



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Consultations particulières dans le cadre de l'examen
de la situation à la Corporation d'urgences-santé
de la région de Montréal Métropolitain (1)

Le jeudi 12 décembre 1991 - No 109

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Déclarations d'ouverture	
M. Marc-Yvan Côté	CAS-6179
M. Rémy Trudel	CAS-6179
Auditions	
M. Robert De Coster	CAS-6180
Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain	CAS-6185
Alliance des infirmières de Montréal, section Urgences-santé	CAS-6204
Groupe représentant les médecins d'Urgences-santé	CAS-6218
Syndicat des employés d'Urgences-santé	CAS-6232

Autres Intervenants

M. Jean A. Joly, président
M. Henri-Paradis, président suppléant
M. Paul-Philibert, président suppléant

M. Guy Chevrette
Mme Huguette Boucher Bacon

- * M. Pierre Lamarche, Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain
 - * Mme Louise Hébert Aubé, idem
 - * M. Gilles Bastien, idem
 - * Mme Denise Manzo, Alliance des infirmières de Montréal, section Urgences-santé
 - * Mme Micheline Nadon, idem
 - * M. Lambert Farand, idem
 - * M. André Auger, idem
 - * M. Mario Ostiguy, groupe représentant les médecins d'Urgences-santé
 - * M. Mathias Kalina, idem
 - * M. Jocelyn Barriault, idem
 - * M. Richard Boisvert, idem
 - * M. Théodore Leibovici, idem
 - * M. Yves Fackini, Syndicat des employés d'Urgences-santé
 - * M. Yves Mallette, idem
 - * M. Alain Desrosiers, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 250 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires
70 \$ par année pour les débats de la Chambre
Chaque exemplaire: 1,00 \$ - Index: 10 \$
La transcription des débats des commissions parlementaires est aussi
disponible sur microfiches au coût annuel de 150 \$
Dans les 2 cas la TPS et la TVQ s'ajoutent aux prix indiqués

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:
Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
5, Place Québec, bureau 195
Québec, (Québec) Tél. 418-643-2754
G1R 5P3 télécopieur: 418-528-0381

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le jeudi 12 décembre 1991

**Consultations particulières dans le cadre de l'examen de la situation
à la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain**

(Dix heures douze minutes)

Le Président (M. Joly): Alors, bonjour à tous et à toutes. Je vous souhaite la bienvenue à cette commission. La commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à des consultations particulières et tenir des auditions publiques dans le cadre de l'examen de la situation qui prévaut à la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain. Mme la secrétaire, est-ce que nous avons des remplacements?

La Secrétaire: Non, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme la secrétaire. Je vous rappelle que la présente séance fait suite au mandat d'initiative que s'est donné la commission des affaires sociales le 27 mars 1991. On se rappellera qu'en vertu du règlement de l'Assemblée et de leur propre initiative les commissions peuvent étudier toute matière d'intérêt public, et ce, selon l'article 120. C'est donc dans cette perspective que la commission des affaires sociales se réunit aujourd'hui. J'inviterais M. le ministre à faire quelques remarques préliminaires brèves, si possible. Je pense qu'on a convenu qu'on échangerait plutôt avec ceux qui présenteront les mémoires. M. le ministre.

Déclarations d'ouverture

M. Marc-Yvan Côté

M. Côté (Charlesbourg): Très, très brièvement, M. le Président. C'est une commission un peu spéciale, dans le sens que c'est un mandat d'initiative qui a été voulu et souhaité par les deux partis et qui nous permettra, je l'espère bien, au cours des deux prochains jours, de faire le point sur la situation du rapport De Coster, en particulier vis-à-vis de la Corporation d'urgences-santé, du devenir et de ce qu'on peut espérer au cours des prochains mois et des prochaines années comme service à la population, l'objectif étant, bien sûr, un service de bonne qualité au meilleur coût possible aux citoyens de la grande région de Montréal. Dans ce sens-là, M. le Président, je pense qu'on est davantage là ce matin, cet après-midi, ce soir et demain matin pour entendre les gens, les interpeller, les questionner et, au-delà de tout cela, la commission aura un certain travail à faire sur le plan des recommandations. Je suis prêt dès maintenant à procéder.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le minis-

tre. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, j'imagine que vous avez quelques remarques aussi.

M. Rémy Trudel

M. Trudel: M. le Président, effectivement, presque deux ans, jour pour jour, après les tristes événements de l'École polytechnique, après le travail, je pense, assez gigantesque effectué par M. De Coster et son groupe, qui avaient été chargés d'enquêter sur les événements, la suite des événements et, surtout, sur l'organisation des services d'urgence sur l'île de Montréal et un certain nombre d'événements qui, le moins que l'on puisse dire, peuvent nous laisser inquiets quant aux besoins manifestés par la population, surtout pour l'avenir des services d'urgence préhospitaliers dans la région de Montréal.

Je remercie aussi la majorité ministérielle d'avoir accepté de tenir cette commission, de tenir des audiences sur ce mandat d'initiative. On sait toujours qu'en décembre c'est un peu beaucoup chargé au niveau du Parlement, au niveau de l'Assemblée nationale. Je veux la remercier d'avoir accepté, parce que c'est important que l'on puisse faire le maximum d'éclairage sur la situation qui prévaut actuellement et, surtout, être capable de voir qu'est-ce qui va arriver au cours des 10 prochaines années avec nos services d'urgence, en particulier dans la région de Montréal.

Donc, suite à cet immense travail qui a été effectué par le groupe de travail De Coster, il est important que les parlementaires et le ministre responsable, nous puissions dégager ensemble les éléments de la situation qui, somme toute, font encore problème, très certainement, ou du moins laissent un bon nombre de questions pour un observateur averti ou pour quelqu'un qui regarde ça de très près, quelqu'un qui pourrait dire: Pour les années à venir, oui, nous sommes à mettre en place, suite à ces tristes événements, un système qui va répondre aux attentes. Avec des méthodes optimales, avec une approche optimale, avec tous les sous qu'on a investis là-dedans au cours des dernières années, nous sommes capables de dire qu'au cours des 10 prochaines années nous aurons un service de qualité pour les résidents de l'île de Montréal et, surtout, que les gens pourront avoir confiance dans leur système. Il y a un ensemble de choses à éclairer.

Dans ce sens-là, M. le Président, je pense que, oui, la meilleure approche à utiliser, c'est d'entendre tous ceux et celles qui sont concernés

par cette situation pour que nous puissions, au su et au vu de tout le monde, porter un certain nombre de jugements et, je dirais en conclusion, suite aux directives ministérielles qui ont été émises le 19 juin dernier et publiées dans la **Gazette officielle du Québec** du mois de juillet, pour que nous puissions faire le point sur la situation et voir dans quel type d'avenir nous sommes à nous engager quant aux services d'urgence sur l'île de Montréal.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, très, très brièvement, pour ne pas qu'il y ait d'équivoque et pour que mes absences ne soient pas mal interprétées, je voudrais peut-être, dès ce moment-ci, dire que, compte tenu de l'horaire qui était le mien, normalement je ne devais pas être présent, M. le Président, aux deux journées d'audition. Je serai ici une bonne partie de la Journée. Demain, je ne serai pas là; je serai aux Îles-de-la-Madeleine. C'est un voyage qui était prévu déjà depuis fort longtemps et que je ne pouvais pas déplacer. Donc, pour qu'il n'y ait pas d'équivoque et qu'on ne fasse pas de l'interprétation quant à mon absence, je tenais à le dire dès le début de cette commission, de manière très claire, souhaitant que la commission, effectivement, nous permette de jeter de l'éclairage sur un certain nombre de faits et de faire en sorte qu'on puisse davantage penser à l'avenir qu'à régler les problèmes du passé.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. J'invoiterais donc M. Robert De Coster et son groupe à bien vouloir s'avancer et à prendre place, s'il vous plaît. J'apprécierais beaucoup, M. De Coster, que vous identifiez les gens qui vous accompagnent, s'il vous plaît.

M. De Coster (Robert): Merci, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Puis, je vous souligne que vous avez environ une demi-heure pour présenter votre mémoire et que, par après, la balance de la période sera impartie aux deux formations, tant ministérielle que de l'Opposition, pour pouvoir échanger avec vous.

Auditions

M. Robert De Coster

M. De Coster: Je présume, M. le Président, que, personnellement, je n'ai pas besoin de présentation. Mes lettres de créance ici, c'est que j'ai présidé le groupe de travail dit De Coster qui a été constitué en vertu d'une décision ministérielle à la suite du drame du 6 décembre 1989 à l'École polytechnique de Montréal.

M'accompagnent ici ce matin, à ma gauche, le Dr Pierre Lapointe, à qui j'avais assigné un secteur de première importance, c'est-à-dire les services préhospitaliers et hospitaliers d'urgence - M. Lapointe, comme vous le savez, a produit son rapport individuel qui a été, après ça, synthétisé dans le mien qui devient le rapport plus collectif - et, à ma droite, M. Serge Cossette, qui est un expert en communications du ministère des Communications, à qui j'avais assigné toute la question des communications, que ce soient les communications à l'intérieur de chacun des intervenants ou les communications entre intervenants.

Ils m'accompagnent, évidemment, en support de ce que j'appelle ce matin un témoignage que je vais faire. Je dois vous avouer tout d'abord. M. le Président, que nous ne sommes pas venus ici par choix ni même, dans une certaine mesure, de bon gré. Ce n'est certainement pas une manifestation de mauvaise volonté, au contraire. Nous répondons plutôt à une convocation qui nous a été transmise par "téléposte" samedi matin. Le message sollicitait, de la part de la commission, un avis, et je cite, "sur la situation qui prévaut à la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain".

Ma première réaction, M. le Président, je dois vous l'avouer, a été de refuser, et pour plusieurs raisons que je trouvais valables. Le message, d'abord, fixait l'audition à 9 h 30 ce matin. Nous avons été pris par surprise, et vous conviendrez qu'on nous laissait fort peu de temps pour nous préparer, dans une période déjà assez mouvementée et neuf mois après avoir fermé, nous, les livres.

De plus, et je pense que c'est encore plus important, comme vous le savez, le groupe de travail De Coster n'existe plus et son mandat s'est terminé en mars dernier. Nous ne pouvons donc plus nous prévaloir d'une identité juridique, ni d'une autorité ministérielle, ni même d'une indemnité que nous conférerait notre mandat. Ça nous met dans une situation assez difficile et nous avons dû prendre en considération ce facteur-là avant de décider si, oui ou non, on venait vous rencontrer aujourd'hui.

Plus important encore, M. le Président, c'est que les membres du groupe ne connaissent définitivement pas la situation actuelle qui prévaut dans la Corporation d'urgences-santé, ce 12 décembre. De fait, et il ne s'agit pas, d'aucune façon, d'une critique, bien au contraire, aucun des membres du défunt groupe de travail De Coster n'a été impliqué, de quelque manière que ce soit, dans le suivi du dossier relativement à Urgences-santé. Je ferais peut-être une légère exception en ce qui concerne M. Cossette qui avait été désigné, à titre d'expert en communications, comme support du Dr. Tétrault qui exerçait ses fonctions d'observateur au sein du conseil d'administration de la Corporation d'urgences-santé. Son implication, d'ailleurs, a été

plutôt limitée.

Ceci dit, M. le Président, après avoir songé à refuser l'invitation, je me suis ressaisi pour éviter toute interprétation qu'aurait peut-être engendré notre refus et toute ambiguïté sur notre position actuelle. J'ai changé d'avis, mais partiellement seulement, et j'espère, M. le Président, que la décision que nous avons prise tous les trois ne déplaira pas aux membres ici présents. Nous avons convenu tous les trois que je ferais deux témoignages et que nous nous retirerions sine die, sans période de questions. Ces témoignages-là vont être courts, mais je pense qu'ils vont bien situer notre position à l'heure actuelle.

Tout d'abord, M. le Président, les trois membres du groupe de travail De Coster qui sont ici conviennent que rien, à date, ne peut les porter à croire que nous pourrions ou devrions modifier d'un iota les constats et les recommandations de notre rapport. Le rapport est déposé, il est là. Nous demeurons complètement solidaires de ce rapport après l'avoir déposé et après avoir pris neuf mois de recul. Ce rapport a été rendu public. Il était accessible et les intéressés ont eu neuf mois pour l'analyser. Je ne crois pas qu'il soit utile, à ce moment-ci, de réentreprendre l'analyse de ce rapport. Et, d'ailleurs, l'objet de la commission aujourd'hui, si je comprends bien, n'est pas, évidemment, le rapport De Coster comme tel mais bien la situation qui prévaut présentement à Urgences-santé. Donc, comme premier témoignage, M. le Président, nous confirmons que les membres du groupe de travail demeurent solidaires du rapport dans son intégrité et n'ont aucunement l'intention d'y changer quoi que ce soit.

Quant au deuxième témoignage, même si, comme je vous le signalais, les membres du groupe n'ont pas été impliqués dans les initiatives ministérielles - et, encore là, ce n'est pas une critique, d'aucune façon - les initiatives qui ont suivi le dépôt du rapport, nous nous sommes individuellement tenus informés des interventions du ministre de la Santé et des Services sociaux. Nous avons aussi eu accès à certains documents publics pertinents, notamment le projet de loi 156 et, plus particulièrement, les directives du ministre portant sur les objectifs et orientations de la Corporation d'urgences-santé et aussi, et surtout, sur le train de mesures ou d'actions à prendre que le ministre dictait à Urgences-santé, diktat assorti, d'ailleurs, d'un calendrier d'exécution.

Le deuxième témoignage, M. le Président, je l'exprime donc au nom des trois membres concernés ici présents et des trois qui ont été impliqués dans le rapport original ayant trait aux soins préhospitaliers d'urgence et aux communications, particulièrement Urgences-santé. Les trois membres concernés ici présents expriment leur satisfaction et les espoirs que suscitent les initiatives prises par le ministre depuis le dépôt

de notre rapport. Nous considérons que les directives ministérielles et le train de mesures signifiés à Urgences-santé correspondent généralement aux recommandations du rapport et répondent à ses attentes.

Cette initiative du ministre actualise et "priorise" nos recommandations et fixe un échéancier réaliste. Elle est porteuse de tous les éléments susceptibles d'affecter ou d'effectuer le virage que nous avons souhaité. Nous ne connaissons pas la réaction de la Corporation d'urgences-santé. Nous espérons de tout coeur que sera éventuellement infirmé le dicton qui dit qu'il y a loin de la coupe à la bouche. Merci, M. le Président, et, sur ce, vous nous permettez, s'il vous plaît, de tirer notre révérence.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président.

Le Président (M. Joly): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends; j'ai bien entendu l'état de la situation. Si on pouvait, à ce moment-ci, M. le Président, suspendre quelques minutes, nous pourrions peut-être revenir avant de... L'idée n'est pas de ne pas libérer nos invités, mais peut-être, avec une suspension à ce moment-ci, d'en arriver par la suite à une suggestion après un échange avec l'Opposition.

Le Président (M. Joly): Parfait, M. le ministre. Alors, nous suspendons nos travaux quelques minutes.

(Suspension de la séance à 10 h 25)

(Reprise à 10 h 36)

Le Président (M. Joly): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense que, dans les circonstances, nous avons à suspendre la commission cet après-midi et, quant à moi, à remercier M. De Coster et son groupe de s'être présentés, d'être venus affirmer un certain nombre de choses. Je comprends certains arguments de base qui sont là et je les respecte aussi, comme membre de la commission. Je prends les remarques qui ont été faites, les deux. Il y en a deux. Elles sont là, et nous travaillerons donc avec le rapport et avec les deux remarques.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Je vais commencer, bien sûr, par remercier M. De Coster, quand même, de s'être présenté ce matin avec les deux personnes qui ont contribué à son travail, à son rapport. Bien sûr que, de ce côté-ci aussi, on comprend les

éléments du rapport qui a été déposé il y a neuf mois, volumineux rapport qui, oui, il faut le dire, présente un diagnostic assez clair. Je dois bien regretter un peu, cependant, avec le plus grand respect que j'ai pour vous, M. De Coster et les gens qui ont participé à ce rapport-là, qu'il y ait quand même un certain nombre de questions que j'aurais aimé poser, moins en rapport avec la situation à Urgences-santé aujourd'hui. On aura l'occasion de l'examiner avec d'autres groupes et avec l'administration même d'Urgences-santé à Montréal.

Je comprends parfaitement le fait que vous n'avez pas de mandat pour continuer à observer et à regarder ce qui se passe actuellement suite au diagnostic que vous avez posé. Mais je vous avoue que j'aurais eu un certain nombre de questions, tout simplement d'éclaircissement, à poser quant à votre diagnostic. J'imagine qu'on aura l'occasion, avec des questions au ministre, puisque votre rapport a été déposé depuis neuf mois et que le ministre a eu l'occasion de présenter un certain nombre de directives pour y donner suite, d'aller chercher les réponses ailleurs. Il y a dans le diagnostic que vous avez dressé en rapport... Et là, encore une fois, je parle moins à votre groupe et à vous, M. De Coster, qu'au ministre, au ministère et aux opérateurs actuels du système. On a essentiellement... Le diagnostic de votre groupe, c'est...

Le Président (M. Joly): Excusez, pourriez-vous...

M. Trudel: Il y a, d'évidence...

Le Président (M. Joly): J'imagine que vous allez en arriver au fond de votre pensée.

M. Trudel: Oui. M. le Président. On avait prévu une heure et demie là-dessus. Moi, j'ai dit que je respectais la décision de nos invités ce matin. Je comprends très bien les raisons et ça se tient parfaitement comme illustration, mais j'ai un certain nombre de remarques à faire, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Mais pour respecter, en fait, le voeu de M. De Coster et des membres qui l'accompagnent, je pense que M. De Coster a décidé qu'il n'était pas témoin ce matin. Alors, partant de là, je ne sais pas si on peut libérer M. De Coster et son groupe.

M. Trudel: Écoutez, là-dessus, je n'ai aucun problème, mais je n'ai pas terminé mon intervention en ce qui regarde la situation en rapport avec le rapport De Coster.

Le Président (M. Joly): Non, non, je n'ai pas d'objection. C'est parce que, dans le fond, les remarques que vous adressez, c'est plutôt

envers le ministre et le ministère. Alors, partant de là, moi, je serais d'accord pour libérer M. De Coster et son groupe.

M. Chevrette: M. le Président, moi, je suis prêt à le libérer, mais je vous donne un exemple de choses...

Le Président (M. Joly): M. le député de Joliette.

M. Chevrette: Avant qu'il parte, sans le supplier, je n'haïrais pas ça lui poser une question. Il a porté des...

Le Président (M. Joly): M. De Coster a manifesté, justement, le fait qu'il ne veut pas qu'on lui pose de questions, parce qu'il ne veut pas répondre aux questions. Et ceci, je pense qu'il l'a bien cadré dans le début de son intervention. Alors, partant de là...

M. Chevrette: Je sais ça.

Le Président (M. Joly): ...je pense qu'il a déjà exprimé le pourquoi aussi. Alors, je ne peux pas imposer, moi, à M. De Coster et à son groupe, quelque chose qui est contre leur volonté. Partant de là, je suggérerais qu'on puisse libérer M. De Coster et son groupe.

M. Chevrette: M. le Président, avec tout le respect...

Le Président (M. Joly): Je tiens à opérer ça de ta façon la plus juste et équitable pour tout le monde. M. le député de Joliette.

M. Chevrette: M. le Président, avec tout le respect que je dois à la présidence, une commission pourrait très bien se tourner de bord si ça n'a pas été fait dans les formes. On a le droit, même, d'assigner ici des gens - vous le savez - en vertu de nos règlements, ce que je ne veux pas faire. Correct? Mais on pourrait. Donc, ne me dites pas que c'est le témoin qui décide ou pas, c'est la commission.

Le Président (M. Joly): Non, mais ce que M. De Coster nous a expliqué, M. le député de Joliette et leader de l'Opposition... C'est bien sûr que, si on va chercher le consentement de tout le monde, on va s'entendre. Sauf que M. De Coster nous a expliqué qu'il n'avait plus de mandat. Partant de là, c'est sur ces bases que je suggérerais qu'on libère M. De Coster et son groupe, à moins qu'il y ait des ententes qui seraient acceptables pour tout le monde. Moi, je suis prêt à administrer ça, comme règle.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président.

Le Président (M. Joly): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense que, si le député de Joliette souhaite poser une question à M. De Coster, essayer, après un refus, il peut toujours le faire. Mais, dans la mesure où c'est la même réponse, je pense que la commission devrait, à ce moment-ci, libérer M. De Coster. Si le député de Joliette, qui a une vaste expérience parlementaire, y compris des commissions, souhaite s'essayer - c'est un petit peu ce qu'il nous passe comme message - auprès de M. De Coster sur une réponse, en tout cas, M. De Coster répondra dans la mesure où il maintient la position qu'il semble maintenir. Comme il a souhaité, à la fin de son intervention, être libéré, pour les raisons qu'il a évoquées, je pense que la commission devrait le libérer.

Le Président (M. Joly): M. De Coster, vous vous sentez comment à travers tout ça, là, vous?

M. De Coster: Ah! moi, je reste sur ma position, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci, M. De Coster. M. le député de Joliette.

M. Chevrette: Merci beaucoup d'avoir bien interprété mes propos, mais je voudrais continuer mon raisonnement. Dans le rapport De Coster, il y a eu des jugements de valeur de portés, et c'est clair. Je pense à la page 27 qui dit, par exemple, que c'est "une entreprise de transport qu'a créée la loi 34, rien de plus". Moi, je ne le sais pas. Si on ne déborde pas du cadre du rapport mais qu'on veut faire clarifier certains jugements de valeur posés, à ce moment-là, on ne demande pas au témoin de porter des jugements sur la situation actuelle qu'il ne connaît peut-être pas - et avec raison, ça fait neuf mois qu'il est sorti du décor - mais pour en arriver à écrire noir sur blanc certaines affirmations dudit rapport, il doit y avoir eu un cheminement, pour les gens. La mémoire est une faculté qui oublie, mais pas tout, surtout sur les jugements de valeur qui sont portés à l'intérieur d'un rapport.

Mais si M. De Coster nous dit: Je ne veux répondre à rien, moi, je n'abandonne pas l'idée, dépendant du mandat d'initiative, de revenir ici avec des propositions concrètes pour qu'on puisse avoir des clarifications. Un comité de travail, avec tout le respect que j'ai, c'est pour arriver avec des résultats concluants. Je comprends qu'il peut y avoir eu une série d'anomalies dans le fonctionnement. Je regardais l'agenda, puis j'en aurais pour deux jours juste avec la Corporation d'urgences-santé; et je sais que je n'aurai pas ça. Donc, pour se rabattre cet avant-midi, étant donné qu'on pourrait peut-être rattraper du temps, on pourrait déjà demander à Urgences-santé de s'asseoir, ils sont ici. Ça nous permettrait vraiment de voir...

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président.

Le Président (M. Joly): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense qu'on va régler les affaires une par une. Ça me paraît, surtout venant d'un gars qui a l'expérience du député de Joliette et qui est leader... Je pense qu'il faut disposer des affaires une par une. M. De Coster a été, je pense, on ne peut plus clair, en expliquant pourquoi. Moi, c'est une attitude que j'accepte. Je dis: Disposons maintenant de ça et on verra, après, ce qui arrive.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Alors, M. De Coster, au nom des membres de cette commission, je vous remercie d'avoir été présent, de vous être manifesté. Vous et les membres de votre groupe, nous vous remercions d'avoir été présents. Merci beaucoup.

M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, vous voulez prendre la parole?

M. Trudel: Bon. Alors, M. le Président, je ne sais pas si le ministre, quant à lui, a des suggestions à faire quant au déroulement; moi, pour ma part, je n'avais pas terminé. Je pense que, même dans le style interrogatif, il vaut la peine de se poser un certain nombre de questions ici, au départ, puisque toute cette situation à Urgences-santé, c'est un événement fortuit malheureux, qui s'appelle les événements de Polytechnique, qui a amené à faire enquête. Finalement, l'objet sur lequel on s'est penché, c'est l'organisation d'Urgences-santé et les effets de la loi 34 adoptée... Je m'excuse, M. le Président...

Le Président (M. Joly): Je vous laisse aller...

M. Trudel: ...à moins que les règles aient changé...

Le Président (M. Joly): ...je vous laisse aller.

M. Paradis (Matapédia): M. le Président...

Le Président (M. Joly): Est-ce que c'est une question de règlement? M. le député de Matapédia.

M. Paradis (Matapédia): Nous avons convenu, en séance de travail, de faire le point sur un certain nombre de choses, notamment sur Urgences-santé, et d'entendre, d'un commun accord, un certain nombre de groupes ou d'individus. Alors, la cédule étant ce qu'elle est, ce matin, nous devions entendre le groupe de travail De Coster; ces gens-là ont décidé - et on les a libérés - de faire un court témoignage et de se retirer. Est-ce que nous allons, comme commission, M. le Président, épiloguer de façon interrogative, comme semble vouloir le faire le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, sur un possi-

ble témoignage qu'ils auraient dû faire et qu'ils n'ont pas fait? Ou bien, on suspend nos travaux et on reprend avec la Corporation d'urgences-santé à 15 h 30, tel que nous le propose notre cédule de travail. C'est ça, M. le Président, que je vous pose comme question.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député. Je viens de m'entretenir avec M. le ministre qui a quelque chose à communiquer et qui peut être d'un intérêt pour vous. Alors, je pense que, M. le ministre...

M. Côté (Charlesbourg): D'abord, on ne gagnera strictement rien, personne, à tenter de poser des questions à des gens qui ne sont pas là pour répondre ou à s'interpeller mutuellement. Nous avons convenu, des deux côtés... D'ailleurs, je pense que ça a été l'entrée en matière. Si on avait dit non, comme gouvernement, on ne serait pas dans une situation de commission parlementaire comme aujourd'hui; donc, ce qu'on a voulu, c'est collaborer à faire en sorte qu'on puisse examiner un dossier qui est celui-là, en toute transparence, devant une commission qui est la nôtre. Je pense que c'est sage de pouvoir le faire et nous souhaitons pouvoir le faire.

À ce moment-ci, moi, je vous le dis tout de suite, je ne participerai pas à une séance pour toute la journée. J'ai autre chose à faire que de me battre pour des questions de règlement. Il faut bien se comprendre; on ne s'est pas entendu pour venir s'interpeller sur des questions de règlement pendant toute la journée et pour interpeller quelqu'un qui n'est pas là.

Alors, si nous voulons être sages, je pense, à ce moment-ci, prenant à la volée la balle qui a été lancée par le député de Joliette qui a pour deux jours de questions à poser à la Corporation d'urgences-santé, nous pourrions, M. le Président, les entendre; qu'ils fassent leur présentation ce matin et qu'on passe à la période de questions à 15 h 30, de telle sorte qu'il y aura plus de temps pour poser des questions à Urgences-santé cet après-midi. Ça me paraît être un arrangement raisonnable pour être capable de faire progresser nos travaux, d'entendre les gens qui sont venus ici pour témoigner et pour qu'on puisse les questionner. Ça me paraît être un peu convenable à ce moment-ci pour qu'on puisse progresser.

Le Président (M. Joly): Est-ce que ça vous satisfait, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue?

M. Trudel: Oui, oui, c'est une suggestion que je peux accepter si les gens peuvent tout de suite nous faire signe qu'ils sont prêts...

Le Président (M. Joly): Alors, j'apprécierais si...

M. Trudel:... à témoigner. M. le Président, juste pour terminer...

Le Président (M. Joly):... les représentants de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain pouvaient coopérer et s'avancer. Monsieur?

M. Lamarche (Pierre): Je suis Pierre Lamarche...

Le Président (M. Joly): Oui, M. Lamarche.

M. Lamarche:... président-directeur général de la Corporation. J'aimerais pouvoir collaborer avec la commission et faire le dépôt de notre position ce matin. Cependant, vous me prenez un peu par surprise; j'aurais besoin d'un délai pour pouvoir obtenir nos documents écrits, aller les chercher et vous les déposer.

Le Président (M. Joly): Combien de temps, M. Lamarche?

M. Lamarche: Je pourrais vous offrir que l'on commence à 11 h 30, ce qui me donnerait peut-être le temps.

M. Paradis (Matapédia): M. le Président, je propose que l'on suspende nos travaux à 15 h 30.

Le Président (M. Joly): Je m'excuse, on n'a pas vidé encore la question, M. le député. Alors, partant de là, vous étiez à nous dire que vous seriez disposé à présenter ça à 11 h 30. Est-ce que, de 11 h 30 à 12 heures, ça vous conviendrait? Parce que, normalement, le temps qui vous est imparti, c'est une demi-heure.

M. Lamarche: Oui.

Le Président (M. Joly): Alors, si vous me dites qu'à 11 h 30 vous pourriez être prêt, je suspendrais les travaux jusqu'à 11 h 30 et nous reprendrions à 11 h 30 précises pour vous donner la demi-heure, disons, de présentation; cet après-midi, nous reprendrions à 15 h 30.

M. Lamarche: D'accord.

Le Président (M. Joly): Ça vous va?

M. Lamarche: Oui.

Le Président (M. Joly): Je vous remercie. La commission suspend ses travaux jusqu'à 11 h 30.

(Suspension de la séance à 10 h 50)

(Reprise à 11 h 34)

Le Président (M. Joly): La commission

reprend ses travaux. M. le ministre, M. Marc-Yvan Côté, me prie de l'excuser; il va retarder de quelques minutes. Mais, de façon à ce qu'on puisse avancer dans nos travaux, je permettrais... Oui, M. le député?

M. Chevrette: Est-ce que pouvez rappeler le mandat de la commission?

Le Président (M. Joly): C'est bien sûr. La commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à des consultations particulières et tenir des auditions publiques dans le cadre de l'examen de la situation qui prévaut à la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain. Ceci étant dit, je demanderais à M. Lamarche, qui a déjà pris place avec son groupe, de bien vouloir identifier les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain

M. Lamarche: M. le Président, il me fait plaisir de vous présenter Mme Marie-Claude Chartier, membre du conseil d'administration de la Corporation d'urgences-santé, qui y siège à titre de représentante des réparateurs et employés de bureau. Elle est également membre du Comité de vérification. M. Léo Hudon, membre du conseil d'administration d'Urgences-santé, qui y siège à titre de représentant des usagers, est trésorier de la Corporation et président du Comité de vérification.

Je tiens immédiatement à excuser l'absence de M. Michel Hamelin, président de la Communauté urbaine de Montréal et vice-président de la Corporation, qui préside aujourd'hui une commission internationale sur la formation en aéronautique et qui ne pouvait être présent. Je veux également excuser l'absence de Mme Michelle Major, qui est conseiller municipal à Laval et secrétaire de la Corporation d'urgences-santé, qui - je suis sûr que, comme parlementaires, vous le comprendrez - doit être présente pour l'adoption du budget de Laval aujourd'hui. Je tiens également à excuser l'absence du Dr Richard Forgues, chirurgien et représentant des médecins coordonnateurs des salles d'urgence au conseil d'administration d'Urgences-santé, qui est retenu auprès de ses patients aujourd'hui. Je tiens à vous informer aussi que sont également membres du conseil d'administration le Dr Kalina et Mme Diane Inkel qui témoignent dans le cadre des groupes par et parmi lesquels ils sont choisis.

M. le Président, si vous me permettez de vous rappeler les deux points soulignés par M. De Coster ce matin... Excusez-moi.

Le Président (M. Joly): Excusez, vous pourriez peut-être juste nous présenter les gens ici.

M. Lamarche: J'ai présenté les membres du conseil d'administration. J'ai oublié de vous présenter les directeurs et les directrices qui m'accompagnent: à ma droite immédiate, le Dr Gilles Bastien, qui est le directeur des services professionnels, Mme Louise Hébert Aubé, qui est responsable des services multicientèle et, à ce titre, responsable du développement de l'Info-Santé, et M. Louis Trahan, qui est responsable de la technologie et de l'informatique. Sont également présents M. Pierre Vanier, qui est le directeur des finances, et Mme Louise Rancourt, qui est directrice des ressources humaines. Alors, je m'excuse d'avoir oublié mes collaborateurs qui me soutiennent quotidiennement.

Le Président (M. Joly): Alors, je vous rappelle la règle, M. Lamarche. Vous avez à peu près une demi-heure pour présenter votre mémoire. À la reprise des travaux cet après-midi, les membres de la commission auront largement le temps d'échanger avec vous. Alors, s'il vous plaît, c'est à vous.

M. Lamarche: D'accord. Je voudrais tout d'abord souligner que M. De Coster, dans son témoignage de ce matin, a dit qu'il ne modifiait en rien les recommandations qu'il avait faites, que son groupe les maintenait, et il a aussi dit que les directives qui ont été transmises à la Corporation d'urgences-santé témoignent d'un remède au constat qu'il avait fait et d'un moyen d'assurer que les recommandations soient mises en oeuvre à Urgences-santé. Nous, du conseil d'administration d'Urgences-santé, avons accepté de recevoir et d'implanter ces recommandations ministérielles, et il est de notre intention de les implanter effectivement.

J'ai déposé devant la commission un certain nombre de documents que j'aimerais vous expliquer pour qu'on puisse suivre la présentation: un premier document, qui est un résumé du rapport d'étape et sur lequel je reviendrai plus en détail, qui fait état du progrès de l'implantation des directives ministérielles; un deuxième document qui essaie de schématiser le cheminement critique d'un appel dans le système actuel et dans le système médicalisé de "priorisation" des appels urgents; un rapport déposé au conseil d'administration le 12 novembre 1991, qui constitue un rapport d'experts médicaux sur la valeur du système médicalisé de "priorisation" des appels d'urgence, ainsi qu'un dernier document d'information, de consultation et de participation à un comité de travail qui donne, si vous voulez, l'agenda de l'ensemble des directeurs depuis la transmission des directives et qui résume l'ensemble des rencontres d'information, de consultation et de participation ou de travaux de comités de travail qui ont été mis en oeuvre depuis les cinq mois de la transmission des directives ministérielles.

Je tiens à dire que les rencontres peuvent

être de valeur différente. Parfois, c'est une rencontre avec un président de syndicat. Parfois, c'est une rencontre qui peut durer huit heures pour pouvoir rencontrer tous les corps de travail, effectuée par le directeur des services professionnels en collaboration avec ses responsables des services ambulanciers et du système de "priorisation" des appels d'urgence, qu'on tient dans chacun des points de service. Alors, c'est de valeur inégale mais ça témoigne quand même des informations, des consultations et de la participation qui ont eu cours pendant l'année.

Je voudrais, avant d'examiner point par point le progrès de l'implantation, souligner également la participation du ministère, du Dr Tétréault, du Dr Fréchette et des médecins qui travaillent à leur groupe, en appui constant dans les travaux qui sont les nôtres et qui assurent également que nous donnions à la réforme un caractère universel, c'est-à-dire un caractère qui permettra d'établir le même système dans chacune des régions du Québec.

Pour revenir au rapport d'étape point par point, la première des directives demandait que soit clairement déterminée la mission d'urgence d'Urgences-santé. La première mesure que nous avons prise est de séparer, dans l'organigramme, les fonctions qui sont de l'urgence: la réception des appels et leur traitement, la répartition des appels et l'intervention sur le terrain. Ensuite, nous avons établi clairement que l'ensemble de ces interventions cliniques qui doivent être unifiées étaient sous la responsabilité du directeur des services professionnels afin d'assurer un contrôle et une vue d'un contrôle médical sur l'ensemble des opérations cliniques. D'autre part, également, nous avons fait une fonction différente d'Info-Santé et nous avons fait également une fonction différente, sur examen, de la situation des sports interétablissements.

Deuxièmement, nous avons aboli, depuis le mois de juillet, la "priorisation" des appels, et je tiens à signaler que, malheureusement, depuis le 30 novembre, une modification du traitement des appels à la salle des infirmières fait en sorte qu'à quelques occasions nous avons dû recourir de nouveau à la "priorisation" des appels. Nous avons également adopté en conseil d'administration une modalité complète de traitement des plaintes que nous avons élaborée en collaboration avec le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain.

Dans la révision complète de la flotte que nous devons faire d'ici le mois de décembre 1991, nous avons posé un certain nombre de gestes qui nous permettent d'assurer un contrôle plus adéquat sur la gestion de la flotte, des actes administratifs qui, dans le cadre de l'acquisition, nous ont permis de gérer la flotte en fonction de ressources qui doivent être distribuées et allouées en fonction des services et nous avons imposé un plan de redressement. Maintenant, je tiens à vous informer que la

gestion de la flotte peut et doit aller plus loin. Elle doit comprendre, avec des éléments de localisation spatiale qui sont reliés à une répartition assistée par ordinateur, que l'on puisse, par ordinateur, choisir l'ambulance la plus près, la plus adéquate pour effectuer telle intervention. Dans ce qui est prévu, au cours du mois de juin, alors qu'on instaurera une répartition assistée par ordinateur, on pourra établir cette gestion de la flotte lorsqu'elle se déploiera sur la route.

