transport sous la juridiction du ministère de la Santé et de la Direction nationale du préhospitalier afin que des standards de qualité en matière de santé et de soins puissent être élaborés.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je m'excuse, Dr Poitras, étant donné que le temps est écoulé... Je sais que les membres ont reçu par courriel votre mémoire. Maintenant, si j'ai consentement, si les membres souhaitent poursuivre, est-ce que vous poursuivez la lecture si j'ai un consentement? Je sais que ça peut prendre encore, j'ai l'impression, peut-être une dizaine de minutes, d'après le texte que vous avez, est-ce que vous... Je vais réduire d'autant la période de questions. Je ne sais pas si vous préférez conclure ou bien, si j'ai un consentement... Qu'est-ce que les membres en pensent? Est-ce que vous pensez que vous êtes en mesure de conclure rapidement ou bien si...

M. Poitras (Julien): Probablement qu'en cinq minutes on devait être capable de faire le tour.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors donc, il y a un consentement. Parfait.

M. Poitras (Julien): L'autre élément qu'il est important également de regarder rapidement, c'est la question des centres d'appel 9-1-1. Actuellement, les centres d'appel présentent des standards de qualité qui sont très variables. Bien que la téléphonie soit une problématique qui touche plus directement un autre palier de gouvernement, ce sont vraiment les municipalités du Québec qui contractent avec les entreprises, qui offrent des services de prise d'appel 9-1-1. On permet alors que ces services sans standards de performance clairs ou processus d'assurance qualité rigoureux se mettent en place, et ça entraîne parfois au niveau opérationnel des délais qui sont indus, des procédures inutiles et des expériences qui sont frustrantes pour les citoyens qui sont aux prises avec un problème de santé urgent.

L'autre élément que nous trouvons important, c'est toute la question de la formation de la population en réanimation cardiorespiratoire. On sait que la chaîne d'intervention préhospitalière commence par un premier intervenant, un premier intervenant qui est le plus souvent une personne qui est là de façon fortuite lorsqu'un événement de santé se produit et qu'un Québécois, une Québécoise sont en péril. À cet égard, il faut vraiment intensifier la formation de la population, des citoyens, en RCR et en premiers soins. Il y a des modèles qui ont été élaborés dans le passé pour rendre obligatoire cette formation-là au niveau des écoles secondaires. Cependant, cette pratique tarde à se généraliser. La proportion des victimes d'arrêt cardiorespiratoire au Québec qui reçoit des soins de premier secours d'un citoyen est plus faible que dans plusieurs pays industrialisés. Il faut bien comprendre que cette phase des soins préhospitaliers est souvent vitale et qu'elle va même permettre de gagner plusieurs minutes et de réanimer un individu malgré la très grande étendue du territoire québécois. Alors, on est d'avis que le ministre devrait prendre les mesures et faire les démarches nécessaires avec les autres ministères concernés afin que la performance de la population québécoise à cet égard soit relevée.

Dans la même optique, une des interventions qui a démontré vraiment une efficacité en termes de diminution de mortalité dans la population, c'est la défibrillation semi-automatique. Et on est d'avis également que, même si on institue des services de premiers répondants, il faut les équiper de façon adéquate, et qu'on va avoir des gains importants en termes de mortalité et de morbidité si on dote ces premiers répondants de défibrillateurs semi-automatiques, parce qu'ils sont là, à travers les municipalités du Québec, près de la population qui est à risque de subir des événements de santé de type arrêt cardiorespiratoire.

Au niveau des dispositions particulières relatives à Urgences-santé, l'Association des médecins d'urgence se questionne quant aux dispositions particulières dont bénéficiera la Corporation selon le projet de loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Les notes explicatives du projet de loi précisent, en effet, que cette personne morale exercera, pour tous les territoires des régions régionales de Montréal-Centre et

de Laval, les fonctions autrement dévolues à une régie régionale, à un centre de communication santé de même qu'à un service ambulancier. Bien que l'Association ne s'objecte pas sur le principe de cette triple responsabilité, elle est néanmoins d'avis que l'on devrait faciliter l'application de mécanismes de contrôle, dont ceux prévus dans le projet de loi n° 96, afin de garantir une coordination harmonieuse des services, et une gestion transparente, et la qualité des soins.

En fait, ce n'est pas vraiment parce que les responsabilités de gestion, de coordination et d'administration de services sont centralisées et concentrées au sein d'une même organisation que les mécanismes d'autorégulation seront suffisamment efficaces pour garantir l'atteinte des objectifs qui sous-tendent le présent projet de loi. Ainsi, il est important également que la Corporation, qui transige quotidiennement avec les établissements et avec deux régies régionales, puisse s'assurer que ces transactions-là soient les plus harmonieuses possible et que des liens formels forts et clairs soient établis entre ces différentes organisations. On est conscient que, pour éviter ces écueils, le projet de loi n° 96 prévoit un bon nombre de mesures de vérification et de contrôle.

● (21 h 10) ●

Il y a également la formation en soins avancés des techniciens ambulanciers qui est abordée dans notre mémoire. On sait qu'une cohorte de techniciens ambulanciers est en voie, actuellement, d'être formée sur l'île de Montréal. L'Association des médecins d'urgence du Québec est favorable à l'introduction de nouvelles modalités diagnostiques et thérapeutiques en préhospitalier en autant que de telles initiatives soient bien encadrées au plan médical et qu'elles se fondent sur des évidences scientifiques quant à une valeur ajoutée au système. Nous croyons que de telles initiatives devraient se répandre à l'échelle provinciale, cependant, tout en restant conscients du fait que les solutions adoptées dans les différentes régions pourraient être différentes et varier en fonction des besoins et de la réalité géographique et socioéconomique de chacune de ces régions-là.

Finalement, au niveau du financement, nous sommes d'avis que les dispositions de la loi amènent de nouvelles responsabilités aux intervenants des services préhospitaliers d'urgence et des perspectives d'avenir extrêmement intéressantes. Il faut s'assurer cependant que, pour bien réaliser ce qui est présenté et atteindre et maintenir le standard de qualité et d'excellence que se fixe le ministre par cette loi, le système soit financé de façon adéquate et à sa juste valeur, dans la perspective où nous sommes convaincus qu'il permettra réellement de sauver des vies, de diminuer la morbidité de nombreux patients aux prises avec un problème de santé urgent. Par ailleurs, ce financement se doit d'être équitable entre toutes les régions du Québec, et cela, dans le respect des réalités propres à chacune. Ça veut dire des régions les plus vastes, les plus éloignées, qui doivent faire preuve d'innovation et user de parcimonie dans la distribution de leurs ressources, jusqu'aux régions les plus denses, qui peuvent alors réaliser des économies d'échelle importantes.

Le mémoire présente ensuite une vision d'avenir qui est fondée — très rapidement — sur des réflexions au niveau international et qui place actuellement le

système préhospitalier d'urgence au centre des sphères des soins de santé, de la sécurité publique et de la santé publique. Nous croyons que c'est un modèle extrêmement intéressant et que, dans l'avenir, le développement de notre système préhospitalier devrait se fonder sur ce type de réflexion où vraiment l'ensemble des intervenants qui sont questionnés et qui sont interpellés par les systèmes préhospitaliers d'urgence sont mis à contribution et sont intégrés dans les activités du préhospitalier.

En conclusion, la prise en charge d'un patient qui a recours aux services préhospitaliers d'urgence commence au chevet de ce patient-là. On l'a dit, le plus souvent, ça se termine à l'urgence du centre hospitalier. Alors, c'est avec une approche constructive et bien ancrée à des éléments cliniques, fondée sur le quotidien vécu en préhospitalier et à l'urgence, que l'Association des médecins d'urgence du Québec est heureuse d'avoir pu livrer ses commentaires sur le projet de loi n° 96.