(11 h 45)

Au niveau de la révision complète de la gestion du personnel, nous avons établi clairement que les activités cliniques du triage des appels, de la répartition et des interventions sur le terrain devaient être sous un contrôle médical. Nous avons aboli, comme le recommandait d'ailleurs le rapport De Coster, la fonction de chef d'équipe chez les techniciens ambulanciers et nous avons distingué clairement les responsabilités de ceux qui s'occupent de la flotte et qui mettent en service les véhicules et les responsabilités des coordonnateurs, comme il était recommandé dans le rapport De Coster, d'ailleurs, qui ont maintenant la mission de s'assurer que le travail clinique sur la route est exécuté conformément aux protocoles qui seront en application ou qui sont actuellement en application.

L'autre élément concernait la mise en place de moyens de communication hors véhicule. Nous avons, comme moyen intérimaire et provisoire, mis à bord des véhicules, dès le mois de juin, des téléchasseurs; c'est une modalité d'alerte un peu primaire et sommaire. Nous avons l'intention et nous avons pris tous les moyens actuels pour nous assurer que la renégociation du contrat avec Bell Radiocommunications pouvait prévoir l'implantation de radios portatifs, lesquels seront mis en application dans des projets-pilotes à compter du 15 décembre. Ceci nous permettra d'établir une architecture de réseau et nous permettra également, au mois de mars, conformément à l'autre aspect de la directive qui prévoit un retrait progressif, un retrait sélectif ou un retrait définitif des médecins sur la route, d'établir, par des médecins présents dans la centrale, un contrôle médical direct, si vous me permettez l'expression qu'utilisent les Parisiens, un "on-line medical control".

La mise en place des moyens de communication directs avec les urgences des centres hospitaliers. Comme vous le savez tous, il s'agit de pouvoir déterminer dans quel centre hospitalier on peut le plus adéquatement et le plus **sécuritairement** amener le patient. Il s'agit donc d'établir un réseau de communication informatique entre chacune des salles d'urgence, qui soit capable de mesurer, dans l'état réel, l'occupation de la salle d'urgence et de communiquer avec la centrale de répartition. Nous avons, dans un premier temps, l'intention de développer pour nos

propres fins un système semblable, mais, dans les discussions que nous avons eues avec le Conseil régional et avec le ministère, nous nous sommes rendu compte que le Conseil régional et le ministère, avec les établissements, participaient déjà, dans un projet qui s'appelle **SIURGE**, à la mise en place de ce réseau. Ils ont accepté que l'on puisse travailler parmi eux en définissant quels étaient nos besoins. Ils ont épousé les objectifs; ils nous ont permis d'inscrire nos objectifs dans ce cadre-là, ce qui, évidemment, nous permet des économies importantes et nous permet davantage un succès de l'opération puisque tous les partenaires y travaillent déjà.

D'ici janvier 1992, une étude devrait être déposée sur les coûts de la séparation des transports urgents et non urgents. Nous sommes à une étape de cueillette des données. Je dois vous informer que principalement la direction des services des finances et des ressources matérielles a été très occupée dans les derniers mois à la négociation de l'acquisition de **CTSAM**. C'est des travaux qui vont se faire au cours du mois de janvier pour pouvoir donner, donc, l'état de l'évaluation des coûts de séparation des transports urgents et non urgents.

La diminution du temps d'affectation des véhicules à une minute après la réception de l'appel. Nous avons donc choisi un système que nous, ici, appelons le système Clawson, mais nous sommes probablement les seuls en Amérique du Nord à l'appeler de cette façon. C'est un système médicalisé de "priorisation" des appels urgents. C'est un système qui est fondé sur l'application de protocoles et qui permet, dans toutes les circonstances, de déterminer l'état d'urgence et, également, de déterminer l'envoi de la ressource adéquate, à l'intérieur d'une période d'une minute. Il existe sous la forme de carte; il existe également sous la forme de disquette, de logiciel qui permet d'emmagasiner chacune des transactions et qui permet d'emmagasiner également comment chacune des personnes qui traitent une question la traite et en combien de temps; il permet donc de se référer immédiatement à des données statistiques sur le comportement, d'établir un contrôle de la qualité et de faire une formation qui est conséquente à l'examen de ce contrôle de la qualité.

Je tiens à vous souligner que lorsque Urgences-santé a voulu que soit examiné le contrôle de la qualité des appels d'urgence à Urgences-santé, elle a recouru à une étude du **GRIS**, le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, qui nous a soumis un protocole de recherche pour examiner 1000 appels. Le **GRIS** nous a demandé un an et il a, dans les faits, déposé son rapport après quatre ans de travaux. Vous comprenez la différence entre un système qui oblige à une réécoute, à un réexamen de la méthodologie de traitement des appels, des questions posées, qui varient d'une personne à l'autre et qui consistent à valider le jugement

professionnel, par rapport à un système qui n'est qu'un système organisé posant un certain nombre de questions validées depuis 14 ans maintenant, utilisé dans 2500 centres en Amérique du Nord, parmi lesquels des grands centres comme Los Angeles, Cincinnati, Philadelphie ou de petits milieux ruraux.

Le même système permet donc de traiter ces appels, de les "prioriser" et également de donner des instructions en attente de l'arrivée des ressources. Nous avons, à cet égard, dès le mois de septembre, entrepris des discussions avec le Dr Clawson qui est en quelque sorte l'auteur de ce système, le propriétaire des droits intellectuels. Je tiens à informer la commission que le ministre nous a informés que toute transaction avec le Dr Clawson devrait prendre en compte le fait qu'il puisse ensuite être possible, selon les calendriers d'implantation que proposera le Dr **Fréchette**, de rendre ce système accessible dans toutes les régions du Québec, quelle que soit la région, et donc de permettre qu'un système d'une qualité équivalente et semblable puisse être implanté partout au Québec.

Nous sommes rendus à une étape où nous avons fait traduire le protocole et où nous avons demandé aux médecins - aux mêmes médecins qui ont travaillé sur le rapport que j'ai déposé devant la commission et qui a été déposé au conseil d'administration - de nous donner leur opinion sur la traduction parce que, comme vous le savez, l'utilisation des termes en médecine n'est pas neutre. Quand il s'agit de pouvoir identifier clairement quels sont les symptômes qu'exprime un citoyen parfois souffrant, parfois très anxieux, il faut s'assurer que les termes qui sont utilisés soient les termes les plus usuellement utilisés.

Le dixième point, c'est la réduction du temps de réponse moyen à moins de six minutes. Alors, si nous réalisons par cette étape - et ce qui permet de le faire - un traitement d'appel et une affectation du véhicule à l'intérieur d'une minute, on pourra réaliser cet objectif puisque, déjà, le temps de réponse externe entre l'affectation et l'arrivée sur les lieux est voisin de cinq minutes.

Enfin, la dissociation des opérations d'Info-Santé. Dans la mesure où nous pourrions implanter le système médicalisé de "priorisation" des appels d'urgence, nous serons également prêts à implanter un **Info-Santé** qui soit dissocié du traitement des appels d'urgence et en lien informatique et téléphonique avec le système de traitement des appels d'urgence.

D'ici mars 1992. Au point 12, la redéfinition complète du rôle, de la formation, du nombre des médecins et l'établissement d'un contrôle médical. Vous verrez probablement cet après-midi les documents qui ont été déposés pour le conseil d'administration d'Urgences-santé. Les médecins d'Urgences-santé nous informent qu'ils collaboreront - et je tiens à vous souligner l'utilisation

du futur conditionnel qui est un mode et un temps différent de l'indicatif présent - au comité mis sur pied par Urgences-santé moyennant un certain nombre de concessions qu'ils nous demandent. Nous avons discuté avec le ministre et nous pensons... Le ministre nous a dit également qu'il pensait souhaitable que des discussions se poursuivent entre les médecins formés et regroupés par la FMOQ et le ministère afin de voir quelles sont les modalités résultant de cette directive ministérielle.

La mise en place de protocoles d'intervention clairs et les besoins de formation continue de l'ensemble des intervenants. Le conseil d'administration a constitué des comités interdisciplinaires qui ont déjà produit 11 protocoles d'intervention et un rapport d'intervention préhospitalière, qui est en application depuis le mois de novembre 1991, qui oblige les techniciens ambulanciers à remplir des rapports d'intervention préhospitalière qu'ils déposent dans les centres hospitaliers et qui sont remis aux services afin que l'on puisse, d'une part, obtenir un contrôle médical sur leurs interventions et, deuxièmement, obtenir l'opinion des salles d'urgence sur le travail tel qu'effectué. Quant aux protocoles d'intervention clinique, ils doivent constituer un nombre voisin d'une quarantaine et le comité continue à y travailler.

Le 6 juin 1992. Au point 14, l'opération d'Info-Santé par d'autres instances, si jugé opportun par le ministre. Nous avons souligné au ministre qu'il est probablement souhaitable pour tout le monde, y compris pour les infirmières, que soit connu rapidement l'endroit où le ministre estime que devrait être assuée la fonction d'Info-Santé. Je sais que vous avez adopté le projet de loi 120 et que vous connaissez toutes les cohérences, que vous avez également pris connaissance des directives qui sont données à Urgences-santé, lesquelles directives demandent impérieusement qu'Urgences-santé soit principalement axée sur les services d'urgence. Il demeure que des liens fonctionnels doivent toujours demeurer avec Info-Santé et que plus rapidement, finalement, cette perspective sera connue, je pense, plus elle servira à travailler conjointement à la mise sur pied d'un Info-Santé adéquat.

(12 heures)

La répartition assistée par ordinateur. Nous avons déjà entrepris des études de faisabilité. Nous savons déjà ce dont nous avons besoin. Nous avons déjà choisi une firme qui doit nous aider à rédiger un appel d'offres public pour savoir quel fabricant de répartition assistée par ordinateur pourrait être choisi. Lorsque nous aurons un système médicalisé de "priorisation" des appels et que l'ensemble des données seront transmises automatiquement par l'ordinateur de la salle de triage des appels à l'ordinateur de la salle de répartition, lequel pourra connaître, dans la réalité et non pas uniquement d'une

façon déclarée, quel est le statut réel de chacun des véhicules, la décision d'affecter le véhicule le plus adéquat, le plus près possible sera **immédiatement** suggérée par l'ordinateur, ce qui permettra à nouveau de pouvoir exercer également sur la répartition un contrôle de la qualité, ce qui permettra également de pouvoir transmettre un ensemble de données que, dans un cadre de radiocommunication, nous ne pouvons pas transmettre parce que nos ondes sont écoutées. La preuve que nos ondes sont écoutées, c'est que, parfois, des dépanneuses arrivent sur les lieux d'accidents avant même l'ambulance, le service de la police ou le service des pompiers. Ce que nous avons souvent besoin de transmettre, ce sont des données qui sont intimes, très personnelles et qui concernent l'état de santé d'un patient. Alors, ce système permettra également de transmettre immédiatement l'ensemble des données et réduira considérablement l'utilisation des ondes radio.

Le contrôle médical efficace. Je l'ai dit depuis le début, l'ensemble des modules d'intervention clinique... Parce qu'il faut concevoir l'intervention d'Urgences-santé, même si elle se fait en trois étapes, c'est-à-dire traitement de l'appel, répartition et intervention-terrain, comme étant une suite continue. L'ensemble de ces trois activités a été mis sous la direction des services professionnels pour s'assurer que l'examen qui sera porté sur nos interventions sera un examen d'un point de vue médical puisque c'est une action - je ne veux pas utiliser le terme "acte", il a une signification juridique trop restreinte - unifiée, médicale et, je dirais même, en lien avec chacune des salles d'urgence. L'examen de notre prestation de services d'urgence doit être également fait en conjugaison avec les salles d'urgence.

Le programme d'appréciation de la qualité. Dès mars 1992, les programmes d'appréciation de la qualité, le recours à l'ordinateur nous permettra de les établir.

La pertinence des premiers répondants. Nous n'avons pas fait de travaux spécifiques et nouveaux, à Montréal, sur cette question. Il existe déjà des systèmes de premiers répondants, principalement dans l'ouest de la Communauté urbaine de Montréal. Nous continuons donc à opérer en conjugaison avec ces premiers répondants.

Voilà l'état d'avancement des travaux relatifs à l'implantation des directives ministérielles. Je divergerais d'opinion sur une question avec M. De Coster. Il a dit ce matin que, quant à lui, l'échéancier était réaliste. J'ajouterais qu'il est cependant exigeant. Toutefois, je sais, comme lui, comme beaucoup d'autres et comme mes collaborateurs, que, dans une réforme, il y a un momentum qui doit être conservé, qu'il est absolument nécessaire que nous nous donnions et que nous respectons le plus fidèlement possible les échéanciers qui nous ont été donnés pour que

nous puissions mener à bon port la réforme qui doit se voir dans un ensemble, qui doit se déployer jusqu'au mois de **juin** et qui doit comprendre, par la suite, une administration et un ajustement selon les besoins de la population. C'est mon dernier mot, je tiens à dire que tout ça doit servir à améliorer la qualité des services à la population dans notre région et, éventuellement, dans l'ensemble des autres régions. Je vous remercie, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Lamarche. La commission suspend ses travaux jusqu'à 15 h 30. M. le député.

M. Chevette: C'est à vous, la question.

Le Président (M. Joly): Oui.

M. Chevette: Quand vous avez transmis au groupe qui témoigne devant nous le mandat de la commission...

Le Président (M. Joly): Oui, M. le député.

M. Chevette: ...est-ce qu'on a limité le mandat exclusivement en demandant au groupe d'expliquer ce qui se passait sur un point précis ou si ce n'était pas de permettre d'avoir une vue d'ensemble sur la gestion d'**Urgences-santé**?

Le Président (M. Joly): Si vous regardez le mandat comme tel, c'est la situation qui prévaut à la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain. C'est ce qui avait été entendu lors de la séance de travail.

M. Chevette: Donc, M. le Président, je pourrai, indépendamment du fait que le témoin ou le groupe qui témoigne... déborder carrément, parler, par exemple, de l'intimidation qui se fait auprès des travailleurs, parler des transactions financières qui ont eu lieu, parler des pratiques administratives également à la Corporation d'urgences-santé.

Le Président (M. Joly): Je pense qu'il a été de coutume, dans le passé, de considérer que chacun, à sa façon, débordait souvent du sujet et même du mandat. Alors, on verra et, si la pertinence n'est pas de ce jour, on verra à rappeler à la pertinence. Merci. Alors, les travaux sont suspendus jusqu'à 15 h 30.

(Suspension de la séance à 12 h 6)

(Reprise à 15 h 46)

Le Président (M. Joly): La commission reprend ses travaux. Au moment de suspendre, nous étions rendus à la période d'échanges avec les membres de la Corporation. J'inviterais donc

M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Pour notre bonne compréhension, la coutume, c'est que nous séparons le temps.

Le Président (M. Joly): L'enveloppe, oui. Nous terminons à 17 heures.

M. Côté (Charlesbourg): Je sais que, dans ce genre de situation là, M. le Président, on est dans une situation où chacun aime bien poser un certain nombre de questions. Je ne veux pas nécessairement prendre tout le temps au début, pour laisser aussi un peu d'initiatives... Je pourrais prendre une demi-heure ou trois quarts d'heure et poser toute une série de questions. Sachant que vous en avez un certain nombre, je vais débiter et peut-être me garder du temps un peu pour la fin, aussi, sur le plan des questions qui n'auraient pas pu être touchées. Merci, M. le Président.

En juin dernier, à la lumière du rapport De Coster et après avoir fait une analyse assez exhaustive de la situation au niveau du ministère, nous vous avons transmis des directives, et vous en avez fait état au cours de la matinée. J'aimerais, dans un premier temps, parler d'Info-Santé et savoir de manière un peu plus précise où nous en sommes quant à la dissociation d'Info-Santé, quant à la faisabilité de dissociation. Et aussi - je vais vous donner toutes mes questions en même temps, ça va vous permettre de faire le tour - est-il indispensable qu'Info-Santé soit rattaché à Urgences-santé, même s'il est dissocié? Dans la mesure où, effectivement, il est dissocié d'Urgences-santé, dans l'esprit même de la réforme, est-ce que ce n'est pas une fonction qui, normalement, devrait être dévolue aux CLSC?

M. Lamarche: M. le ministre, je vais aussi demander à Mme Hébert Aubé si elle veut m'aider dans cette réponse, puisque c'est elle qui a piloté ce dossier. Maintenant, je tiens à vous donner, comme premier élément de réponse, que, oui, il est indispensable qu'il y ait un lien entre Info-Santé et Urgences-santé - minimalement téléphonique et informatique - afin de permettre, lorsqu'un citoyen aura appelé à un Info-Santé auquel on accèdera par un numéro de téléphone à sept chiffres et que l'infirmière découvrira qu'il s'agit, dans la réalité, d'une urgence, qu'elle puisse transmettre l'information contenue et la discussion par simple bascule et des lignes téléphoniques et des lignes informatiques, pour être capable de saisir immédiatement le secteur d'urgence de cette situation.

Deuxièmement, il est aussi important qu'il y ait ce lien pour qu'Info-Santé demeure absolument centralisé, ayant une fonction unique. La tentation, si elle était de disséminer dans plusieurs CLSC un Info-Santé, serait très grande,

à Urgences-santé, de reconstruire exactement cette fonction qui est nécessaire et, ainsi, de dédoubler des budgets. C'est-à-dire que progressivement, dans le cadre de l'appel 911 - puisque, ailleurs, il n'y aurait pas de lieu centralisé pour traiter ces questions-là - nous aurions des appels qui ne seraient pas réellement des appels d'urgence auxquels, néanmoins, il faudrait donner suite pour être capables de dégager les lignes d'urgence et progressivement, comme ça, le risque serait grand de reconstruire.

Donc, il faut qu'Info-Santé demeure unifié, il faut qu'Info-Santé ait des liens téléphoniques et Informatiques avec Urgences-santé. Pour ce qui est de la cohérence, dans le progrès du dossier que nous faisons, nous nous rendons bien compte qu'il y a effectivement une cohérence dans la loi 120 où les CLSC ont une mission de porte d'entrée dans le réseau, où les conseils régionaux ou les régies régionales ont aussi une vocation sur l'information des services à la population. Vos directives sont nettes aussi à l'effet qu'Urgences-santé doit être entièrement centré sur une vocation, qui est celle de traiter l'urgence.

Maintenant, nous avons mené plusieurs consultations internes et externes, et j'aimerais que Mme Hébert Aubé puisse répondre à votre question.

Mme Hébert Aubé (Louise): Oui. Plus particulièrement, peut-être, par rapport à la faisabilité. Je pense qu'il a été noté par plusieurs groupes que les infirmières d'Urgences-santé, depuis 1981, ont comblé certaines lacunes au niveau des ressources qui existaient sur le territoire du Montréal métropolitain. Même si Québec a semblé innover, en 1984, avec l'implantation d'un Info-Santé qui avait pour objet d'informer et de référer la population vers les ressources existantes, je pense qu'il faut convenir que les infirmières d'Urgences-santé remplissaient un rôle similaire, même si c'était une fonction qui était ambiguë et peut-être mal comprise. Mais la population de Montréal, qui regroupe plus que Montréal - c'est Montréal et Laval, le territoire que nous couvrons - c'est presque le tiers de la population du Québec. C'est une population qui est allophone, c'est une population qui est isolée aussi en raison de l'urbanisation même du territoire qu'on a. Cette population avait des besoins d'information et de référence. Les infirmières étant associées directement au tri des appels d'urgence, donc il y avait une évaluation qui se faisait. Ce n'est pas une fonction nouvelle, c'est une fonction, je pense, où les directives viennent confirmer et officialiser, dans le fond, un rôle que les infirmières ont rempli jusqu'à ce jour pour combler les lacunes qui existaient.

Donc, quant à la faisabilité, ce qu'on a fait, c'est qu'on a mis à profit l'expérience qui avait été accumulée au fil des ans par le personnel

infirmier quant aux besoins de la population par rapport au territoire que nous desservons. Il y a différents groupes de travail qui ont été mis à profit et qui ont été constitués. Il y a différents outils qui doivent être perfectionnés à partir du moment où vous confirmez un certain rôle. L'informatique doit faire partie intégrante également des outils de gestion du personnel infirmier.

Comme le mentionnait M. Lamarche, il doit y avoir un lien entre l'urgence et le non-urgent que peut représenter Info-Santé, parce que je pense qu'il est utopique de croire que la population pourra être éduquée au point d'être en mesure de discerner, dans tous les cas, la véritable urgence du non-urgent. Donc, il doit y avoir une ligne téléphonique, un lien informatique qui va combler, si vous voulez, ce vide-là qui peut exister au niveau du citoyen.

De la même façon, cependant, compte tenu de la réforme et de la loi 120, il doit également y avoir des liens d'information, des mécanismes de liaison entre un Info-Santé qui demeurerait centralisé et les CLSC qui doivent être la porte d'entrée dans le réseau. Je pense qu'il doit y avoir un suivi d'information qui doit se faire entre l'intervention de premier niveau que les infirmières seraient appelées à effectuer au niveau d'un Info-Santé et la continuité de services qui doit être assurée par les CLSC en premier lieu. Donc, c'est à la fois un lien, je pense, avec Urgences-santé, module urgent, mais c'est également un lien informatique, téléphonique, quelque chose de rapide qui s'assure que, le lendemain matin, le patient, il est pris en charge si on a un appel qui arrive à deux heures du matin, donc, avec les CLSC et avec toutes sortes d'autres ressources dans le fond. Il y a plus de 1300 organismes communautaires à Montréal. Il peut y avoir des problèmes sociaux énormes. Il y a des problèmes de santé, mais il y a également des problèmes de société importants. Alors, c'est de développer, je pense, des mécanismes importants en relation avec ces organismes-là.

M. Côté (Charlesbourg): Quel est l'impact sur le personnel d'une dissociation d'Info-Santé, tel que les directives ont été émises? Peu importe où les infirmières qui font le travail à ce niveau-là se retrouvent, quel est l'impact au niveau du personnel si, demain matin, on maintient... Comme on maintiendra Info-Santé qui a prouvé sa valeur et qui est nécessaire, quel est l'impact direct, demain matin, peu importe si c'est dans le xième étage où loge Urgences, dans l'étage additionnel ou dans le deuxième étage additionnel, ou s'il se retrouve ailleurs, étant bien entendu qu'il faut que ce soit concentré et non pas dispersé, compte tenu des risques?

M. Lamarche: S'il y a dissociation, la directive dit que la totalité des infirmières qui travaillent aux services infirmiers doivent être

affectées à la fonction **Info-Santé**; il est évident que la totalité des infirmières qui décideraient de maintenir leur emploi et leur poste d'emploi dans cet **Info-Santé** seraient effectivement transférées. Il s'agit de savoir si intervient une autre entité juridique ou pas. Si, par exemple, c'était dans un conseil régional ou si c'était dans un regroupement de CLSC... Les modèles existent. Lorsque Urgences-santé a été constitué et lorsqu'il s'agissait de préparer la mise sur pied de la Corporation, il y avait un comité, formé par le ministère de la Santé et le Conseil régional, mixte, qui avait comme fonction, un, de préparer et de définir la mission d'Urgences-santé, mais d'assurer également, d'une façon intérimaire, la gestion de la direction des Urgences-santé du Conseil régional.

Ça signifie donc que, sauf celles qui voudraient possiblement postuler d'autres emplois comme... Les postes de triage d'appels d'urgence vont être affichés. Si quelques-unes veulent y postuler, leur candidature va être prise en considération, mais elles seraient transférées donc en bloc et avec tous leurs droits et tous leurs privilèges. La convention collective qu'on a signée avec les infirmières, c'est la même convention collective applicable dans tout le réseau, qui comprend les mécanismes de transfert, les mécanismes de sécurité d'emploi, les mécanismes de remplacement. Nous sommes liés, avec l'ensemble du réseau, par le respect de ces conditions.

M. Côté (Charlesbourg): Si on remonte dans la chaîne... Évidemment, lorsqu'on discute avec les intervenants et qu'on parle du Dr Clawson, comme vous en avez fait état ce matin, on arrive donc à un triage, avec tout le mécanisme qui est en cours, où la discussion de fond est mécanique par rapport à une approche biopsychosociale.

Une voix:...

M. Côté (Charlesbourg): Ah oui! Après avoir été 20 semaines en commission parlementaire avec l'Opposition il faut en retenir quelques leçons. Donc, à partir de ce moment-là, il y a un triage qui sera fait par des individus. Est-ce qu'on peut espérer que ce triage puisse être fait par des infirmières?

M. La marche: Des personnes qui sont infirmières pourraient postuler ces postes et appliquer le protocole. Maintenant, il est évident que le système fonctionne dans la mesure où on respecte le protocole et où on applique le protocole. En conséquence, on renonce à appliquer un jugement professionnel. Voilà où est la grande distinction. Dans le cas des infirmières, tel qu'elles travaillent et tel qu'elles identifient les urgences, à l'heure actuelle, elles exercent leur jugement professionnel, c'est-à-dire que, par leurs habiletés professionnelles, par leurs con-

naissances, par leur sensibilité, qui varient d'une infirmière à l'autre et qui peuvent varier d'un poste de travail à l'autre - mais ce n'est pas le propre des infirmières, c'est le propre de tous les professionnels qui exercent un jugement professionnel, c'est le propre des médecins - elles l'identifient, selon leurs connaissances, les situations d'urgence ou les situations qui ne sont pas d'urgence. C'est tout à fait le contraire d'assujettir une démarche au suivi rigoureux d'un protocole où, là, le professionnel n'a pas de liberté. Il ne fait que poser des questions, obtient du protocole les réponses et il les applique d'une façon mécanique.
(16 heures)

Alors, vous me posez la question: Est-ce que les infirmières pourraient y travailler? Je vous dis que je pense que oui parce que j'estime qu'elles doivent répondre aux exigences minimales, mais je leur ai toujours dit: Est-ce que les infirmières seront intéressées à y travailler? Est-ce que, dans le fond, les habiletés professionnelles d'une infirmière ne sont pas davantage liées à ce qu'est l'Info-Santé, à ce qu'est une communication, à ce qu'est l'appel à une certaine formation, à une certaine sensibilité et à certaines expériences plutôt qu'au respect rigoureux d'un protocole?

Cela est absolument essentiel. Cela est absolument essentiel parce que c'est le protocole qui est médicalisé. Ce protocole, qui a été mis sur pied par le Dr Clawson, auquel toute l'expérience, disons, de la pratique s'est ajoutée, existe depuis 14 ans. Il a été révisé à une dizaine de reprises, c'est la dixième édition. On ne peut pas amender ce protocole, on ne peut pas prétendre appliquer le système, on ne peut pas obtenir les autorisations et la continuation de pouvoir appliquer ce protocole si on n'accepte pas cette règle fondamentale que pose l'académie médicale que, oui, il peut y avoir des changements qui sont apportés au protocole, pourvu que la totalité des utilisateurs en Amérique du Nord en conviennent.

C'est ce qui détermine ce que l'on appelle ou ce que les tribunaux appellent "the best state of the art", c'est-à-dire qu'on sait - c'est une règle qui s'applique coutumièrement en médecine - que le médecin a à appliquer - il n'a pas une obligation de résultats, il a une obligation de moyens - les connaissances de la médecine au mieux de leur développement, dans les circonstances qu'il connaît, et au meilleur de ses compétences. S'il ne réussit pas, ce n'est pas de sa faute. Mais s'il ne l'a pas fait, s'il n'a pas suivi "the best state of the art", là, il peut être poursuivi. C'est la même chose au niveau de l'application de ce protocole, c'est-à-dire qu'on ne peut pas intervenir dedans et dire: Bon, voilà, on va le suivre. Maintenant, si on décide de continuer, on va changer avec notre jugement professionnel ce qu'est le protocole médicalisé, et on va le changer de la pire des façons, c'est-à-

dire à chacune des interventions téléphoniques que nous aurons, à chacun des appels téléphoniques qu'on aura.

Si on veut maintenir un jugement professionnel dans le cadre de l'application de ce système, je ne suis pas sûr, premièrement, que le Dr Clawson accepterait que l'on prétende utiliser son système, deuxièmement, on devient incapable de répondre à un des aspects importants de la directive et des constatations du rapport De Coster, c'est-à-dire que les lignes d'urgence 911 doivent être libérées et que les appels d'Info-Santé doivent être acheminés autrement sans mobiliser les lignes d'urgence du 911. Il devient également impossible, si on applique un jugement professionnel, de pouvoir porter le jugement: Est-ce qu'Info-Santé, c'est une vocation d'Urgences-santé ou si c'est une vocation d'un autre organisme?

M. Côté (Charlesbourg): Je veux bien qu'on se suive là. Info-Santé, on a réglé ça avec nos premières questions. Il y a dissociation d'Info-Santé. On est par la suite dans une situation de triage et on dit: On veut appliquer chez nous ce qui s'applique ailleurs - je ne sais plus, à un moment donné, on me dit 2500, d'autres me disent 4000 villes - la méthode Clawson qui fait l'objet d'un protocole. Le protocole, évidemment, à partir du moment où on signe, j'imagine qu'on paie. Ça, ça veut dire qu'on ne peut pas intervenir, pas changer. On ne pourrait pas mettre de l'humain dans cette méthode-là parce que c'est une méthode qui est mécanique.

De votre point de vue, c'est quoi la conséquence, demain, d'une opération qui est plus mécanique et qui ne laisse pas de place à une relation humaine? Est-ce que ça veut dire que, dès le moment où vous prenez le téléphone, que quelqu'un est dans une situation d'urgence, alors que vous pourriez avoir au téléphone une infirmière, dont les compétences sont reconnues, qui pourrait donner des conseils à cet individu qui est au bout du fil, qui va attendre des secours et, en même temps, avoir le secours... Est-ce que je comprends, dans une situation comme celle-là, qu'avec Clawson, à partir du moment où c'est une situation d'urgence, immédiatement, c'est un véhicule qui part pour se rendre chez le patient? Mais, est-ce que pour autant ça veut dire que la mécanique, le robot qui va être au bout du téléphone... C'est à peu près ça; 1, 2, 3, 4, 5, c'est ça que les gens disent. Le robot qui va être là, il va dire: Question 1, non; question 2, non; question 3, oui, et, automatiquement, il y a un jugement qui va se poser: Il faut envoyer quelqu'un. Alors, l'ambulance se rend sur place, chez quelqu'un qui est en situation d'infarctus. Pendant ce temps-là, est-ce que ça veut dire qu'automatiquement, dès que l'ambulance est partie, il n'y a plus personne qui peut être en contact, soit infirmière, soit médecin, pour donner des conseils d'usage, le temps que

l'ambulance vienne? J'aimerais ça être capable de comprendre, un moment donné, parce que essayer de faire croire, de dire au monde que mécanique par rapport à biopsychosocial... Est-ce que la mécanique met un frein à toute possibilité d'intervention humanitaire et de support sur le plan du conseil?

M. Lamarche: Si vous me permettez, je vais demander au Dr Bastien de vous donner la réponse relativement à cette application. Oui, il y a un protocole intégré qui comprend le fait de donner des instructions en attente de l'arrivée des ressources.

M. Côté (Charlesbourg): Mais j'aimerais ça à partir d'un cas. Moi, je téléphone, j'ai "mon conjoint", ma conjointe...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): ...pour ne pas qu'il y ait aucune espèce d'équivoque à ce niveau-là, c'est rien que la réalité que je veux vous démontrer...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): À partir du moment où il y a cette situation-là, il se passe quoi? Tu sais, mon robot au bout, il pose des questions et il doit réagir, là. À partir de ce moment-là, moi je suis poigné au téléphone et ça va bien me consoler de savoir qu'il y a une ambulance qui vient me voir, mais ça me consolerait peut-être un petit peu plus s'il y avait quelqu'un pour me conseiller en même temps.

M. Bastien (Gilles): D'abord, M. le ministre Côté, ce n'est pas une approche si mécanique que ça et ce n'est pas une approche de robot. Je pense que ce qu'il faut comprendre, c'est que l'expertise professionnelle s'est exercée au départ, c'est-à-dire qu'il y a un certain nombre de médecins qui se sont penchés sur le traitement des appels et ont déterminé une façon de faire, un protocole, une démarche, laquelle démarche n'est pas non plus complètement déshumanisée. La personne qui est au bout du fil doit exercer également un contrôle sur la personne qui risque d'être en panique. Ce qui est important, par contre, c'est qu'elle suive le cheminement qu'un médecin pourrait faire dans une circonstance comme celle-là et qu'elle gère l'ensemble des risques qui se présentent à elle au bout du fil. C'est cette gestion des risques qui est importante.

À titre d'exemple - étant donné qu'un grand nombre de personnes, ici, ont plus de 35 ans - un homme de 35 ans et plus qui a une douleur dans la poitrine, jusqu'à preuve du contraire, il est à risque pour un infarctus. On doit donc prendre une décision en conséquence.

En tant que médecin, je dois éliminer de ma tête ce qui est plus grave, non pas le fait que vous ayez tout simplement une inflammation des cartilages. Ce qui est important, c'est d'éliminer le risque qui se présente devant nous, et c'est dans ce sens-là que le système de Clawson a été pensé. Gérons un ensemble de risques, allons du plus élevé au moins important et traitons les situations de cette façon-là. C'est bien sûr que l'élément... Ce sont des êtres humains qui vont répondre au téléphone, ce sont des gens qui vont avoir non seulement été entraînés à suivre une démarche, mais également entraînés à contrôler l'émotivité des gens qui sont au bout de la ligne. Il y a toujours un aspect social, il y a un aspect psychologique qui rentre en ligne de compte.

Il ne s'agit pas non plus, lorsque vous êtes au téléphone, de poser un diagnostic. Ce n'est pas important de poser un diagnostic. Ce qui est important, c'est de déterminer le degré d'urgence de la situation et d'amener le patient, dans les plus brefs délais, dans un centre hospitalier où il pourra être traité de la façon la plus adéquate possible.

M. Côté (Charlesbourg): Si je comprends, ça veut dire qu'à partir du moment où celui qui est au téléphone, qui est un être humain, a un constat à faire d'urgence... À quel moment intervient sa décision quant à l'envoi d'une équipe d'urgence, à l'affectation d'une équipe d'urgence qui doit aller sur place?

M. Bastien: Dès le départ, si l'appelant, la personne qui appelle à Urgences-santé, le 911, dit: Mon père est inconscient, il ne respire plus, dès que la personne a donné cette information-là, l'ambulance est envoyée immédiatement. Par la suite, si la personne respire toujours et n'est pas inconsciente, pour une douleur **rétrosternale**, on doit effectivement suivre une démarche, c'est quatre ou cinq questions qui vont nous permettre de déterminer l'importance avec laquelle nous devons envoyer les ressources et l'importance des ressources que nous envoyons.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. Donc, à partir de ce moment-là, il y a déjà une démarche qui est entreprise pour un service rapide à l'endroit où il y a des problèmes. Mais, il y a une continuité de relations humaines?

M. Bastien: Dès que l'envoi des ressources a été fait, la personne qui est au triage des appels doit maintenir un contact avec la personne qui est en bout de ligne et lui donner les conseils nécessaires jusqu'à l'arrivée des techniciens ambulanciers sur les lieux.

M. Côté (Charlesbourg): Mais ça peut vouloir dire, demain, que, dans la mesure où vous recevez un nombre d'appels extraordinaire, dans

le concret, vous allez revenir nous voir pour nous demander des véhicules additionnels et du personnel additionnel?

M. Bastien: Pas du tout.

M. Côté (Charlesbourg): Parce que ça signifie: un téléphone, une ambulance. Si c'est ça que ça signifie, est-ce que ça ne veut pas dire, éventuellement, que vous allez nous revenir avec une commande d'achat de matériel, puisque vous n'en aurez pas assez? Je pense qu'il y en a qui vont être très heureux d'apprendre ça. Mais, en termes clairs, est-ce qu'on va déboucher... Parce que, ce que je comprends, c'est qu'il se maintient une relation humaine - ça, je pense que ça me paraît assez clair - entre l'intervenant et des spécialistes. Ça pourrait même être un médecin qui est sur place, à ce moment-là, qui serait en relation avec l'intervenant. Je comprends? Donc, à partir de ce moment-là, il y a déjà une ambulance, du temps où vous parlez, qui est partie et qui donnera un service rapide. Mais, il y a peut-être un certain nombre d'ambulances qui vont se rendre là pour rien, donc qui ne seront pas disponibles pour faire d'autres cas. Alors, ça signifie, à toutes fins pratiques: un téléphone, une ambulance.

M. Lamarche: O.K. D'abord, je vais répondre à un certain nombre d'aspects secondaires et je vais aussi répondre à l'aspect fondamental de votre question, qui est celui de l'utilisation des ressources.

Des médecins, normalement, oui. Le système, tel que nous le prévoyons et tel que nous aimerions pouvoir discuter de son implantation avec les médecins d'Urgences-santé, prévoit qu'il y aurait dans la centrale, où sont présents les trieurs, un nombre de médecins pour faire ce que j'ai appelé tantôt le contrôle médical direct, le "on line medical control", donc pour être capable d'appliquer les protocoles et d'intervenir, également, si le triage mécanique et organisé était débordé. Donc, présence de médecins, oui.