C'est un projet qui, à notre avis, devrait permettre d'assurer une meilleure efficacité du système préhospitalier, permettre également aux équipes du préhospitalier et aux équipes des unités d'urgence d'être plus efficaces, de mieux remplir leur mission. Ça devrait permettre une amélioration du fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux dans son ensemble en ce qu'il vient mieux structurer une partie qui est, à notre avis, essentielle des soins fournis qui sont à la population. Il faut se rendre compte que c'est une population, en préhospitalier, qui est souvent démunie, dans le besoin, aux prises avec un problème de santé urgent qui survient parfois en dehors de son milieu de vie, dans des conditions extrêmes qui ajoutent à son désarroi.

À cet égard, nous tenons de nouveau à féliciter le ministre pour le travail accompli sur ce projet, particulièrement quant à la vision moderne et à l'approche terrain structurante qui a été prise dans ce dossier. Et, à la lecture de ce projet, nous sommes convaincus que les Québécois et les Québécoises peuvent s'attendre à un meilleur système préhospitalier, un système qui soit donc moderne, à la mesure de leurs besoins en santé et de notre réalité sociale. Je vous remercie de nous avoir écoutés, de nous avoir permis de nous étendre un peu.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Dr Poitras, pour la présentation de votre mémoire. M. le ministre, vous avez 10 minutes et demie.

M. Bertrand (Portneuf): 10 minutes, bon, très bien. Merci, Mme la Présidente. Je vous remercie également, Dr Poitras, merci également aux personnes qui vous accompagnent pour cette contribution à nos travaux. J'ai pris connaissance bien attentivement, bien sûr, de votre mémoire. J'irai tout de suite aux faits, sur deux questions que j'aimerais fouiller davantage étant donné que le temps nous est compté.

Vous êtes donc favorables, dans l'ensemble, au projet de loi, ce qui ne vous empêche pas de cibler des améliorations possibles. C'est tout à votre honneur. Notamment, vous estimez que les rôles et responsabilités des directeurs médicaux régionaux — et je vous cite, là, à peu près — devraient être mieux définis et qu'ils devraient avoir le statut de directeur de la santé

publique. J'aimerais ça que vous nous expliquiez plus précisément à quoi vous pensez quand vous référez au statut de directeur de la santé publique. Quelle est l'essence même de ce statut qui fait en sorte qu'un tel directeur...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Poitras.

M. Poitras (Julien): En fait, notre commentaire est à l'effet que dans la loi, actuellement, la façon dont le directeur médical est accroché à une régie régionale n'est pas précisée. Est-ce que ce directeur médical là dépend directement du directeur général? Est-ce qu'il dépend du directeur administratif des services préhospitaliers d'urgence? C'est un élément qui n'est pas précisé dans la loi et qui, à notre avis, aurait possiblement dû l'être.

On croit également que le directeur médical régional doit être placé dans un endroit qui ne risque pas de le mettre en conflit au niveau des décisions qu'il a à prendre en termes de qualité des soins, en termes également des équipements et des ressources qui sont nécessaires pour accomplir les gestes qui sont posés en préhospitalier.

Également, lorsqu'on parle d'autorité, de rôles et responsabilités du directeur médical, l'Association a produit antérieurement un document qui touche justement à la définition de la direction médicale, qui touche également aux rôles et responsabilités qui devraient être accordés à un directeur médical. Ça passe d'un rôle qui touche à la formation des intervenants, qui touche également à la désignation des intervenants, qui touche à la formation continue, à la recertification, qui touche également aux équipements qui sont disponibles et aux protocoles qui sont mis en application dans une région donnée.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Et vous dites que ces éléments-là sont déjà exposés dans un mémoire que vous avez produit?

M. Poitras (Julien): Effectivement, un document qui a été publié dans le passé. C'est un document que l'Association a publié dans le passé et qui s'intitule *La Direction médicale des services préhospitaliers d'urgence*.

M. Bertrand (Portneuf): Est-ce qu'il serait possible de nous en faire parvenir une copie?

M. Poitras (Julien): Tout à fait. Ça nous fera plaisir.

M. Bertrand (Portneuf): Très bien.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce que, Dr Poitras, vous pouvez faire parvenir cette copie au secrétariat de la commission, et puis le secrétariat se chargera de faire parvenir copie à chacun des membres? Merci.

M. Poitras (Julien): Avec plaisir.

M. Bertrand (Portneuf): Je vous remercie. Deuxième point. Bon, je résume, là, vous estimez que la coordination des services préhospitaliers d'urgence serait mieux assumée ou mieux rendue par le concept d'un hôpital de base. J'aimerais ça que vous m'expliquiez ce concept-là exactement puis comment il pourrait... comment ça marcherait exactement, puis comment ça peut assurer effectivement une meilleure intégration des services.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Poitras.

M. Poitras (Julien): La notion d'hôpital de base, c'est vraiment... C'est, en fait, une notion, c'est un terme qui tente à désigner le rapprochement des intervenants préhospitaliers avec les intervenants des unités d'urgence. Ça veut dire à ce moment-là qu'il y a une possibilité, entre autres, d'une communication entre les intervenants préhospitaliers et les médecins ou les intervenants d'une urgence donnée. Alors, ça veut dire, comme dans l'exemple qui est donné, si un technicien ambulancier est aux prises avec une difficulté sur le terrain, une décision qui est difficile à prendre ou il a essayé d'appliquer son protocole, puis là il y a un moment donné où il bogue dans le protocole, il est possible pour ce technicien-là de prendre une radio, un moyen de communication quelconque et d'entrer en communication avec un médecin dans une urgence désignée de ce qu'on appelle un hôpital de base. Et, à ce moment-là, ça implique une formation, la désignation d'une équipe dans cette urgence-là qui est apte à répondre à ce type d'appel, mais le médecin peut, à ce moment-là, en fonction des protocoles qu'il connaît, du préhospitalier également qu'il connaît, suggérer une intervention supplémentaire ou aider le technicien dans la décision qu'il a à prendre sur le terrain. Alors, c'est un support médical direct à ce moment.

Il y a toute la notion également du support médical indirect qui, à ce moment-là, dans la notion d'un hôpital de base, fait en sorte que les intervenants se trouvent un peu plus rattachés avec les hôpitaux, avec les urgences qu'ils le sont actuellement. Ça veut dire qu'il est possible à ce moment-là que des intervenants préhospitaliers soient invités dans un hôpital, dans une urgence pour une réunion mensuelle, pour donner un exemple, qui porte sur des MNM, la mortalité, la morbidité. Alors, on révisé à ce moment-là le cas de patients qui ont été pris en charge dans le système préhospitalier, leur devenir à l'urgence et au niveau du centre hospitalier. Ça permet à ce moment-là aux intervenants d'échanger entre eux et de créer vraiment cette chimie-là qui, actuellement, peut être déficiente à plusieurs endroits.

Je donnais l'exemple, dans la mise en situation, des gens qui sont frustrés à l'urgence, des techniciens ambulanciers qui amènent des patients, les gens ne sont pas avisés. C'est quelque chose qui se vit vraiment dans plusieurs urgences du Québec actuellement, et on croit que, dans une optique d'hôpital de base, il y a moyen d'aller raffermir les relations entre les différents intervenants et de faire en sorte que cette chimie-là soit

plus facile. Même la notion, simplement, d'aviser quand les techniciens ambulanciers amènent un patient dans une urgence, ça permet à ce moment-là aux gens qui sont à cette urgence-là de prévoir l'arrivée des patients.