Deuxièmement, ce que je tiens à souligner, c'est qu'une fois qu'on a un système comme ça, qui ne repose pas sur un jugement professionnel, il devient universel dans la province et la province n'est pas en situation différente du reste des États-Unis. Dans 50 % des appels d'urgence aux États-Unis pour un enfant qui est en train de s'étouffer, dans 50 % des cas, on prend l'appel, on dit: Oui, on vous envoie une ambulance, on ferme la ligne et il n'y a pas d'instructions. L'enfant est à grand risque de mourir.

Dans la province de Québec, ailleurs qu'à Montréal, pour Urgences-santé, c'est la même chose. Exceptionnellement, ce n'est pas du "in and out" et, exceptionnellement, il y a des conseils qui peuvent être donnés en attente de l'arrivée des ressources. Mais, si on attend

d'avoir des infirmières pour traiter des appels à Rouyn-Noranda, à Matane ou à Joliette, des médecins sur la route, on utilise un système qui sollicite des ressources organisées de telle manière que Montréal va toujours demeurer avec un système différent des autres et les autres, avec une incapacité de pouvoir utiliser un système de même niveau. Ce système, qui permet à des personnes formées de pouvoir donner les instructions en attente de l'arrivée des ressources, permet de le faire partout.

(16 h 15)

Votre question fondamentale. Je vais vous répondre par la réalité de la ville de Los Angeles. Los Angeles, c'est la ville la plus riche en Amérique du Nord. C'est 6 000 000 d'habitants, c'est trois fois plus que le territoire qu'on couvre. Celui qui a monté le système, c'est un médecin canadien qui s'appelle Ron Stewart, qui est un des meilleurs médecins d'urgence pré-hospitalière, je pense qu'il est reconnu mondialement. Le système de triage des appels, qui est en application, c'est le système du Dr Clawson: "Advanced Medical Priority Dispatch System". La gestion de la flotte se fait à partir des travaux faits par un économiste du nom de Jack Stout qui propose exactement ce qu'on veut installer, c'est-à-dire un arrimage informatique entre le traitement de l'appel et la localisation réelle des ambulances. On répond à tous les appels d'urgence dans la ville de Los Angeles avec 48 ambulances disponibles le jour. À Urgences-santé, il y en a 80.

M. Côté (Charlesbourg): On en a 40 de trop!

M. Lamarche: Je dirais qu'on peut obtenir un niveau de gestion qui permettrait de répondre d'une façon satisfaisante.

il y a une autre façon aussi de voir la question. Nous avons environ - ça, c'est des chiffres qui sont des moyennes - 1000 appels par jour.

M. Côté (Charlesbourg): La flotte, on verra ça un petit peu plus tard. C'est parce qu'on me signifie qu'il ne me reste pas grand temps.

M. Lamarche: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): C'est un nouveau système qui est souhaité en termes d'application, qui crée des inquiétudes parce que les nouveaux systèmes créent toujours des inquiétudes dans un milieu de travail. Il est normal que les changements créent de l'inquiétude. Il y en a chez vous; on ne peut pas dire qu'il n'y en a pas, il y en a. Probablement que, s'il n'y en avait pas, on ne serait peut-être pas ici aujourd'hui.

Une voix: C'est évident.

M. Côté (Charlesbourg): Alors, confirmé par l'Opposition, et ils sont, je pense, assez bien informés.

Ma question est: À partir du moment où on a un système comme celui-là, qu'on souhaite l'implanter, que des spécialistes, y compris du Québec, souhaitent que ce soit implanté, quels sont les efforts que vous avez faits pour sensibiliser, pour embrigader, pour embarquer comme partenaires les travailleuses et les travailleurs de la Corporation d'urgences-santé pour que ce soit l'objectif de tout le monde? Tout le monde dans cette boîte-là, tout le monde a un objectif - en tout cas, je le souhaite - de bien-être du citoyen-usager?

M. Lamarche: Premièrement, on a publié, on a discuté au niveau du conseil d'administration, on a tenu des assemblées du personnel au complet, on a tenu des assemblées de groupes du personnel. Je peux vous dire que j'ai répondu à toutes les demandes de rencontres du personnel, moi, personnellement, et je sais que mes directeurs ont fait la même chose. Mais je sais où H y a quelque chose qui devient incompréhensible, c'est quand la demande qui est faite par les employés ou par les médecins consiste en une consultation sur un sujet dont le résultat serait la remise en question de la directive ministérielle. On ne peut pas s'entendre pour discuter de toute question qui aurait pour effet de ne pas permettre de répondre à un appel d'urgence à l'Intérieur d'une minute d'une façon systématique, d'établir un contrôle de la qualité, de réallouer les ressources aux niveaux médicaux. Mais, sur les manières de l'implanter, sur les consultations, il y a eu énormément, à mon avis, de consultations. Je connais quand même un peu les relations de travail. Je ne connais pas beaucoup d'entreprises qui, en l'espace de six mois, ont tenu autant de types de rencontres, ont fait autant de publications. Est-ce que c'est satisfaisant quand la demande, c'est que, finalement, la directive ne soit pas réalisée, que les infirmières continuent à faire le traitement de l'appel d'urgence, que les médecins continuent à porter leur jugement professionnel en rappel sur les situations référées par les infirmières, continuent à dispenser les services de la même façon, à partir des 3,3 interventions, en moyenne, qu'ils font dans les huit heures de disponibilité sur la route? Là, évidemment, ça bloque parce que la consultation, elle n'est plus tout à fait une consultation. Mais je leur affirme, et je le répète, que, dans la mesure où la question, c'est de savoir de quelle façon on peut implanter les directives, pour nous, pour le conseil d'administration, M. le ministre - on vous l'a dit le 20 juin, on accepte ces directives et on va les implanter - si c'est de savoir comment on les implante, on est prêts à la consultation, on est prêts à la discussion.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Lamarche. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue et vous rappeler que vous avez un bloc de 36 minutes à votre disposition.

M. Trudel: Très bien. Nous diviserons ce bloc-là, M. le Président, en deux groupes, nous aussi, de notre côté. Il y a mon collègue de Joliette qui a un bon nombre de questions à poser aussi. Alors, allons-y rapidement.

M. Lamarche, est-ce que l'interprétation des directives ministérielles de séparer l'urgent du non-urgent, pour vous, ça se traduit par: Passons à Clawson, c'est ce système-là qui me permet de séparer? Est-ce que ça signifiait d'aller dans ce système-là lorsque vous avez reçu cette directive-là? Est-ce qu'il n'y a pas d'autres méthodes?

M. Lamarche: Ça signifie qu'il faut avoir l'assurance qu'on sera capable de traiter tous les appels qui sont reçus parce que l'urgence, elle se détermine à la fin du processus et non pas au départ. Ce sont tous les appels que l'on reçoit via le 911 en dedans d'une minute. Il fallait donc trouver un moyen recouru sur une base de protocole où la totalité des questions sont toujours les mêmes.

Deuxièmement, ce n'est pas la seule composante de la directive ministérielle, parce que la directive ministérielle, elle dit aussi: Il doit y avoir un contrôle de la qualité. J'y ai fait référence, ce matin. Pour qu'il puisse y avoir un contrôle de la qualité, il faut que la démarche soit toujours la même. Il faut avoir l'assurance que, quel que soit le poste de travail où on répond à un appel, l'approche est la même, que cette approche peut être emmagasinée et, par l'ordinateur, qu'on peut recourir à l'ensemble des variations pour être capable de faire ce contrôle de la qualité, pour savoir, par exemple, dans le cas des hémorragies, en combien de temps nous traitons l'appel et quelle est la formation qu'il va falloir donner à nos gens pour être capables de devenir performants, pour rester à l'intérieur de la directive qui dit qu'on doit affecter en dedans d'une minute.

Voilà pourquoi ça prend un système. Maintenant, pourquoi Clawson? Parce que c'est le meilleur, c'est le "best state of the art", et je pense qu'on a cette responsabilité. La consultation faite auprès des médecins de chez nous et de l'extérieur du Québec nous amène à constater que c'est le meilleur système, et il faut recourir au meilleur système parce qu'il faut assurer aux citoyens un traitement adéquat.

M. Trudel: Il y a un ensemble de questions qui se posent suite à votre jugement. Rapidement, à présent que vous dites: Parce que c'est le meilleur... Vous vous appuyez sur quel jugement pour dire ça, que c'est le meilleur? J'ai vu d'autres papiers qui disaient que ça n'avait pas

été évalué, cette affaire-là.

M. Lamarche: Moi, je m'appuie sur un document qui est déposé, qui a été examiné par nombre de médecins, et de chez nous, et du Québec, et sur la notoriété publique. Il y a d'autres systèmes qui existent. Il existe un système, par exemple, de Labco, mais qui est un système qui est davantage appuyé sur le traitement de l'ensemble des appels d'urgence, comprenant les pompiers, comprenant les autres types d'intervention, ou alors un système, également, qui s'appelle "Power Phone", utilisé à quelques endroits aux États-Unis et qui est une espèce de piratage de la troisième version de Clawson.

Alors, tous les auteurs, tous les médecins, je pense bien, tant américains que canadiens, vont dire: Bien, le protocole de triage des appels d'urgence qui est le meilleur, le plus réputé, le plus utilisé au Canada, aux États-Unis et aussi en Nouvelle-Zélande, maintenant, c'est celui-là. Alors, voilà pourquoi c'est celui-là.

M. Trudel: Je vais y revenir, sur la réponse à ce pourquoi-là, M. Lamarche. Combien ça coûte, ce système-là, quand on achète le paquet?

M. Lamarche: À cette étape-ci, on est encore en transaction. La transaction, elle comprend que le Dr Clawson accepte que, pour toutes les fins légales, y compris donc le fait qu'il doit être approuvé par le Conseil du trésor et qu'il y a des lois du Québec qui prévoient que des documents deviennent publics, il devienne public. Mais, pendant toute la négociation, on a signé une entente de confidentialité sur le coût. Je peux vous dire, d'une façon globale, que, dans la mesure où on fait l'ensemble des transformations, c'est un coût qui s'autofinance et qui s'autofinance largement.

M. Trudel: C'est un coût qui s'autofinance?

M. Lamarche: Oui, parce que...

M. Trudel: L'autofinancement, c'est quand on fait payer quelqu'un qui fait rentrer de l'argent. Vous dites: Un système qui s'autofinance. Il y a quelqu'un qui finance ça quelque part. Est-ce qu'on est dans l'ordre de 2 000 000 \$ ou de 1 500 000 \$?

M. Lamarche: Je vais vous donner un exemple précis et sur lequel j'ai déjà répondu précisément à ce syndicat. Dans le système tel que nous l'utilisons à l'heure actuelle, qui comprend un jugement professionnel des infirmières au triage des appels et un messenger qui va chercher les billets et les apporte à la messagerie, le simple coût en salaire des messagers, annuellement, est de l'ordre de 375 000 \$. Je leur ai dit que cette fonction *vétuste*, dans le

cadre de l'implantation d'un système informatisé qui transmet la donnée à la vitesse de l'électricité, évidemment, disparaît. Il y a un certain nombre de diminutions de fonctions, entre autres dans la facturation, qui peuvent être possibles et qui permettent largement de penser que ça s'autofinance.

M. Trudel: Des économies de système.

M. Lamarche: Oui.

M. Trudel: Ça ne risque pas de baisser. Ça aussi, il va falloir y revenir parce que, M. Lamarche, la réponse n'est pas assez précise, mais le temps file. Je reviens sur l'aspect - c'est le ministre lui-même qui a employé le mot "robot" tantôt, et on a donné toute la dimension que ça voulait dire pour le système - de la réponse mécanisée. Les nouvelles personnes qui entreraient dans le système pour répondre à un appel du 911, vous allez leur demander quel niveau de formation?

M. Bastien: Il y a différents aspects dans la formation de ces nouvelles personnes. La formation du Dr Clawson est d'abord une formation théorique de 24 heures en ce qui concerne l'usage du "Medical Priority Dispatch". Également, les personnes qui doivent répondre aux appels doivent subir une formation en télécommunication.

M. Trudel: Non, mais, avant ça, vous allez avoir des critères...

M. Bastien: Oui.

M. Trudel: ...pour dire: Si vous voulez faire application pour ce travail-là, de trieur, c'est un secondaire V, un secondaire II... C'est quel niveau de formation et de connaissances? J'imagine que le système doit être documenté, en disant que ça prend des niveaux de telle formation pour opérer le système.

M. Bastien: Les critères pour ces personnes-là. C'est-à-dire que la liste a été déposée au Conseil du trésor, mais ce sont des gens qui ont subi une formation d'au moins un secondaire V. Ce sont des gens qui doivent être bilingues. Ce sont des gens qui doivent avoir une formation en réanimation cardiorespiratoire. Ce sont des gens qui doivent avoir une formation en secourisme. On pourrait, si vous voulez, déposer le document...

M. Trudel: Non, mais le niveau académique général demandé, ce serait une formation de secondaire V?

M. Bastien: C'est une formation de secondaire V.

M. Trudel: On va ajouter à cela une formation à Urgences-santé de trois jours, 24 heures, pour être capable d'opérer au bout du téléphone. Je regardais vos fiches - vous m'avez bien renseigné - avant le début des audiences; il y a comme 32 diagnostics, pardon, fiches d'aide au diagnostic à partir d'une fiche maîtresse. Alors, c'est quelqu'un qui va avoir trois jours de formation pour opérer ce système au bout de la ligne. Je comprends que le ministre disait qu'une des conclusions, c'est pas robot robot au sens que, s'il y a une douleur du côté gauche, vous pesez sur le piton 2 et, s'il y a une douleur du côté droit, vous pesez sur le bouton 3. Sauf que c'est des gens de secondaire V, avec 24 heures de formation, qui opèrent tout le système au bout de la ligne. C'est ça que je comprends.

M. Bastien: Il y a une formation théorique de 3 jours, sauf que les gens doivent pratiquer entre eux pendant un certain temps avant de l'appliquer. L'autre chose, je dois vous dire que, dans les 44 États américains qui l'utilisent, plus les villes canadiennes qui l'utilisent, cette formation-là a suffi pour permettre aux gens de faire le triage. Je comprendrais mal pourquoi, à Montréal, ça prendrait une formation différente de celle à Cincinnati, à Los Angeles, à Winnipeg, à Calgary ou à Toronto.
(16 h 30)

M. Trudel: Là-dessus aussi l'argumentation serait longue, parce qu'il y a autre chose dans le système américain qui est impliquée. Mais là, M. le Président, si vous voulez reconnaître mon collègue de Joliette, parce qu'à partir du moment où on a ce portrait de comment ça pourrait fonctionner avec le nouveau système, il faut s'interroger maintenant sur l'autre aspect: Comment ça fonctionne, en général, à Urgences-santé, comment ça a fonctionné et quelles sont les difficultés de fonctionnement? Là, j'imagine quelqu'un avec un niveau de formation, disons, minimal, comme on vient de le mentionner, dans cette machine, Urgences-santé. Il faut savoir comment l'ensemble de la boîte vit actuellement et a vécu pour être capable d'inférer un certain nombre de réponses au niveau de la viabilité du système. Alors, moi, j'arrête là. Mon collègue de Joliette a un certain nombre de questions là-dessus, conformément à notre mandat de commission.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Oui.
M. le député de Joliette.

M. Chevrette: Merci, M. le Président. Je ne blaguais pas, ce matin, quand j'ai dit que j'en aurais pour deux jours. Je vais être obligé de tourner les coins très, très carré. C'est la première fois, depuis 1974, que j'ai un dossier devant moi qui mériterait, à mon point de vue, une enquête publique profonde et fouillée, une vraie enquête publique. Je me souviens de la loi

34 et de ce qu'il y avait dedans. Malheureusement, les prédictions qu'on avait faites se sont réalisées à peu près à 100 %. J'ai été à même de rencontrer des dizaines et sans doute plus d'une centaine de personnes sur le dossier. À la dernière minute, il y en a qui ont accepté de me déposer des documents, malgré le système de chantage éhonté qui règne à Urgences-santé au niveau des relations de travail.

Je vais vous donner des exemples à partir de lettres écrites, à partir de témoignages que j'ai eus et on jugera après, à la fin du mandat de la commission, ce qu'il y a lieu de recommander. Mais, nous autres, c'est clair, on ira assez loin dans nos recommandations: sans doute une enquête publique profonde, et sans doute que mon collègue également ira jusqu'à la mise sous tutelle d'Urgences-santé.

Dans un premier temps, je voudrais vous poser une question relativement banale, c'est: Combien vous a coûté la faillite de la CTSAM?

M. Lamarche: Qu'est-ce que vous entendez par "coûté"?

M. Chevette: Combien vous avez payé? Le gouvernement a payé quoi pour ça, la folie, là?

M. Lamarche: L'acquisition des éléments d'actif plus l'"assumption" de la garantie gouvernementale représentent un coût d'environ 16 000 000 \$.

M. Chevette: 16 000 000 \$. O.K. Vous connaissez la loi, M. Lamarche, vous êtes avocat. Vous étiez conseiller au RETAQ avant d'être président d'Urgences-santé. L'article 29 de la loi 34, vous le connaissez bien. C'était un droit qui était donné aux salariés. Comment **m'expliquer** que la directrice des ressources humaines de votre Corporation écrive aux employés et les menace, sous peine de perdre leurs droits, d'adhérer à la Coopérative? Comment pouvez-vous justifier ça en vertu de l'article 29 de la loi que nous avons votée ici, où il y avait une sécurité d'emploi légale d'assurée à chaque travailleur qui était en emploi le 12 mai 1988? Comment m'expliquer que Mme Louise Rancourt puisse écrire, le 14 août 1989, un an après le droit d'acquisition de sécurité, et dire ceci: "Pour préserver tous vos droits, vous êtes donc priés d'agir en conséquence", d'adhérer à la Coopérative, alors qu'ils n'y étaient pas forcés, en vertu de la loi 34? En vertu de quelle politique, si ce n'est pas une politique de complicité et de collusion avec la CTSAM ou le RETAQ?

M. Lamarche: C'est une lettre de conseil qui était adressée aux employés. C'était une lettre qui assurait que le lien d'emploi soit maintenu. La loi 34, M. le député, ce n'est pas la seule loi du Québec. Il existe aussi le Code du travail. Oui, mais... Est-ce que je peux répondre

à la question?

M. Chevette: Je ne vous ai pas arrêté, je n'ai rien dit.

M. Lamarche: Non? O.K. Vous faites signe que non.

M. Chevette: Non, non, je montrais ma loi, la loi 34. Je la connais, je l'ai combattue assez.

M. Lamarche: D'accord. La question était la suivante. Le 14 juillet 1989, dans le tumulte, tout ce qui restait d'autres entreprises ambulancières et qui était visé par la loi 34 a vendu à la Coopérative. Le transfert des liens d'emploi devait se faire des propriétés privées à la Coopérative, parce que le décret gouvernemental prévoyait que ce n'était que le 17 juillet que le transfert s'effectuait. En conséquence, pour que le droit qui était conféré par la loi 34 soit applicable, il fallait qu'il y ait d'une façon continue maintien du lien d'emploi.

Le problème qu'il y avait dans le cas d'une coopérative, c'est que, pour pouvoir y travailler - c'est aussi compris par une autre loi du Québec - il faut que les personnes en soient membres. Alors, ce que la directrice des ressources humaines leur a recommandé, pour ne pas qu'ultérieurement des gens interviennent pour dire: Écoutez, il y a eu rupture du lien d'emploi entre le 14 et le 17 juillet, vous n'étiez ni à l'emploi d'une des compagnies qui étaient mentionnées dans l'annexe, ni à l'emploi de la Coopérative et, en conséquence, nous contestons, par voie de grief et par tous les autres moyens, la reconnaissance de votre accumulation d'ancienneté et de l'accumulation de tous vos droits que vous aviez, vous avez refusé d'adhérer à la Coopérative, c'est comme si vous aviez également refusé de transférer... alors que, quelque part entre 1988 et le transfert effectif, quelqu'un démissionnait d'une compagnie, par exemple celle de M. Perlmutter. Alors, il y a rupture du lien d'emploi, il n'y a donc plus transfert.

C'est une lettre qui leur a été adressée par la directrice des ressources humaines afin de s'assurer qu'ils deviennent membres d'une coopérative qui les employait pendant 48 heures pour que leurs droits soient préservés.

M. Chevette: M. Lamarche, je pourrais vous demander pourquoi le décret est au 17 juillet. N'est-il pas exact plutôt que vu le nombre très faible de coopérants inscrits à la CTSAM, la SDC ne pouvait pas prêter, que tout ça s'est fait dans une parfaite harmonie à tous les niveaux puis que c'était pour aller chercher le nombre de coopérants valables pour aller chercher les 2 300 000 \$ de la SDC? N'est-il pas plus exact de dire ça?

M. Lamarche: Bien, moi, je ne le sais pas,

parce que je n'ai pas travaillé au financement de la Coopérative. Mais ce que je peux vous dire, c'est que c'est effectivement le 17 juillet que s'effectuait le transfert des personnes. Je n'ai pas la loi 34 devant moi, mais la loi 34 faisait plus que simplement transférer les emplois le 17 juillet; elle faisait cesser la responsabilité qui appartenait au Conseil régional, jusqu'à cette date, d'assumer les services préhospitaliers d'urgence sur le territoire du Montréal métropolitain et elle rendait la Corporation, dont le conseil d'administration avait été constitué quelque part au mois d'avril... Mais légalement, ce qui avait pour effet de donner la pleine responsabilité à la Corporation de l'ensemble des soins préhospitaliers d'urgence, c'était le moment déterminé par décret où cessait le système des permis, où cessait la responsabilité du Conseil régional et où commençait l'application du nouveau contrat, lequel nouveau contrat prévoyait également le transfert des techniciens ambulanciers.

M. Chevette: M. Lamarche, étiez-vous au courant que, lorsque vous aviez incorporé tous les travailleurs ambulanciers, automatiquement, la CTSAM n'avait plus de salariés au sens légal, c'était des employés d'Urgences-santé? Comment pourriez-vous m'expliquer d'abord que vous n'avez jamais versé à Urgences-santé de parties, par exemple, de capital-actions pour que les gens deviennent coopérants? Comment pouvez-vous expliquer ça, alors que la CTSAM émettait quand même des T7 à ses employés, qui n'avaient pas participé à aucun capital-actions à la compagnie, que c'était sous un faux contrat de départ, puis que la CTSAM a émis jusqu'à deux T7 au même employé, qui n'a jamais donné une cent à la CTSAM, qui recevait du ministère du Revenu du Québec, à même nos deniers publics, des redevances, parce qu'il pouvait souscrire au niveau de l'impôt, et qui allait envahir les véritables coopérants qui eux avaient mis de l'argent dedans? Étiez-vous au courant de ça?

M. Lamarche: Non. Mais ce que je peux vous dire d'une façon bien précise, c'est que ce que vous dites, au départ, est faux. Ce n'est pas vrai non plus qu'à compter du 17 juillet 1989 la Coopérative n'avait plus d'employés. Elle en avait. Elle avait tous ceux...

M. Chevette: Je parle des techniciens ambulanciers.

M. Lamarche: Oui, mais c'est une coopérative de producteurs. Est-ce que les techniciens ambulanciers, étant à l'emploi d'Urgences-santé et également membres de la Coopérative, étaient dans un statut tolérable en vertu de la Loi sur les coopératives? Je sais que cette question-là a été examinée. Je sais qu'elle l'a été parce que le directeur du contentieux de la SDC, qui est M.

Montplaisir, je pense, m'a déjà écrit une lettre pour me demander quel était l'état de la situation. Mais, ce n'est pas à moi et ce n'est pas à la Corporation d'urgences-santé de régler cette question-là.

Pour nous, la CTSAM a toujours été une entité juridique distincte, une entité juridique qui, jusqu'au 17 juillet, pour une partie, dans un premier temps, pour à peu près un tiers de la flotte, dans un deuxième temps, pour les deux tiers de la flotte, était un employeur au même titre que tous les autres employeurs privés, c'est-à-dire qu'il détenait des permis et qu'on payait la location et des véhicules et des employés pour faire la prestation des services ambulanciers dans Montréal. À compter du 17 juillet, c'était une entité juridique dont nous louions des véhicules uniquement.

Alors, quels étaient les paiements ou l'obligation de faire des paiements? La Corporation d'urgences-santé n'avait strictement et absolument aucune obligation de payer des parts sociales au nom des techniciens ambulanciers dans la Coopérative.

M. Chevette: Mais lorsque Mme Louise Rancourt a envoyé sa lettre le 14 août 1989 - c'est postérieur au 17...

M. Lamarche: Oui.

M. Chevette: ...elle leur demandait d'adhérer à une coopérative dont les employés, les techniciens ambulanciers étaient tous passés chez vous et étaient des salariés, au sens de la loi, exclusivement à Urgences-santé. Comment pouvez-vous m'expliquer que la corporation privée puisse émettre des T7 à un millier de techniciens qui sont passés au service d'Urgences-santé et dont vous êtes les seuls payeurs? Vous n'avez jamais envoyé une cent à CTSAM concernant le capital-actions ou le contrat qu'on faisait signer avec chaque coopérant. Donc, les Québécois, nous, les nouilles, on payait, en plus, à même nos impôts, des retours d'impôt à des individus qui n'ont jamais versé une cent en capital-actions. Vous n'étiez pas au courant de ça, vous?

M. Lamarche: Ça ne me concerne d'aucune façon, M. le député. C'est l'administration de la CTSAM qui fait ce qu'elle veut.

M. Chevette: Bon. M. Lamarche, puisque vous n'êtes pas au courant, je dois vous dire que ça peut être une cause de la faillite "phoney". Je vais vous expliquer pourquoi. Ces redevances-là, si elles avaient été faites, ça représente 1000 employés à 5 % de leur salaire. Quand ils gagnent en moyenne 30 000 \$, ça fait quelque chose comme 2 000 000 \$ sur deux ans, 2 500 000 \$. Vous regarderez la situation technique de faillite qui a été enregistrée, ce n'était

même pas ça la différence. Je vous avoue qu'il y a de quoi s'interroger très sérieusement, M. Lamarche.

M. Lamarche: Je peux vous dire qu'à notre avis, dans la faillite, il y a trois éléments importants. Un premier élément important c'est, effectivement, une sous-capitalisation. Ça ne signifie pas que ce qui est dit là n'est pas une contribution monnayable. Les techniciens ambulanciers - ça je le sais, mais je n'ai pas à défendre ça et je n'ai pas... Vous irez devant n'importe quel tribunal que vous estimez à-propos et vous ferez trancher la question, mais je sais que les techniciens ambulanciers avaient des devoirs d'entretien dans la Coopérative, qui étaient estimés par la Coopérative et par l'assemblée générale de la Coopérative, en vertu desquels ils estimaient ajouter une valeur à l'entreprise, ce qui n'est pas, non plus, tout à fait faux.

Mais ce que je vous dis, c'est que, dans la situation de la Coopérative, ce qui l'a rendue en situation très difficile ce sont trois facteurs: premièrement, une sous-capitalisation; deuxièmement, des coûts de véhicules qui n'étaient pas autorisés ou prévus par le contrat. C'est-à-dire que les coûts de véhicules ont pu varier de 105 000 \$ à 115 000 \$ alors que le contrat prévoyait un paiement sur la base du même coût des véhicules pour toute la province à 85 000 \$. Donc, si on achète des véhicules qu'on n'est pas capable de payer par l'entrée des revenus qu'on a, ça cause un autre problème.
(16 h 45)

Le troisième des éléments, c'était ce qui s'appelle, en relations de travail, de ("over-staffing", à notre avis, c'est-à-dire qu'il y avait beaucoup trop de personnel pour faire des activités qui auraient pu être d'un niveau différent. Je vous donne un exemple, et c'est **là-dedans**, principalement, que nous avons coupé. Bon. Il y avait une directive et il y avait une habitude qui faisait en sorte que les véhicules étaient lavés et à l'intérieur et à l'extérieur à la fin de chaque quart de travail. Quand on a visité le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal, ou les véhicules de la Communauté urbaine de Montréal - et c'est pourtant eux autres, les policiers, qui donnent les billets d'infraction lorsque les véhicules publics des services publics ne sont pas adéquats - on nous a dit qu'une ou deux fois par semaine c'était suffisant pour le lavage extérieur.

Donc, on a coupé dans ces choses-là. Mais, si on doit prévoir deux **laveurs** par chaque point de service, par chaque 24 heures de travail, par chaque 7 jours dans la semaine, évidemment, ça demande un niveau d'emploi que ne permettait pas le contrat. Le contrat qui était négocié et autorisé par le Conseil du trésor entre la CTSAM et nous était sur la même base que le contrat...

M. Chevette: Là, quand vous avez signé

avec la CTSAM, c'est vous qui avez négocié et le Conseil du trésor?

M. Lamarche: Sur mandat du Conseil du trésor.

M. Chevette: N'est-il pas exact que ce contrat-là a eu pour effet de forcer, à toutes fins pratiques, l'entreprise privée d'alors à vendre? Il y avait une garantie de 24 \$ l'heure, vous le savez, du Conseil du trésor et vous avez signé avec la CTSAM à un prix inférieur, forçant ainsi les compagnies privées à vendre, à toutes fins pratiques, parce qu'elles étouffaient. Ceci dit, vous avez...

M. Lamarche: J'aimerais répondre là-dessus, parce que ça, ça contredit ce que vous avez dit tantôt. C'est l'un ou l'autre.

M. Chevette: Non, ça ne contredit pas du tout. M. Lamarche...

M. Lamarche: Oui.

M. Chevette: ...ça ne contredit en rien. C'était l'esprit - vous l'aviez peut-être rédigé vous-même, le rapport de la CSN à l'époque, je ne le sais pas - quand vous avez déposé des mémoires en disant • que l'objectif ultime, c'était l'étatisation du système ambulancier à Montréal et, quand on nous a fait gober la loi 34 ici, on vous avait dit: Deux ans après, ils vont tout faire pour couper les ponts et ils vous remettront les clefs. Qu'est-ce qui est arrivé? Vous le savez très bien, il restait Durocher ou Desrochers - je ne sais pas - à Montréal, et Perlmutter. Quand le ministère, avec vous et la CTSAM, a signé le contrat à moindre coût, précisément, ça a fait crever tout le monde et ça ne pouvait pas être plus rentable pour une coopérative où il y a trois mécaniciens au lieu d'un dans l'entreprise privée. Vous le savez très bien, ça. Vous l'avez expliqué vous-même. C'est loin de contredire, ça confirme, au contraire, que l'objectif était recherché, visé et a été réalisé. Et ça, fondamentalement, c'est une erreur grave pour les Québécois.

J'ai un seul point et je donnerai la parole au ministre. Je sais qu'il n'a pas fini son temps. Moi, je voudrais finir sur un point, M. Lamarche. Êtes-vous au courant de ce qui se passe dans votre **boîte** dans les relations de travail? Moi, j'ai des photos de listes de noms affichées. C'est des gens qui étaient les vrais coopérateurs qui se battaient, les 20 %. Des photos de listes. C'est affiché en plein dans les salles de travail, ça. Et M. Cotton écrit: Vous autres... Je vais vous le citer au texte parce que j'ai trouvé ça tellement grave... Ça me semble pire un peu **que** les méthodes de l'enquête Cliche que vous dénonciez, vous autres, la CSN, contre la FTQ. Je vais vous en citer un petit bout: "Devrais-je un jour écrire

cette liste d'incapables nuisibles afin que ce 80 % vous organise votre cas? Que sais-je? Des lettres de chantage à des syndiqués qui osent défendre leurs droits, je ne pourrai vous laisser faire sans en aviser l'ensemble des travailleurs de votre compagnie, qui ont mis beaucoup d'énergie... Et il conclut en disant ceci: Allez rapidement vous excuser, sinon vous êtes bien près de la porte. Vous devrez sortir rapidement du système ambulancier."

M. le Président, je pourrais...

M. Lamarche: Est-ce qu'on peut savoir qui signe ça?

M. Chevette: Pardon?

M. Lamarche: Est-ce qu'on peut savoir qui signe ça?

M. Chevette: Oui, c'est signé Cotton, Mario. C'est signé 1989. Ce que je vous décris là, c'est tout récent, ça aussi, c'est le bulletin. Je pourrais vous donner des propositions comme quoi le syndicat s'engage, à certains moments de l'année, à ne pas défendre de griefs. Pourriez-vous me dire qu'est-ce qui se passe dans votre boîte, M. Lamarche? Quelles ont été les mises à pied? Combien y en a-t-il eu? N'est-il pas exact que c'est surtout parmi les coopérants qu'il y a eu des mises à pied? Êtes-vous au courant, dans votre boîte, que les listes de ces noms-là sont affichées et qu'on empêche ces gens-là d'aller aux toilettes? Êtes-vous au courant que, dans votre boîte, il y a du monde à qui on dispatch des ambulances? Les plus piteux, ce sont ceux-là. On est en train d'en faire des genres de crapets pourris. Vous n'êtes pas au courant de ça?

M. Lamarche: Ce n'est pas comme ça que ça fonctionne, l'attribution...

M. Chevette: Mais, monsieur, êtes-vous au courant? Avez-vous reçu... Vous ne l'avez pas reçu. Moi, je vais vous le dire. Si le monde n'avait pas peur, chez vous, là, ils vous auraient déposé une dénonciation très officielle qu'on a ici en plusieurs copies. Les gens ont assez peur, ils sont assez menacés chez eux, dans leur propre maison, par téléphone. Ils étaient prêts. Elles sont toutes rédigées. Ils disaient ce qui se passait chez vous, mais ils ne veulent pas parler parce qu'ils n'ont pas l'assurance de la protection. Partout où ils passent, à Urgences-santé, c'est la collusion. Pour eux autres, c'est la collusion entre les dirigeants du RETAQ et vos chefs d'équipe qui font le "dispatch" discriminatoire. Ils n'ont pas l'assurance que la direction d'Urgences-santé les défende adéquatement.

Et plus que ça. Ils vous ont présenté comme étant le conseiller spécial du RETAQ en pleine assemblée générale, au centre Paul-Sauvé, et, pour eux autres, c'est ça qui fait que ces fiers-

à-bras, qui ne sont peut-être pas majoritaires, ce petit groupe d'indésirables fait en sorte qu'il rend la vie impossible à des travailleurs. Et ça, je suis surpris qu'un gars issu de la CSN ne soit pas conscient de ce qui se passe à l'intérieur. Si vous voulez des noms, en me garantissant qu'on ne les fera pas chanter par la suite, je vais vous en nommer, du monde, moi. La seule façon de leur assurer une certaine protection aujourd'hui, M. Lamarche, c'est de mettre le cas public. Si le ministre est capable de me garantir qu'il va assurer une protection à ces gens-là et qu'il va assurer leur emploi, je vais vous en sortir assez que vous n'aurez pas le temps de vous occuper de changer votre système. Vous n'aurez pas assez de temps pour régler vos propres problèmes à l'interne.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Un commentaire?

M. Lamarche: Je vais essayer de ramasser un certain nombre d'affaires.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Rapidement, oui, oui.

M. Lamarche: Il faudrait quand même tenir toujours en...

M. Chevette: Mais on n'a pas de temps. Ce n'est pas de ma faute, c'est le système qui veut ça.

M. Lamarche: Oui, mais ça mériterait un peu d'ordre.

M. Chevette: Pardon?

M. Lamarche: Je demeure...

M. Chevette: Occupez-vous de votre ordre à l'interne avant de parler de l'ordre des questions que je pose, correct, M. Lamarche? Soyez poli et je serai poli.

M. Lamarche: Le premier des ordres, M. Chevette, c'est que vous me pariez de problèmes internes syndicaux, à moi qui suis patron...

M. Chevette: Bon. Non, et vous savez, dans votre boîte...

M. Lamarche:... alors qu'il y a un Code du travail dans la province de Québec qui dit que ça ne me concerne pas.

M. Chevette: Ah bien, Seigneur! Un gars ne peut pas aller aux toilettes chez vous et ça ne vous concerne pas? Bien, Bonne Mère du ciel!

M. Lamarche: Ce n'est pas vrai. Les modalités d'affectation des véhicules ne sont pas

déterminées de cette façon-là. Elles ne sont pas déterminées de façon arbitraire non plus.

M. Chevette: C'est par vos chefs d'équipe.

M. Lamarche: Ce qui pose problème, M. Chevette, c'est que, justement, ils sont attribués en fonction de l'ancienneté aux travailleurs. Ce que nous avons modifié, comme procédure, c'est que - puisque ça entraînait des retards dans les affectations - lorsque le véhicule n'est pas disponible, le technicien ambulancier doit prendre un autre véhicule. Et ça, c'est ce que je sais, moi, de la façon dont ça fonctionne. Maintenant, vous avez des anonymes qui écrivent des lettres à vous, pas à nous, pour se plaindre. Nous autres, là, on fait...

M. Chevette: Vous ne vous en occuperez pas.

M. Lamarche: Oui, eh bien, j'ai une liste, ici, d'à peu près une cinquantaine de techniciens ambulanciers qui ont été suspendus ou congédiés et, demain, vous allez entendre probablement, comme il est écrit dans le Retaction, qu'à Urgences-santé c'est un système répressif où il y a des problèmes de relations de travail. Et les problèmes de relations de travail, c'est qu'il y a trop de suspensions, il y a trop de congédiements.