Il est facilement... Vous devez concevoir que, dans une urgence, c'est possible, en dedans de 15 minutes, de recevoir peut-être une dizaine de patients qui vont être amenés par des ambulances. Si vous n'avez pas de moyen de communication pour prévoir, pour savoir que ces 10 patients là seront amenés dans le prochain 15 minutes, c'est évident, à ce moment-là, que le personnel et les gens d'urgence vont recevoir cet apport-là des techniciens ambulanciers de façon plutôt négative. Lorsqu'il y a moyen d'aviser par un moyen de communication l'urgence que vous amenez une dizaine de patients, bien, là, à ce moment-là, il est possible de changer certains patients de place dans votre urgence, de les mettre au corridor quand c'est la seule option, mais de libérer des lits et de faire en sorte que, lorsque ces patients vont arriver — et vous avez à ce moment-là une idée également de la gravité de ces patients-là — l'urgence va pouvoir être prête, et, à ce moment-là, l'harmonisation entre les travaux du préhospitalier et de l'hospitalier, de l'urgence va beaucoup être plus efficace et beaucoup plus saine. Vous allez avoir des intervenants qui vont pouvoir se parler, pouvoir échanger plutôt que de vouloir, des fois, s'arracher les cheveux.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Oui. La personne qui assumerait ce rôle-là au niveau d'une urgence, par exemple, est-ce que c'est nécessairement un médecin d'urgence?

M. Poitras (Julien): Écoutez, il y a différents modèles qui existent. L'hôpital de base, ça recouvre plusieurs réalités. Ce qu'on entend par «medical on-line», le plus souvent, c'est un médecin, effectivement, d'urgence qui répond, mais il y a moyen également de déléguer cette réponse-là à d'autres types d'intervenants. Il y a des infirmières qui, par protocole, peuvent également venir appuyer certaines interventions en préhospitalier.

● (21 h 20) ●

On parle également actuellement de modalités un peu plus avancées. Toute la technologie fait en sorte qu'actuellement il est possible de transmettre des informations, des données cliniques par la voie des airs vers une urgence donnée. Il y a moyen de transmettre actuellement l'électrocardiogramme d'un patient qui est pris en charge en préhospitalier. Il y a moyen de transmettre également les signes vitaux. Alors, c'est toutes des choses qui peuvent s'intégrer dans un modèle d'hôpital de base, mais qui, comme je le répète, actuellement couvrent différents types de réalités.

M. Bertrand (Portneuf): Très bien.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est tout? Ça va? Alors, merci. Merci, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Merci, Dr Poitras. Dr Baby et Mme Laperrière, pour votre présentation pour l'Association des médecins d'urgence du Québec.

Nous avons invité aussi l'Association des hôpitaux du Québec, mais ils ont décliné. Avec ça, peut-être, je peux vous demander une question sur les recommandations du comité Dicaire sur les établissements receveurs. Et ils ont bel et bien discuté les problèmes de temps des techniciens ambulanciers qui utilisent l'établissement, et, selon eux, c'est trop long, il y a un problème de communication, et tout ça. Je pense que votre notion de l'hôpital de base touche ça un peu. Je voudrais vous entendre: Quelle amélioration spécifique est-ce qu'on peut avoir de réduire le temps d'une ambulance dans un hôpital en contact avec les médecins d'urgence

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Poitras.

M. Poitras (Julien): Écoutez, il y a plusieurs façons d'envisager. Je vous dirais que la plus simple et la plus... peut-être la plus élégante, c'est simplement de dire que les intervenants se connaissent plus et connaissent un peu plus la façon dont ils travaillent. Actuellement, il faut concevoir également que, dans les urgences, il y a beaucoup de personnel qu'on appelle volant. Il y a des problèmes de personnel, les infirmières qui ne sont pas là. Il y a des dépanneurs également, dans des urgences, qui arrivent dans des milieux qu'ils ne connaissent pas très bien, et ça fait en sorte, des fois, que la chimie entre le préhospitalier puis l'hospitalier est menacée.

C'est certain qu'également de connaître un peu mieux le type de travail que l'on fait de chaque part peut être extrêmement intéressant. Dans le modèle d'hôpital de base, il est... Même, il y a plusieurs endroits où c'est envisagé que des stages soient effectués par le personnel, les techniciens ambulanciers, dans les urgences pour savoir un peu mieux comment ça se passe et quelle est la réalité également qui est vécue. Dans des modèles tel l'Agenda pour le futur et des modèles d'intégration qui ont été développés aux États-Unis et ailleurs, il est même envisagé, même suggéré que, dans la formation des infirmières, dans la formation des intervenants, il y ait des stages qui soient faits en préhospitalier pour que ce ne soit pas deux mondes qui soient complètement déconnectés, comme on vit parfois sur le terrain actuellement, mais que les gens sachent vraiment qu'est-ce qui se passe d'un côté comme de l'autre.

Alors, ça fait en sorte, dans ce cas-là, que, si vous êtes au courant qu'il y a une ambulance qui vous amène ce patient-là, il faut qu'elle se dépêche de retourner à son point de services parce qu'il peut y avoir un autre appel urgent, puis ça peut être... Ça peut être, des fois, votre parent, si vous venez de cette paroisse-là, qui va tomber malade et qui n'aura pas accès à une ambulance. Alors, ça veut dire, à ce moment-là, que, quand les techniciens ambulanciers arrivent à l'urgence, le personnel va peut-être se dépêcher un petit peu plus pour changer le matériel, changer le collier cervical, libérer le patient, soulever le patient, enlever le matelas immobilisateur, si on parle d'un accidenté, et, à ce

moment-là, faire en sorte que le temps sur place va être plus court.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Dans le projet de loi n° 96, il y a le pouvoir que le ministre peut fixer les zones pour les ambulances. Si j'ai bien compris votre mémoire, vous voulez avoir une libre circulation entre les zones. Est-ce que j'ai bien compris votre point de la page 8?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Poitras.

M. Poitras (Julien): Oui. Si on précise, c'est qu'actuellement la notion de zone, comme c'est vécu, il y a parfois, là, une conception un petit peu féodale qui est appliquée à ça, qui fait en sorte que, sur une zone donnée, il n'est pas question que toi, qui viens de la zone à côté, tu va venir chercher un patient sur ma zone. On comprend que, si la zone est découverte parce que le véhicule ou les trois véhicules de cette zone-là sont affectés à des transports et s'il survient quelqu'un avec une douleur thoracique et que c'est peut-être un infarctus, si vous empêchez quelqu'un d'une zone voisine, qui est disponible, de venir chercher cet infarctus-là et si ça prend 30 minutes de plus aux ambulances de la zone de revenir chercher ce patient-là, bien là vous venez de perdre 30 minutes sur les traitements éventuels. Si on parle d'une thrombolyse, à ce moment-là c'est des traitements, là, qui sont extrêmement importants, mais qu'il faut qu'ils soient administrés dans les meilleurs délais possible.

Alors, vous comprenez que, d'un point de vue médical, c'est un non-sens que de permettre une telle pratique. Alors, notre discours, c'est que, oui, bon, vous pouvez attribuer des zones si vous le désirez, mais ça doit rester quelque chose d'administratif. Et, si on parle d'opération, si un patient présente une condition urgente, une douleur thoracique, un accident, il est bien évident que même si des ambulances de cette zone-là ne sont pas disponibles, on doit permettre aux zones avoisinantes de se déplacer et de venir porter secours à ce patient-là dans les plus brefs délais.

Ça implique également une notion qui est parallèle, c'est la notion de couverture de zone. Actuellement, lorsqu'une zone est découverte, il y a peu d'endroits où on applique ce type de principe là où une ambulance d'une zone voisine va se déplacer à un certain point stratégique qui lui permet de couvrir autant sa propre zone que la zone voisine qui est découverte. Et, à ce moment-là, on trouve, nous, qu'en termes d'efficacité et en termes d'impact sur les problèmes de santé potentiels que les patients peuvent subir c'est un principe qui devrait être appliqué, et on devrait permettre ce type de mobilité là au niveau du système préhospitalier.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui. Le rapport Dicaire a recommandé tout un système central de transport aérien.