Quand on nous informe du fait que des techniciens ambulanciers posent des actes médicaux, font des fausses déclarations de temps, font des retards pour prendre la route et des menaces, quand on nous informe qu'ils font des menaces et qu'ils portent des armes à feu, quand on nous informe qu'ils n'utilisent pas une civière, quand on nous informe qu'il y a une non-immobilisation, une non-utilisation de civière, quand on nous informe qu'il y a un langage abusif sur les ondes, quand on nous informe de quoi que ce soit, on prend nos responsabilités dans les relations de travail.

En ce qui concerne les problèmes internes des syndicats, eh bien, ça, je regrette, mais je ne m'en occuperai pas parce que les lois du Québec m'interdisent de **m'occuper** de ces questions-là. Mais, sur toutes les questions qui concernent la liberté, qui concernent la capacité de pouvoir faire le travail adéquatement, que les gens aient au moins le courage de signer des dénonciations. On vit dans un système comme ça. On vit dans un système où, dans n'importe quel régime de droit... Et c'est tant mieux qu'on vive dans un système comme ça, parce que je ne voudrais pas vivre dans un système où les dénonciations peuvent être anonymes et vous non plus, je le sais.

Alors, s'il y a des gens qui estiment qu'ils ont des droits qui sont lésés, qu'ils viennent nous voir. Je ferai un comité et je vous informerai, je vous tiendrai informé des démarches

qu'on fera pour restaurer chacune des situations. Ça, il n'y a personne qui va nous empêcher d'assurer que les droits des gens soient respectés, de tous les gens, puis d'une façon ordonnée, mais pas par des lettres anonymes, pas par des dénonciations, parce que c'est tellement grave, on a tellement peur et le boss est tellement méchant. Comment est-ce qu'ils vont pouvoir avoir ma tête...

M. Chevette: Vous ne croyez pas... M. Lamarche...

M. Lamarche: ...M. Chevette, s'ils ne sont même pas capables de signer une déclaration...

M. Chevette: Je pense que ce n'est pas votre tête qu'ils veulent.

M. Lamarche: ...puis de faire la preuve que je n'ai pas donné suite?

M. Chevette: Je vais vous expliquer, moi, ce qu'ils veulent. Quand un président, P.-D.G. d'une corporation, avant même d'être nommé à son poste, participe aux réunions syndicales, comme vous avez fait... Vous avez été présenté, vous le savez, vous ne nierez toujours pas ça, vos cabanes à sucre, puis le centre **Paul-Sauvé**, puis tout ça, vous le saviez comme moi. Vous étiez même dans le décor avant, vous négociez dans les corridors avant même d'être nommé, en vertu de la loi 34. N'essayez pas de me remplir. Je suis un petit peu au courant de ce qui s'est passé. C'est tout un "deal" mal foutu, cette loi 34, un "deal" mal foutu pour Montréal. Puis quand ils savent que Mario Cotton, pour lui et ses fiers à bras, vont représenter leur caution, comment voulez-vous qu'ils aillent vers vous, M. Lamarche? C'est humain, ça? Ne demandez pas à d'honnêtes travailleurs...

Vous rappelez-vous, à CSN-Construction, ce que vous me disiez, à l'époque, vous et Michel Bourdon. Vous disiez: Ils ont assez peur qu'ils ne peuvent pas parler. Si la commission Cliche pouvait leur donner une sécurité, ils viendraient parler. C'est ce qui est arrivé. Puis qu'est-ce qui est arrivé après la commission Cliche? Les honnêtes travailleurs ne se donnaient pas des coups de marteau sur la tête, hein? On a décelé un petit noyau qui alimentait tout ça. C'est ça, fondamentalement, M. Lamarche, que vous reconnaissiez dans le temps, mais que vous ne reconnaissez pas aujourd'hui.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors, le temps qui nous est imparti... Oui.

M. Lamarche: Juste pour terminer, vous dire que je vais aussi à leur party de Noël puis que je ne suis probablement pas le seul patron du Québec qui va à des parties de sucre avec ses employés ou qui va à des partys de Noël.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Enfin, on n'en est pas là. Les sucres, c'est plus tard, au printemps. M. le ministre, vous avez encore quelques minutes.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, je souhaite ardemment qu'on en finisse avec le passé, parce qu'on ne pourra pas retransporter des personnes qu'on devait transporter puis donner des services qu'on devait donner. S'il y a des gens qui ont des choses à dire - on est ici deux jours - qu'ils le disent pour qu'on en finisse. Je pense que ceux et celles qui ont ces responsabilités, tant au niveau du conseil d'administration, devront avoir les coudées franches pour être capables de redresser des situations qui, dans le passé, ont été dénoncées à plusieurs reprises et qui doivent être redressées.

Il y a eu des constats sur la place publique et il était évident qu'à partir du moment où j'ai pris la décision d'émettre des directives pour que ça aille dans des sens très précis, avec des dates, avec des orientations précises, ça ne ferait pas l'affaire de tout le monde et qu'il y en aurait qui les contesteraient. C'est normal que des gens puissent s'exprimer **là-dessus, mais** qu'on en arrive à une situation très claire, très nette et que je joue le rôle que j'ai à jouer au niveau d'Urgences-santé - et c'est ce que nous avons **fait** au lendemain du rapport De Coster, donc très peu de temps après mon arrivée - et que j'assume un suivi très serré sur l'application de ces directives.

Donc, le message est assez clair pour tous ceux et celles qui vont succéder, sur le plan des témoignages. Si vous avez des témoignages à faire, faites-les maintenant pour qu'on tente de régler ces situations-là, parce qu'au bout de la ligne c'est l'utilisateur qu'il faut protéger. Et, dans ce sens-là, je pense qu'il nous faudra, bien sûr, examiner, à la fin de la commission, ce que la commission elle-même peut faire. Je suis très à l'aise, je ne suis pas membre de cette commission. La commission décidera. On a eu l'amabilité de **m'inviter** à venir à la commission. Donc, je vous en remercie.

Je vais quand même en profiter pour revenir à ce qui est, pour nous, important, aussi; ce sont les directives qui ont été émises sur les changements souhaités et qu'on doit apporter au niveau du système. On a invoqué tantôt l'information, on a invoqué le triage, on a invoqué Clawson et on a parlé très brièvement de la flotte. On a presque conclu qu'il y avait peut-être trop de véhicules. Peut-être. On ne sait jamais. On verra au bout de la ligne.

J'aimerais avoir une discussion sur le rôle médical, parce qu'à ce que j'ai compris, principalement, sur la place publique, il y a les infirmières qui se sont interrogées sur ce qui se passait et les changements qu'on voulait apporter, mais aussi les médecins. Quelle collaboration **avez-vous**, à ce moment-ci, du corps médical

pour l'application des directives qui vous ont été transmises?
(17 heures)

M. Lamarche: Je dois vous dire que ce n'est pas la collaboration qu'on souhaiterait. Pour être honnête, ce n'est probablement pas la collaboration qu'éventuellement aussi les médecins souhaiteraient. Je pense que, dans le cas des médecins, M. le ministre, ce qui est important, c'est que la directive ne quantifie pas précisément les réductions et les affectations. Il y a quatre types d'affectations auxquelles il faut penser dans une réallocation des ressources pour les médecins. Ces réallocations des ressources doivent être précisées avec eux. La première des réallocations des ressources, c'est de mettre des médecins dans la salle du triage des appels d'urgence et de la répartition pour assurer le "on-line medical control". Première fonction.

Une deuxième fonction, c'est de donner une vocation de formation des techniciens ambulanciers **et** de tous les autres et d'encadrement pour s'assurer que, progressivement, avec le retrait des médecins, il y ait formation adéquate des techniciens ambulanciers et de tous les autres groupes pour qu'ils soient capables de poser les actes qui devront être posés dans le cadre de l'application des protocoles d'intervention clinique.

Le troisième lieu où les médecins devraient normalement intervenir, c'est celui de certains champs cliniques déjà au conseil d'administration. Le Dr Forgues, qui en est membre, a souligné que, quant à lui, dans certains cas d'arrêt cardiaque où on pourrait intervenir, à l'intérieur d'un temps déterminé, il devrait y avoir encore intervention médicale sur la route. Cette question-là **doit** être débattue dans ce **cadre-là**. Il faut déterminer quels sont les médecins qui assumeraient ces services et à partir de quel centre.

Finalement, également, les visites médicales non urgentes à domicile, c'est la quatrième vocation. Il faut pouvoir discuter avec eux. Je pense qu'ils ont besoin de connaître, de leur côté, de quelle façon est-ce que la Corporation va être capable de pouvoir les appliquer. Ça signifie qu'il faut que tous les acteurs capables de s'entendre et de déterminer, par écrit, par entente, la façon dont ça se fait soient présents. Ça signifie donc la Fédération des médecins omnipraticiens, ça signifie donc le ministère de la Santé, ça signifie donc la Corporation d'urgences-santé, pour être capable de redéfinir l'entente qui est intervenue entre ces trois partenaires.

Je pense que, dans ce cadre, si on est **capables** de s'entendre et s'il y a acceptation que les directives doivent s'appliquer, il y a une collaboration qui pourrait s'établir entre les **médecins**. À date, je dois vous dire qu'on est en panne sèche. Une des exigences que nous avons eues dans les discussions avec le Dr Clawson et

qu'a accepté, le Dr Clawson c'est que, entre autres, il y ait des rencontres entre lui et le comité médical, chez nous, qui s'occupe de cette question de la détermination des niveaux de réponses, pour tenir compte de la situation particulière du Québec et de Montréal. Évidemment, si les médecins chez nous lient leur collaboration à certaines réponses et qu'on n'est pas capables de donner ces réponses d'une façon adéquate, on va être retardé dans l'application de la directive.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors, voilà. Rapidement, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Non, parce que notre temps est écoulé. C'était sur autre chose, M. le Président, à propos des travaux de la commission.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): D'accord. Il me reste à remercier les gens de la Corporation d'urgences-santé. J'inviterais nos prochains invités... Oui?

M. Trudel: M. le Président, avant que ces gens puissent quitter la table...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Oui.

M. Trudel: ...je me raccroche à ce que le ministre vient de dire: vider cette histoire-là et en arriver à ce que quelque part on puisse avoir non seulement l'heure juste, mais qu'on soit rassuré sur le système et ce qu'on va vivre au cours des prochaines années. Je fais motion, M. le Président, comme membre de la commission, pour que, si c'est possible, les gens d'Urgences-santé demeurent à notre disposition pour revenir à la fin de nos audiences. Il y a des gens qui sont de l'intérieur... Nous avons vu les groupes qui vont se présenter et qui vont venir nous affirmer un certain nombre de choses. On a déjà reçu des mémoires, reçu des textes. Alors, si on veut que ce soit clair et si ce n'est pas trop... Je ne veux pas empêcher ces gens-là de faire leur travail. Je sais ce que c'est de diriger une boîte...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. le député, il a déjà été décidé en séance de travail d'un certain nombre de choses. Alors, si on veut changer ces choses-là, on devra refaire cette séance de travail là. Enfin, c'est comme ça que ça s'est décidé, qu'on devait faire des consultations, entendre Urgences-santé et faire le point là-dessus. On aurait pu, effectivement, les voir vendredi matin, comme derniers intervenants; le ministre l'avait même proposé.

M. Trudel: Non, il y a deux éléments.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): On

s'est entendus sur un certain ordre et je pense qu'il faut le respecter.

M. Trudel: Moi, M. le Président, je suis d'accord avec vous que ça a été discuté en séance de travail, mais, quand on examine une situation particulière et avec ce qu'on vient d'entendre aujourd'hui, il ne serait pas inutile que cette commission puisse se garder 30 minutes à la fin de ses travaux pour en arriver à ce que les gens d'Urgences-santé nous donnent leur version quant à d'autres aspects qui seront examinés pendant nos travaux.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): ...je vous soumetts respectueusement que ce que l'on vient d'entendre, c'est ce que l'Opposition nous a mis sur la table, qui était donc à leur connaissance. Ce n'est pas arrivé dans la nuit d'hier à aujourd'hui. Par conséquent, je pense que, quand j'avais fait la proposition, qui m'apparaissait raisonnable dans nos échanges, que nous gardions la Corporation d'urgences-santé pour la fin, juste avant le Dr Fréchette, pour être capables de ramasser un certain nombre de choses qui pourraient se dire en cours de route, ça me paraissait normal, mais ce n'est pas ça qui a été établi. Cependant, je suis ouvert, quant à moi, même si ne ne suis pas membre de cette commission, à ce que la commission elle-même - si elle veut le faire pendant l'ajournement du souper, elle le fera - discute d'un certain nombre d'arrangements et elle déterminera si elle se rend aux vœux du député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue. Moi, je n'ai pas d'objection à ce que ce soit soumis là, mais dans une séance de travail où la commission révisera son horaire.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Vous rappelant que ce n'est pas une séance de travail, alors on va passer à autre chose et on aura à se voir pour débattre de ce sujet...

M. Trudel: Très bien, mais ce que je veux juste mentionner, là...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): ...ou de cette motion.

M. Trudel: Pour discuter de cette motion.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): On se verra ce soir sur l'heure du souper.

M. Trudel: Très bien, selon nos règlements, M. le Président.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors,

je remercie les gens d'**Urgences-santé** et j'invite l'Alliance des infirmières de Montréal. Alors, bienvenue à nos invités. Je demanderais **peut-être** à un porte-parole de s'identifier et d'identifier les gens qui l'accompagnent.

**Alliance des infirmières de Montréal,
section Urgences-santé**

Mme Manzo (Denise): Bonjour, je suis Denise Manzo, présidente de l'Alliance des infirmières de Montréal. Les gens qui m'accompagnent sont respectivement: à ma gauche, Mme Micheline Nadon, responsable locale; Mme Louise Sylvestre, responsable locale également; M. André Auger, conseiller syndical; à ma droite, Mme Josée **Masson**, conseillère syndicale.

Nous avons également invité le Dr Lambert Farand à se joindre à nous à titre de chercheur ayant participé à l'évaluation du système actuel du traitement des appels à Urgences-santé, étude qui a été faite par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal. Il a aussi examiné les implications de l'implantation du système Clawson à Urgences-santé, et ce, dans le cadre de son mandat sur le contrôle de la qualité. De plus, le Dr Farand a des compétences en informatique et en éducation et termine un doctorat dans ces disciplines, et ce, tout en poursuivant ses activités cliniques à Urgences-santé depuis 10 ans.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, madame. Vous avez 30 minutes pour nous livrer votre message.

Mme Manzo: Merci. Dans le rapport De Coster, faisant suite aux événements de la Polytechnique de Montréal, le fonctionnement d'Urgences-santé a été remis en cause. Le triage fait par les infirmières lors de cette tragédie, loin d'être blâmé, a été souligné par le Dr Lapointe comme ayant été efficace.

À notre avis, nous avons un modèle unique de triage dont nous **devrions** être fiers. Le système actuel de traitement des appels par les infirmières à Urgences-santé rejoint une performance élevée en termes de sensibilité, soit 96 %. Cette résultante n'est obtenue que par l'envoi inévitable d'un certain nombre de ressources non requises, et ce, afin d'assurer un triage sécuritaire. Cependant, le triage, par sa spécificité, réduit de façon appréciable l'envoi injustifié de ressources, permettant ainsi une réduction du gaspillage de celles-ci et une augmentation de la disponibilité des véhicules pour les véritables urgences.

Un des aspects importants de l'efficacité du traitement des appels consiste à ajuster le temps de décision et/ou le temps de réponse. À Urgences-santé, certaines lacunes dénoncées par les infirmières depuis plusieurs années, en regard du traitement des appels, perdurent. Certaines re-

commandations ministérielles contribuent à améliorer le temps de réponse. À cet effet, les infirmières sont d'accord quant à la séparation des deux lignes, l'urgent et le non-urgent, et à l'implantation d'Info-Santé avec un numéro distinct. Ces deux systèmes sont, à notre avis, étroitement reliés et doivent être confiés aux infirmières.

L'indissociabilité des fonctions assumées par un intervenant unique minimise les temps de prise de décision et permet la compilation des informations sur l'état clinique des patients, vise à diminuer la redondance entre les deux systèmes et facilite la coordination entre la réception et la répartition des appels, les équipes de terrain et les centres receveurs.

L'informatisation des postes de travail, afin de réduire les pertes de temps reliées à la prise manuelle des données et à l'acheminement de la fiche à la répartition. L'informatisation permet également une connaissance approfondie des appels antérieurs des patients et assure une prise de décision rapide, conforme et adaptée à l'urgence d'une situation. L'implantation d'un CAD permet la visualisation sur écran de la localisation géographique des véhicules, de façon à pouvoir intégrer rapidement les informations sur la disponibilité des ressources et ainsi réduire les temps de réponse.

Une fois ces correctifs apportés, il sera alors opportun de réévaluer l'efficacité du système en regard du temps de décision et/ou du temps de réponse et, à la lumière de ces informations, de procéder à des réajustements, s'il y a lieu.

Considérant les contraintes actuelles en regard de l'offre et de la demande, il est important de se rappeler que la qualité consiste à maximiser le bénéfice net en termes de santé pour la population desservie à l'intérieur des ressources allouées au système par la société. La réduction du temps de réponse ne doit pas se faire au détriment de la qualité, puisque la vitesse n'en est pas le seul et unique critère. Pour les cas d'urgence vitale - arrêts cardiaques, obstructions respiratoires, **traumatismes** majeurs - les temps de prise de décision sont cruciaux. La présence d'infirmières au triage des appels optimise la qualité d'intervention puisque le jugement professionnel assure une détection rapide de l'urgence, en deçà d'une minute, de même qu'un suivi et un support adéquat jusqu'à l'arrivée des ressources, le tout dans une approche **biopsychosociale** assurant une intervention adaptée aux besoins de l'appelant et/ou du patient. De plus, dans les cas où l'urgence **immédiate** est éliminée, la présence d'infirmières permet la détection des urgences potentielles, **difficilement** identifiables en l'absence de connaissances cliniques solides.

(17 h 15) :

Comme dans les grandes régions urbaines, Montréal est confrontée au problème de nom-

breux appelants demandant des **services** pour des situations non urgentes. Cette demande de la population est fortement **influencée** par des facteurs socio-économiques et culturels et par la présence ou non de ressources alternatives dans le milieu.

Le jugement professionnel est le prérequis essentiel à l'efficacité du traitement des appels. Dans le cas d'un patient ayant une histoire médicale antérieure cardiorespiratoire, chirurgicale, seule une professionnelle de la santé est en mesure d'intégrer ces informations aux symptômes décrits lors de l'appel et de déterminer les ressources appropriées. La suppression du triage risque de provoquer un allongement du temps de réponse aux appels urgents par une utilisation inadéquate des ressources disponibles, d'où une diminution de la qualité du service. De plus, en augmentant le nombre de déplacements en STAT avec sirène et gyrophare, il ne faut pas négliger le risque plus élevé d'accidents **impliquant** autant les ressources ambulancières que la population.

Suite aux tentatives antérieures visant à implanter des protocoles rigides d'intervention - arbre de décision, algorithme - ils se sont avérés difficilement applicables du fait qu'ils n'avaient toute forme de nuances dans les réponses et qu'il était impossible de tenir compte des informations données spontanément par l'appelant. Les concepteurs de ces protocoles ont donc conclu qu'il était préférable de s'en remettre au jugement professionnel de l'infirmière. Notre système d'évaluation des appels, basé sur une méthodologie qu'on appelle ABCC permet d'identifier rapidement l'urgence.

La décision d'implanter à Urgences-santé le système Clawson, dit expert, est à tout le moins prématurée. La technologie informatique actuelle ne permet pas de substituer un logiciel, si bon soit-il, au jugement professionnel. Présentement, l'infrastructure du réseau de la santé ne peut supporter l'utilisation d'un tel système. Certaines améliorations, apportées par le **GTI** - Groupe tactique d'intervention - en regard de l'engorgement des salles d'urgences, disparaîtraient immédiatement. En effet, avec le système Clawson, préconisant une grande utilisation de ressources ambulancières, une saturation immédiate est inévitable, tant au niveau des ressources de terrain que des centres dispensateurs de soins d'urgence.

L'utilisation du système américain, préconisée par Urgences-santé, est **sous-médicalisée** et semble plutôt orientée vers une protection légale du système d'évaluation téléphonique des appels. Dans un contexte de médecine d'urgence légaliste comme aux États-Unis, ce choix s'explique. La surmédicalisation de la médecine d'urgence préhospitalière européenne est tout aussi inappropriée. Le système préhospitalier d'urgence montréalais est un choix efficace et adapté aux besoins de la population de par sa composante.

Celle-ci a d'ailleurs manifesté son appréciation lors d'un sondage réalisé, à la demande de la direction, par la firme Léger et Léger en 1991.

Par ailleurs, en mars 1990, le docteur Rudolph Koster d'Amsterdam, après avoir évalué et comparé les centres de triage de Seattle, Washington et Montréal, est arrivé à la conclusion que la présence d'infirmières à la réception des appels a un impact incontestable sur les coûts du système en termes de rationalisation des ressources et d'encombrement des salles d'urgence. De plus, il précise que notre système est considéré comme un modèle qui peut être implanté à Amsterdam.

Les responsabilités de tous et chacun, en regard des coûts reliés au système de santé et de notre volonté de lui conserver son caractère de gratuité, d'universalité et d'accessibilité, suffisent à questionner les orientations de la direction. L'évolution des dépenses dans le secteur de la santé et des services sociaux croît de façon inquiétante. Nous pensons que les réaménagements amorcés ne feront qu'ajouter à la charge déjà lourde du citoyen-payeur, alors qu'il suffit d'apporter au système déjà en place des modifications mineures de façon à optimiser les services.

Le système Clawson n'a subi aucune étude sérieuse en termes de résultats, si ce n'est une évaluation de processus, contrairement au triage des infirmières, seul maillon de la chaîne d'intervention ayant été soumis à une évaluation par le GRIS, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Il a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs ajustements depuis sa mise en marché et, de plus, Dallas, pour combler certaines lacunes de ce système, a conservé le triage par des infirmières, juxtaposant ainsi le jugement professionnel au processus technique.

M. le ministre, dans l'esprit de votre réforme axée sur le citoyen, l'infirmière à Urgences-santé privilégie l'approche biopsychosociale plutôt qu'un service à la chaîne, robotisée où la routine l'emporte sur l'approche individualisée. L'application du système Clawson confine le citoyen à un questionnaire rigide auquel il devra se soumettre et qui ne fait appel à aucun jugement professionnel qui, pourtant, démontre plus de flexibilité, flexibilité nécessaire lorsqu'on s'adresse à une personne malade ou en situation de crise.

Les revendications des infirmières au cours des années passées démontrent que nos préoccupations se rejoignent et témoignent de l'intérêt que nous avons à fournir au citoyen un service de qualité. Nous travaillons, présentement, à l'implantation de notre projet **Info-Santé**. Ce travail est élaboré avec la collaboration d'un nombre important d'infirmières qui y mettent temps, énergies et compétences. Considérant l'expertise développée par les infirmières d'Urgences-santé, il est fondamental que ce service soit centralisé. L'accessibilité du citoyen est

facilitée par un numéro unique. La continuité des services sera favorisée, notamment par l'amélioration de l'accueil, de l'évaluation, de l'orientation, et le contrôle de la qualité des services est ainsi assuré.

Dans votre réforme, vous affirmez que le citoyen est en droit d'être accueilli, aidé et traité par un personnel dévoué et dédié à sa tâche et que, pour rencontrer cet objectif, on doit motiver, valoriser le personnel et lui fournir l'occasion de relever de nouveaux défis. Nous vous donnons l'opportunité de rencontrer vos objectifs en permettant aux infirmières d'Urgences-santé d'exercer une influence sur le devenir de l'organisation. Que l'on tienne compte de leurs allégations dans la détermination de moyens visant à rehausser la qualité des services et qu'on écoute leur point de vue dans l'organisation du milieu de travail.

Compte tenu de l'expertise des infirmières à Urgences-santé oeuvrant depuis plus de 10 ans auprès du citoyen, nous vous demandons un temps d'arrêt et qu'ensemble, à la lumière du GRIS et avec une évaluation du système dans son ensemble, nous puissions influencer les choix que la direction a pris et ainsi répondre aux besoins du citoyen qui demeure toujours au centre de nos préoccupations.

Mme Nadon (Micheline): Alors, je vais vous parler du module **Info-Santé**. Dans le but d'optimiser la qualité du service au citoyen, nous préconisons alors la centralisation régionale du service **Info-Santé**, qu'Info-Santé soit exclusivement réservé aux infirmières et que ce service soit un organisme autonome.

La centralisation régionale du service Info-Santé. **Info-Santé**, avec un numéro unique, est un service d'information téléphonique qui est ouvert 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Il y a plusieurs avantages à la centralisation d'Info-Santé puisqu'il importe de considérer la prestation de ce service en termes d'accessibilité, de continuité et de qualité. Les structures du réseau de la santé sont déjà très complexes et les ressources doivent être accessibles et disponibles au moment où le citoyen en manifeste le besoin. La centralisation régionale d'Info-Santé évite d'alourdir davantage la structure du réseau et assure une qualité de services en privilégiant les fonctions d'accueil, d'évaluation, d'orientation, le tout axé sur les besoins du citoyen.

Qu'Info-Santé soit exclusivement confié aux infirmières. Dans l'exercice de sa profession représentant à la fois un art et une science, l'infirmière utilise son expertise au niveau de la communication afin d'établir rapidement une relation d'aide avec le citoyen. Elle évalue la situation et l'aide à identifier ses besoins de santé, d'information et de référence. Toutefois, même si le besoin exprimé par le citoyen est perçu comme non urgent par celui-ci, l'infirmière demeure vigilante afin de détecter toute urgence

potentielle et d'y répondre de façon appropriée. De plus, elle conseille et renseigne la population sur toute question relative à la santé globale et favorise, si nécessaire, son orientation vers les ressources du réseau de la santé et des services sociaux. Par ce conseil d'ordre préventif ou curatif, aussi bien que par les références vers les ressources appropriées, l'infirmière vise à promouvoir l'autonomie du citoyen et à le maintenir dans son milieu naturel tout en l'assistant dans l'immédiat.

L'impact d'Info-Santé sur le désengorgement des salles d'urgence et sur les coûts inhérents à la prestation de **services** plus structurels est non négligeable. Il est important de mentionner que la réponse au citoyen se fait dans l'optique d'une approche globale et que ses besoins demeurent au centre de toute intervention. Tout en recommandant l'exclusivité du service Info-Santé aux infirmières, nous sommes conscientes de la nécessité d'une approche **multidisciplinaire** et d'une collaboration avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, dans le respect des missions et des mandats qui leur sont confiés afin de favoriser la continuité des soins et de promouvoir l'autonomie du citoyen, tout en assurant sa sécurité.

Que ce service soit un organisme autonome. Tout en maintenant des liens étroits avec les CLSC, les autres établissements et les organismes du réseau de la santé et des services sociaux, nous préconisons qu'Info-Santé soit un organisme autonome. Dans les directives ministérielles, il est dit que, d'ici juin 1992, l'opération d'Info-Santé sera confiée à d'autres instances, si jugé opportun par le ministère. La décision n'étant pas finalisée, les infirmières veulent exercer leur influence sur le devenir du service **Info-Santé**. Associées aux décisions, nous pouvons davantage développer le sentiment d'appartenance si nécessaire à la motivation au travail.

Les recommandations. Compte tenu du contexte actuel: Que les démarches reliées à l'implantation du système Clawson soient suspendues; que le système actuel du traitement des appels urgents basé sur le jugement professionnel des infirmières soit maintenu; que les systèmes de prise d'appels urgents et de répartition soient assistés par ordinateur et que les deux systèmes soient étroitement reliés de façon à permettre une juxtaposition du jugement professionnel au processus technique; que l'implantation du CAD soit activée de façon à visualiser la localisation des véhicules et à évaluer la disponibilité de la flotte ambulancière; qu'une évaluation du système global **soit** régulièrement effectuée à l'aide de statistiques et autres outils pertinents; que l'expertise des infirmières à Urgences-santé soit **prise** en considération de façon à optimiser la qualité du service au citoyen; que le service **Info-Santé** soit exclusivement réservé aux infirmières et centralisé pour des fins d'accessibilité, de continuité et de qualité et, dans la

mesure où le ministre juge opportun de confier serait pas vu comme un dispensateur de services, Info-Santé à d'autres instances, nous recommandons que les infirmières soient partie prenante à la décision, tel que le préconise la réforme. C'est tout.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. le ministre, vous avez des commentaires?

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. C'est de bon aloi de commencer mon interrogation par Info-Santé qui est, je pense, un peu partout à travers le Québec, définitivement un des bijoux que nous avons. Et lorsque, à l'intérieur de la réforme, on a pensé à du 24-7, c'était, effectivement, de reproduire dans toutes les régions du Québec ce qui se faisait à Montréal et ce qui se faisait aussi un peu à Québec. (17 h 30)

Je comprends donc que, pour vous, pour que nous ayons un rendement optimal de ce service d'Info-Santé, il faut que les travailleuses et les travailleurs soient regroupés et que, dans le cas particulier de Montréal, tout le monde soit regroupé dans un seul endroit pour être capable de donner ces services-là, dans un premier temps. Actuellement, disons, vous êtes 66 infirmières au service Info-Santé. Il n'est donc pas question de faire en sorte, si on choisissait, par exemple, les CLSC, qu'il y ait une répartition des infirmières dans chacun des CLSC. Pour être efficace, ça prend une unité qui a une vocation régionale, mais qui est homogène et donc dans un seul bloc.

Ce que je comprends, d'autre part, c'est que vous nous dites: Si jamais vous décidiez de le confier à une autre instance que celle d'Urgences-santé, ça doit être une organisation autonome. J'ai bien compris?

Mme Nadon: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Pour vous, qu'est-ce que c'est qu'une organisation autonome? Si, par exemple, notre décision allait dans le sens que, dans l'esprit de la réforme que vous évoquez dans votre document, l'information est davantage de l'information qui doit relever de la première ligne et qu'Info-Santé devrait être géré par les CLSC... Qu'est-ce que signifie, à ce moment-ci, organisation autonome?

Mme Nadon: Je pense qu'il reste beaucoup à développer sur ça, mais nous en avons quand même parlé. Quand on parle d'organisme autonome, c'est-à-dire que, bon, supposons qu'Urgences-santé resterait au Conseil régional, mais que, par contre, Info-Santé aurait son propre conseil d'administration. Alors, on resterait dans les locaux du Conseil régional, mais, par contre, il n'y aurait pas le conflit d'intérêt pour le Conseil de la santé et des services sociaux; on aurait notre propre conseil d'administration. Alors, il ne

M. Côté (Charlesbourg): Mais c'est un dispensateur de services. On se comprend bien qu'on est dans une situation où Info-Santé, c'est du service à la population.

Mme Nadon: C'est un service à la population. Ce que je veux dire par ça, c'est comme quand Urgences-santé faisait partie du Conseil régional, où le Conseil régional était vu comme pour dispenser des services, alors que ce qu'on amène, c'est qu'on dit seulement: On occuperait l'espace du Conseil régional, par contre on aurait notre propre conseil d'administration.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que je dois conclure ou déduire, sans que ce soit une conclusion irrémédiable, que les infirmières ne sont pas fermées à l'idée d'examiner éventuellement qu'Info-Santé puisse être rattaché, par exemple, aux CLSC ou au regroupement de CLSC de l'île de Montréal?

Mme Nadon: Je n'ai pas compris votre question.

M. Côté (Charlesbourg): Que les infirmières travaillant actuellement à Info-Santé ne sont pas fermées à l'hypothèse qui voudrait que cette responsabilité incombe aux CLSC du territoire de l'île de Montréal, bien sûr, en respectant l'uniformité, et que ce soit un groupe de travailleurs centralisé qui donne un service à l'ensemble de la région de Montréal, mais dont le rattachement pourrait être aux CLSC.

Mme Nadon: Vous voulez dire que ce serait un groupe de 67 infirmières qui serait rattaché à un CLSC avec un numéro unique?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui. Avec un numéro, avec un mandat pour couvrir l'ensemble du territoire que vous couvrez actuellement, soit celui de l'île de Montréal. Laval, c'est une autre question, mais à tout le moins pour l'île de Montréal.

Mme Nadon: Bon. Disons que le service, il est centralisé.

M. Côté (Charlesbourg): Centralisé, il est le même, fait par des infirmières...

Mme Nadon: L'accessibilité...

M. Côté (Charlesbourg): L'accessibilité est toujours là.

Mme Nadon:... elle est là.

M. Côté (Charlesbourg): Il y a le rattachement

ment qui, lui, je dirais rien qu'à la première ligne puisqu'on est dans une...

Mme Nadon: C'est une possibilité, parce que, dans le fond, on préconise un service centralisé parce qu'on dit que c'est plus facile au citoyen de s'y reconnaître. Il n'a pas à retenir plusieurs numéros, comme 35 numéros. S'il déménage dans la journée, il n'a pas à chercher un autre CLSC ou...

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça.

Mme Nadon: ...le soir, il n'arrive pas et il n'a pas un autre numéro à recomposer. En termes d'accessibilité pour le citoyen, oui, ça répond aux besoins.

M. Côté (Charlesbourg): J'ai commencé par ça; j'aurais aimé commencer par une autre question, mais, comme c'était votre fin, je trouvais que ça s'incorporait bien. Vous qui travaillez à **Info-Santé**, si je vous demandais qu'est-ce que vous pensez du rapport De Coster. Parce que c'est en partie de là que commencent un certain nombre de recommandations. De Coster, pour vous, qu'est-ce que ça a représenté et qu'est-ce que vous en pensez?

Mme Nadon: Du rapport De Coster?

M. Côté (Charlesbourg): On s'est fait dire à l'occasion ou j'ai entendu à travers les branches qu'il n'avait consulté qu'un seul médecin, le Dr Lapointe, qui est bien connu dans le domaine qui nous préoccupe. Alors, j'aimerais ça vous entendre là-dessus. Je reviendrai avec mes autres questions pour terminer mon interpellation.

Mme Nadon: Bon, le rapport De Coster. Le Dr Lapointe dit, dans son rapport: Quand les événements de l'Université de Montréal sont survenus, l'infirmière au triage a très bien perçu l'événement et envoyé le maximum de ressources appropriées. Ensuite, il dit: On enlève les infirmières du triage, ce n'est pas efficace. Bon. C'est comme surprenant. Ensuite, il dit: On doit répondre en deçà d'une minute. Si on regarde dans la fiche appel, les urgences, quand elles entrent clair, M. le ministre, je pense que l'infirmière, avec son expérience, envoie les ressources en dedans d'une minute.

Alors, nous, bon, ça fait des années que les infirmières demandent des modifications. Il a amené la position: séparer les deux lignes, du triage et **Info-Santé**. Les infirmières, depuis 1983 qu'elles réclament de séparer les deux lignes parce que la population demandait de l'information et qu'on disait, à la direction: Ça n'a pas de sens, les gens demandent de l'information et on ne peut pas leur refuser de l'information, c'est de l'information dont ils ont besoin pour leur santé, mais ça retarde sur la ligne d'urgence.

C'est que les vraies urgences... Les lignes clignotent parce qu'il y a des appels en attente à cause d'appels d'information qui sont un peu plus longs à traiter. On demandait de séparer ces deux lignes-là en 1983, et ça n'a pas été fait.

Alors, dans le rapport De Coster, ils disent ça en 1991. Bien, ce qu'on écrit dans notre rapport, on dit: Ils n'ont rien inventé. Ça fait depuis 1983 qu'on le demande; ça fait huit ans, en fait. Il dit: Répondre en deçà d'une minute. En 1985, avec l'avènement du 911, on s'apercevait qu'on ne pouvait pas répondre en dedans d'une minute à cause... Écrire l'adresse à la main. Il faut la prendre, l'adresse, il faut prendre les coordonnées, recevoir l'appel. Alors, tu fais ça en même temps. Peser sur le bouton pour demander un messenger, puis là, s'il n'arrive pas, ça devient énervant parce que, des fois, c'est un STAT. Le temps qu'ils viennent, parce qu'ils sont occupés au transport secondaire, et tout ça, le temps qu'ils viennent à pied, qu'ils s'en aillent reporter la fiche à la répartition, ça demande du temps. On a toujours dit que ce temps-là, de 3,8 minutes, n'appartenait pas entièrement à l'infirmière.

Alors, le Dr Lapointe, il y avait des contradictions, en tout cas, ou des points, des choses qu'il amenait pour lesquelles on trouvait qu'il n'avait pas été voir très loin quant à ce qui avait été déjà amené au module de traitement des appels. Je vais parler pour le module de traitement des appels.

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends qu'ils ont confirmé ce que vous viviez sur le terrain et que vous vouliez vous-mêmes comme redressement. Donc, au moins, pour cette partie-là, c'était correct.

Mme Nadon: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Alors, si on va plus loin, oublions De Coster, parce que ça me paraît assez important d'entendre ce que je viens d'entendre, pour moi à tout le moins. Allons à Clawson. Vous faites beaucoup de place, dans votre intervention, à Clawson, avec, bien sûr, les conséquences de votre point de vue et de votre vécu. Je vous l'ai dit tantôt avant que vous arriviez, c'est clair que, lorsqu'on émet des directives et qu'on change des choses, il y a des changements qui sont, à l'occasion, dérangeants et qu'on peut ne pas partager. Sauf que, dans votre présentation, Clawson, j'en ai presque déduit que, pour vous autres, c'était prématuré.

Mme Nadon: À ce stade-ci, oui.

M. Côté (Charlesbourg): Je vais préciser ma question de manière plus claire. Je reste sur un doute quant à "prématuré". Je vais y aller directement avec ma question: Est-ce que vous êtes pour Clawson ou contre?

À partir de ce moment-là, il m'apparaît important que... C'est bien évident que la réponse du prématuré peut, elle, être circonstancielle et stratégique, hein? On sait que, lorsqu'on donne des directives, si les échéances n'arrivent pas ou ne sont pas respectées, ça peut créer un certain report dans le temps. Prématuré, ça pourrait vouloir dire: Oui, c'est bon; il est peut-être un petit peu trop tôt pour l'appliquer, mais on va l'appliquer. Pour moi, c'est une question qui est fondamentale. Je pense que ma question est très précise puis je suis convaincu que vous allez me répondre de manière précise aussi.

Mme Nadon: Bon, nous ne sommes ni pour ni contre Clawson. Ce qu'on dit, c'est que le triage, quand on parle de prématurité, je pense... Ce qu'on dit, c'est que le système actuel est de qualité. Par contre, on dit qu'il y a des améliorations à apporter pour l'améliorer, des améliorations qui ont été demandées depuis des années. Je ne vois pas des appels provenant de la population, des appels avec des gens qui sont en situation d'urgence qui peuvent être traités par quelqu'un qui a une formation en 24 heures, de 24 heures.

Nous sommes pour un jugement professionnel, parce que, d'après l'expérience, après 10 ans d'expérience, l'urgence qui arrive claire au téléphone - comme le docteur Bastien disait: J'ai une douleur, j'ai pris trois nitros; j'ai une douleur au thorax, j'ai pris trois nitros - je veux dire que c'est évident qu'on envoie la ressource tout de suite. C'est clair. Mais les appels ne rentrent pas tous comme ça. Les gens n'ont pas la facilité à identifier leurs problèmes. C'est ce qu'on dit. C'est là qu'est la difficulté et c'est là qu'il y a une importance à avoir une infirmière au téléphone, et même dans les vraies urgences. Quand on dit qu'on a besoin d'une infirmière au téléphone, c'est même dans les vraies urgences.

Je vais vous donner l'exemple: une mère ou un père qui arrive en ligne en criant avec un bébé qui a les yeux fixes au plafond et qui est catatonique, c'est-à-dire qu'il est raide, qu'il convulse. Les gens n'ont pas de la facilité à prendre le téléphone, en voyant leur petit, à s'exprimer clairement et à répondre au besoin. Alors, ce qu'on dit, l'infirmière: **L'ambulance** s'en va immédiatement. Sauf qu'il y a une assistance à faire, il y a des premiers soins à donner au moment de l'appel et il y a une assistance psychologique aussi à apporter, un soutien. Il faut être efficace. Avec trois ans de formation, je pense que l'infirmière, elle, a la formation pour répondre à ces gens-là. C'est ce qu'on dit, que ça demande un jugement. On ne peut pas traiter des gens de façon mécanique. Ça ne se fait pas.

Et dans notre expérience, nous avons construit, nous avons essayé à Urgences-santé - je suis là depuis le début d'Urgences-santé -

d'appliquer des moyens pour aller chercher l'information sur les appels, avec des arbres de décision qu'on a construits: Est-il conscient? Avez-vous de la difficulté à respirer? **L'ABCC'**, ce qu'on dit, l'évaluation de l'état respiratoire, la conscience et la circulation. On a essayé. Les gens, des fois, ils ne veulent pas répondre à ça. Ils vous disent: Ce n'est pas de ça que je veux vous parler; c'est de ça. Il faut s'adapter aux situations. Il faut être capables d'aller chercher **vitement** l'urgence de la situation. On a essayé ensuite des arbres qui étaient plus spécialisés et de poser des questions dans l'ordre. Les gens arrivaient avec de l'information dont il fallait tenir compte, de l'information médicale qui n'était pas demandée dans ces arbres de décision là et on s'est aperçu que ce n'était pas efficace. On n'arrivait pas à faire dire aux gens, selon les questions qu'on posait, ce qu'on voulait aller chercher, l'urgence.

Alors, il faut procéder selon chaque appelant et s'adapter à chaque appelant. Ce n'est pas vrai qu'on peut avoir uniformisé un système. Chacun est unique et c'est ce qu'on défend.

M. Côté (Charlesbourg): Vous feriez une bonne politicienne parce qu'à une question précise vous ne m'avez répondu ni oui ni non. O.K.?

Une voix:...

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Bien au contraire. Ne prenez pas ça comme une remarque désobligeante. Est-ce que je dois comprendre que votre jugement ou la réponse à ma question serait peut-être différente si le triage était fait par une infirmière? (17 h 45)

Mme Nadon: La réponse serait différente si le triage était fait par une infirmière au lieu de Clawson?

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. On parle toujours de l'application de Clawson qui est faite, là, par quelqu'un, à ce que j'ai compris tantôt, qui a un secondaire V, qui a été formé en 24 heures, d'après ce que j'ai entendu. Je ne suis pas tout à fait convaincu que c'est ça, mais on pourra y revenir en temps et lieu.

Une infirmière qui a le diplôme qu'on connaît, qui a de l'expérience et qui, elle, pourrait être au triage dans la méthode Clawson avec son expertise, son sens professionnel... Je pense qu'il n'y a personne qui met en doute le sens professionnel des infirmières, c'est reconnu par tout le monde. Est-ce que, dans une situation comme celle-là, si le triage était fait selon la méthode Clawson mais par une infirmière, votre opinion serait différente à ce moment-ci?

Mme Nadon: Nous sommes d'accord avec une méthodologie d'appel faite par les infirmières.

M. Côté (**Charlesbourg**): Avec Clawson? Là, je vous pose une question précise, là, puis si c'est une...

Mme Nadon: Non. Si on nous demandait d'appliquer le système Clawson?

M. Côté (**Charlesbourg**): Oui.

Mme Nadon: Non, M. le ministre, je ne pense pas que les infirmières voudraient appliquer le système Clawson.

M. Côté (**Charlesbourg**): Donc, là, vous venez de me donner la réponse que vous n'avez pas voulu me donner tantôt quand vous ne m'avez dit ni oui ni non. C'était en réalité un non.

Mme Nadon: Non, l'infirmière ne voudrait pas répéter question après question sans tenir compte de l'information que l'appelant lui donne et envoyer de façon mécanique... Bon, je vais poser ces questions-là dans l'ordre: Monsieur, avez-vous de la difficulté à respirer? Ah, peut-être! Ça répond comme ça, quand il ne me répond pas oui ou non. Monsieur, avez-vous de la difficulté à respirer? Bien, je vous ai répondu. Et je recommence trois fois parce que c'est ça. Alors, il faut que je passe à la deuxième de façon mécanique. Non, M. le ministre, je ne pense pas que l'infirmière...

M. Côté (**Charlesbourg**): Ne me faites pas la démonstration, là. Je vous ai posé ma question en premier: Êtes-vous pour ou contre Clawson? Vous ne m'avez dit ni oui, ni non. Si on récapitule tout ça, là, après ça, je suis revenu et j'ai dit: Si c'était Clawson appliqué par une infirmière... parce que la question c'était: Quelqu'un qui a un secondaire V, qui a eu 24 heures, 48 heures ou 72 heures de cours, ne pourra pas appliquer un jugement professionnel dans ces situations-là. Alors, ma question a été par la suite: Vous, infirmières professionnelles reconnues, avec la formation qu'il faut, est-ce que vous appliqueriez Clawson? Là, la réponse, ça a été non.

Donc, à ce moment-ci, j'en arrive à ma conclusion, parce qu'il faut que j'en tire une sur cet élément-là; Clawson n'est pas prématuré, c'est que vous n'en voulez pas. Vous dites - puis c'est votre droit de l'exprimer ainsi, on est là pour ça, là - à ce moment-ci: Il n'est même pas prématuré, Clawson. Ce n'est pas ça qu'il faut dire. À notre point de vue, Clawson n'est pas approprié à ce que nous souhaitons implanter, nous, infirmières à Montréal. Je pense que là, ça claire le décor d'une manière très claire.

Mme Nadon: Oui.

M. Côté (**Charlesbourg**): Est-ce qu'on se

comprend là-dessus là?

Mme Nadon: Oui.

M. Côté (**Charlesbourg**): Bon, parfait. On n'en parlera plus parce que, vous autres, vous êtes contre et pour les raisons que vous avez évoquées à ce moment-ci.

Relations de travail. Bon, on est dans une situation où, effectivement, un certain nombre de personnes interpellent les relations de travail. Je pense qu'on en a eu un exemple tantôt et on en aura peut-être d'autres. C'est clair que, lorsqu'on arrive avec des changements aussi importants que la participation, même si on n'est pas d'accord, je pense que c'est des forums où on doit s'exprimer à ce moment-ci. Quand la direction prend des décisions, bien, on vit avec ou ne vit pas avec, mais des décisions ont été prises.

Ça s'est passé comment l'introduction des changements, même si c'est un diktat du ministre? Il ne faut quand même pas mettre tout sur le dos d'Urgences-santé non plus quand on parle de directives du 20 juin. Ce n'est pas M. Lamarche qui a couru après; c'est moi qui les lui ai envoyés. Donc, je suis prêt à prendre moi aussi ma part de responsabilités, mais, à partir de ce moment-là, c'est sûr qu'il y a un processus qui doit s'établir. Quelle est votre appréciation de ce processus qui a été suivi?

Mme Manzo: En regard des relations de travail, M. le ministre, si je fais un bref historique, et ce, à partir de l'émission des directives en juin, il y a eu une première rencontre à ce moment-là qui a été demandée par nous et les réponses que nous avons eues ont été qu'il y aurait des tables de travail à compter de septembre.

En août, nous avons eu la surprise de voir apparaître un organigramme dans lequel les infirmières étaient changées, c'est-à-dire qu'elles n'étaient plus au triage, elles étaient mises à **Info-Santé**, et nous avons également appris que cet organigramme n'avait été présenté en réalité qu'au comité exécutif du conseil d'administration. Donc, certaines directions, les représentants syndicaux de même que les salariés n'étaient pas au courant. Il y a eu, par la suite, plusieurs reports de rencontres de C.A. et, à la seconde rencontre que nous avons encore demandée, on nous a répondu qu'on ne pouvait répondre à notre questionnement, puisque le projet n'était pas encore assez avancé.

Sont ensuite apparues les conclusions de l'étude du GRIS, étude qui avait été faite par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, subventionnée par le gouvernement, et, à ce moment-là, nous avons été témoins que la direction prenait tous les moyens pour étouffer cette étude. On a même demandé aux chercheurs de taire les résultats. On a suspendu ses vacances et les résultats, suite à ces tentatives,

n'ont jamais été publicisés. Pourtant, cette étude faisait foi que le triage des infirmières était très bien fait.

À notre avis, il y a eu certaines interprétations de la part de la direction quant à vos directives. Il n'y a pas eu non plus d'étude, ce qui, à notre avis, aurait dû être fait avant de prendre la décision de choisir un système quelconque. Il y aurait dû y avoir une étude d'impact, à tout le moins, sur la flotte ambulancière, sur les salles d'urgence. Nous avons eu aussi l'impression que l'information était retenue. Il y avait peu de diffusion et nous obtenions peu d'information.

Nous avons donc, en octobre, fait une conférence de presse dans laquelle nous avons exposé les faits et affirmé notre position. Nous avons, par la suite, envoyé nos documents à différents intervenants ainsi qu'aux représentants du gouvernement, de même qu'un rapport critique qui avait été fait sur le système Clawson et, de façon plus restreinte, les études du GRIS.

L'administration a réagi plutôt violemment à notre conférence de presse, au fait que nous dénoncions qu'il y avait eu peu de consultation. Nous avons eu droit à des articles dans les journaux. Je peux vous mentionner principalement celui de *The Gazette* du 9 novembre, un certain autre article de *La Presse* où, à tout le moins, nous étions victimes d'une pratique de dénigrement, d'un manque de respect flagrant. Nous constatons que l'administration instaurait un climat de non-confiance face aux intervenants et qu'on créait ainsi un climat de panique parmi la population par des déclarations fausses.

Je pense que, quand une catégorie de professionnelles est traitée de "pales" dans un article, nous ne pouvons pas considérer que ce sont des compliments. Nous déplorons ce type de conduite, puisqu'elle va en plus à rencontre de votre réforme, de l'esprit de votre réforme et ce que nous demandons, surtout et avant tout, puisque nous intervenons pour que la qualité des services demeure - et nous considérons actuellement qu'elle est mise en danger... Nous intervenons et nous sommes intervenues pour que nous soyons considérées, consultées et étant partie prenante des décisions qui vont être prises jusqu'à la fin de l'application des changements. Ça résume un peu le climat des relations de travail qui a existé jusqu'à maintenant face à l'implantation de certaines mesures.

M. Côté (Charlesbourg): Bon. C'est bien sûr une nomenclature. Moi, j'ai quand même demandé... parce que, moi aussi, j'ai demandé un certain nombre de choses. Je pense qu'à l'intérieur de la pochette qui a été déposée ce matin par Urgences-santé, à l'intérieur de la pochette - je ne sais pas si vous avez pu en prendre connaissance - qui était à l'intérieur du document, à la page 11, l'item 7.3, c'est "Infirmières", et le document est intitulé: "Information, consul-

tation, participation et comités de travail".

Je regarde au niveau des infirmières: les 16, 19, 22, 27 et 29 août, 3, 5, 13, 16, 17, 18, 25 et 30 septembre, 1er, 10, 16 octobre, 14 novembre et 11 décembre, sur le plan de rencontres tantôt avec l'exécutif syndical... En tout cas, c'est un document qui est public, qui a été déposé aux membres de la commission. Ça fait quand même un certain nombre de rencontres, assez important. Pour un, le Dr Tétreault, qui m'accompagne, a assisté au moins à une, qui est celle du 16 octobre où, me dit-on, le matin, vous avez déposé le document qui est connu et, à midi, vous étiez en conférence de presse pour le rendre public. C'est votre liberté et votre choix. Puis ça, ce n'est pas ça que je veux critiquer parce qu'on est dans un système démocratique et je pense que les gens peuvent prendre les moyens qui sont à leur disposition pour informer la population.

Mais est-ce que ça veut dire qu'à ces rencontres-là, finalement, vous vous servez un café et c'est fini? J'aimerais ça en entendre un petit peu plus parce qu'il y a quand même des rencontres, puis on ne fait pas des rencontres pour avoir des rencontres.

Mme Manzo: Je vais répondre sur les rencontres qui ont été spécifiquement convoquées à notre demande. Elles ont été au nombre de trois. Ces rencontres étaient spécifiquement sur l'avancement des travaux, quant aux changements à apporter, la dernière ayant été celle du 16 octobre, comme vous avez dit, et nous avons fait notre conférence de presse le lendemain. La raison pour laquelle nous avons demandé cette dernière rencontre, c'était spécifiquement pour déposer notre document, pour que la direction ne pense pas que nous allions en conférence de presse sans qu'elle soit au courant du document que nous avions.

Pour les autres rencontres, je vais laisser Mme Nadon vous répondre. C'étaient des rencontres qui traitaient d'Info-Santé, des comités de travail qui devaient se pencher sur Info-Santé, mais je vais la laisser vous expliquer ce côté.

Mme Nadon: Bon, effectivement, c'étaient des rencontres pour développer le module Info-Santé qui doit être en fonction en janvier, selon les directives ministérielles. Alors, c'est un groupe d'infirmières et de membres, comme l'infirmière-chef. Il y avait la directrice du module d'Info-Santé, Mme Aubé, qui assistait à ces rencontres, il y a eu des infirmières. C'était sur le développement d'Info-Santé, du service Info-Santé.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, ce que je comprends, peut-être en conclusion parce que je sais qu'il ne me reste plus de temps, quant à Info-Santé, il y a eu une collaboration qui est

acceptable et qui...

Mme Nadon: Ah oui! Ça va très bien. Sur le côté module infirmier, la direction, -Mme **Aubé**, et tout ça, ça va bien.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce qu'il est possible que, la direction d' Urgences-santé ayant décidé d'appliquer le **Clawson** et comme avec le **Clawson** il n'y a pas de place pour les infirmières, on aurait décidé de considérer que, comme vous seriez à **Info-Santé**, qu'Info-Santé c'était de votre ressort, dans le cas du triage, n'ayant pas d'infirmières, il n'y avait pas nécessairement à vous en parler?

Mme Manzo: Je dirais que, si le choix d'Info-Santé a été fait dès le départ sur **Clawson** et qu'effectivement, comme vous le dites, on a jugé que ça ne nous concernait pas, c'est peut-être l'explication qu'on peut donner. Par contre, nous, ce que nous demandions dès le début, à tout le moins, c'est d'être consultés sur l'ensemble des modifications qui devaient être apportées. Mais je ne peux pas répondre pour la direction.

M. Côté (Charlesbourg): On va peut-être être obligé d'accepter la proposition du député de **Rouyn-Noranda-Témiscamingue** pour poser la vraie question, éventuellement, aux intervenants. Ça va pour le moment, M. le Président. (18 heures)

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, M. le ministre. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Si nous sommes à cette commission à exercer ce mandat d'initiative, à ce moment-ci, c'est, en grande partie, grâce à votre intervention publique, privée. Il ne faut pas se gêner pour le dire. Vous avez mis de l'information dans le circuit qui fait qu'il fallait continuer à s'interroger **là-dessus**. Il y a trop de points d'interrogation. Moi, je vais repartir un peu aussi avec une piste sur laquelle le ministre s'est engagé, à partir de De Coster, parce que vous voyez, ce matin, ça a été ciblé un peu, la comparution de M. De Coster.

Est-ce que vous avez le même jugement, en tout cas, que nous on porte? C'est que, grosso modo, le diagnostic quant à Urgences-santé en rapport avec les événements de la Polytechnique et les remèdes, les recommandations de De Coster, c'est très majoritairement par rapport à la répartition, à l'affectation des ressources physiques. C'est là où il y a eu gravité de la situation. Est-ce que vous êtes d'accord avec ça? Est-ce que vous avez lu la même chose que nous autres, que c'est d'abord - je vais l'appeler comme ça, je sais que ce n'est pas vos mots à l'intérieur de la boîte - le module répartition qui est en cause? Est-ce que c'est exact ce qu'on

affirme là?

Mme Nadon: Bon, je ne pourrai pas répondre si c'est le module répartition qui est en cause, mais je sais par contre qu'on ne trouvait pas les ambulances. On ne pouvait pas communiquer avec les ambulances. L'événement était grave et il y avait, je pense, trois ambulances sur les lieux. C'était à l'heure du souper et on **n'arrivait** pas à rejoindre les ambulances. Je ne peux pas répondre autre chose et, sur les lieux d'intervention, ce qu'on disait, c'est que c'était l'anarchie complète. Alors, tout le monde faisait ce qui lui tentait, on n'allait pas voir la vraie urgence, et il y avait quelqu'un qui pouvait avoir une blessure au bras et une autre, une blessure à l'abdomen, on ne faisait pas la différence entre les urgences, les gens. C'était l'anarchie. Le problème était sur le terrain, je pense.

M. Trudel: Ou une autre façon de dire les choses, c'est: Tous les problèmes auraient été après le triage.

Mme Nadon: Oui.

M. Trudel: Il n'y a personne qui a diagnostiqué - et je veux être bien sûr de partager ce jugement-là - personne n'a dit: Le triage...

Mme Nadon: Était correct.

M. Trudel: Ce qui a été le prétexte de De Coster, et l'enquête qu'on a faite, et les recommandations, c'est après le triage des événements où là il y a de sérieuses interrogations. Vous constatez ça avec nous autres, là-dessus?

Mme Nadon: Oui.

M. Trudel: Bon.

Mme Nadon: Le Dr Lapointe le dit dans son rapport aussi.

M. Trudel: À partir de ce moment-là, pourquoi, d'abord, s'intéresser à la partie triage dans ce qu'on appelle une réforme à Urgences-santé? Pourquoi faire ça, d'après vous, si ce n'est pas de là que sont venus les problèmes? Pourquoi on veut absolument modifier le triage? Parce qu'il s'en fait actuellement du triage. Ce n'est pas juste de dire qu'il ne s'en fait pas. Il s'en fait du triage, avec tout ce que vous nous avez exposé actuellement. Il s'en fait avec votre présence.

Mme Nadon: Oui. Il se fait du triage, oui.

M. Trudel: Bon. Pourquoi, si ça n'a pas été là la majorité des problèmes, **veut-on**, à votre avis, modifier cette partie et adopter le système **Clawson**? On va y revenir tantôt. J'ai d'autres

questions précises là-dessus. Mais pourquoi pensez-vous qu'on veut changer ça? Vous êtes dans la boîte, vous. Vous êtes depuis le début à Urgences-santé. Pourquoi veut-on changer ça?

Mme Nadon: Bien, c'est un petit peu incompréhensible. Nous, ce qu'on pense, c'est, que ça va être un appel, une ressource. Parce qu'on ne peut pas mettre quelqu'un avec 24 heures de formation, un secondaire V et penser qu'il va vouloir prendre la chance de ne pas envoyer de ressources. Alors, nous, ce qu'on dit, c'est que, parce qu'il va y avoir un appel, une ressource, ça va demander beaucoup d'ambulances.

C'est d'autant plus incompréhensible qu'il y a un rapport, une étude, une recherche qui appuie que les infirmières... Et j'aimerais plus que ce soit le Dr Farand qui parle des résultats de la recherche parce que c'est une recherche sur les résultats pour montrer l'efficacité du triage aux appels et surtout que Clawson, il n'y a pas eu d'étude de résultats de faite. Il y a eu une étude de processus, mais il n'y a pas eu d'étude de résultats. Alors, j'aimerais, moi, que le Dr Farand expose un peu ce que dit la recherche du GRIS sur le triage des infirmières au téléphone.

M. Farand (Lambert): Donc, en gros, ce qu'on a constaté dans cette recherche-là, c'est que la qualité générale du traitement des appels est très bonne et que c'est un système qui est efficace. Donc, plus précisément, ce qu'on a constaté, c'est que les gens qui ont besoin des ambulances reçoivent toujours des ambulances. En fait, presque toujours, la différence est minime, est insignifiante. Donc, les gens qui ont besoin d'ambulances en reçoivent et les gens qui n'en ont pas besoin, une certaine proportion en reçoit, mais ce qui est important, c'est qu'une certaine proportion n'en reçoit pas, contrairement à un système qui enverrait, évidemment, des ambulances à tout le monde; tous les gens qui n'ont pas besoin d'ambulances, on leur garantit, à ce moment-là, qu'ils vont en recevoir quand même. Donc, le système de triage des infirmières est très sensible. On envoie des ambulances aux gens qui en ont besoin et on n'envoie pas d'ambulances à une bonne proportion, 55 % des gens qui n'en ont pas besoin.

D'autre part, en termes de délais, les recommandations du ministre demandent de réduire les délais de prise de décision à l'interne à moins d'une minute. On a constaté que, pour les cas urgents, vraiment urgents, les urgences vitales, ces délais-là étaient respectés, en général. Donc, les cas urgents reçoivent une réponse plus rapide et les cas moins urgents reçoivent une réponse moins rapide. Quand je parle de réponse, le temps de décision est plus long lorsque les cas ne sont pas urgents, ce

qui, en fait, ne nuit pas à l'appelant et même, en fait, présente une notion de qualité. En fait, lorsque la personne a besoin de conseils plutôt que d'une ambulance ou d'un médecin à toute vitesse, c'est une meilleure qualité d'acte de lui donner ces conseils-là plutôt que de raccrocher le téléphone au bout d'une minute.

Donc, en général, c'est un système efficace et qui remplit les directives ministérielles si on considère que le délai d'une minute doit être pour les cas d'extrême urgence, c'est-à-dire les cas pour lesquels il est essentiel de traiter l'appel en moins d'une minute. Je pourrais peut-être continuer la partie de votre question sur la raison pour laquelle on s'attaque tant au triage. Les infirmières sont actuellement un obstacle à l'envoi systématique de ressources pour tous les appels. Elles le font d'une façon sécuritaire, mais elles sont quand même un frein à l'envoi d'un grand nombre d'ambulances.

Je ne veux pas voir de relation de cause à effet, mais je crois qu'il y a dans le mode de financement d'Urgences-santé quelque chose qui est relié au nombre de transports à l'hôpital. Il pourrait peut-être y avoir là un élément, sans que je puisse être catégorique là-dessus, mais ça pourrait être une partie de l'explication.

M. Trudel: On va devoir examiner ça au cours de nos travaux parce que ce que vous inférez comme raisonnement, en particulier lorsqu'on a consulté l'équipe médicale, il y a des informations qui ont été transmises... Je suis obligé, par ailleurs, à ce moment-ci, de demander - et je vais revenir, Dr Farand, sur certaines affirmations que vous faites ici - sur le plan professionnel, aux infirmières qui sont avec nous, là, d'abord, premièrement, nos secondaires V, qui vont faire les jugements, là, vous, quand vous êtes une professionnelle de la santé, vous réagissez comment lorsqu'on dit: Bon, ça va être 24 heures de formation? Quelqu'un qui a une formation - je pense qu'on peut l'appeler minimale - qui va répondre et qui va poser le diagnostic, vous réagissez comment, professionnellement, là?

Mme Nadon: C'est effrayant. Parce que la qualité, elle est mise en danger. 24 heures de formation, ça n'équivaut pas à trois ans. Je pense que, pour détecter l'urgence, l'infirmière détecte très bien l'urgence. Quand on dit, comme le Dr Bastien dit: Bien, ils vont donner les conseils, bien, ils vont donner les conseils que 24 heures de formation peuvent donner. Je pense que tout ce qui arrive sur les lignes à Urgences-santé va plus loin que des conseils de base de réanimation cardiovasculaire. Alors, je pense que ce sera une qualité qui ne sera pas là.

M. Trudel: Partant de là, je pense qu'on peut bien poser le pronostic que ces intervenants à formation minimale pour faire le travail vont

avoir tendance à envoyer toujours une ressource pour éviter justement qu'ils soient obligés de réviser ou de faire en sorte qu'un arbre de décision se présente à leur tête et qu'ils soient obligés de poser un diagnostic avec des informations qui requièrent une capacité professionnelle que, d'évidence, ils n'auront pas. Bon.

Vous, avec l'expérience que vous avez dans le système, les infirmières, est-ce que vous pensez que la flotte actuelle de véhicules - parce que c'est ça, au bout de la ligne, ça prend une ressource, ça prend un véhicule pour aller vers le cas vraiment urgent - ça va suffire? On a combien de véhicules actuellement? On en a 80?

M. Côté (Charlesbourg): 40 de trop, à ce que j'ai compris.

M. Trudel: Oui, 40 de trop. On a 80 véhicules, là.

Mme Nadon: Alors, je vais vous apporter un exemple.

M. Trudel: O.K. Travaillez-vous ça, là, vous?

Mme Nadon: La semaine passée, le Dr Bastien vous l'a amené tantôt, il a dit qu'on était en "priorisation". On l'a fait un bout de temps. Les années antérieures, on nous demandait de "prioriser" les urgences. Les infirmières ont été les seules à soumettre un rapport. Il y a une augmentation d'appels en ce moment. Des urgences, on ne peut pas dire, ce n'est pas toujours égal. Ça peut varier. En période de fêtes, à la fête des mères, il va y en avoir un peu plus. L'hiver, s'il y a des tempêtes, il y a plus de demandes d'ambulances.

En ce moment, on vit une période de "priorisations". Alors, le Dr Bastien disait que ce sont les infirmières qui font moins bien le triage. Effectivement, il y a plus d'appels en ce moment. Les infirmières ont effectivement plus de difficultés à faire le triage avec la réputation, tout ce qui est sorti dans les journaux. Quand les gens appellent, ils s'adressent à vous comme ça: écoutez, votre directeur vous l'a dit que vous étiez une plaie. Alors, envoyez-moi l'ambulance et arrêtez vos questions.

Alors, le travail en ce moment, il est difficile à accomplir. Il y a une augmentation d'appels. Ils ont passé de 1000 à 1300. Alors, il y a déjà de la "priorisation" et les infirmières sont là. En décembre, pour trois jours, on connaît 19 heures de "priorisation". On manque d'ambulances, alors il n'y en a pas 40 de trop.

M. Côté (Charlesbourg): Ça, c'est un autre débat. Il y a peut-être des raisons pour lesquelles il manque des ambulances, aussi. C'est peut-être d'autres...

M. Trudel: Oui, oui. C'est parce qu'il faut être capable de voir. Je comprends la boutade un peu. Ils sont à 38 à Los Angeles puis, bon, il y en aurait 40 de trop, mais, enfin, ça, c'est une image qui a été faite. On va revenir là-dessus. Mais ça révèle quand même la véritable situation. C'est qu'on met toute l'importance sur le triage, encore une fois, sur la réception des appels et le triage, quand, d'assez grande évidence, le problème, il est dans la gestion de la flotte, la disponibilité des véhicules, la "priorisation". Ça me semble assez évident que le gros des problèmes est situé dans ce secteur-là et qu'on est en train d'installer, par ailleurs, un autre système qui, lui, probablement, en toute logique, va en arriver à augmenter les problèmes au niveau de la flotte parce qu'il y aura beaucoup plus d'appels, et la conséquence aussi, c'est qu'il y aura beaucoup plus d'engorgement aux urgences, évidemment, si on envoie toujours des ressources. C'est pour transporter des gens vers le lieu de destination, étape numéro deux, la salle d'urgence de l'hôpital.

Dans ce sens-là, est-ce qu'on a besoin d'installer le système Clawson de triage, actuellement, pour solutionner notre problème temps de réponse dans le système à Urgences-santé sur l'île de Montréal, ville de Laval?

Mme Nadon: J'aimerais laisser répondre M. Farand, qui a fait une étude, c'est-à-dire qui a...

M. Farand: Le système de Clawson, il ne faut pas le considérer d'une façon... Ça dépend beaucoup de la façon dont il est utilisé, du contexte dans lequel il est utilisé. Si on regarde le système de Clawson, la méthode Clawson avec opérateurs sans formation, ces gens-là ne font qu'envoyer des ambulances à tous les appels. Il est impossible, à l'intérieur d'une minute, avec un système comme celui-là, des gens qui n'ont pas de formation... Le système, d'ailleurs, est fait, de l'aveu même du Dr Clawson, pour envoyer des véhicules à tous les appels, parfois plus rapidement, parfois moins rapidement, mais à tous les appels de toute façon.

Le jugement professionnel et le système de Clawson ne sont pas incompatibles. On pourrait imaginer un système de "priorisation" initial, une décision initiale d'envoi de ressources qui assurerait une prise de décision pour les urgences d'hôpital en moins d'une minute, utilisant un système comme celui de Clawson, bien que les infirmières ici présentes ne semblent pas accepter ça, mais, enfin, logiquement, il serait possible d'avoir une approche initiale "protocollisée". On envoie des ressources, mais le jugement professionnel continuerait à s'exercer pour ensuite ralentir, annuler ou modifier l'envoi de ressources.

(18 h 15)

Donc, la combinaison des deux aspects, au

fond, permettrait de diminuer les délais de prise de décision sans augmenter excessivement l'envoi des ressources. Mais l'utilisation du système de Clawson tel quel, avec opérateurs sans formation, ne peut que donner lieu à l'envoi d'ambulances à tout le monde et, dans l'état actuel de la flotte, ça provoquerait, en plus de ça, une catastrophe. D'autre part, même si la productivité de la flotte était considérablement augmentée, ça générerait plus un gaspillage de déplacement de véhicules et une augmentation de l'engorgement des urgences qu'une amélioration des services. Par contre, l'utilisation d'une approche "protocolisée" initiale pour une préalerte, donc pour réduire le temps initial, suivi d'un jugement professionnel qui s'exercerait comme il s'exerce maintenant, serait adéquate. Ce serait le meilleur des deux mondes, si on veut. Donc, le système de Clawson pourrait être utilisable, je pense, mais pas dans notre contexte, par des opérateurs non formés.

M. Trudel: Alors, d'après le jugement, en tout cas, que, moi, j'ai vu dans les informations du directeur des services professionnels d'Urgences-santé, le docteur Bastien, ça n'augmenterait pas de plus de 5 % à 10 % l'utilisation des ressources. Vous, selon votre expérience et à la lecture de la procédure qui sera utilisée et des ressources qui seront utilisées, vous dites: Ça, là, on est bien plus aux portes d'une demande de ressources massives pour répondre à l'intérieur de ce système-là qu'à une augmentation de 5 % à 10 % que le système serait capable d'absorber actuellement.

M. Farand: Oui. Le raisonnement d'Urgences-santé est de dire: Étant donné qu'actuellement 50 % des appels à peu près n'ont besoin que de conseils, l'implantation du système Info-Santé va faire qu'automatiquement tous ces gens-là vont appeler à Info-santé, et ce n'est finalement pas ce qui va se produire parce qu'on a remarqué, dans l'étude du GRIS, en particulier, que 40 % des gens qui appellent en demandant une ambulance ou un médecin n'ont en fait pas besoin d'ambulance ni de médecin, même pas d'aller à l'hôpital. Ils ont besoin de conseils. On peut supposer que ces gens-là, même avec la présence d'info-santé, vont continuer à appeler au 911. Donc, on ne peut pas dire qu'automatiquement, avec l'implantation du système Info-santé, tous les gens qui n'ont pas besoin d'ambulance vont appeler Info-santé. Puis cette augmentation de 5 % à 10 % est basée sur cette prémisse qui est non valide.

Mme Nadon: J'aimerais apporter une information supplémentaire. On a dit tantôt: À Vancouver, à Calgary, ils ont un système de triage. Alors, M. Auger a téléphoné à Vancouver et à Calgary, il y a deux semaines, pour voir comment était fait le triage dans ces municipalités-là. Alors, je vais laisser M. Auger...

M. Auger (André): Ce n'est pas tout à fait finalisé parce qu'on n'a pas eu l'ensemble des documents, et le manque de temps fait en sorte, par rapport à la commission, que c'est fragmentaire. Les appels que j'ai logés à Vancouver... Bon, voici. Dans les autres provinces, ce sont les municipalités qui s'occupent effectivement du transport ambulancier. Si je prends la ville de Vancouver, la province, il y a un triage qui est effectué par des paramédics. Les paramedics là-bas, avant de postuler pour un poste de trieur ou au triage, ils doivent nécessairement passer trois ans comme technicien ambulancier pour être près de la situation, pour vivre ce que c'est les urgences, finalement. Une fois qu'ils ont passé les trois ans, s'ils ont un rendement nettement supérieur, ils vont être éligibles à poser leur candidature au poste de triage et, par la suite, vont recevoir une formation de quatre mois. Selon les informations qu'on a obtenues, la formation de quatre mois ajoutée à la formation initiale qu'ils ont, ils auraient, en termes de temps, d'heures d'études, l'équivalent de ce que les infirmières ont ici dans la province de Québec.

En périphérie, parce que j'ai également demandé ce qui se passait dans les plus petites régions, c'est les ambulances qui sont attachées à l'hôpital qui sont envoyées et il y a un triage qui est effectué par les infirmières qui sont attachées au service de l'urgence dans les plus petites municipalités. Or, c'est les informations qu'on a recueillies là, à ce jour.

M. Trudel: À partir de ce moment-là, comment expliquez-vous... Parce que ce matin-Moi, je ne peux pas me contenter d'une réponse - cet après-midi, plutôt - d'une réponse où je dis: Pourquoi vous adoptez Clawson... Par rapport qu'on dit: Parce qu'il y en a 2500 ailleurs. On me répond du côté de la Corporation d'urgences-santé: Clawson, parce que c'est le meilleur système disponible. Pourquoi c'est le meilleur disponible? Parce que 2500 l'utilisent. Bon. On appelle ça, en recherche...

M. Chevette: Plus de monde en mange parce qu'elles sont plus fraîches et elles sont plus fraîches parce que plus de gens en mangent.

M. Trudel: Ça, mon collègue de Joliette et député, M. le Président, appelle ça le principe de saucisses Hygrade. En recherche, on appelait ça de l'empirisme cucul.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Ou une tautologie. Mais vous, est-ce que je vous comprends bien, quand vous répondez tantôt au ministre en disant... Il arrive finalement au bout en disant: Est-ce que vous êtes pour ou contre Clawson? Est-ce que vous êtes d'accord ou pas d'accord avec Claw-

son? Est-ce que je comprends bien votre réponse en disant: Nous, finalement, on est en désaccord avec Clawson parce que, entre autres dimensions de Clawson, il y a interdiction d'en changer quelque modalité que ce soit dans son application? Est-ce que c'est ça qu'il faut lire?