Et, comme expert dans les urgences, je voudrais vous entendre sur la pertinence de ça, l'efficacité de ça, parce que, dans le projet de loi, ce n'est presque pas là. Et je ne sais pas si vous avez eu une chance d'étudier soit les recommandations de Dicaire sur les transports aériens et si vous avez quelques commentaires sur l'efficacité d'un système qui peut avoir une centrale de transport aérien et tous les impacts dans le système de préhospitalier d'urgence. Avez-vous eu une chance d'étudier cette question et...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Poitras.

M. Poitras (Julien): On a effectivement étudié la question sous plusieurs angles. Si on prend l'angle strictement du transport aérien, que je dirais sous mode d'avion ou d'avion ambulance, comme on l'appelle actuellement, pour des personnes éloignées au niveau du Grand Nord, etc., on trouve que c'est pertinent, on trouve qu'il y aurait besoin d'une coordination meilleure actuellement, donc, de ces services-là. Si on parle du transport hélicoptère, également qui a été abordé par les travaux du comité Dicaire, l'Association a produit également une position sur ce type de transport là. Nous avions, à ce moment, révisé la littérature, et notre conclusion était qu'il n'y avait pas de valeur ajoutée certaine actuellement pour ce type de système là, lorsqu'on parle vraiment d'un système avec des hélicoptères.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Ça va. Alors, Dr Poitras, Dr Baby de même que Mme Laperrrière, nous vous remercions d'avoir participé à cette commission.

● (21 h 30) ●

Alors, j'invite immédiatement les représentants de l'Association des transporteurs médicaux du Québec de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, MM. de l'Association des transporteurs médicaux du Québec, nous vous souhaitons la bienvenue à cette commission. Alors, M. René Déry, qui est le mandataire, on me dit que c'est vous qui allez être le porte-parole, je vous demanderais de nous présenter les personnes qui vous accompagnent, et vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire.

Association des transporteurs médicaux du Québec

M. Déry (René): Merci. Alors, ici, à ma gauche, il y a Jean-Pierre Gendron, qui est président de la compagnie Transport J.P. Gendron; à droite, il devait y avoir Robin Tremblay — en tout cas, il est peut-être à l'extérieur pour l'instant — qui représente l'entreprise Transport médical J.M.R., de la région Saguenay—Lac-Saint-Jean; et Pierre Tanguay, ici, à ma droite, qui représente Dessercom, qui opère plusieurs points de service de transport médical adapté. Alors, moi-même, vous m'avez nommé, mon nom, c'est René Déry, je suis

directeur général de Dessercom inc. Dessercom, c'est une entreprise de transport de services médicaux et paramédicaux, de services ambulanciers paramédicaux. Nous opérons 10 services d'ambulance au Québec qui détiennent des permis pour 31 véhicules ambulanciers. Également, je suis administrateur de l'Association des transporteurs médicaux du Québec et mandataire, ce soir, pour présenter le mémoire à votre commission.

Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, membres de la commission, nos premiers mots sont pour vous remercier de permettre à notre association de déposer un mémoire relatif à certaines dispositions de la loi n° 96.

Ce qui préoccupe les membres de l'Association des transporteurs médicaux du Québec, c'est l'article 79 de la loi, où on parle de transport d'usagers entre les établissements et les spécificités techniques applicables à tel véhicule, mais sans définir le véhicule devant servir pour ce type de transport. À l'article 78, précédemment, on parle d'une ambulance utilisée dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence ou du transport interétablissements. Donc 78, ambulance, 79, un autre véhicule mais sans le définir. De façon plus simplifiée, 78 et 79 parlent donc du transport de même type mais avec des véhicules différents.

Les membres de notre Association sont concernés particulièrement par le transport interétablissements, et voici les services que nous offrons. Nous couvrons la majorité du territoire du Québec, nous transportons les usagers ambulatoires et en fauteuil roulant entre les établissements du réseau de la santé. Alors, nous faisons des retours à domicile, des retours à l'établissement d'origine, des transferts interétablissements, des transferts entre les centres hospitaliers et les aéroports. Nous faisons aussi des déplacements pour les diagnostics ou traitements spécialisés comme, exemples, en radiothérapie, en coronarographie, en résonance magnétique, et nous pouvons fournir des escortes infirmières ou des escortes d'accompagnement. Alors, nous nous sommes imposé des normes et des critères dans l'organisation des services.

Alors, pour la prise d'appels et la répartition, nous offrons un service 24 heures-7 jours, nous pouvons être joints par un numéro de téléphone sans frais et, un peu à la manière du SMPAU dans les services ambulanciers, nous avons développé une prise d'appels standardisée pour recueillir tous les renseignements nécessaires au bon fonctionnement de chaque transport. Nos chauffeurs et accompagnateurs doivent avoir de l'expérience dans le domaine hospitalier ou de la sécurité publique, ils doivent détenir un permis de conduire pour minibus, la formation en réanimation cardiorespiratoire est nécessaire, ils doivent avoir des connaissances en secourisme. Nous leur enseignons les techniques de déplacement des bénéficiaires. Pour ceux qui sont familiers avec le réseau de la santé, ça, c'est le PDSB. Puisque nous travaillons principalement avec des personnes âgées et malades, nous vérifions rigoureusement les références des candidats avant de les embaucher, et une formation continue post-embauche vise à maintenir les habiletés de notre personnel.

On a parlé tout à l'heure des escortes infirmières. Elles doivent être membres en règle de leur ordre

professionnel, être certifiées RCR, et nous les formons elles aussi en technique de PDSB.

Nos véhicules. Vous retrouverez des photos du type de véhicules que nous utilisons pour nos services à l'annexe II de notre mémoire. Alors, ces véhicules sont à la fine pointe de la technologie. Ce sont des minibus conçus et adaptés au transport de patients en fauteuil roulant et conformes au décret 1058—93 du Code de la sécurité routière du Québec. Alors, ils sont équipés d'un système de climatisation et de chauffage avec un appareil additionnel pour le chauffage à l'arrière du véhicule pour assurer le confort du patient. Il y a une portière d'accès pour passagers ambulatoires avec des dispositifs de verrouillage conçus pour empêcher toute ouverture accidentelle. Il y a des barres d'appui de façon à permettre aux passagers ambulatoires d'accéder à bord de façon sécuritaire. L'accès aux fauteuils roulants se fait à partir d'une porte répondant aux normes de hauteur et de largeur du décret et est muni d'une plateforme élévatrice hydraulique. L'issue de secours est située à l'arrière du véhicule et est adaptée pour recevoir des rampes amovibles servant à évacuer le véhicule en cas d'urgence. Alors, les dimensions de l'intérieur de notre véhicule permettent de circuler debout dans le véhicule, de l'avant à l'arrière. Nous pouvons prendre à bord de chacun de nos véhicules deux fauteuils roulants géométriques et quatre passagers ambulatoires. L'espace réservé au fauteuil roulant est de dimension réglementaire et est muni de quatre points d'attache au plancher permettant de fixer celui-ci de façon sécuritaire.

L'importance de nos services. Alors, en page 7 de notre document, vous pourrez constater que nous couvrons 85 % du territoire du Québec, et, à l'annexe III, vous trouverez la liste de nos membres ainsi que des territoires qu'ils desservent.

Alors, nous avons fait 85 000 déplacements d'usagers en 2001. Au total, nous employons globalement 200 employés. Nous versons des masses salariales globales de 4 millions de dollars, et, en tout, nos membres sont propriétaires de 84 minibus adaptés. En 2001, nous avons parcouru 6 millions de kilomètres au Québec. Ça comporte des investissements de la part des entreprises d'environ 7 millions de dollars en véhicules et en équipements.