Je ne dis pas que le ministre essayait de vous trapper. Il essayait de voir clairement, là aussi, est-ce que c'était les intérêts professionnels qui étaient d'abord en question, est-ce que Clawson, s'il était appliqué par vous, vous seriez d'accord ou pas.

Vous ne dites ni oui, ni non. Est-ce que je comprends que Clawson, le "package", là, ce qui est vendu et qui interdit qu'on en change quelque paramètre que ce soit, c'est ça la raison fondamentale pour laquelle vous êtes en désaccord avec Clawson?

Mme Nadon: Oui.

M. Trudel: Et est-ce que vous êtes capable de dire si les paramètres de base de Clawson, par ailleurs, sur le plan professionnel, les algorithmes qui sont prévus dans les 32 types d'arbres de décision, si je peux m'exprimer comme cela, sur le plan professionnel, c'est supportable, ça? Est-ce qu'on peut supporter ça sur le plan professionnel? Est-ce que c'est acceptable pour trier?

Mme Nadon: Écoutez, il y aurait des modifications à apporter. Pour détecter une urgence, il est évident qu'il faut qu'il y ait une méthodologie. Ce qu'on dit, nous, c'est qu'on en applique une en ce moment. Quand on évalue l'ABCC, on a une méthodologie. Clawson a un protocole. On ne veut pas être astreint à poser des questions puis à envoyer ce qu'il dit au bout. Je veux dire, ça n'a aucun intérêt.

M. Trudel: Maintenant, je veux aller à l'envers, quant à moi, à l'inverse de l'argumentation que j'ai entendue de la Corporation d'urgences-santé, en disant que c'est les meilleurs au monde parce qu'il y en a 2500 qui l'utilisent. Oui, effectivement, s'il y a, à partir de cette espèce de raisonnement empirique, 2500 villes qui utilisent ça en Amérique du Nord, pourquoi ce serait plus difficilement applicable ou, à la limite, inapplicable dans le contexte Canada, Québec, Montréal? Je comprends que c'est très largement, forcément, dans le système américain où c'est implanté.

Mme Nadon: Oui, exactement.

M. Trudel: Alors pourquoi c'est inapplicable ou que ce serait difficilement applicable dans ce contexte - et là il faut préciser, parce qu'on a parlé de Vancouver, on a parlé de Toronto avec des observations qui nous sont faites - dans le cas de Montréal, au Québec?

Mme Nadon: Oui. Alors, les deux systèmes de santé, québécois, américain, ce n'est pas la même chose. Ici, on a l'accessibilité, l'universalité. Je suis obligée de dire la gratuité, M. Côté.

M. Côté (Charlesbourg): Gratuité, tant que vous maintenez l'illusion.

Mme Nadon: Bon. Le système américain...

M. Trudel: Vous voulez dire le financement universel aussi.

Mme Nadon: ...n'est pas gratuit. Alors, il y a déjà un triage qui se fait. Il y a 25 % de la population qui est sous-assurée. Alors, en n'étant pas gratuit, les gens n'appellent pas. Il y a aussi l'accessibilité. Ça, c'est la même chose; la gratuité des services ambulanciers, pour certaines catégories de bénéficiaires à Montréal, l'aide sociale, les personnes âgées.

Il y a aussi la formation du public; 1/5 des Américains connaissent les manoeuvres du RCR. Nous, ici, on disait 1 sur 60, dans la littérature. La semaine passée, il y avait un cégep à Jonquière qui disait que c'était 1 sur 300 qui sait les manoeuvres, adapter les urgences de base, voyons, les conseils d'urgence. Alors, ensuite, il y a beaucoup de campagnes d'information aux États-Unis. Il y a aussi beaucoup d'information sur quand et quand ne pas accéder au système d'urgence. On dit aux gens sur les ondes, à la radio, comment, quand accéder.

Ici, on n'a pas d'information au point de vue santé. Il y a une insuffisance ou une absence d'implication à ce niveau-là. Il y a aussi, à Pittsburgh, pour une ville de 1 500 000 habitants, qui est semblable à Montréal... À Montréal, on reçoit 1000 appels par jour, en ce moment, depuis deux semaines, de 1200 à 1300, là, mais, à Pittsburgh, pour une population de 1 500 000 qui est semblable, on reçoit 100 appels par jour.

M. Trudel: Ne vous inquiétez pas. J'ai...

Mme Nadon: Alors, c'est très différent du système de Montréal.

M. Farand: Oui, comme Mme Nadon l'a expliqué, il y a un prétriage qui s'effectue dans le système américain par l'appelant potentiel. Mais le système de Clawson est extrêmement bien adapté au contexte américain et on comprend bien pourquoi il est utilisé très largement. C'est un système qui est fait, avant tout... Son marketing est fait aussi dans ce sens-là, pour protéger l'administration d'un système préhospitalier de poursuites judiciaires. On peut le comprendre très bien.

Par exemple, on se dit: Pourquoi le Dr Clawson suggère-t-il d'utiliser des gens qui ont un minimum de formation? Il dit: C'est mieux

d'utiliser des gens qui ont moins de formation que d'utiliser des gens qui ont plus de connaissances. Ces gens-là ne peuvent faire autre chose que de poser très précisément les questions du système. Donc, en termes de processus, on garantit, puisque les gens ne font que lire la question et la poser très précisément, que le processus suggéré par le système de Clawson est suivi à la lettre. Si un problème se produit, que quelqu'un meurt et qu'on poursuit le système préhospitalier, on peut démontrer très précisément que les questions ont bel et bien été posées, d'une part. D'autre part, ces questions-là sont vendues, dans le système Clawson, comme une norme. Le Dr Bastien parlait d'une académie médicale, tout ça, là, de gens. C'est vendu comme une norme. Donc, tout le monde le fait, c'est reconnu généralement. Donc, si on le fait, on peut garantir qu'on a respecté une norme reconnue. Donc, encore une fois, un élément de protection contre une poursuite éventuelle.

Lorsqu'on parle de l'implantation dans le système montréalais où on dit: Ça prolongerait les délais d'intervention, cette considération-là est peu importante parce que, de toute façon, les délais d'intervention prolongés, en termes de poursuites, ne seront pas dus à ce qui aura été fait par les gens qui auront trié les appels. Ils vont être dus à un manque d'ambulances. Le manque d'ambulances n'est pas sous la responsabilité de l'administration d'Urgences-santé. Ils pourront toujours dire: On en a demandé plus, donc ce n'est pas nous. Si ça a pris une heure pour que l'ambulance se rende, ce n'est vraiment pas de notre faute. D'une part, on a suivi très précisément les questions qui étaient posées et, malheureusement, il n'y a pas eu assez d'ambulances. Mais, nous, on en voudrait bien plus.

Donc, c'est une protection à toute épreuve contre toute poursuite judiciaire. Puis, la protection légale ne correspond pas exactement à un objectif de qualité qui serait, dans un système comme le nôtre qui est différent du système américain, de maximiser, si on veut, le bénéfice net en termes de santé pour la population. Le but, comme le Dr Bastien disait, de gestion des risques, "risk management", qui veut dire, en fait, chez les Américains, prévention des poursuites, n'est pas exactement le même que celui de la maximisation de la qualité des services.

M. Trudel: Moi, je comprends, en tout cas, que, sur le plan mécanique, là, dans un contexte où les conditions sont - on va appeler ça - raisonnables, le technicien, dans l'application de Clawson, il peut diagnostiquer ce qu'on appelle dans votre langage, là, une urgence immédiate. Les symptômes sont présents et les réponses sont assez claires. Mais il y a d'autres situations, en tout cas, qui sont décrites assez largement dans vos documents et dans d'autres documentations, c'est ce qu'on appelle l'urgence potentielle.

Est-ce que ce système-là va nous permettre

de diagnostiquer l'urgence potentielle? Si ce n'est pas assez clair, là... Je n'ai pas envie de refaire la définition de l'urgence potentielle, là. Donnez-les, les précisions sur qu'est-ce que c'est, ça, ces cas d'urgence potentielle. Est-ce que le système Clawson va permettre de diagnostiquer ça?

M. Farand: Oui. Le système Clawson est fait pour classer les appels en quatre catégories pour lesquelles le système ne recommande pas un envoi spécifique de ressources. Le système étant orienté vers la protection légale, le Dr Clawson, lui aussi, se protège. Donc, les patients sont **classifiés** en quatre catégories: a, b, c, d, en catégories croissantes d'urgence. Donc, on identifie pour chacune, à partir d'une question, qu'est-ce qui pourrait le...

Prenons un exemple de douleur abdominale. Quelle est la pire chose qui pourrait exister chez quelqu'un qui appelle pour une douleur abdominale? C'est un anévrisme disséquant, bon. Donc, pour la douleur abdominale, dans certains cas, on envoie les ressources maximales. Même si ce genre de problème arrive une fois sur un million, lorsque quelqu'un appelle avec un mal de ventre, on va classer ce patient-là dans une catégorie maximale dans la voie de ressources parce qu'elle garantit, à ce moment-là, la protection, l'immunité contre une poursuite. Donc, il est sûr qu'on ne manquera pas des cas **d'anévrisme disséquant** avec ça.

Par contre, dans le cas d'un professionnel qui peut poser des questions plus complexes, évaluer plus la symptomatologie du patient, ces cas-là aussi pourront être découverts sans qu'il soit nécessaire d'envoyer des ressources à tous les cas.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): En conclusion. Alors, peut-être, il nous reste... Notre temps...

M. Trudel: Bien, en conclusion...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Oui, c'est ça, malheureusement.

M. Trudel: ...on vous remercie, parce que le temps est écoulé. Je vous remercie de l'éclairage. Malheureusement, on n'a pas suffisamment de temps. Est-ce que le ministre a encore d'autres questions?

M. Côté (Charlesbourg): Il me reste deux minutes et demie que je ne voulais pas prendre, mais je les prends. Dr Farand, est-ce que vous avez participé à une réunion le 4 novembre à Sherbrooke...

M. Farand: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...au cours de

laquelle les docteurs Gilles Bastien, Alain Chênevert, Lambert Farand, Pierre Fréchette, Mathias Kalina, Pierre Lapointe, André Lavoie, Mario Ostiguy, Jean-Pascal Ouellet, Wayne Smith et Michel Tétrault, tous des docteurs... Donc, vous avez compris que je n'ai pas été invité là, je n'avais pas la compétence. Mais **semble-t-il** que ceux qui y sont allés, ils avaient la compétence. C'est pour ça qu'on les a invités. Et le procès-verbal tient compte d'un certain nombre de choses, puis ils arrivent avec une résolution."

4. La résolution finale. Suite aux discussions, le Dr **Fréchette** fait la proposition suivante, qui est adoptée à l'unanimité - et qui se lit comme suit: La méthode Clawson est une méthode adéquate de traitement des appels et Urgences-santé doit prendre les mesures nécessaires pour que son implantation assure la sécurité de la population desservie, c'est-à-dire que les cas urgents ne seront pas privés de ressources appropriées et de transport ambulancier."

Comment conciliez-vous ça avec tout ce que vous venez de nous dire? C'est rien que ça, mais...

M. Farand: C'est ce que je disais au niveau du mode d'utilisation du système de Clawson. Le système de Clawson, utilisé avec des opérateurs où on envoie des ambulances à tout le monde, n'est pas - d'après moi, en fait, dans ce groupe-là, et certains autres des médecins - une méthode adéquate. Envoie beaucoup de ressources pour rien, sature la flotte, etc. Par contre, le système, les cartes elles-mêmes, lorsqu'on les applique dans un contexte où le jugement professionnel est conservé - puis c'est ce qu'on voulait dire par assurer l'implantation de ce système-là en protégeant le public - c'est adéquat. L'utilisation du système de Clawson pour déclencher les préalertes en maintenant le jugement professionnel, c'est tout à fait adéquat. Donc, c'est ce que cette phrase-là voulait dire. Elle ne veut pas dire, maintenant, la même chose dans l'esprit de tout le monde. Par exemple, dans l'esprit de la direction d'**Urgences-santé**, elle voulait certainement dire... Bon, c'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. De toute façon, je veux vous remercier parce que ça a été un échange qui a été très intéressant. Chacun a eu au moins la chance d'émettre son point de vue. Je regrette seulement une chose après cet échange-là, M. le Président. Je ne regrette pas d'être aux **Îles-de-la-Madeleine** demain parce que c'est toujours un plaisir d'aller dans les régions du Québec. Je vais regretter de ne pas être ici demain, mais j'ose espérer que... et connaissant l'esprit de connaissance, de savoir, de vouloir-savoir des membres de la commission, ce sera très intéressant d'interroger le Dr **Fréchette** demain. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors,

oui, rapidement.

M. Trudel: Je voudrais aussi remercier le groupe, en particulier, des infirmières de l'Alliance des infirmières de Montréal, les représentants des infirmières d'**Urgences-santé** ainsi que le Dr Farand. En tout cas, je reste avec un bon nombre d'interrogations encore ce soir sur l'application mécanique.

Trente secondes pour dire qu'il fut un jour, dans les universités, où il y avait une mode, parce que tout le monde faisait ça, c'était l'école du **behaviorisme**, stimuli-réponses. Alors, là, tu corrigais tout avec ça. À un moment donné, on s'est rendu compte qu'il y avait juste une donnée qui trichait la dimension stimuli-réponses; il y avait l'être humain, entre les deux, qui pouvait réfléchir. Quand on est dans des systèmes mécaniques, je suis toujours très inquiet de voir que c'est la mécanique qui peut dominer la personne et le jugement qu'on peut porter. Et là ils ont essayé de déguiser ça en behaviorisme social, après ça. Merci.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci à l'Alliance des infirmières de Montréal. Nous suspendons nos travaux jusqu'à 20 heures.

(Suspension de la séance à 18 h 35)

(Reprise à 20 h 15)

Le Président (M. Joly): La commission reprend ses travaux. Je remarque que le groupe représentant les médecins d'**Urgences-santé** a déjà pris place. J'apprécierais si le responsable du groupe pouvait se présenter et aussi présenter les membres qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

Groupe représentant les médecins d'Urgences-santé

M. Ostiguy (Mario): Bonjour. Je suis le Dr Ostiguy. Je suis ici comme représentant des médecins d'**Urgences-santé**. Je vais vous présenter mes confrères de travail qui sont ici avec moi: à ma droite, le Dr Jocelyn Barriault; ici, à ma gauche, le Dr Mathias Kalina; à sa gauche, le Dr Théodore Leibovici et, ensuite, le Dr Richard Boisvert.

Le Président (M. Joly): Merci. Simplement pour ceux qui participent à cette commission, je vous avise que, demain matin, à 11 heures, le groupe représentant la Corporation d'**urgences-santé** de la région de Montréal Métropolitain sera entendu, pour une période d'une demi-heure; à 11 h 30, le Dr **Fréchette** prendra place. Nous entendons ajourner sine die demain, à 13 heures. Dr Ostiguy, à vous la parole. Vous avez une demi-heure et, après, eh bien, nécessairement...

M. Ostiguy: C'est peut-être trop.

Le Président (M. Joly): En tout cas, on va prendre ce que vous avez et il restera un peu plus de temps pour échanger avec les parlementaires des deux formations.

M. Ostiguy: Merci. Ça nous fait plaisir. On vous remercie de nous avoir invités à prendre la parole et à donner le point de vue des médecins d'Urgences-santé sur le système, tel que nous le vivons aujourd'hui, sous la vision d'un système qu'on entrevoit dans l'avenir.

Suite aux directives ministérielles données par M. le ministre Côté en juin 1991, les médecins d'Urgences-santé ont créé des petits groupes de travail afin d'examiner et afin de pouvoir écrire et réfléchir sur la vision que l'on avait du système actuel et quels seraient les changements qu'on pourrait apporter. Suite à ces réunions-là auxquelles plusieurs groupes ont travaillé séparément, on est arrivé à créer un document qui résume, qui apporte un certain consensus sur les idées partagées par la majorité des médecins, un certain dénominateur commun.

Je ne sais pas si vous avez en votre possession le document intitulé "Notre vision de l'avenir de l'organisation et de notre rôle au sein de celle-ci". C'est, grosso modo, le ramassis de tous les travaux d'équipe qui ont été faits et dont on a dégagé le dénominateur commun. Il en ressort - on a essayé de le mettre de façon assez claire - que tous les médecins oeuvrant actuellement à Urgences-santé sont d'accord avec les directives du ministre Côté. De façon claire, aucune des directives ne crée problème chez les médecins d'Urgences-santé. Les seules réserves partagées par nous autres, les médecins, c'est sur certaines interprétations qu'on peut donner à certaines directives et, surtout, sur les moyens d'application pour arriver à la finalité et atteindre les buts des directives.

Il n'est pas question pour les médecins, de façon partagée par la majorité, de défendre des emplois. Les médecins se veulent un peu les défenseurs pour la qualité des soins qu'on peut donner à la population. Les médecins sont prêts à être garants de la qualité des soins qui pourraient sortir du système d'Urgences-santé en autant qu'on nous donne les outils nécessaires afin d'assurer cette qualité, d'où l'importance d'établir, je pense, un certain contrôle médical au niveau du système d'Urgences-santé. Le médecin aimerait beaucoup avoir un rôle de partenaire, un rôle de partenariat pour pouvoir partager les responsabilités de ce qui peut se faire au niveau des soins de santé. Donc, grosso modo, c'est ça. Je vais passer la parole au Dr Kalina qui va peut-être faire un rappel sur le document de travail que les médecins d'Urgences-santé ont déposé.

Le Président (M. Joly): M. Kalina, vous avez

la parole.

M. Kalina (Mathias): Merci. Je n'ai évidemment pas l'intention de vous imposer la lecture du document. Je vais reprendre, aux fins de la discussion, les principales idées de chacun des chapitres avant d'ouvrir à la discussion et aux questions. On a divisé de façon schématique l'exposé de ces prises de position qui sont foncièrement des bases de discussion. Peut-être que certains d'entre vous ont déjà eu des versions antérieures du même document; ça s'inscrit dans un processus de recherche de solutions qui n'est pas terminé actuellement. On commence par l'intervention sur le terrain. Pourquoi commencer par l'intervention sur le terrain? Parce que les directives laissent évidemment sous-entendre un changement important du rôle du médecin. On suggère que le médecin se concentre sur un rôle d'évaluation de la qualité de l'acte, de formation, d'encadrement sur le terrain, notamment, et, également, à l'interne. Les médecins d'Urgences-santé sont prêts à assumer ces responsabilités-là et acceptent l'idée que leurs tâches vont graduellement être modifiées pour inclure une plus grande proportion de ce type de tâches d'encadrement par rapport aux tâches traditionnelles cliniques directement sur le terrain.

Il y a des sous-divisions à cette question. Évidemment, pour se retirer de la fourniture directe de soins dans le contexte préhospitalier, il est important, d'abord, de former des gens qui puissent poser ces gestes-là en notre absence éventuelle; ceci veut dire former des techniciens ambulanciers. Nous sommes d'accord pour transférer une grande partie des activités cliniques d'évaluation et, également, des gestes techniques à des techniciens ambulanciers. C'est faisable, mais ceci doit se faire de façon prudente, à diverses conditions.

La première est probablement d'identifier au préalable quels gestes sont vraiment nécessaires en préhospitalier, de ne pas partir d'un modèle préconçu. On pense tous, peut-être, au paramédic américain; on n'est pas sûr que toutes ces techniques et toute cette compétence soient absolument nécessaires pour tous les techniciens ambulanciers. Donc, il s'agit de bien définir quelles sont les compétences que les gens devraient acquérir, d'une part, pour identifier les urgences importantes sur le terrain, identifier les circonstances où certains gestes sont indiqués et, enfin, être capables, et c'est la dernière étape, de poser certains de ces gestes qui peuvent effectivement sauver des vies.

Notre perception de ce rôle de formation est donc une perception progressive. Au début, il y a un certain nombre de compétences que tout le monde, sur la route, devra acquérir. Il faut s'assurer qu'un certain nombre de compétences de base en réanimation, qu'elle soit cardiaque, traumatologique, ou même en soins de base

soient acquises, que la performance soit correcte et, ensuite, passer à des étapes ultérieures. Quant à la période que ça prendrait pour former ces gens-là, il faudrait prévoir une transition qui permette à la qualité des soins disponibles à la population du territoire qu'on dessert au moins de demeurer constante, c'est-à-dire qu'on soit capable de continuer à faire des réanimations cardiaques, par exemple, en attendant que les techniciens ambulanciers deviennent aptes à le faire, sous contrôle à distance, sous contrôle direct. Ces sont des modalités qu'il faudra, tous ensemble, en préhospitalier, déterminer.

Le rôle d'évaluation des techniciens ambulanciers, quand on parle de la qualité des soins, ou du rôle de promotion de la qualité, pour utiliser une terminologie plus positive, est également important. Évidemment, les liens privilégiés qui ont été établis au cours des années par les médecins qui travaillaient sur la route avec les techniciens ambulanciers ont fait que ceux-ci considèrent les médecins comme des partenaires et acceptent, en général, le rôle de modèle que peuvent avoir des médecins, ce qui facilite cette espèce de fonction sur le terrain. C'est entendu que, quand on parle de terrain, de fonctions, de formation, d'évaluation sur le terrain, le terrain est l'un des endroits où on peut en faire, mais ce n'est pas le seul endroit. Nous ne pensons pas que toute la formation puisse nécessairement être faite sur le terrain. C'est un peu comme les stages cliniques dans nos cours de médecine. Il y a une certaine base qui s'acquiert dans des salles de cours et, ensuite, on peut passer à des pratiques.

Est-ce que ce plan-là permet d'atteindre l'objectif de diminuer le nombre de médecins sur la route? La réponse est oui, puisque, si les soins avancés et de base sur la route, pour les cas urgents, sont éventuellement donnés par des techniciens ambulanciers, cela signifie que les médecins ne garderont éventuellement que peut-être un certain nombre de cas qui auront été identifiés et des fonctions de formation et de contrôle et le nombre de médecins pour effectuer ces tâches-là sur la route sera inférieur à ce qu'il est maintenant.

Il reste évidemment que ces commentaires s'appliquent à la question des appels urgents. Par "urgents", on parle des urgences vitales. On a tous recherché une terminologie plus appropriée pour parler des autres classes d'appels auxquels on répond aussi actuellement. Vous n'ignorez pas qu'actuellement Urgences-santé, si sa mission, ce sont les soins urgents, répond quand même à une qualité mixte d'appels. Il y a effectivement un certain nombre d'urgences vitales. Il y a ensuite une demande de cas que d'aucuns appellent pressés, semi-urgents et d'autres termes. Le terme exact est à trouver. Ce sont des cas où les gens perçoivent qu'ils ont un malaise qu'ils estiment important, qu'ils estiment relativement immédiat, mais où, objectivement, la vie n'est

pas nécessairement en danger.

Oui, c'est normal de ne pas faire faire ce type d'appels par des équipes spécialisées dans les urgences vitales. Encore faut-il prévoir une alternative. Cette demande-là existe et on devra y répondre. Nous ne souhaiterions pas abandonner ce champ-là sans que les citoyens aient au moins des alternatives à leur disposition. Le type de système à envisager pour couvrir cette demande-là - je parle toujours de l'intervention sur le terrain, de la demande au domicile des gens... Divers scénarios sont envisageables. Nous privilégions le maintien, à Urgences-santé, de cette fonction sous une gestion séparée de la gestion des urgences vitales pour éviter des dédoublements de structure et pour permettre de partager certains services, d'une part, et, également, pour garder une certaine mesure de contrôle sur le débit. Évidemment, la crainte, c'est de voir réapparaître - vous savez tous, évidemment, qu'Urgences-santé est, à l'origine, née de la disparition de **Télé-Médecin** chez nous - ce type d'organisation sur demande et ça ne nous apparaît pas souhaitable, en tout cas au point de vue des coûts. C'était là un peu un résumé de notre position en ce qui a trait au rôle sur le terrain.

(20 h 30)

Il y a la question de la gestion des appels à Urgences-santé. Je pense que vous avez déjà eu plusieurs discussions sur ce sujet. Notre position est d'essayer de trouver une solution qui permette d'atteindre les objectifs énoncés, entre autres dans les directives du ministre, de répondre très rapidement aux appels d'urgence vitale, mais, en même temps, de conserver une capacité de jugement sur l'opportunité d'utiliser des ressources dans certains cas.

Dans le débat qui nous amène tous ici, on a souvent opposé la notion, d'une part, du système actuel qui est basé sur un jugement professionnel. Vous êtes certainement au courant d'études qui ont démontré que, contrairement à ce que peuvent dire d'aucuns, c'est un système qui ne fonctionne pas mal, même qui fonctionne bien. Par contre, on a posé de l'autre côté des systèmes "**protocol isés**" d'importation américaine, notamment celui du Dr Clawson, de Salt Lake City.

Ce que les gens se sont posé comme question et la réflexion qu'ils ont essayé de faire, c'est: Est-ce que c'est mutuellement exclusif ou si l'objectif de bien gérer la demande peut être atteint par une combinaison de ces idées-là? Notre réponse, c'est que quel que soit le système choisi, il faut, premièrement, s'assurer d'être capable éventuellement de répondre à la demande qu'on va générer. Donc, notre première priorité a été mise un peu... Superficiellement, ça semble en contradiction avec les directives, mais ça ne l'est pas. En fait, c'est une inversion de l'ordre des priorités. On dit: D'abord, il faut s'assurer qu'on a une gestion de la flotte qui

nous permet d'évaluer quelle marge on a pour faire face à des fluctuations de la demande. Les fluctuations de la demande, il y en a qui sont naturelles. Par exemple, à cette période-ci de l'année, la demande est plus importante qu'à d'autres périodes de l'année. Il y a également des fluctuations dans la disponibilité des ressources. Il y a des systèmes disponibles pour contrôler ces variantes-là et il y a un besoin de contrôler ces variantes avant d'expérimenter diverses solutions auxquelles nous pourrions arriver, à Urgences-santé.

Donc, notre première préoccupation est de créer, effectivement, une situation de coopération sur les modifications à apporter au système de tri, mais en nous assurant qu'on a la gestion de la flotte qui nous permettra une expérimentation sécuritaire de ces changements-là. Quels devraient être ces changements-là? Est-ce que nous sommes opposés à une approche "protocolisée" comme celle de Clawson, par exemple? Non. Le système, en tant que tel, est adéquat, pour reprendre le mot qu'on a utilisé dans une motion qui est tirée d'une réunion où il y avait plusieurs experts québécois, à Sherbrooke. En tant que tel, il est capable de classer en un certain nombre de catégories, en quatre catégories surtout, les appels et il a des avantages évidents comme la possibilité, en une minute, de façon hautement **reproductible**, de traiter l'appel. Ce système-là a probablement ce qu'on appelle une très grande sensibilité, c'est-à-dire qu'il est capable d'envoyer des ressources lorsqu'on en a besoin, ou presque.

Ce que, nous, on dit, c'est que là où il y a un problème, c'est probablement au niveau de ce qu'on appelle la spécificité. Oui, effectivement, nous sommes intéressés à envoyer vite des ressources aux gens qui en ont vraiment besoin, mais il y a certains appels, à mesure que le degré d'urgence **décroit**, où le jugement professionnel **pourrait**, de façon avantageuse, **complémenter** une approche initiale, de façon à éviter d'initier trop d'envois de ressources et à permettre, au prix peut-être d'une minute ou deux de plus, dans des cas qui n'appartiennent pas aux catégories les plus urgentes - ce n'est pas grave de prendre une ou deux minutes de plus, je ne parle pas des cas d'urgence vitale - de prendre, à ce moment-là, des décisions professionnelles d'orientation qui pourraient comprendre, à notre avis, la référence ou le non-envoi de ressources dans un certain nombre de cas, ce que les systèmes américains hésitent à faire pour des raisons notamment médico-légales, mais pas seulement médico-légales. Enfin, toute la question de la comparaison entre la demande américaine en général ou canadienne dans d'autres villes et la demande à Montréal n'est pas documentée. Il existe probablement de petites différences.

Nous pensons que, pour ce qui a trait à la population, il faudra donner accès - nous sommes

d'accord avec le concept d'Info-Santé - à Info-Santé par un numéro qui soit différent du 911, un numéro à sept chiffres, que nous verrions implanté avant les autres modifications, de façon à bien pouvoir évaluer les chiffres, comment notre demande, en réalité, va se diviser entre les deux catégories. Pour fins de planification, ça va être important de pouvoir mesurer ça. Nous pensons, évidemment, que le numéro à sept chiffres doit pouvoir transférer au 911 les gens qui se sont malencontreusement mal adressés, mais nous ne pensons pas que l'inverse soit nécessaire. Nous pensons qu'il est tout à fait concevable que des gens qui ont appelé, entre guillemets, à tort le 911 puissent se faire dire: Appelez au numéro, je ne sais pas, 842-4242, en tout cas, le numéro éventuel qui serait choisi.

Nous pensons donc que le rôle de support à l'interne, le rôle de support professionnel au tri doit persister. Il doit également pouvoir être utilisé éventuellement lors de difficultés dans l'allocation de ressources, la répartition, en termes habituels, lorsqu'on ne sait pas, par exemple, où envoyer ou quoi faire avec un cas particulier sur la route, ce qu'on appelle le contrôle médical à distance, et, éventuellement, dans l'allocation d'hôpitaux lorsque les gens ne sont pas... C'est un rôle d'appoint uniquement.

Notre troisième chapitre porte sur l'interface avec les centres hospitaliers, évidemment. Urgences-santé, pour nous, est une partie du réseau sanitaire. D'abord, tous nous travaillons aussi à l'hôpital; nous ne travaillons pas que dans le domaine préhospitalier. Nous voyons assez bien les deux côtés de la médaille, selon l'endroit où nous travaillons. Nous concevons qu'il y a une grande continuité dans les soins à apporter non seulement par les médecins qui, par définition, travaillent dans les deux endroits, mais également par les techniciens ambulanciers; apprendre aux techniciens ambulanciers à respecter les institutions hospitalières, à bien interagir avec elles et aux institutions hospitalières à être capables de respecter les techniciens ambulanciers comme des partenaires qui ont commencé le travail et qui, parfois, vont avoir sauvé des vies qu'à l'hôpital on n'aurait pu sauver. Il y a des vies sauvées de temps en temps en préhospitalier. Les plus spectaculaires sont les arrêts cardiaques, comme on voit, des fois, à la télévision en direct en partie, mais ce n'est pas les seuls cas où on peut donner des soins qui sauvent des vies. L'interface avec les centres hospitaliers doit comprendre l'intégration du centre hospitalier comme lieu de formation. Une des manières de former les techniciens ambulanciers notamment - évidemment, les médecins, ça va de soi aussi - est de les exposer à de grands volumes de patients - qu'ils ne peuvent pas nécessairement rencontrer sur la route - dans un milieu contrôlé, de façon à habituer les gens à un encadrement professionnel. C'est une collaboration qui est à développer. Cette collabora-

tion doit également être développée pour l'enseignement aux étudiants en médecine et aux résidents. Effectivement, nous pensons que, lorsque des médecins seront éventuellement appelés à travailler dans les centres hospitaliers, dans les salles d'urgence, que ce soit à titre de spécialiste ou à l'urgence, il sera important qu'ils aient compris et connu ce qui se faisait en préhospitalier, de façon à assurer une meilleure continuité au traitement des cas.

Je vais passer rapidement sur le chapitre qui parle du traitement des plaintes. On l'a inclus parce qu'il en est question dans les directives. Il est clair que, outre le principe avec lequel on ne peut pas ne pas être d'accord, nous pensons qu'il est important que le processus permette d'avoir une approche positive de renforcement de la qualité et ne soit pas, pour être acceptable, perçu uniquement comme un bâton. Le message à passer, c'est qu'on souhaiterait imaginer des modes qui permettent de renforcer le comportement positif de la carotte et du bâton, qu'on connaît tous, et de respecter également les procédés normaux, procédés qui ne sont pas judiciaires, mais il faut quand même faire attention aux droits des intervenants.

Le document ne fait pas allusion à d'autres activités que les médecins ont déjà entreprises à Urgences-santé et qu'ils souhaitent évidemment continuer à faire, notamment la recherche. Vous savez qu'on a déjà produit passablement de publications et nous souhaitons continuer à participer, entre autres, à des projets internationaux coopératifs, ce qui nous permet d'utiliser la recherche comme un stimulus à la qualité de la performance. Les gens qui sont impliqués dans des projets de recherche, qu'ils soient médecins ou techniciens ambulanciers, ça les intéresse et, en augmentant l'intérêt, ça déteint non seulement sur les cas qui font partie du projet de recherche, mais également sur l'ensemble de la performance. Il y a des villes comme, par exemple, Seattle où on insiste beaucoup sur l'utilisation de ce moteur-là comme un outil positif d'amélioration de la qualité.

Nous parions, à la fin, de quelques principes concernant les structures à Urgences-santé. Nous considérons évidemment que les structures en soi ne sont pas des objectifs que nous poursuivons, mais uniquement la recherche d'un contexte qui permette aux médecins d'être considérés comme des partenaires à part entière, à toutes les étapes de conception et d'implantation des projets, ne serait-ce que pour maximiser notre utilité pour le système.

Ça résume un peu le contenu de ce document et, à ce stade-ci, je pense qu'on peut commencer nos discussions.
(20 h 45)

Le Président (M. Philibert): Vous étiez très bien chronométré. Vous entrez exactement dans le temps qui vous était dévolu, une minute en moins à peu près. Alors, félicitations. Merci de

votre exposé. Maintenant, je pense que c'est au tour du député de Matapédia, adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le député de Matapédia.

M. Paradis (Matapédia): Oui. J'aimerais d'abord excuser l'absence du ministre. Ce n'est pas sa mauvaise foi ou sa mauvaise volonté. Il est retenu par des occupations à l'extérieur. Néanmoins, soyez assurés que nous essaierons, tout comme lui, de voir la lumière dans ce beau monde qu'est Urgences-santé.

À cet égard, j'aimerais peut-être commencer au moment où lui a terminé tout à l'heure avec vos prédécesseurs, parce que quelques-uns d'entre vous étaient à la fameuse réunion de Sherbrooke, comme vous l'avez mentionné tout à l'heure, et peut-être vous entendre sur des commentaires additionnels sur la méthode Clawson.

M. Kalina: Vous pariez de la réunion de Sherbrooke. Effectivement, c'était une réunion à laquelle trois d'entre nous, le Dr Ostiguy et moi-même, entre autres, et le Dr Farand, si vous vous retournez, qui est peut-être derrière moi, ont participé. Lors de cette réunion, la question qui était posée, c'est: Le système de Clawson est-il adéquat? Le mandat qui avait été donné se résumait à cette question-là.

Notre participation à ce débat a été un petit peu difficile à contrôler pour le président de l'assemblée ici présent - c'était le Dr Fréchette qui est en arrière de nous - parce que nous débordions un peu. Pour nous, émettre une opinion sur le système de Clawson en tant que tel, c'est une chose. On peut dire que oui, en soi, c'est un système qui est accepté, qui a des avantages, et j'en ai énuméré quelques-uns tout à l'heure, qui n'est pas si mauvais s'il a été accepté par tant de systèmes que ça, mais qui nous amène certaines inquiétudes. La première de ces inquiétudes qui était hors d'ordre lors de cette réunion, c'est le contexte d'implantation. Mais dans la motion de clôture, on tient compte de cette préoccupation en disant: L'implantation - je ne le cite pas de mémoire, ce n'est pas exactement cité - devra se faire de façon prudente en faisant attention à ce que ça n'amène pas des difficultés au point de vue du temps de réponse.

Ce que nous craignons, c'est la situation suivante. Si le système de Clawson amène, comme c'est prévisible, un plus grand nombre d'envois de ressources, c'est-à-dire qu'on envoie plus d'ambulances sans juger si c'est souhaitable ou non, la situation actuelle de gestion de la flotte ne nous permettra pas, à notre avis, de faire face à une augmentation significative du nombre d'envois de ressources...

M. Paradis (Matapédia): Êtes-vous en train de me dire qu'il manque des ambulances ou qu'il en manquerait?

M. Kalina: Non. C'est au niveau...

M. Paradis (Matapédia): Cet après-midi, on a dit qu'il y en avait 40 de trop. Là, j'aimerais...

M. Kalina: Non, ce n'est pas du tout au niveau du nombre d'ambulances. Quand on parle de gestion de la flotte, cela veut dire la manière d'utiliser l'ensemble des véhicules que tu as sur le terrain. Par exemple, émettre des normes de temps pour effectuer certaines tâches, la capacité de localiser... Dans la plupart des systèmes urbains, il y a des systèmes de localisation qui permettent de... Il y est fait allusion dans les mesures justement du ministre. On dit qu'une gestion améliorée de la flotte, une gestion un peu plus étanche, si elle **était**, simultanée ou précédait l'éventuelle augmentation de demandes de ressources, permettrait d'éviter la situation non désirable suivante, c'est-à-dire que tu augmentes sans avoir encore la capacité de faire face à une demande accrue; tu l'augmentes et tu auras un effet paradoxal où le temps de réponse, au lieu d'être raccourci, sera rallongé parce qu'on devra chercher une ressource qu'on n'aura pas à notre disposition. Donc, ça ne réfère pas au nombre physique d'ambulances.

M. Paradis (Matapédia): Très bien. Vous avez fait mention un petit peu, dans votre présentation, que vous n'étiez pas tout à fait en accord avec certaines directives ou, du moins, avec les moyens d'arriver avec certaines directives du ministre. Pourriez-vous expliciter?

M. Kalina: L'exemple de Clawson en est un. Ce n'est pas une question de désaccord avec l'objectif recherché par les directives. C'est une question de dire qu'on va rechercher le moyen d'y arriver qui permette d'éviter des écueils du genre de ceux qu'on a mentionnés tantôt. Dans le cas, par exemple, du changement des fonctions des médecins sur la route. On dit: Oui, oui! Bien sûr qu'on est d'accord avec le principe de faire plus de formation, d'évaluation, et tout ça. Mais on dit: En attendant, il y a quand même des choses qu'on doit préciser, comme une période d'intérim où, en attendant que les techniciens ambulanciers soient aptes à faire certains gestes, on continue d'offrir des services à la population.

Il faut également, si on pense à la séparation, par exemple, du non-urgent de l'urgent, en attendant d'éventuellement ne pas répondre à certaines catégories d'appels considérés comme en dehors de notre mandat... Je veux prendre un exemple simple, douloureux pour les familles qui le vivent: la constatation de décès. Nous allons constater des décès. Vous conviendrez avec moi que ce n'est pas une urgence vitale, mais vous conviendrez aussi qu'au point de vue humain il faudra qu'on offre aux citoyens une autre alternative avant de leur dire: On ne vient pas chez vous, monsieur ou madame. C'est plutôt

dans la façon de faire pour que la transition soit sans heurts, si on veut. Il faut dire que la plupart des médecins qui travaillent à Urgences-santé, je parie du noyau, sont des gens qui font beaucoup d'urgence *ou* pratiquement seulement de l'urgence et dont l'orientation de carrière est plus vers les cas urgents que non urgents. Donc, il n'y a pas d'objection philosophique aux directives.

M. Paradis (Matapédia): Dites-moi, est-ce que je vous comprends bien - et vous me corrigez si j'ai mal compris - vous n'êtes pas contre qu'à un moment donné on fasse les urgences urgentes. Donc, on sépare Info-Santé du 911. Vous ne seriez pas contre non plus qu'on puisse avoir la même philosophie sur le transport, vital et non-urgent. Est-ce ça que j'ai compris?

M. Ostiguy: Oui. Ce n'est pas juste qu'on est d'accord, on encourage la séparation de l'urgent du non-urgent. Le 911 et le numéro à sept chiffres, c'est essentiel. Si on veut être capables de répondre dans des délais satisfaisants, c'est nécessaire d'être capables de faire la séparation de ce qui est urgent et non urgent.

Là où on a des réserves, c'est dans la façon d'y accéder, c'est d'être capables si on veut répondre au 911 pour les urgences majeures, et c'est de là tout le débat de Clawson, du traitement des appels, du support professionnel. Les grandes lignes de séparer l'urgent du non-urgent, c'est essentiel. Comment faire pour y arriver? Comment faire pour ne pas perdre les cas qui appelleraient au non-urgent et qui s'avèreraient des cas urgents? C'est tout ça. On dit que c'est la façon d'utiliser...

M. Paradis (Matapédia): Iriez-vous jusqu'à nous proposer de former une coopérative pour le transport des non-urgences, par exemple?

M. Kalina: Oui...

M. Paradis (Matapédia): Juste pour imager un peu ce qu'on dit.

M. Kalina: La question sous-jacente... Là, on va dire qu'en tant que médecins on n'essaiera pas non plus de nous prononcer sur le bout où on a moins d'expertise. C'est sûr que la question que vous posez, il y a une question financière en dessous de ça, à savoir: Est-ce que deux flottes complètement séparées de façon structurelle ne seraient pas plus cher qu'une séparation qui soit uniquement fonctionnelle? Ça, je pense que c'est un débat qui relève plus de calculs que, personnellement, je n'ai pas la compétence de faire. Mais l'idée...

M. Paradis (Matapédia): Parce que vous vivez continuellement dans le milieu...

M. Kalina: Au niveau du concept, c'est sûr...

M. Paradis (Matapédia): ...alors sans avoir une expertise, des commentaires.

M. Kalina: Oui. C'est sûr qu'on souhaiterait qu'il y ait des gens qui se dévouent pratiquement uniquement aux urgences majeures et qu'il y ait des gens qui se dédient pratiquement uniquement aux urgences pressées, pour reprendre l'expression de votre voisin de gauche. Mais la possibilité d'une couverture **ou** d'un appui entre les deux groupes est peut-être envisageable.

M. Paradis (Matapédia): Dans un autre ordre d'idées, au chapitre V sur les structures, vous nous dites que les médecins sont prêts à offrir leur collaboration aux organismes accrédités ou aux premiers répondants, notamment la police, les pompiers. C'est bref, très bref, mais ce serait intéressant peut-être de vous entendre davantage. Oui?

M. Barriault (Jocelyn): Est-ce que je peux m'exprimer là-dessus, oui, effectivement, je pense que l'orientation du préhospitalier, de toute façon, on est influencés beaucoup par la mode nord-américaine, va tendre vers l'utilisation d'un service de premiers répondants. Effectivement, il y a des structures qui sont déjà en place. Les pompiers, tout le monde y fait référence, il y a des casernes dans tous les quartiers et ils sont déjà là. Souvent même, les gens se demandent ce qu'ils font entre les feux. Effectivement, on est d'accord avec ça. On serait prêts, évidemment avec une bonne collaboration et un bon niveau de travail, avec une formation adéquate - ça n'a **pas** nécessairement besoin d'être une formation dispendieuse et très longue - à avoir des ressources supplémentaires qui sont les premiers répondants, qui peuvent être les policiers. Ne serait-ce que s'ils apprennent déjà à faire un massage cardiaque en attendant l'ambulance, ce serait déjà ça de gagné. Effectivement, on est prêts à...

M. Paradis (Matapédia): N'ont-ils pas déjà une formation de base, notamment les pompiers?

M. Barriault: Les pompiers ont plus de formation de base que les policiers, mais, par expérience sur le terrain, parce que je suis plus un homme de terrain que d'administration, je peux vous dire qu'il est relativement rare actuellement, premièrement, pour diverses raisons... C'est que les pompiers ne sont pas affectés sur les cas autres que des gros accidents en ce qui concerne le Montréal métropolitain. C'est probablement la même chose en région ou ailleurs. Vous verrez rarement un pompier se déplacer, sauf dans quelques localités du West Island, pour aller comme premier répondant sur un cas qui pourrait être un cas médical, par

exemple un patient qui a de la difficulté à respirer ou un patient qui est en arrêt cardiaque. Ce procédé existe dans quelques endroits du West Island, mais pourrait être généralisé, avec une formation standardisée, à tous nos autres pompiers ainsi qu'à la police. (21 heures)

M. Kalina: J'aimerais ajouter à ceci que si c'est souhaitable... Quand on **parle** de chaîne de survie, c'est un peu le but de toucher légèrement à divers points, c'est de dire juste: N'oublions pas de penser à ça, il y a la population, l'entraînement de la population. Au Québec, on a de grands progrès à faire dans l'apprentissage de la population des premiers gestes à poser. Ensuite de ça, combien est-ce qu'il faut enseigner aux autres intervenants? Il faut poser la question, à savoir: Dans combien de cas est-ce qu'ils arrivent avant nous? Dans la région de Montréal, ce n'est pas toujours les mêmes qui arrivent avant que dans d'autres régions. Et à partir du type de cas où ces gens-là arrivent avant nous, déterminer peut-être quelques compétences qu'il pourrait acquérir en tenant compte, évidemment... Parce que, chaque fois qu'on parle de formation, la question que les gens vont vous poser, c'est: Oui, mais ça va nous coûter combien, en plus de former les techniciens **ambulanciers**, de former ces gens-là de surcroît? Même si c'est souhaitable.

M. Paradis (Matapédia): Oui. En terminant, peut-être une dernière question, quitte à revenir après mon collègue de **Rouyn-Noranda-Témiscamingue**. Moi, je ne saisis pas vraiment de divergences avec les directives ministérielles, d'après vos propos, sauf peut-être, à moins que vous me disiez le contraire ou que vous m'informiez du contraire, c'est la façon dont elles vous sont imposées? Coudon, comment ça va, chez vous, avec Urgences-santé? On nous a dit, cet après-midi - et je vous le vend en mille, que vous ayez été présents ou pas, par personne interposée - très succinctement, parce qu'on n'a pas **pu** élaborer davantage, que les relations étaient un petit peu plus... je ne dirais pas difficiles, mais on souhaiterait de meilleures relations avec Urgences-santé et ses médecins.

M. Boisvert (Richard): Si je peux me permettre, je pense que plusieurs l'ont fait ressortir, ce qui a été et ce qui est encore un problème à Urgences-santé, c'est que tout le monde garde en tête un objectif de santé auprès de la population qu'il dessert. Parce que Urgences-santé est un organisme assez compartimenté, il y a souvent une perte de vue des objectifs de la part des intervenants. Et ce qu'on souhaiterait, nous, c'est que, quelque part, quelqu'un fasse le lien pour qu'à la fin il y ait un objectif de résultat qui soit visible et perçu par tout le monde et que chacun voit, dans le triage, le dispatch des appels, dans le traitement sur la

route, à quoi contribue chacun des intervenants à l'"outcome", au pronostic ou à la survie du patient. Et je pense qu'il y a une façon particulière de gérer des professionnels, que chacun des gens qui sont à Urgences-santé doit être considéré comme un professionnel. On ne **peut** pas imposer, venus d'en haut, des concepts à des professionnels sans qu'ils aient été préapprouvés ou qu'on en ait discuté au préalable. Et, à certains égards, il y aurait eu des choses dans le processus qui auraient pu être améliorées. En tout cas, je fais référence, par exemple, à Clawson.

M. Paradis (Matapédia): On vous écoute, là. Si vous êtes convoqués, c'est parce qu'on veut savoir des choses. On n'a pas la prétention de posséder la vérité, mais on peut partager celle que l'on connaît de part et d'autre. Vous nous dites, finalement, que vous n'avez pas été consultés et que vous n'aimez pas la façon dont on vous impose un certain nombre de choses. C'est ça que vous venez de dire, monsieur?

M. Boisvert: Je n'ai pas dit qu'on n'avait pas été consultés. Je pense que...

M. Paradis (Matapédia): Ou mal consultés?

M. Boisvert: Enfin, il y a une nuance à apporter, là.

M. Paradis (Matapédia): C'est quoi? Bien, j'aimerais...

M. Boisvert: Je pense qu'il faudrait qu'il y ait un processus, en tout cas, très participatif qui soit mis en place de la part des gens qui veulent mettre des changements en place à Urgences-santé. Et ce sera la seule façon, je pense, d'obtenir la performance maximale des gens, des professionnels qui sont en place, de leur demander ce qu'ils en pensent. Ils sont, jusqu'à preuve du contraire, les experts dans ce domaine-là et doivent participer de très près à l'élaboration et à la mise en oeuvre des changements.

M. Paradis (Matapédia): Vous **semblez...** Non?

M. Kalina: Je veux juste ajouter, puisque c'est moi qui suis quotidiennement présent dans mes fonctions, qui suis là à temps plein, qu'effectivement il y a eu un certain malaise qui réfère surtout au souhait qu'on a d'être impliqués dans le processus dès le début de discussion d'un dossier. On estime que plusieurs de ces dossiers-là sont en plein dans ce qu'on a coutume d'appeler notre **talle**, là, en plein dans notre domaine de connaissances et d'expertises et qu'il est beaucoup plus facile de contribuer de façon positive en embarquant dans le dossier au début

plutôt que lorsqu'une décision préliminaire, par exemple...

M. Paradis (Matapédia): Voulez-vous me dire par là, si vous voulez entrer dans le dossier dès le début, que vous voulez être téléphoniste aussi?

M. Kalina: Non.

M. Paradis (Matapédia): O.K.

M. Kalina: Je parle au niveau conceptuel, là, on s'entend bien, pas sur rendre le service...

M. Paradis (Matapédia): O.K. Non, c'est une question.

M. Kalina: Oui, bien c'est votre rôle.

Le Président (M. Philibert): D'autres questions, M. le député de Matapédia?

M. Paradis (Matapédia): Non, quitte à pouvoir revenir.

Le Président (M. Philibert): Alors, M. le député de Matapédia?

M. Paradis (Matapédia): Non. Quitte à pouvoir revenir.

Le Président (M. Philibert): M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Je veux remercier aussi l'équipe médicale, le coordonnateur en chef, le représentant de la Fédération des médecins et l'équipe médicale d'Urgences-santé de venir nous rencontrer ce soir pour finalement tenter d'y voir clair. Parce que c'est un peu ça le mandat de la commission, tenter d'examiner tout le fonctionnement d'Urgences-santé et, en particulier, bien sûr, ce qui est le coeur, ce qui est l'objet même de l'existence d'Urgences-santé, le recours que les personnes en difficulté en font et le type de soins qu'ils reçoivent, et, bien sûr, tout ça a été déclenché par un événement majeur, soit les événements de la Polytechnique, et, d'autre part, la réaction ministérielle en termes de suivi au rapport De Coster, c'est-à-dire les directives à la Corporation d'urgences-santé.

Alors, que les médecins viennent nous voir ce soir, oui, vous avez une connaissance du système, du coeur du système, qui est très importante pour les parlementaires en termes de recommandations qu'on aura à faire à partir de demain midi, parce que, d'assez grande évidence, il y a de la difficulté dans le rouge, c'est le moins qu'on puisse dire. Mon collègue de Joliette, sur d'autres aspects qui sont management de l'organisation, des participants dans cette orga-

nisation-là, il y a des choses assez extraordinaires qui s'y passent...

Je vais revenir, quant à moi, aux éléments de votre mémoire, sur la situation à Urgences-santé en ce qui regarde en particulier les médecins. Alors, somme toute, vous pourrez me corriger si je tourne les coins trop rond, d'accord, **bien** sûr, avec la division de l'urgent et du non-urgent. Quant à vous, médecins, vous dites: Oui, mais cependant... À la page 2 de votre mémoire là, l'intervention sur le terrain, vous souhaitez qu'il y ait une période d'intérim et, à la fois, qu'on maintienne un certain nombre d'équipes médicales pour l'intervention sur le terrain, en particulier pour maintenir les soins vitaux avancés, les cas les plus urgents, et vous **énumérez** ce que ça peut vouloir dire: dans les cas de pathologies majeures incluant l'arrêt cardiorespiratoire, les grandes urgences cardiopulmonaires, le coma, les intoxications graves, les polytraumatisés incarcérés ainsi qu'à l'occasion de catastrophes.

Est-ce que dans l'implantation actuelle - ne vous inquiétez pas, je vais revenir sur Clawson, vous pouvez être sûrs de ça - vous avez ces assurances ou la conviction, dans les échanges que vous avez avec la direction, l'administration d'Urgences-santé, que cette préoccupation terrain que vous avez - et là c'est votre aspect professionnel qui est en cause... Est-ce que vous avez cette assurance-là que, pour les citoyens et citoyennes qui vont en avoir besoin et pour lesquels vous jugez essentiel de conserver ces éléments-là, ça va se faire, ça?

M. Ostiguy: Non, on n'a pas l'assurance. Écoutez, on entend parler ici qu'en mars il y aura des échéanciers, qu'en mars, de façon plus définitive, le rôle clinique, terrain du médecin sera modifié. Combien **va-t-il** y en avoir? Est-ce que les médecins vont continuer à aller sur la route ou seulement dans des cas exceptionnels? Non, nous, les médecins, on dit que ça devrait être la responsabilité de la Corporation de s'assurer de cette période d'intérim où, par exemple, s'il y a un arrêt cardiaque... J'ai travaillé hier et j'ai fait de la réanimation cardiaque, quelqu'un qui est décédé. Mais, si en mars les médecins sont enlevés de la route, qui va aller faire cette réanimation-là?

Est-ce que les techniciens ambulanciers, à l'heure actuelle, sont capables de prendre la relève de la majorité des actes que le médecin est appelé à poser? Nous, on dit que non, pas à l'heure actuelle. Est-ce que le technicien ambulancier serait apte à en faire la majorité, comme l'a dit le Dr Kalina tantôt? Oui, mais ça va se faire quand, comment, durant combien de temps? Je ne pense pas qu'on ait l'assurance, et c'est pour ça qu'on l'a écrit dans le document de réflexion... On voudrait, même si on est d'accord avec tout ça, qu'il y ait quelqu'un durant le temps que ça va prendre pour former les techni-

ciens ambulanciers, qu'on puisse permettre à la population de maintenir un certain niveau de qualité de soins. Tel qu'il est prodigué, c'est déficitaire à bien des endroits; ça a besoin d'améliorations, c'est évident. Mais on trouve que ce serait prématuré de nous enlever avant qu'il y ait du personnel qui soit capable de prendre la relève, d'assurer un certain maintien de soins à la population.

M. Barriault: Ce que je voulais ajouter, peut-être, à ça, aussi... Mon collègue, le Dr Ostiguy, a quand même assez bien cerné la chose, la situation, sauf qu'il serait peut-être important de mentionner que ce qu'on voudrait proposer... Évidemment, on parle de la région de Montréal, **mais** je pense que le Québec est assez grand. Il y a des régions qui sont plus distantes de l'hôpital que dans le Montréal métropolitain. Ce qu'on peut proposer, dans un même ordre d'idées, c'est d'assurer notre intérim médical pour ce qu'on appelle du ALS - "Advance Life Support" - dans la région de Montréal, mais aussi, par le biais de notre formation qu'on pourrait émettre à nos techniciens ambulanciers, soit en mode avancé, soit en mode basique, de reproduire cette même formation pour des techniciens qui pourraient travailler en région, et ça, je pense qu'il n'y a personne - ceux qui connaissent les régions - qui s'oppose à ce problème-là.

Actuellement, je pense qu'il faut dire qu'on n'a pas besoin de sortir de Montréal - moi, je demeure à Longueuil - on a seulement à aller sur la rive-sud et, parfois, les ambulanciers... Ils travaillent avec ce qu'ils savent. Ils ont 150 heures de formation. Ils n'ont aucune formation médicale ou paramédicale continue. Quand ça fait 10 ans, ils travaillent avec ce qu'ils ont appris il y a 10 ans; des fois - la mémoire, c'est une faculté qui oublie - on prend des mauvais plis et il n'y a personne qui nous corrige. Donc, il faut corriger cet état de choses au niveau préhospitalier, et non seulement à l'échelle de Montréal, mais à l'échelle de la province.

M. Trudel: Vous me permettez juste de faire une observation très rapide. Ça m'inquiète quand, pour 2 000 000 de personnes, les professionnels concernés ne sont pas assurés, au moins pendant une période intérimaire, qu'ils vont pouvoir intervenir au niveau de cette catégorie de soins. Votre conscience, votre responsabilité professionnelle nous met en garde sur cet aspect-là, quand on implante un nouveau système. Ça fait juste **m'inquiéter** quand vous dites: Nous, on n'est pas sûrs, on ne nous l'a pas garanti et on ne peut pas l'assurer; c'est la responsabilité de la Corporation, mais on ne peut pas s'assurer de ça, même s'il s'agit d'une recommandation assez essentielle.

Deuxième partie. Effectivement, il y a l'envers - pas l'envers de la médaille - une

autre situation, pour le reste du Québec. Vous êtes devenus une équipe d'experts dans le domaine des services préhospitaliers d'urgence, et il y aurait certainement beaucoup à faire.

Toujours au fil de votre mémoire, maintenant, sur la question cruciale de la gestion des appels. Vous avez affirmé, du moins les participants, ici, ce soir, au concile de Sherbrooke présidé par le pape, que vous étiez d'accord à la question - on a eu la résolution, on l'a, là: Est-ce que Clawson est un système adéquat? Vous aviez répondu... En fait, la réponse, c'est: Oui, il peut être adéquat. Sauf que, dans votre mémoire, je ne sais pas si je lis comme il faut, mais vous dites: "Afin de répondre à la demande d'un traitement interne en moins d'une minute, l'administration d'Urgences-santé s'apprête à acquérir [...] Clawson. Nous considérons que l'acquisition de tels outils peut être attrayante à certains égards, notamment la rapidité, la reproductibilité et la facilité d'évaluer le processus. Nous savons cependant que, par ailleurs, et nous devrions en être fiers, nous avons, à Urgences-santé, développé une expertise en évaluation des résultats de tri démontrant, entre autres, qu'un tri professionnel, tout en étant très sensible, permet des gains importants au niveau de la spécificité et soulève aussi la possibilité de diminuer de façon appréciable les coûts." On dit que c'est bon, ce qu'on a actuellement. Et je parle juste de la partie gestion des appels, du triage; ça, ça marche - pour employer un langage simple - actuellement, ça marche bien.

(21 h 15)

M. Kalina: Oui. La recherche qui a été faite a démontré que ça marche bien. Cependant, il reste que les directives reflètent... Quelque chose peut toujours fonctionner mieux. Parce qu'on travaille dans ce domaine-là, parce qu'on évalue quand même, à l'occasion, un certain nombre d'appels, on constate qu'il y a certaines caractéristiques du système, par exemple, de Clawson qui, ajoutées, appariées ou rattachées, si vous voulez, à notre système pourraient, effectivement l'améliorer. Par exemple, les professionnels en général, même pas seulement à Urgences-santé ou même pas seulement dans le domaine de la santé, en général, quand ils font face à une situation donnée, sont caractérisés par des réactions qui sont variables, qui dépendent de leur... L'une des caractéristiques souhaitables du système de Clawson, c'est que, dans la gestion de la première minute - parce que c'est un système qui ne gère qu'une première minute - il pourrait amener une certaine structure qui fait, d'une part, que, de façon systématique, on n'oublie pas de faire l'essentiel; dans l'ensemble, c'est une police d'assurance, entre guillemets. Ce n'est pas des variables indépendantes, mais ça permet également de vérifier plus facilement, lorsque la démarche est systématique, ce à quoi on fait allusion.

Par contre, on dit que c'est quelque chose

qui n'est pas... Nous, on ne voit pas le système de tri professionnel, ce que le texte essaie de refléter, comme exclusif; on ne conçoit pas le fait de dire que le système de Clawson est adéquat comme quelque chose qui est négatif vis-à-vis de l'aspect professionnel. Ce qu'on dit, c'est que l'aspect professionnel ajouté à ce premier tri en augmenterait la qualité de façon énorme. Diminuer les coûts, ça veut dire diminuer l'envoi de ressources, tout simplement. C'est par ça que...

M. Trudel: Je ne veux pas vous faire perdre le fil de votre raisonnement, mais... Parce qu'on a tous assez largement compris, on ne peut plus dire ça parce que Clawson, c'est: "Take it or leave it". C'est: Tu l'achètes, le "package", ou pantoute. Tu ne peux pas ajouter, tu ne peux pas y juxtaposer ou y faire intervenir une intervention professionnelle qui modifierait, à la limite, l'algorithme, le protocole, la procédure. Tu ne peux pas toucher à ça. C'est vendu, tu achètes le paquet et tu dois l'opérer de telle façon.

Alors, je comprends très bien. Vous dites que la base de Clawson, c'est certain qu'on n'oublie pas des éléments dans le diagnostic du triage; deuxièmement, ça permet, au niveau de l'analyse de la qualité, d'avoir des données comparables lorsqu'on fait du contrôle. Ça améliore ces aspects-là. Mais, dans la mesure où on ne peut pas toucher au système, est-ce que je suis obligé d'arriver à la conclusion que la répercussion la plus hautement probable, ça va être une augmentation - je qualifie tout de suite pour vous faire réagir - assez fantastique des coûts?

Le Président (M. Joly): M. Kalina.

M. Kalina: Oui. Notre prise de position, vous avez raison de souligner qu'elle est conceptuelle, n'ayant pas été impliqué dans les tractations avec le Dr Clawson. Ce qu'on comprend du système de Clawson, c'est qu'il fait un tri initial qui ne détermine pas si on envoie ou si on n'envoie pas de ressources, qui détermine quatre catégories d'urgences et le client, entre guillemets, fait ce qu'il veut avec les quatre catégories. Il peut décider: Pour la catégorie d, voici la réponse que j'ai; pour la catégorie c, je fais ça. Il pourrait décider: Bien, pour la catégorie a, moi, je fais une analyse professionnelle. C'est hypothétique. Ce qu'on souhaite dire, c'est qu'il y a des questions importantes à se poser sur les compromis. On devrait être assis avec ces experts-là pour travailler là-dessus.

Lorsque vous parlez de coûts, oui, l'abandon de la spécificité, qui est une qualité importante qui est réservée au tri professionnel, que n'a pas le système de Clawson, résulterait en plus d'envois de ressources que ce qu'on fait actuellement. Plus d'envois de ressources, ça peut vouloir dire des coûts additionnels. Pour le tri, il

y a deux niveaux d'ailleurs, pour cette spécificité, où votre raisonnement agit. Une fois que la ressource est envoyée sur le contrôle de ce qui a été fait, lorsque l'intervenant est là et qu'il évalue une situation, il y a également une deuxième **étape** de tri qui se fait avec l'intervenant déjà en place. Nous, on estime qu'il serait utile d'avoir un certain contrôle sur les deux robinets parce que ça serait le moins coûteux en termes d'efforts.

M. Trudel: En tout cas, ce qu'on a eu comme information ce matin, c'est que, pour y arriver avec un effort honnête, il faut avoir la permission de tous les autres utilisateurs. Ils sont 2500 au minimum en Amérique du Nord, alors on a besoin de commencer notre "run" tout de suite. Il faudrait avoir l'accord de tous les autres pour modifier le système, pour y toucher, d'après la compagnie. C'est ce qu'on a eu comme information aujourd'hui. Et on peut comprendre pourquoi du point de vue du propriétaire de ce système et de celui de l'entreprise qui a développé ce système de triage. Mais, dans le contexte actuel de l'augmentation probable du quantum de ressources nécessaires pour répondre et avoir le même taux d'efficacité, est-ce que - là, je ne veux pas que vous vous déguisiez en administrateur - vous, qui faites beaucoup de terrain, avez l'impression qu'on a actuellement les ressources à Urgences-santé pour répondre à cette augmentation du niveau de ressources nécessaires?

M. Barriault: Ce que je pourrais vous dire là-dessus, parce que j'ai vécu une situation il n'y a pas tellement longtemps où ça a été relativement corsé et ce n'est pas toujours les grosses catastrophes qui font les journaux, c'est tout simplement ce que le Dr Kalina mentionnait à l'effet d'une recrudescence de demandes. Les demandes sont plus élevées dans cette période-ci pour diverses raisons. Actuellement, la répartition fonctionne, on doit l'avouer - je crois que les répartiteurs le disent eux-mêmes - d'une manière un peu archaïque. Le problème qu'ils ont, c'est qu'ils ont de la difficulté à localiser leurs véhicules lorsqu'ils sont en mouvement. Ils ont aussi de la difficulté, à cause des moyens de communication plutôt restreints, à rapatrier leurs unités lorsqu'elles sont soit sur les lieux d'un appel qui ne nécessite pas de transport ou, le plus souvent, lorsqu'elles sont à l'intérieur d'un centre hospitalier. Donc, en grande partie, nous, ce qu'on a proposé et ce qu'on discutait, on s'est dit: Bon, O.K., peut-être qu'il y a des choses que les gens ne trouvent pas ou qu'ils ne sont pas d'accord avec le mode de fonctionnement de la prise d'appels, mais ce qu'on pense, c'est qu'avant de toucher à la prise d'appels peut-être que la gestion de la flotte, au niveau de la gestion de la répartition des effectifs par un système assisté par ordinateur, serait probablement plus utile dans l'immédiat. À partir de

ça, on saurait exactement qui on a, où on l'a en temps réel et, après ça, on pourrait voir ce qu'on a à faire sur notre flotte. On peut vous dire, en théorie: Ah! J'aurais besoin de 20 ou de 30 ambulances de plus, de 10 de moins, de 40 de moins. Il y a des standards, en **Amérique** du Nord, qui ont été émis. Je pense que comparer une ville nord-américaine avec Montréal, oui, c'est faisable, mais il y a des secteurs incitatifs qui font que peut-être, aux États-Unis, des gens n'utiliseraient pas le 911, alors qu'ils vont l'utiliser ici.

Mais je pense que la chose importante, si on est capable de gérer la flotte et de savoir à la minute près, à la seconde près quel véhicule est où, on va pouvoir probablement s'assurer une réponse plus efficace et, après ça, on pourra savoir ce dont on a besoin.

Le Président (M. Joly): Merci, Dr Barriault.

M. Trudel: Que ces choses sont bien dites. Parce que, selon De Coster, le principal problème, quand on prend l'événement - il y en a qui font les journaux et il y en a un ensemble d'autres qui existent quotidiennement - autour de l'événement de la Polytechnique, ce n'est pas le problème du triage qui a été le plus gros de la situation problématique diagnostiquée par De Coster, c'est l'envoi et la répartition des ressources. Vous dites: On travaille actuellement avec des méthodes archaïques, et **Urgences-santé** - il faut être honnête aussi - nous a dit ce matin qu'elle travaillait également là-dessus. Elle est à développer un système assisté par ordinateur pour l'affectation, pour savoir où sont les véhicules. Moi, je trouve que c'est fondamental ce que vous venez de dire. Mais il fallait commencer par ça, c'est là qu'était l'ensemble, le gros du problème au niveau des ressources. Sans ça... Mon collègue, M. Chevette, a fait une prédiction en décembre 1989 lors de l'adoption de la loi 34, il a dit: En dedans de deux ans, ils vont venir vous remettre les clés. Alors, on pourrait en risquer une autre ce soir. Parti comme c'est là, d'ici deux ans, 25 000 000 \$ supplémentaires pour que ça marche, la patente. Vous alliez ajouter quelque chose docteur?

Le Président (M. Joly): Dr Kalina.

M. Trudel: Non?

Le Président (M. Joly): Dr Ostiguy.

M. Trudel: Je pensais que vous aviez quelque chose à ajouter. Et à l'autre bout aussi - parce qu'il ne reste pas beaucoup de temps. Le Dr Tétreault est à la mauvaise place, le directeur général, président du **GTI**; ça va avoir de l'effet chez lui tantôt, là. Parce que, si on augmente sensiblement le niveau d'envois de ressources, on les amène à quelque part, n'est-ce

pas, alors là c'est l'urgence hospitalière. Vous en parlez d'ailleurs dans votre mémoire. Est-ce que vous pensez aussi qu'il va donc y avoir une augmentation sensible et qu'on est, grosso modo, capables d'absorber ça, dans le réseau des urgences montréalaises, le surplus de clientèles, d'usagers qui va forcément devoir être envisagé compte tenu de l'évolution du système que vous venez de nous faire ou qu'on vient d'observer ensemble?

Le Président (M. Joly): Dr. Barriault.

M. Barriault: Ce que je pourrais vous dire à propos de la clientèle, admettons qu'on présuppose que le système de triage utilisé, peu importe le système de prise d'appels, envoi plus de ressources, "so what?", plus de patients qui vont à l'hôpital. Mais ce qu'il faut comprendre dans le fonctionnement hospitalier - et je pense que le Dr Tétréault est là pour le savoir parce que ça fait plus longtemps que moi qu'il est là-dedans...

M. Trudel: En tout cas, si ça augmente, vous allez l'avoir à l'autre bout. C'est lui qui va vous recevoir.

M. Barriault: Mais ce qui est important, un patient dans la salle d'attente, s'il veut attendre quatre heures pour être vu à l'urgence au lieu d'aller dans une clinique, c'est son problème. Ce qui encombre, c'est un patient qui est sur civière qui a besoin de soins importants. Et pourquoi il est sur civière en bas? C'est parce qu'on n'a pas de place pour le monter. Si vous envoyez plus d'ambulances pour des cas qu'on pourrait considérer, entre guillemets, non justifiés, moi, comme trieur, quand je vais les voir dans mon urgence, bien je vais les envoyer dans la salle d'attente même s'ils arrivent sur une civière. Vous comprenez? Au niveau de l'urgence, je ne suis pas certain que ça va nécessairement nous encombrer plus parce qu'il y a plus d'ambulances, parce que peut-être que ce même patient-là se serait présenté sur ses pieds et aurait été vu comme un patient ambulancier tout simplement. Mais si le patient, comme on voit souvent, se présente sur ses pieds et qu'il fait un infarctus, bien je vais le coucher et ça va me prendre une civière. Qu'il arrive en ambulance ou sur ses pieds, ça ne changera pas, c'est immuable. On a à peu près tous les mêmes standards là-dessus.

M. Boisvert: Si je peux me permettre d'ajouter à ce que Jocelyn vient de dire, je pense que ce qu'on aimerait voir dans le processus d'implantation qui s'en vient, c'est que tous les impacts éventuels soient évalués. Il est à la mode, et je pense que c'est de bon aloi, de parler de plus en plus de maintien à domicile, d'hôpital à domicile, etc. Donc, il faut essayer, je pense, d'être cohérents dans nos objectifs. Si

on pense à la fois à garder les gens à la maison et à les amener plus vite à l'hôpital, il y a des impacts là qu'on aimerait voir un peu précisés et ce n'est pas clair dans notre tête que la démarche a été faite à date. C'est ça qu'est le problème.

M. Leibovici (Théodore): J'aimerais peut-être ajouter une autre chose. Si on a des objectifs clairs avec lesquels on travaille, si vraiment on a le contexte global de la situation, c'est-à-dire où le préhospitalier fait partie d'une chaîne... Du moment où quelqu'un ne se sent pas bien et que quelqu'un est averti, à ce moment-là, on arrive au préhospitalier. On arrive par la suite à des ressources, on arrive à l'hôpital et, par la suite, il y a un maintien à domicile. Ça, c'est un aspect global qu'on pourrait voir. Quand on voit que l'aspect préhospitalier n'est pas un aspect détaché et que ça fait partie vraiment d'une chaîne, si un morceau de cette chaîne-là ne fonctionne pas bien, la chaîne va être brisée. C'est sûr qu'il y a certaines parties qui sont plus importantes que d'autres dans le fonctionnement, mais c'est tout vraiment, c'est l'aspect global qu'il faudra regarder et saisir vraiment le résultat. Quand on conçoit quelque chose, on le conçoit dans la totalité, on considère tous les facteurs qui pourraient influencer un résultat, on regarde les résultats et, à ce moment-là, on se porte garants des résultats, mais après effectivement avoir tout considéré.

M. Trudel: Il me reste quelques minutes, j'imagine?

Le Président (M. Joly): Vous avez déjà écoulé votre temps, M. le député, sauf que je suis assez flexible.
(21 h 30)

M. Trudel: C'est ça, ça fait partie d'un tout. Il y a une chaîne de différents éléments. L'urgence préhospitalière, ce n'est pas un morceau détaché du système. Et je vais vous dire franchement, je fais aussi une autre lecture, une autre observation dans vos propos. Toute la chaîne repose actuellement sur des actes de professionnels de la santé. Quelque part, dans les services préhospitaliers d'urgence, avec Clawson, moi, je vous dis que je suis inquiet, non pas comme spécialiste, et je suis content de vous entendre là-dessus, parce qu'il faut nous rassurer et nous donner des indications précises, mais je suis inquiet lorsqu'on me dit, cet après-midi, que, pour trier les appels, ce qui va faire en sorte que je vais envoyer une ressource de différente catégorie ou pas, ça va être quelqu'un avec un secondaire V qui va avoir 24 heures de formation. Je suis très inquiet.

Le maillon faible que vous soulignez, docteur, moi, j'ai bien peur que ce soit là qu'il apparaisse, c'est-à-dire qu'il y aurait comme une brisure dans la continuité professionnelle de la

décision qui va être prise du type de ressource à envoyer ou encore de ne pas envoyer de ressource. Ça m'inquiète beaucoup de voir que, quelque part, on tienne absolument, dans un système mécanique, à ce que ce soient des individus qui soient habilités uniquement à poser des questions et à ne pas réfléchir, surtout. Moi, je suis obligé d'en conclure, même si ça ne m'a pas été dit comme ça aujourd'hui, qu'avec Clawson, quand tu fais le tri, une des conditions essentielles, c'est: Ne réfléchis pas. Vous connaissez ça, vous êtes en médecine, c'est comme dans les approches "behavioriales": Stimuli et réponses. Puis ne modifie pas les stimuli à part ça, hein? Il faut que ce soit mécanique. Tu poses telle question, tu vas à la fiche no 31, tu continues ta spécificité, tu arrives à a, b, c, d, catégorie de ressource ou pas du tout, ou aucune de ces réponses. Ça m'inquiète beaucoup, ce passage-là et, parce qu'on termine, je vais vous le dire franchement aussi, la capacité de gestion, de transformation du système à Urgences-santé actuellement. Mais ça, je sais que ce n'est pas votre discipline, ce n'est pas votre problème. Je suis très inquiet de la capacité. Alors, si vous avez des réflexions à faire sur la chaîne, j'aimerais ça vous entendre en conclusion et sur les interrogations qu'on a ici quant aux directives.