Au Québec, c'est la Commission des transports qui émet les permis pour le transport des personnes. Alors, pour faire du transport interétablissements, il y a deux façons de procéder. La première, c'est de détenir un permis émis par la Commission spécifiquement pour cette fin. Il y a une deuxième façon, c'est de détenir un permis quelconque de transport, comme, par exemple, un permis de transport par autobus, un permis de transport nolisé ou un permis de transport scolaire. Et, à titre de détenteur de permis, en vertu du règlement sur le transport par autobus, article 7, un transporteur signe un contrat avec un établissement de santé et il peut ainsi transporter les usagers de cet établissement. C'est ce qu'on appelle du transport par abonnement. C'est de cette façon que l'on se retrouve, au Québec, avec des entreprises qui offrent des qualités de services variées de transport interétablissements dans le réseau de la santé. Il y a celles qui sont structurées et organisées et qui sont membres de notre Association et celles qui ne sont pas membres de notre Association et qui offrent

une qualité de services variée à cause de la facilité de démarrer dans ce genre d'activité et de l'absence de contrôle de qualité de la prestation. Pourtant, on transporte ici des gens malades.

Ce que nous croyons, puisque nos membres transportent des usagers du réseau de la santé, il nous paraît logique que ce soit le ministère de la Santé qui réglemente cette activité, et la loi n° 96 nous semble être le véhicule approprié pour ce faire. On pourrait même prévoir, dans la loi ou les règlements, l'intermodalité des moyens de transport que sont l'ambulance, l'avion-ambulance et notre transport médical adapté. La coordination de cette intermodalité pourrait être assurée par les centres de communication santé. Nous vous référons au schéma au bas de la page 8 de notre mémoire pour illustrer ce propos. Les entreprises de transport médical rattachées et inscrites aux centres de communication santé pourraient être accréditées en fonction de normes et critères prévus à la loi n° 96 ou des règlements en découlant.

● (21 h 40) ●

Préservation d'expertise. Depuis près de 10 ans, les membres de l'Association ont perçu et comblé des besoins de transport interétablissements des usagers du réseau de la santé. En répondant aux attentes des centres hospitaliers, ils ont développé une expertise qui aujourd'hui constitue la norme quant à la façon d'organiser le transport interétablissements, le type de véhicule à utiliser, les équipements et fournitures à bord des véhicules et les qualifications du personnel affecté à cette prestation de services.

Les articles 78 et 79 et ceux qui en découlent doivent être revus dans la perspective de préserver l'expertise développée, de reconnaître la contribution des membres de l'Association des transporteurs médicaux du Québec qui ont fait diminuer la pression exercée sur la demande des services préhospitaliers d'urgence au Québec en faisant réaliser des économies substantielles au gouvernement et à la collectivité.

Pour assurer la cohérence résultant des décisions que le ministre et le gouvernement prendront dans ce dossier, nous croyons que doit être tenu compte, dans le cadre de la loi n° 96 et de ses règlements, des éléments suivants: le décret 1058—93 concernant les véhicules adaptés, le règlement sur le transport par autobus, décret 1991—86, la loi n° 430 concernant les propriétaires et exploitants de véhicules lourds, le règlement sur les heures de conduite et la vérification avant le départ, le Code de la sécurité routière et, enfin, la grille de critères cliniques de la page 119 du rapport Dicaire.

En conclusion, Mme la Présidente, M. le ministre et membres de la commission, nous souhaitons que soient conférés à nos membres des droits réglementaires pour régulariser l'offre de service et les normes de qualité applicables aux types d'activités que nos membres ont élaborées et structurées au cours des ans au service du mieux-être des usagers du réseau de la santé, et cela, à l'encontre des positions prises par certains propriétaires d'entreprises ambulancières dans le mémoire déposé devant vous hier. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Déry, pour la présentation de votre mémoire. Alors, sans plus tarder, je cède la parole au ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Oui, merci, Mme la Présidente. Je vous remercie, M. Déry, pour votre contribution à nos travaux. J'aimerais souhaiter la bienvenue aux personnes qui vous accompagnent également.

Une chose d'abord que j'aimerais m'assurer que je comprends bien, dans votre représentation, c'est en relation avec les deux articles 78 et 79. Expliquez-moi, pour être sûr que je comprends bien, quelle inquiétude vous cause l'actuel article 79, si j'ai bien compris.

M. Déry (René): 78 et 79, ce qu'on comprend, c'est que, dans les deux cas... À 78, on dit que c'est une ambulance qui doit assurer les services préhospitaliers d'urgence et les transports interétablissements; on donne les deux situations. Et on fait la même chose dans 79, aussi, on parle d'un autre véhicule, sans l'avoir défini, pour assurer des services préhospitaliers d'urgence et du transport interétablissements. Alors, ce véhicule-là n'étant pas défini, bien, on voudrait bien que ce soit le nôtre.

M. Bertrand (Portneuf): O.K. Le vôtre étant l'exemple que vous donnez à l'annexe II de votre document, à titre d'illustration.

M. Déry (René): Et l'ensemble des services que nous offrons et l'ensemble de l'expertise que nous avons développée depuis 10 ans dans les services de transport interétablissements dans le réseau de la santé.

M. Bertrand (Portneuf): Est-ce que je comprends que vous voulez être rassuré qu'en ce qui regarde d'autres véhicules, tel que prévu à l'article 79, vous pourriez être aussi candidats ou transporteurs?

M. Déry (René): C'est-à-dire que c'est un petit peu plus que ça, là. Je pense qu'on ne veut pas juste être rassurés. Ce qu'on transporte, les gens qu'on transporte, les personnes qu'on transporte, ce sont des gens qui sont dans le réseau de la santé. Et la loi n° 96 en tout cas va parler de transport interétablissements puis de transport ambulancier, et ce qu'on déplore, c'est qu'il y a un manque d'encadrement des services que nous offrons. Et, nous, on s'est donné, nous, les membres de notre Association, un encadrement, mais cet encadrement-là, il n'est pas partout au Québec parce qu'il n'est pas suivi partout. Il y a toutes sortes de services de transport interétablissements qui ne correspondent pas aux normes dont on vous parle.

Alors, ce qu'on dit, étant donné que ce sont des gens qui sont des usagers, des personnes qui sont en relation dans le réseau de la santé, bien, ces gens-là devraient avoir des égards, compte tenu de leur état, puis on devrait encadrer le transport puis les entreprises qui vont les transporter.

Alors là, actuellement, on est assujéti à la Commission des transports du Québec, d'une part. Les heures de conduite, c'est le Code de la sécurité routière, et la loi n° 430 pour d'autres affaires. Puis n'importe qui peut faire du transport, là, avec les modalités, comme j'ai expliqué. Alors, ça donne des résultats qui sont un petit peu disparates, là, sur le terrain, sur le plan pratique. Ce n'est pas à travers nos membres, là, nous autres, on s'est donné des critères puis on fonctionne de telle façon, sauf que tout le monde ne fonctionne pas

comme ça. C'est le cri d'alarme qu'on veut vous lancer ce soir.

M. Bertrand (Portneuf): Donc, vous dites... Excusez-moi, je reformule, c'est juste pour être sûr de bien vous comprendre. Donc, vous nous dites: Bon, possibilité effectivement qu'il y ait d'autres types de véhicules, mais il faut que ce soit des organisations sérieuses comme nous autres, sérieuses au sens formées, avec des protocoles, avec, bon...

M. Déry (René): Bien, c'est ça, il faut que ce soit réglementé, il faut que ce soit normé. Ce sont vos usagers du réseau de la santé, alors ils sont réglementés par quelqu'un d'autre que vous. Alors, il y a un problème à quelque part. Puis ce n'est pas réglementé, puis ce n'est pas suivi, alors que je comprends que, dans les services ambulanciers, c'est suivi, c'est contrôlé, c'est structuré, c'est normé. Alors, parce qu'on n'est pas dans le transport urgent, bien, on aurait l'impression qu'on n'aurait pas besoin de le contrôler, de ne pas le structurer puis de ne pas imposer de critères à ça. Pourtant, on transporte des personnes généralement plus âgées et malades. Ce n'est pas des jeunes qu'on transporte, là.

M. Bertrand (Portneuf): O.K., non, ça va. Je pense qu'on se rejoint, là, là-dessus. Puis s'il faut que les textes soient clarifiés, on les clarifiera.

Vous mentionnez par ailleurs dans votre mémoire, à la page 9, que vos services permettent de réaliser des économies pour le gouvernement de même que pour l'ensemble de la collectivité. Est-ce que vous avez estimé l'ordre de grandeur de ces économies?

M. Déry (René): Je vous ai dit dans ma présentation, là, que j'étais dans les services ambulanciers. On détient des permis pour 31 véhicules ambulanciers au Québec, là. Je sais qu'un transport ambulancier au Québec, en coût moyen, il est à environ 500 \$, O.K. Alors, on fait 85 000 transports par année, à 500 \$, là, on parle d'une quarantaine de millions, là, en chiffres arrondis. Nos services vont coûter, actuellement, au réseau de la santé environ le cinquième de ça, là. Le coût moyen d'un transport, si vous voulez, c'est à peu près une couple de 100 \$, maximum. Alors donc, il y a des économies substantielles à faire, là.

M. Bertrand (Portneuf): Très bien, je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça va. Alors, merci, merci bien. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Merci, M. Déry, pour votre présentation. Juste pour continuer sur la même ligne de questionnement, là. Est-ce qu'on peut... — et peut-être que ça va être impossible — est-ce qu'on peut comparer le même type de transport? Combien ça coûte, un transport interétablissements, comme exemple, avec une ambulance et avec vos services? Parce que vous avez répondu avec les chiffres qui incluent tous les transports. Mais, est-ce que vous avez quelque chose où on peut comparer les pommes avec des pommes?

M. Déry (René): Oui, je peux répondre à votre question. Vous savez que les tarifs d'ambulance au Québec sont décrétés par le gouvernement. Alors, le taux de prise en charge est de 125 \$ et 1,75 \$ du kilomètre parcouru. Nous, nos services, on offre nos services qu'on négocie de gré à gré ou l'établissement de santé pour qui on travaille va demander des soumissions, des appels d'offres sur invitation à des entreprises, deux, trois entreprises pour les mettre en compétition. Alors, disons que, pour vous donner un aperçu, parce que les contrats varient d'une entreprise à l'autre, dépendant des volumes de transport, là, mais le taux de prise en charge va varier entre 25 et 35 \$, O.K. — on se compare à 125 \$ pour une ambulance — et notre taux kilométrique, les plus bas qu'on a, c'est peut-être entre 1,15 \$ puis, le plus élevé, ça peut aller jusqu'à environ 1,45 \$. Mais, comme je vous dis, là, ça dépend du volume, ça dépend des... c'est une question de soumissions.

M. Williams: Non, non...

M. Déry (René): Ça va?

M. Williams: Je comprends, mais je pense que ce chiffre-là est plus comparable avec l'autre chiffre, qu'on peut mieux comprendre, et quand même c'est moins cher, je comprends.

M. Déry (René): C'est beaucoup moins cher. Par contre, le coût du transport ambulancier au Québec, vous comprenez qu'il est subventionné par le gouvernement, alors que, nous, on ne reçoit aucune subvention du gouvernement puis on doit décrocher nos contrats par soumission, le plus bas étant l'adjudicateur.

M. Williams: Votre crainte avec 78 et 79, je pense, touche... Je pense que ça touche beaucoup les mêmes commentaires que j'ai entendus pendant deux jours. Ça a l'air que le projet de loi n° 96 donne l'impression que c'est clarifié, les rôles. Mais, quand on lit les articles de loi, on ne sait pas exactement comment ils vont utiliser les articles de loi. Votre intervention pour 79, est-ce que vous voulez avoir l'exclusivité du transport ou au moins juste assurer que vous êtes inclus?

• (21 h 50) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Déry.

M. Déry (René): Je vais répondre. C'est clair que nous voulons nous assurer que nous soyons inclus. Et, pour vous dire, M. Williams, j'ai eu en main le mémoire présenté par les associations de propriétaires d'ambulances, et ce n'était pas clair qu'eux autres voulaient qu'on soit inclus. C'était plutôt clair qu'eux voulaient qu'on soit exclus. Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui, c'est clair. Je pense que votre présentation est tellement claire et fort appréciée. Je pense que nous allons certainement, pendant l'article par

article, nous assurer que le gouvernement explique comme il faut qu'est-ce que ça veut dire avec 79. Il me semble qu'il y a certainement un rôle pour vous, et on doit s'assurer que ce n'est pas juste les intentions des êtres humains qui sont là au moment où on parle; on doit s'assurer que la loi... parce que, peut-être qu'on peut avoir des changements. Et j'espère que les articles de loi sont assez clairs que vous pouvez continuer de faire votre service.

Mme la Présidente, je voudrais juste dire merci beaucoup et j'attends vos...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, M. Déry a quelque chose à ajouter?

M. Déry (René): Oui, peut-être juste une dernière intervention. Je voudrais surtout insister auprès des membres de la commission, c'est que Dessercom, on est dans les services ambulanciers, je l'ai mentionné tout à l'heure, on a 31 véhicules ambulanciers, 21 véhicules de transport adapté. Et, pour nous, il n'y a pas de contre-indication de l'un à l'autre, là; c'est deux types d'activité qui sont différents. Et, moi, ça ne m'empêche pas de dormir le soir qu'on ait des véhicules de transport adapté puis des véhicules de transport ambulancier. On est au service de la population.

M. Williams: Voilà! Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, MM. Déry, Gendron et Tanguay, merci d'avoir accepté de nous rencontrer. Et donc, je vous laisse quelques minutes. Je suspends quelques secondes.

(Suspension de la séance à 21 h 52)

(Reprise à 21 h 53)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, on reprend nos travaux.

Mémoire déposé

Et, avant d'aborder les remarques finales, je voudrais déposer le mémoire du Conseil du patronat pour le rendre public et pour valoir comme s'il avait été présenté devant la commission. Alors, il y a consentement? Ça va.

Remarques finales

Alors, sans plus tarder, maintenant nous allons aborder les remarques finales. Nous avons 30 minutes, c'est-à-dire 15 minutes pour l'opposition officielle et 15 minutes pour le groupe ministériel. Alors, je vais céder la parole au député de Nelligan.

M. Russell Williams

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Je peux vous garantir, c'est loin d'être mes remarques finales dans le projet de loi n° 96, mais ça va être mes remarques finales pour les auditions.

Peut-être que je peux le souligner, au début j'ai été tellement impressionné par la qualité, la sincérité et tout le travail que nous avons entendu pendant les derniers deux jours par tous les groupes qui se sont présentés.

Nous avons vu la chaîne devant nous pendant les derniers deux jours, pas la chaîne complètement parce que, malheureusement, nous avons eu quelques groupes qui, pour une raison ou une autre, ont décidé de ne pas participer et aussi quelques groupes qui ont été refusés par le gouvernement. Mais, quand même, nous avons eu la chance d'avoir une idée de la chaîne d'intervention pour les services préhospitaliers d'urgence.

Mme la Présidente, vous savez que ce n'est pas la première fois qu'on discute de la question des services préhospitaliers d'urgence. Nous avons eu plusieurs rapports, nous avons eu un rapport du Vérificateur général accablant qui dit: Depuis 1994, le gouvernement n'a montré presque aucun intérêt dans les chiffres, comment il dépense 200 millions de dollars, et ils n'ont pas cherché les données, ils n'ont pas fait l'évaluation. C'était le rapport du Vérificateur général. L'autre commission parlementaire, la commission de l'administration publique, a fait une étude sur ces questions aussi, et ils ont recommandé que le gouvernement agisse. Et finalement, le comité Dicaire a fait un exercice assez intéressant, il a déposé son rapport il y a plus d'un an, même un an et demi, Mme la Présidente. Et avec ça, ça prend beaucoup d'énergie avant que le gouvernement agisse dans le dossier des services préhospitaliers d'urgence.

Nous avons commencé les audiences avec une lettre qui était envoyée au ministère et signée par la moitié du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, le comité Dicaire, qui a mentionné sa profonde déception du projet de loi. Les sept signatures indiquent que les services ambulanciers représentent le maillon qui assure la prestation des soins préhospitaliers d'urgence, lesquels reposent essentiellement sur l'intervention des techniciens ambulanciers. Le projet de loi ne considère pas ces deux groupes comme des partenaires et leur réserve un contrôle de processus constant, abusif, paternaliste, et les soumet à une appréciation arbitraire des régies régionales et de leurs médecins.

La lettre continue qu'ils ont parlé que le projet de loi n° 96 trahit le consensus et met en péril la possibilité d'améliorer la qualité des services préhospitaliers d'urgence. Mme la Présidente, ce n'est pas l'opposition officielle qui a dit ça, c'est les membres mêmes du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence. Nous avons commencé là.

Pendant l'exercice, nous avons entendu beaucoup de suggestions, et je pense qu'il est presque unanime ici, dans cette salle, qu'on cherche à améliorer le système. On veut avoir un meilleur temps de réponse, on veut avoir une meilleure qualité des services préhospitaliers d'urgence, c'est pourquoi l'opposition officielle a poussé le gouvernement à agir dans le dossier.

J'ai été très satisfait, même impressionné par la qualité des interventions que j'ai entendues pendant les dernières 48 heures. C'est une question de vie ou de mort, c'est une question tellement sérieuse, et j'étais déçu que le projet de loi n'ait pas été déposé quand

c'était promis, parce que, dans le comité Dicaire, c'était l'année passée. Il y a un plan d'action en arrière du comité Dicaire, et il faut que je mentionne que la première chose, c'était le dépôt d'un projet de loi et, malheureusement, nous sommes déjà 12 mois en retard. Mais d'une façon ou l'autre, nous sommes ici et nous allons certainement essayer d'améliorer le projet de loi.

Parce que le projet de loi, le dernier groupe l'a bel et bien mentionné, donne une impression qu'il met en vigueur Dicaire mais, dans la lettre que j'ai reçue par la moitié des membres du comité Dicaire, on dit: «Nice try, but it didn't do it», ce n'est pas vraiment le comité Dicaire qu'on trouve dans le projet de loi n° 96. Laissez-moi encore une fois répéter quelque chose, et j'espère que nous allons avoir des amendements du projet de loi qui puissent corriger les lacunes que je trouve.

C'est toute la question de la chaîne d'intervention. J'ai hâte de voir beaucoup d'amendements sur les lacunes dans le projet de loi. Par exemple, la question des premiers intervenants. Nous avons discuté un peu avec quelques groupes, et il me semble qu'on peut bonifier la loi. Si on veut créer une chaîne, on veut s'assurer que chaque maillon est fort. Avec ça, je voudrais avoir des articles qui sont clairs, qui donnent des responsabilités claires et précises pour les premiers intervenants.

Sur les premiers répondants, nous avons eu toute une discussion, et, encore une fois, je pense qu'on doit faire beaucoup de travail sur l'interprétation et l'encadrement des premiers répondants.

● (22 heures) ●

Nous avons abordé ce soir, à plusieurs reprises, la question: Qui paie? Comment nous allons payer? Est-ce que ça va être les municipalités? Est-ce que... Même le document que nous avons reçu par le Conseil du patronat du Québec questionne l'article 44, et nous n'avons pas eu une chance de discuter ça. Parce que, selon une certaine interprétation de la loi, ça va être le secteur privé qui va payer pour les premiers répondants. Avec ça, il me semble que nous avons besoin de beaucoup de clarifications.

Encore une fois, nous avons discuté des centres de communication de santé, les regroupements originaux, le contrôle des coûts, l'implication des compagnies, et il me semble que nous avons encore beaucoup de travail à faire dans le projet de loi.

Les techniciens ambulanciers — et je voudrais saluer l'excellent travail qu'ils ont fait pour nous — ils ont bel et bien dit que la loi est, dans quelques parties, mal faite. Ça va prendre des changements substantiels sur les droits dans les conventions collectives, sur la protection de l'emploi, sur le rôle du comité d'examen. Il me semble qu'on doit vraiment tenir compte des interventions des techniciens ambulanciers qu'ils ont présentées hier.

Il y a toute la question des paramédics, la reconnaissance d'un ordre professionnel, le pouvoir accru, les champs de compétence accrus. Il me semble que, si on manque cette opportunité de faire en avant un pas dans la bonne direction, je pense... Parce que je comprends combien de temps ça prend d'avoir les changements et, je pense, nous avons une responsabilité devant nous comme parlementaires. Particulièrement quand il y a une volonté de changement et une

unanimité pour le changement, on doit peut-être travailler beaucoup plus fort dans le projet de loi d'assurer qu'il y a une reconnaissance beaucoup plus claire sur le rôle des paramédics, même utiliser le terme «paramédic».

Encore une fois, le rôle du gouvernement... C'est bien beau d'avoir un projet de loi, mais, si nous n'avons pas les moyens, la capacité et la volonté politique de mettre ça en vigueur, je pense, on peut passer beaucoup de lois sans nécessairement faire beaucoup de changements.

Établissements receveurs, j'ai mentionné que c'est aussi un maillon dans la chaîne, et le projet de loi n'est pas très clair dans ça.

Mme la Présidente, nous avons discuté un peu la question de formation, et il me semble que là nous avons vu les progrès, dans la question de formation, et, peut-être, il y a quelques bonifications dans le projet de loi. Mais il me semble que, depuis le dépôt du rapport Dicaire, nous avons eu des progrès. Et il me semble que c'était bel et bien mentionné, mais encore une fois... On peut toujours faire mieux, là, mais il me semble que là c'est une note positive, parce que j'aime toujours faire mes commentaires balancés.

Urgences-santé. Nous avons discuté le rôle d'Urgences-santé. J'ai encore beaucoup de questions sur le rôle d'Urgences-santé: le triple rôle que les médecins d'urgence ont discuté, le fait que nous allons avoir deux instances régionales avec un pouvoir régional. Encore une fois, j'ai beaucoup de questions.

Les entreprises qui ont fait les présentations, encore une fois, ils ont fait des excellentes présentations. Beaucoup de bonnes idées, des idées assez bien pensées, logiques, respectent les entreprises, respectent le Code civil, qu'on peut entrer dans le partenariat si on veut, mais pas nécessairement juste avec les contrôles gouvernementaux. Avec ça, nous avons entendu beaucoup de bonnes idées, que, si le ministre et le ministère en ont pris note, je pense, peut-être que ça va prendre un changement profond de la loi, là, mais tout est possible.

Hier encore, beaucoup de questions sur les tarifications, le financement. Dans le comité Dicaire, nous avons vu qu'il y a beaucoup d'idées de comment on peut charger plus, soit une augmentation de tarif — la base, c'est 125 \$ plus 1,75 \$ par kilomètre — soit une augmentation de 15 % des amendes routières, ou soit une augmentation par 0,50 \$ des lignes téléphoniques. On doit discuter ça comme il le faut, parce que je ne veux pas avoir les projets de loi qui sont vraiment les taxes déguisées. Il me semble que c'est très important, toute la question de financement, et l'article 80, qui donne le pouvoir au gouvernement de fixer le niveau de tarification selon le lieu de résidence, selon les services, il me semble qu'il y a beaucoup de questions sur ça.

Mme la Présidente, de bonne foi, je pense, tout le monde a participé. Nous avons questionné. Le ministre, déjà, tout de suite, après les discussions, il a commencé à dire que lui offrirait de faire les amendements de la loi n° 96. Alors, j'espère que oui, ça prend beaucoup d'amendements. Et j'espère qu'avec une bonne collaboration, tout le monde ensemble, on peut prendre la prochaine étape. Mais ça va prendre une grande refonte du projet de loi pour assurer que ce n'est pas juste des bons souhaits, ce n'est pas juste les

engagements personnels que nous sommes en train de mettre Dicaire en vigueur. On doit avoir les textes légaux qui sont clairs, qui sont précis, qui vont assurer que... «Bottom line», dans tout ça, on veut avoir un système qui est efficace, qui donne la meilleure qualité de soins en services préhospitaliers d'urgence dans les plus brefs délais possible. C'est ça que je vais continuer de pousser.

Et, Mme la Présidente, là, c'est un type de projet de loi qui mérite une étude profonde, d'assurer qu'on ne fait pas les erreurs. Et, nous avons commencé deux bonnes journées de travail, j'espère que tout le monde va avoir leurs idées comme les amendements. S'il vous plaît, si vous avez des amendements, assurez-vous que vous donnez ça à l'opposition officielle et aussi au gouvernement, et, peut-être, ensemble, on peut corriger toutes les lacunes dans le projet de loi n° 96. Mais, peut-être, ensemble, on peut arriver avec quelque chose qui va sauver les vies de la population québécoise. C'est ça que je souhaite. Merci beaucoup, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie, M. le député de Nelligan. Maintenant, je cède la parole au ministre.

M. Roger Bertrand

M. Bertrand (Portneuf): Merci, Mme la Présidente. Alors, nous sommes déjà, comme commission, au termes de cette consultation. Quoiqu'elle fut de courte durée, une consultation qui nous aura permis d'entendre un grand nombre de personnes directement concernées par la réforme des services préhospitaliers d'urgence. En ouverture, mon collègue le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux souhaitait que l'expression démocratique demeure au cœur de nos travaux. Ce soir, je tiens à réitérer la volonté de notre gouvernement d'asseoir le projet de loi le plus largement possible sur un consensus.

Nous avons le devoir de concrétiser plusieurs des pratiques qui ont cours dans le système préhospitalier d'urgence, mais aussi de favoriser l'émergence de nouvelles façons de faire. À cet égard, nous sommes très satisfaits de constater que, malgré la diversité des points de vue exprimés, tous se rallient derrière le grand objectif commun, soit celui d'offrir à la population du Québec un service et des soins préhospitaliers d'une efficacité et d'une qualité supérieures.

Au cours de ces audiences, une quarantaine de personnes provenant d'une quinzaine de groupes sont venues nous éclairer sur les nombreuses facettes de l'univers des services préhospitaliers d'urgence. Ces personnes ont su colliger, dans des présentations de qualité, des commentaires et des préoccupations fort pertinents malgré le très court délai qui leur était imparti, et je tiens donc, au nom de mes collègues, au nom, je pense, aussi des membres de la commission, à les remercier très sincèrement dans les circonstances.

Mme la Présidente, les représentations qui nous ont été faites ont clairement mis en lumière une opinion partagée par divers groupes, soit l'impératif de mettre à jour le cadre législatif régissant l'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec. Il ressort clairement de ce que nous avons entendu que ce projet

de loi est salué notamment pour la clarification qu'il apporte aux rôles et responsabilités des intervenants à tous les paliers, national, régional ou local. De plus, nous avons reçu un appui unanime, à savoir que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit exercer le rôle central qui lui est dévolu en matière d'élaboration des grandes orientations, d'établissement des normes et d'encadrement des intervenants.

Par ailleurs, les commentaires reçus et les échanges qui ont eu cours témoignent de la grande pertinence de notre projet de loi, puisqu'il vient supporter un secteur d'intervention d'urgence agissant dans des conditions souvent critiques. Ce secteur, comme nous avons pu le constater, est animé par des femmes et des hommes désireux et désireuses de faire avancer leur pratique et d'oeuvrer dans un domaine où la notion de qualité des services est au premier plan. Il se dégage aussi des propos tenus devant cette commission la reconnaissance et la volonté des divers acteurs de rendre compte des gestes qu'ils posent quotidiennement et, en cela, de participer à l'exercice d'une plus grande imputabilité afin d'offrir des services d'une qualité toujours accrue.

● (22 h 10) ●

Les groupes que nous avons entendus sont également unanimes à saluer le fait que le projet de loi confère au concept de chaîne d'intervention préhospitalière une place centrale. Elle permet, en effet, de situer le rôle de chaque intervenant et, de ce fait, représente un élément structurant pour garantir la notion de continuité dans la prestation des services rendus aux personnes en détresse. Mme la Présidente, les consultations ont mis en perspective la nécessité que les actions et les interventions qui se réalisent à l'intérieur de cette chaîne soient bien arrimées entre les différents maillons. Je crois d'ailleurs important d'énumérer à nouveau ces maillons: les premiers intervenants, soit la population en général; les centres d'urgence 9-1-1; les centres de communication santé; les premiers répondants; les services ambulanciers proprement dits; et, bien sûr, les établissements receveurs.

Il se dégage de nos échanges un consensus autour du déploiement des services de premiers répondants afin de permettre prioritairement de réduire le temps de réponse du système, un objectif incontournable de la réforme, s'il en est. De la même façon, les discussions portant sur les centres de communication santé ont permis de les reconnaître comme pierre angulaire du système, puisqu'ils constitueront le pivot des communications entre les maillons de la chaîne d'intervention et les autres partenaires. Mais les propos exprimés lors de cette consultation ont également appuyé l'importance d'un arrimage soutenu et parfaitement ajusté avec le réseau des établissements de santé, tant en ce qui concerne la prise en charge en salle d'urgence qu'en ce qui a trait au transport des usagers entre ces établissements. En cela, Mme la Présidente, le projet de loi offre enfin le cadre structurant attendu par tous les partenaires des services préhospitaliers d'urgence au Québec.

La question du financement et de la consolidation des ressources a également été abordée, et notre gouvernement s'est engagé dans cette voie. Mais, pour les citoyens et citoyennes que nous représentons, la

préoccupation d'une utilisation rigoureuse des deniers publics demeure un élément-clé. Cette préoccupation quant à l'usage des fonds publics est d'ailleurs au centre du projet de loi n° 96, et les organismes que nous avons vu défiler ici sont unanimes là-dessus. Un meilleur encadrement administratif, une plus grande imputabilité, une responsabilisation accrue, voilà l'essence de notre plan législatif. Ça implique une reddition de comptes plus transparente et des mécanismes clairement définis pour y parvenir, notamment l'introduction d'un contrat de services avec les entreprises ambulancières. Au surplus, la mise en place d'un système d'information conçu expressément pour les services préhospitaliers d'urgence viendra aussi rejoindre les recommandations du Vérificateur général et de la commission de l'administration publique.

Enfin, Mme la Présidente, ce qui ressort nettement de nos consultations, c'est la volonté des divers groupes rencontrés d'aller de l'avant avec ce projet de loi. Nous les voyons accueillir cette législation comme un moyen de soutenir leur volonté de travailler plus que jamais au développement d'un système moderne et à l'avant-garde de ce qui se fait ailleurs dans le monde.

En terminant, je tiens à réitérer nos remerciements à toutes les personnes qui ont eu l'amabilité de venir nous rencontrer ainsi qu'à nos collègues du ministère, aux membres de cette commission et, bien sûr, à vous, Mme la Présidente, pour votre bienveillante attention et la bonne marche de nos travaux. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. le ministre, M. le député de Nelligan, de même que toutes les personnes qui vous accompagnent. Merci aux membres de cette commission, personnel, à toutes les personnes qui ont participé, ceux et celles qui, bien sûr, ont suivi nos travaux. Alors, la commission, ayant maintenant accompli son mandat, ajourne ses travaux sine die. Alors, bonne fin de soirée.

(Fin de la séance à 22 h 14)