Le Président (M. Joly): Dr Ostiguy. Or Kalina. Non? Parfait. Alors, je comprends qu'on a pris bonne note de vos commentaires, M. le député. Alors, M. le député de Matapédia.

M. Paradis (Matapédia): Rapidement, M. le Président. Ce n'est pas souvent que ça m'arrive, mais prenez-en acte, je veux remercier le médecin qui a su dire qu'il avait une préoccupation importante pour les régions. Je le salue très bien parce que, habituellement, c'est moi qui fais l'inverse, qui essaie de convaincre soit des professionnels ou soit même le gouvernement tout court de porter une attention particulière aux régions. Aujourd'hui, je me le suis fait dire par quelqu'un de Montréal. J'en suis fort aise et je l'accepte volontiers.

Tout à l'heure, j'ai mentionné qu'il pouvait y avoir, enfin, certaines malaises au niveau de la façon dont on peut imposer un certain nombre de lignes directrices et, à cet égard, j'aimerais peut-être demander au coordonnateur qui vit le quotidien de ça, à ce qu'il m'a dit tout à l'heure, quelles sont ses relations avec son DSP?

Le Président (M. Joly): M. Kalina.

M. Paradis (Matapédia): Mais deux médecins, normalement, vous devriez vous entendre très bien.

M. Kalina: C'est une...

M. Paradis (Matapédia): J'ai vu une solida-

rité tout à fait exceptionnelle ici même, à l'Assemblée nationale, dans cette Chambre. Alors, je voulais juste vérifier cette solidarité encore ce soir.

M. Kalina: La question n'est évidemment pas du genre de celles auxquelles on répond avec un enthousiasme délirant. Il y a effectivement eu, depuis qu'on travaille - je veux répondre directement à la question - une différence d'approche qui s'est reflétée. Les gens qui disent qu'il y a eu un problème à ce niveau-là ne se trompent pas. J'ai un concept ou une approche de travail en équipe. Vous avez vu un peu comment on fonctionne ici; on fonctionne un peu comme ça, comme groupe de médecins et, collectivement, disons qu'on est assez fiers de notre force et de notre productivité collective. On a fait quelques affaires. C'est sûr qu'il y a des améliorations à apporter et on a essayé de dire: On veut coopérer à en amener. On pense que plusieurs de ces mandats-là, on est capables de les assumer collectivement.

Cette philosophie de se voir à titre de partenaires s'est confrontée à une philosophie qui a une vision plus... en anglais, on utilise le concept "line", une autorité de lien autoritaire ou de lien d'autorité qui ne correspond pas - et je ne pense pas parier seulement pour moi-même, mais en général pour le corps médical - à la structure idéale pour exprimer toute notre productivité de la façon dont on le souhaiterait, ni dans le contexte hospitalier ni dans le contexte préhospitalier, parce que, finalement, on est tous des médecins qui travaillent aussi à l'hôpital. C'est des contextes qui se ressemblent, même si nos structures ne se ressemblent pas. Donc, c'est plus un conflit de philosophie de gestion. Peut-être que vous pourriez appeler ça un conflit de personnalité ordinaire. C'est plus une...

M. Paradis (Matapédia): Je n'en suis pas sur les conflits de personnalité.

M. Kalina: Non. Je pense...

M. Paradis (Matapédia): Ce n'était surtout pas le but de mon propos. Mais, tout simplement, j'amène une dernière chose à votre réflexion. Nous avons entendu un certain nombre de choses depuis ce matin. Notamment, on a entendu les infirmières dire nous: On fait une bonne job, on la garde. Vous nous dites ce soir: On fait une bonne job et on aimerait bien la garder et continuer dans ce sens-là. J'ai l'intuition que, possiblement, tout à l'heure, nous allons entendre des travailleurs nous dire: Ça ne va pas tellement bien, on aimerait bien qu'on nous respecte davantage et on aimerait bien faire ce qu'on fait et ce qu'on aime. Si on veut changer les choses, si on veut être pour un patient, si on veut être pour, entre guillemets, une clientèle, il y a

quelqu'un, quelque part, qui devra mettre de l'huile dans l'engrenage. Je laisse ça à votre réflexion.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député. Je vais reconnaître maintenant Mme la députée de Bourget.

Mme Boucher Bacon: Merci, M. le Président. Comme on est dans un mandat de consultation, moi, je me demande qu'est-ce qui vous amène, en tant que médecins, à travailler pour Urgences-santé et à cumuler en même temps la fonction de médecin dans un centre hospitalier. Lorsque vous aurez répondu à cette question-là, quand trouvez-vous le temps d'aller aux auditoriums des hôpitaux pour vous recycler ou vous mettre à jour quand les médecins, dans un centre hospitalier, en travaillant à l'urgence et aussi en cabinet privé, arrivent à le faire mais d'une façon assez restreinte?

M. Barriault: Si je comprends bien votre question, vous nous demandez...

Mme Boucher Bacon: Qu'est-ce qui amène un médecin à travailler pour Urgences-santé et à cumuler les deux postes à la fois?

M. Barriault: Évidemment, je pense que tous mes collègues sont ici pour vous dire... Moi, ça fait six ans et demi que je travaille à Urgences-santé et, pour la plupart de mes collègues, ça fait plusieurs années aussi. Il y a un intérêt particulier. Pourquoi? Parce que les médecins qui travaillent à Urgences-santé, premièrement, sont des médecins qui aiment l'urgence, qui aiment ce qu'on pourrait appeler des gros cas, les états critiques, qui aiment travailler dans les conditions où il y a de la pression, mais, en même temps, Urgences-santé, ça nous permet de travailler dans une condition où on a un contact différent avec le patient. Ce contact-là est plus humain parce que, souvent, il se passe, premièrement, dans un contexte familial. Il se passe aussi sur la route, en plein milieu du chemin. Il se passe en dessous d'un wagon de métro. Ça, c'est un paquet. Pour ce qui est de... Si j'ai cru comprendre, vous faisiez allusion au ressourcement médical. Bien, je pense qu'habituellement tous les médecins ici sont assez responsables pour organiser leur horaire et suivre le nombre de congrès qu'il faut pour maintenir à date...

Mme Boucher Bacon: Vous, puisque c'est vous qui avez accepté de me répondre, vous travaillez combien d'heures à Urgences-santé, par semaine?

M. Barriault: Moi, actuellement, mon horaire est de 24 heures par semaine à l'hôpital de Verdun - pour ne pas le nommer - et puis je

travaille entre 16 et 24 heures par semaine à Urgences-santé. Et ça, c'est à part d'autres... Mais je pense que c'est un nombre d'heures qui correspond souvent à une... Les médecins ne sont pas réputés pour faire le moins d'heures dans la société. En général, les gens travaillent pas mal. Mais je pense que c'est des semaines qui sont faisables. Je le fais et je n'ai pas de problème. Le jour où je ne serai pas capable de le faire, j'arrêterai.

Mme Boucher Bacon: O.K. Je vais vous poser une autre question. Vous devez être habitué pas mal - en page 2, là, vous citez les arrêts cardiaques, et tout ça - à voir les mêmes cas. Est-ce que ça vous arrive d'aller sur un appel d'une jeune mère qui a un jeune bébé qui fait assez de température ou qui convulse et c'est simplement soit les dents ou une otite?

M. Barriault: Oui, ça arrive. Effectivement, même, ça arrive souvent.

Mme Boucher Bacon: Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme la députée.

Une voix: Sauf qu'elle le sait après.

Mme Boucher Bacon: Sauf si elle le sait après.

Le Président (M. Joly): J'ai manqué une partie, disons, du déroulement de la commission - j'étais à l'extérieur - mais je voudrais juste me permettre, moi, de poser une dernière question, que ce soit à n'importe quel des médecins qui voudra bien répondre. Ce que vous connaissez du système Clawson, est-ce qu'à votre connaissance il y a eu beaucoup d'actions, beaucoup, disons, de causes qui ont pu être produites ou présentées devant les tribunaux suite à une mauvaise répartition, ou une mauvaise gestion, ou une mauvaise façon d'administrer le système?

M. Ostiguy: Vous voulez dire si, en utilisant le système Clawson, on a...

Le Président (M. Joly): Oui, le système Clawson comme tel, ce qui existe, là, si vous voulez, à l'extérieur, en dehors. Actuellement...

M. Ostiguy: S'il y a eu des poursuites?

Le Président (M. Joly): ...il est hautement expérimenté. Donc, est-ce que le fait de se servir de ce système a pu amener à ce qu'on puisse saisir les tribunaux de mauvaises expériences que le système aurait pu commander?

M. Ostiguy: Non.

M. Kalina: Si vous parlez du système de Clawson, le principe, c'est l'inverse: c'est qu'on s'attend à ce que ce système-là soit conçu... Dans le pays où il est fait, ce sujet que vous amenez est extrêmement sensible. Les gens sont très sensibles à ça. Ils le garantissent pratiquement. C'est un de leurs points de vente, à ma connaissance, de protéger les gens contre des poursuites.

Le Président (M. Joly): Merci. Alors, à mon tour, compte tenu que je pense que tout le monde a dit ce qu'il avait à dire, là... Est-ce que vous avez quelques remarques?

M. Chevrette: C'est parce que votre question, ça laisse une patte en l'air, ça. Parce que vous dites: C'est pour protéger. Le système comme tel, là où il est instauré, ça protège **qui**, d'abord? Fondamentalement, c'est sur "computer" avec des questions bien précises. Ce n'est pas une relation humaine nécessairement, par exemple, ce dont vous me partez là, quand on **parle**, qu'on se targue et qu'on se pète les bretelles que c'est la personne avant toute chose. Après que tu l'as fait, là... **Il** peut y avoir trois ou quatre "**computers**", mais ça ne répond pas au... Quand madame posait la question, tantôt, sur le bébé qui a une otite et qui fait de la fièvre... Oui, mais elle va le savoir quand vous allez être rendu là. Puis, à plus forte raison, s'il n'y a pas quelqu'un de compétent et d'humain avant qui lui conseille quelque chose, vous allez être là pour toutes les otites, toutes les oreilles. C'est ça qui est le maudit problème.

M. Ostiguy: Oui, idéalement...

M. Chevrette: Moi, lorsqu'on déshumanise un système, là, et qu'on se targue d'être pour la personne avant toute chose, on me fait rire.

Le Président (M. Joly): Alors, merci.

M. Trudel: Mais, M. le Président...

Le Président (M. Joly): Oui, auriez-vous une dernière...

M. Trudel: ...je ne peux pas **m'empêcher** non plus de lancer la question, même si c'est moins aux médecins qu'il faut la poser, mais il y a des informations qui circulent à l'effet que non, il n'y en a pas tellement, de poursuites. Parce que, d'abord, le système est fait pour ça. On **envoie** autant de ressources qu'il y a d'individus qui le réclament. Mais est-ce qu'aux États-Unis, au moins, on ne vendrait pas vraiment tout le "**package**"? On prend même les poursuites avec? C'est-à-dire que, s'il y a des poursuites éventuelles, c'est le concepteur du système qui accepte le suivi? Est-ce que vous avez des informations là-dessus, vous autres?

Le Président (M. Joly): Très brièvement, parce que nous débordons déjà de notre cédule de temps, là.

M. Ostiguy: Oui. Je ne connais pas assez le système pour être capable de le dire.

M. Kalina: On n'a pas vu la proposition de contrat.

Une voix: On s'excuse, on ne peut pas répondre.

M. Trudel: On essaie de le savoir, mais nous autres non plus. Merci.
(21 h 45)

Le Président (M. Joly): Merci. Alors, au nom des membres de cette commission, je tiens à remercier les représentants des médecins d'Urgences-santé. Merci de nous avoir éclairés. Alors, je demanderais maintenant aux gens représentant le Syndicat des employés d'Urgences-santé de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

Alors, Mme, MM. les membres du Syndicat des employés d'Urgences-santé, nous vous souhaitons la bienvenue à cette commission. J'apprécierais que la personne responsable du groupe s'identifie et nous présente les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

Syndicat des employés d'Urgences-santé

M. Fackini (Yves): Bonjour. Je m'appelle Yves Fackini. Je suis le président du Syndicat des employés d'Urgences-santé. À ma gauche, c'est Alain Desrosiers, un répartiteur délégué. À ma droite, on commence avec Yves Mallette, agent de grief, Claire Labelle, vice-présidente, et Conrad Lagueux, qui est notre conseiller CSN.

Le Président (M. Joly): Merci beaucoup. Je vous rappelle un peu la procédure. Vous avez environ une demi-heure pour nous présenter votre mémoire et, par après, eh bien, vous laissez aux parlementaires des deux formations le loisir de partager avec vous. Alors, je vous laisse aller, M. Fackini.

M. Fackini: Fackini.

Le Président (M. Joly): Fackini.

M. Fackini: Oui, **maganez-le-moi** pas en commençant. Permettez-moi tout d'abord de vous remercier de l'attention que vous nous portez aujourd'hui. Le Syndicat des employés d'Urgences-santé représente plus de 222 employés de la Corporation d'urgences-santé, qui sont répartis comme suit: 101 dans notre secteur opération et 121 dans notre secteur bureau. Notre présentation d'aujourd'hui portera sur les points suivants: propos préliminaires, directives ministérielles, le système Clawson et quelques propositions.

En premier lieu, les propos préliminaires. On nous répète souvent qu'il faut suivre le courant, adhérer aux réformes, faire avancer le système. Cependant, on ne peut ignorer les conséquences humaines et sociales qui sont en fait les facteurs de réussite et d'acceptation de toute réforme. Les employés qui sont aux prises avec ces réformes s'adapteront vite et bien en autant qu'ils estiment non seulement que ces réformes sont valables, mais qu'ils y sont associés.

Enfin, nous croyons, comme plusieurs experts, que la clé de la réussite de toute réforme repose sur les trois principes suivants: planifier **méticuleusement** et graduellement un changement - ce qu'on ne vit pas - faire participer à cette planification toutes les personnes concernées et cela à tous les niveaux de la hiérarchie et, en troisième lieu, la formation. À Urgences-santé, le problème fondamental c'est le manque de transparence. Les employés sont constamment écartés, malgré l'expertise qu'ils peuvent avoir. Soyons bien clairs. Urgences-santé n'est pas née le 17 juillet 1989, date d'entrée de la Corporation d'urgences-santé. Des gens y travaillaient bien avant l'arrivée de M. Lamarche et de son équipe.

Nous tenons à vous rappeler que, parmi les critiques que nous avons formulées sur l'ancienne entité qu'était Urgences-santé, nous retrouvons le manque de vue à long terme, la gestion à la petite semaine, un minimum de concertation. La création de la Corporation d'urgences-santé suscitait donc beaucoup d'espoir en ce sens. Notre Syndicat donna la chance au coureur et assura la nouvelle administration de sa coopération pleine et entière. Cependant, la lune de miel fut de courte durée. La planification est faite de façon grossière, jamais en profondeur, et souvent en réaction à des événements précis.

À titre d'exemple, soulignons l'absence d'une véritable politique de transport inter-établissements, la mise en place d'une politique de mesures d'urgence, d'Info-Santé et l'application des radiochasseurs ou d'un système de préalerte suite au rapport De Coster. Ou que dire de l'absence de véritables protocoles d'intervention ou encore de l'implantation en catastrophe du système Clawson, suite aux directives ministérielles? Quant à la participation du personnel à tous les niveaux de la hiérarchie, la direction a été claire sur le fait qu'elle était peu encline à des consultations formelles. Il n'est pas normal d'en apprendre plus sur Urgences-santé à travers les médias qu'à travers ses dirigeants. Alors, comment demander aux employés d'avoir confiance et de vouloir adhérer à tout changement ou réforme s'ils s'en sentent totalement exclus? Comment croire qu'une organisation comme la nôtre puisse performer dans un tel contexte?

On va faire maintenant les directives ministérielles. Permettez-nous maintenant quelques commentaires sur les directives émises le 20

juin 1991. Nous tenons à préciser que nos commentaires sur ces directives porteront sur celles qui nous concernent directement. Précisons d'abord qu'elles constituent un excellent canevas de travail, dans la mesure où elles seront mises en application par la direction d'Urgences-santé et que quelques éléments seront précisés ou modifiés. Enfin, nous aurions apprécié être consultés après l'émission de ces directives, ce qui nous aurait permis de signaler certains problèmes ou conséquences inhérentes à ces directives et aurait aussi permis l'avancement de ce dossier de façon positive et surtout avec cohérence et efficacité, ce qui ne nous apparaît pas évident.

Pour ce qui touche l'abolition de la "priorisation", nous croyons que, dans la mesure où Urgences-santé se donnera les moyens de faire respecter les mandats que lui a confiés Québec, moyens qui passent, rappelons-le, par **Info-Santé**, une meilleure disponibilité de la flotte, l'utilisation maximale de tous les intervenants - infirmières, répartiteurs, premiers répondants, médecins et ambulanciers - de meilleurs protocoles d'intervention, une meilleure facilité d'accès aux différentes salles d'urgence - et ça, ça prend une volonté politique du gouvernement - cette recommandation n'aura aucune raison d'être. Nous tenons cependant à apporter la précision suivante: la "priorisation" n'a jamais été et ne sera jamais éliminée, et ne pourra jamais uniquement être utilisée que dans des circonstances exceptionnelles et catastrophiques. Il peut arriver, et il arrive fréquemment que des éléments extérieurs à Urgences-santé font qu'il manque de disponibilité de véhicules. Il n'y aura peut-être pas de "priorisation" mais il y aura réévaluation des appels, et tout est, dans ce cas précis, question de sémantique. Nous ne croyons pas que nous pouvons y échapper, et en particulier avec l'implantation du système Clawson. Nous y reviendrons d'ailleurs ultérieurement.

En ce qui concerne la gestion de la flotte, nous ne pouvons que saluer le retour des coordonnateurs sur la route et le support qu'ils apportent. Cependant, pour ce qui est de la gestion de la flotte, le portrait est tout autre. Fréquemment, il y a des manques de véhicules sur la route faute de véhicules disponibles. Soulignons que l'intégration de l'activité de la Coopérative, CTSAM, se traduit par une augmentation d'une quarantaine de cadres et une diminution désastreuse du personnel d'entretien.

La mise en place des radiochasseurs a déjà été effectuée, mais leur utilisation est très restreinte. Premièrement, l'accès au système SPAM est réservé aux assistants-chefs de la répartition qui ne sont pas toujours présents. De plus, ce système n'est pas localisé dans la centrale, mais plutôt dans un local à part, et seuls les assistants-chefs en connaissent le fonctionnement. Le système n'est pas non plus relié à une ligne prioritaire. Donc, tous les

messages transmis par d'autres compagnies se servant du même système de radiochasseurs passeront avant Urgences-santé. Donc, dans les périodes **d'affluence**, il pourrait y avoir des délais de plusieurs minutes. Il est donc dérisoire de croire qu'un simple système de radiochasseurs peut résoudre le problème de disponibilité des véhicules.

La mise en place des moyens de communication. La mise en place d'un tel système existe depuis les débuts d'Urgences-santé, communément appelé, pour nous autres, téléphone rouge. Présent dans chaque salle d'urgence de centres hospitaliers, ils sont rejoignables par composition abrégée directement de la salle de répartition. Précisons cependant que le moyen de communication avec les centres hospitaliers se traduit par l'implantation du projet **SIRUS** comme plusieurs intervenants le réclament depuis plusieurs années.

La remise de l'étude de l'évaluation de la séparation des transports urgents et non urgents. Tout nous laisse croire, que si cette étude d'évaluation sur la séparation des transports urgents des non urgents existe, elle a été produite en catimini, sans consultation et sans l'implication du personnel concerné par cette question. Nous avons toujours réclamé de la part de l'administration d'Urgences-santé la mise en place d'une véritable politique intégrée de transport interétablissements. Il est plus que temps que l'administration d'Urgences-santé cesse de jouer à l'autruche et constate qu'il y a de moins en moins de transport **inerétablissements**, que le temps de réponse est toujours aussi long et que, si aucune preuve de leadership n'est faite sur cette question, le problème ne sera plus de savoir si Urgences-santé devra gérer deux flottes d'ambulances, mais de savoir si Urgences-santé gèrera encore les transports interétablissements.

Nous suggérons, de plus, que cette politique intégrée de transport interétablissements soit le fruit d'une consultation de l'ensemble des intervenants concernés et que toutes les options soient traitées de façon égale, claire et précise, y compris le concept des deux flottes proposé par le rapport De Coster et la création de points de service dans les hôpitaux.

Le temps d'affectation et le temps de réponse. La clé de la réussite d'une intervention dans le cycle des soins préhospitaliers d'urgence est la rapidité avec laquelle on peut répondre à un appel. Cette **rapidité** de réponse doit nécessairement passer par la rapidité d'affectation. À notre avis, l'actuel système de répartition des appels à Montréal est quelque peu déficient. C'est ce que nous nous emploierons à vous démontrer dans les prochaines minutes, tout en vous apportant des pistes de solution.

Dans le système actuel de répartition, l'affectation d'une ressource se fait de la façon suivante: Montréal et Laval; Laval est une région seule, Montréal est divisé en deux secteurs, est et ouest; pour 1 250 000 personnes, il y a un

répartiteur qui répartit toute une partie de la ville et l'autre répartit toute l'autre partie de la ville. Aucun critère n'a véritablement été retenu pour déterminer la délimitation de ce secteur. 50 % des appels de la **région 06A**, c'est-à-dire près de 100 000 appels, se retrouvent dans les quartiers centre-sud ou centre de Montréal. Deux groupes radio y sont retenus pour l'affectation des appels, c'est-à-dire un répartiteur pour un ratio de 1 250 000 habitants, pour environ 210 kilomètres carrés de superficie. Le suivi de ces appels se fait sur d'autres fréquences, qu'on appelle des fréquences de suivi. Pour les répartiteurs des fréquences primaires, le suivi d'un appel devient difficile, pour ne pas dire impossible. Pour notre service, un véhicule en mouvement est un véhicule disponible.

Ne pouvant plus contrôler la disponibilité des véhicules, nous en arrivons presque à la politique d'un appel, une ambulance, diminuant ainsi, de façon sensible, une couverture efficace du territoire, ce qui se traduit par une perte d'opportunité, une perte de disponibilité des véhicules, des croisements de véhicules, des ambulances roulant à vide et un temps de réponse plus long. À l'intérieur d'un véritable système de répartition, un répartiteur devrait être en mesure de procéder et à l'affectation et au suivi d'un véhicule et c'est ce que, nous, nous appelons la sectorisation.

La dissociation des opérations d'Info-Santé. Ce nouveau service réclamé à hauts cris par plusieurs intervenants est instauré en réaction au rapport De Coster. Il n'y a eu à l'interne, sauf dans le secteur de la prise d'appels, aucune consultation sur les tenants et les aboutissants de ce projet. Dans le but d'améliorer le service à la population et de cesser d'engorger les lignes d'Urgences-santé, et à l'instar du rapport De Coster, nous encourageons la création d'un service **Info-Santé** indépendant du 911 et possédant un numéro particulier. Ce service devrait être géré par la Corporation d'urgences-santé, **mais** de façon parallèle au service régulier de la prise d'appels.

Pour ce qui est de la redéfinition complète du rôle du médecin, nous croyons que le rôle du médecin à l'intérieur d'Urgences-santé doit se situer au niveau des interventions cliniques et de tout ce qui en découle. Sans nier le rôle du médecin, bien au contraire, il faut bien comprendre qu'à l'intérieur de la structure d'Urgences-santé il est un intervenant parmi tant d'autres et que l'importance de son savoir ne lui donne cependant pas nécessairement toute l'expertise nécessaire pour intervenir de façon décisionnelle à tous les niveaux. En ce sens, nous croyons que leurs interventions doivent se situer de façon spécifique au niveau suivant: conception de protocoles cliniques, conception de programmes de formation pour les médecins, diffusion de la formation et surveillance des stages cliniques.

La mise en place d'un protocole d'intervention. Nous proposons la mise en place d'une équipe multidisciplinaire permettant de mettre en commun l'ensemble du savoir et de l'expérience de toutes et tous, ce qui permettrait d'élaborer des protocoles d'intervention efficaces et non bureaucratiques. De fait, nous trouvons que l'élaboration de ces protocoles est le plus bel exemple du laxisme de la Corporation d'urgences-santé et de son manque flagrant de leadership. En effet, tous les intervenants lors de la création de la Corporation d'urgences-santé, en 1989, réclamaient la mise en place de ces protocoles, étaient d'accord que ces protocoles d'intervention auraient une influence directe sur la qualité et l'efficacité de notre organisation.

La répartition assistée par ordinateur. Plutôt que l'abolition du triage dans le but d'améliorer la qualité et la rapidité de nos interventions, nous croyons que la mise en place d'un système de préalerte efficace par ordinateur, entre le module de la prise d'appels et celui de la répartition, est une solution beaucoup plus intéressante et pourrait être le premier chaînon de la mise en place d'un système intégré de répartition par ordinateur, ce qu'on appelle le système CAM. Soulignons toutefois que le projet de répartition assistée par ordinateur existe depuis déjà cinq ans et qu'à cette époque il y avait eu une formation précipitée et accélérée de l'ensemble des répartiteurs, 45 heures, pour être exact. Précisons aussi que ce nouveau projet ne doit pas être une nouvelle pièce isolée mais un élément d'un tout qui s'appellerait la mise en place d'un véritable plan d'intervention en matière de soins préhospitaliers d'urgence. (22 heures)

Pour ce qui est de la pertinence des premiers répondants à l'intérieur d'un système de soins préhospitaliers d'urgence, personne ne peut être contre les premiers répondants. L'exemple du West Island, même s'il a certains problèmes, est valable. Cependant, tout ne doit pas être fait de façon arbitraire et individuelle mais doit être le fruit d'une concertation, d'une politique globale.

Pour ce qui est du système Clawson, il nous est difficile de nous prononcer sur ce dossier. Nous croyons que la fuite en avant, par ce bouleversement dans nos méthodes de travail, ne réglera en rien les problèmes soulevés et les attentes du ministère. Permettez-nous seulement de soulever quelques interrogations sur un système qui sera implanté en janvier 1992 sans consultation, sans explication, sans analyse d'impact sur l'ensemble du service à la population ni, évidemment, de formation. Nous nous pencherons surtout sur certains impacts de cet éventuel système de prise d'appels. Ces impacts, nous les identifierons surtout au niveau des transports, des infirmières, des centres hospitaliers et de l'interétablissements.

Premièrement, au niveau des transports, à

notre sens, ça va être une augmentation du nombre d'appels, donc un manque de ressources, des distances aussi plus grandes à parcourir, une problématique de la priorité d'affectation, un vieillissement prématuré des véhicules.

Au niveau des infirmières, on pense que sans infirmières, c'est un appel égale une ressource. L'impact sur leur évaluation par les techniciens ambulanciers sur les lieux d'un appel, les conseils nursing pour aider les patients jusqu'à l'arrivée des techniciens ambulanciers, les cas d'abus qu'on vit fréquemment... Que devient, à cet effet-là, la "priorisation"? S'il y a un manque de ressources, qui réévalue les appels? Qui autorise le défonçage des portes, etc.?

Au niveau des centres hospitaliers, on se pose des questions sur l'impact du système sur les salles d'urgence, déjà qu'elles sont assez encombrées. On se pose la question aussi: Est-ce qu'on va respecter le choix du patient ou si Urgences-santé décide du centre hospitalier approprié? On parle aussi de Toronto où l'attente est très longue avant d'accorder un centre hospitalier. Les dispositions géographiques des centres hospitaliers, pour nous, ça égale du temps d'appel prolongé. Autorisera-t-on des détournements à la demande d'un centre hospitalier?

Au niveau de l'interétablissements, ça représente environ 35 % de nos transports. Il est évident que ça devrait avoir une incidence et un impact sur le service à cause, on pense, du manque de disponibilité des ressources.

Nous ne pouvons donc, dans l'état actuel du dossier, accorder notre appui à l'implantation de ce nouveau système. Nous croyons que, dans le contexte actuel, le statu quo est préférable à toute réforme qui nous mène vers l'inconnu. Nous vous signalons que ce statu quo ne signifie pas le maintien du système actuel, mais plutôt la mise en application des recommandations faites durant cet exposé.

Précisons aussi, monsieur, que nous ne sommes pas contre les changements technologiques et administratifs, nous voulons seulement y être associés, surtout que ces changements doivent répondre véritablement aux besoins de la population et ne surtout pas être le fruit de l'improvisation et de la précipitation.

Nous concluons cet exposé par quelques recommandations qui vont dans le sens d'améliorer tant le service à la population que notre efficacité: premièrement, la création d'un service **Info-Santé** sous la responsabilité d'Urgences-santé, possédant son propre numéro particulier; l'amélioration de la gestion de la flotte, que d'aucune façon les appels urgents des transports interétablissements soient transférés au 911; quatrième, la mise en place d'une véritable politique intégrée de transport interétablissements; cinquième, la création de points de service pour les transports interhospitaliers dans

les centres hospitaliers; l'officialisation du système des premiers répondants; la mise en place de véritables protocoles d'intervention opérationnels et cliniques; la mise en place, dans une première étape, d'un système de préalerte efficace et, dans une seconde, d'un système CAD; que les médecins exercent un rôle de leadership au niveau de la conception de protocoles cliniques et des propagandes de formation pour les médecins, ainsi que pour la diffusion de la formation et la surveillance des stages cliniques; qu'une équipe **multidisciplinaire**, composée des répartiteurs, infirmières, médecins, **coordonnateurs** et techniciens ambulanciers, exerce un rôle de leadership au niveau de l'élaboration de la conception des procédures, des politiques et des protocoles opérationnels; la mise en place d'un plan d'intervention conjoint en cas d'événement majeur ou de sinistre efficace et non bureaucratique et un projet de sectorisation de la flotte ambulancière, tel qu'expliqué précédemment. C'est tout.

Le **Président (M. Joly)**: Merci, monsieur. M. le député de Matapédia.

M. Paradis (Matapédia): Oui, M. le Président. Tout d'abord, j'aimerais reprendre peut-être votre dixième recommandation: Qu'une équipe multidisciplinaire exerce un rôle de leadership.

M. Fackini: Oui.

M. Paradis (Matapédia): Oui, j'aimerais vous entendre de façon plus explicite.

M. Fackini: On pense que si tous les intervenants...

M. Paradis (Matapédia): Ça, je veux bien. Ce que je veux vous dire, c'est que tout le monde est d'accord, tout le monde est pour la vertu, tout le monde est pour les objectifs purs, mais tout le monde dit: Ne venez pas jouer dans notre cour.

M. Fackini: Oui.

M. Paradis (Matapédia): Bon. Moi, je veux bien une équipe multidisciplinaire. Quand j'étais à l'université, c'étaient les concepts que l'on développait. Pour votre information, je suis pharmacien de formation, et on nous parlait d'équipes multidisciplinaires en santé. Chez vous, on nous dit la même chose. Alors, de quelle façon est-ce que ça pourrait être viable, vivable surtout?

M. Fackini: Ce que je pense, c'est que, si on avait un leadership qui était adéquat, normalement, notre employeur pourrait asseoir tous les gens à la même place, tirer le meilleur de

ces gens-là et arriver en bout de ligne avec des protocoles et des procédures qui seraient applicables sur la route et non pas laisser aller les gens de façon aléatoire, un petit peu comme ils le veulent, par service indépendant, sans consultation ou sans une ligne directrice d'en haut. Si, déjà, on atteint ça, on aura atteint un petit but, dans le sens que vous dites.

M. Paradis (Matapédia): Présentement, ça ne se fait pas. Il n'y a pas d'équipe et vous n'êtes pas consultés. C'est ce que vous semblez nous dire.

Des voix: Oui.

M. Fackini: Oui, c'est ce qu'on dit.

M. Paradis (Matapédia): De façon très affirmative, sans aucune consultation?

M. Fackini: C'est arrivé, et je peux vous donner un exemple: le plan de mesures d'urgence qu'on est en train de développer qui, dans les directives du ministre, est prévu pour mars 1992; les directives du ministre sont sorties en mars 1991 et les premières rencontres de ces comités de protocole se sont faites en octobre 1991.

M. Paradis (Matapédia): Puis, depuis ce moment-là, il ne s'est rien passé?

M. Fackini: Il y a eu deux rencontres ou trois.

M. Paradis (Matapédia): Puis vous croyez qu'il n'y aura pas possibilité de faire l'élaboration ou de mettre en application ces directives.

M. Fackini: Je ne vous dis pas que c'est impossible; je vous dis que, si on part sept mois en retard, on est sept mois en retard. C'est mathématique, ça.

M. Paradis (Matapédia): Mais dites-moi, vous faites un certain nombre de recommandations, mais le quotidien, comment peut-il être viable, vivable?

M. Fackini: Comment peut-il l'être? Il ne l'est pas.

M. Paradis (Matapédia): Mais ce n'est pas ça que je vous demande. Je vous demande comment il pourrait l'être.

M. Fackini: O.K. À notre perception à nous autres, si tous les intervenants pouvaient être dans la même salle une fois et que les gens pouvaient se parler, s'expliquer, comme on l'avait fait dans le cadre du projet de sectorisation... On a de volumineux dossiers là-dessus. Le projet de sectorisation faisait en sorte qu'on était

convaincus qu'on améliorerait le temps de réponse, qu'on améliorerait le service, qu'on améliorerait les relations entre les différents groupes et, en bout de ligne, tout le monde aurait été plus content, l'employeur aussi, et la consultation qu'on vous a dit tantôt qu'on n'a plus, qu'on a déjà eu au début d'**Urgences-santé**, ça fonctionnerait. Le projet de sectorisation, c'est la meilleure idée, c'est le meilleur projet qu'on n'a pas. Il répondait à tout besoin ou toute demande du ministère et il améliorerait le service à la population. Mais ce projet-là est tombé à l'eau.

M. Paradis (Matapédia): Il faut bien comprendre qu'ici vous êtes des invités pour éclairer la commission et ses membres pour faire un certain nombre de recommandations, si nous devons le faire. Ce n'est pas le procès de personne; ce n'est pas le procès d'une corporation par rapport à une autre. Tout simplement pour vous mentionner, par contre, qu'il nous a été remis quand même un certain nombre de documents, notamment relevant les ambulances qui devaient être en service et qui l'étaient. On nous dit aussi que le temps de réaction est quand même relativement court, en deçà d'une minute, et le temps d'intervention en bas de six minutes. Finalement, ma question est la suivante: Est-ce que vous avez noté des changements ou des améliorations à Urgences-santé?

M. Fackini: Oui. Depuis les directives du ministre, on a un projet qu'on appelle préalerte, qui est supposé remplacer le messenger. C'est une petite imprimante. C'est le changement qu'on peut noter. Cette petite imprimante prend, le temps de sortir la fiche appel, 22 secondes. Neuf fois sur dix, le messenger arrive avant la fiche préalerte qui sort de la machine. Si c'est dans ce sens-là, je pense qu'on est loin de répondre aux normes du ministre ou aux directives émises. Si c'est dans ce sens-là, votre question, on est loin de là.

M. Paradis (Matapédia): Non, mais ma question portait sur l'ensemble d'Urgences-santé. Est-ce qu'il y a eu des changements notables? On n'en est pas à dénoncer l'un et l'autre, mais est-ce que vous **semblez** voir des changements? Ou, sinon, c'est le climat de terreur, comme on l'a décrit d'une certaine façon.

M. Fackini: "Climat de terreur", je n'aime pas les mots.

M. Paradis (Matapédia): Là, je vous tire une perche.

M. Fackini: Pardon?

M. Paradis (Matapédia): Je vous tire une perche.

M. Fackini: Je n'ai pas aimé les mots "climat de terreur". Ce n'est pas ça que je voulais...

M. Paradis (Matapédia): Non, non. Mais, dans certains commentaires que nous avons entendus ici depuis ce matin, c'est pratiquement près de cela que l'on parle, que l'on dit.

M. Fackini: Si on a noté des améliorations, oui. Il y a plus de cadres qu'il y en avait. Si les lignes directrices sont meilleures, la réponse est non. Si la consultation avec les différents intervenants est meilleure, la réponse est non. Si c'est dans ce sens-là, les améliorations, non, il n'y en a pas. C'est sûr que la structure d'Urgences-santé est mieux que ce qu'elle était au début. C'est sûr aussi qu'il y a beaucoup plus de cadres qu'il y en avait. Normalement, nos lignes directrices devraient venir de là. La gestion devrait partir de là et, après ça, ça devrait être clair pour tout le monde. Mais, à l'heure où on se parle, on est encore dans le même marasme où on était avant. On ne sait pas plus où on s'en va et, au niveau de la répartition, on manque autant de ressources qu'on en manquait. Hier, à 7 heures, il y en avait une à Montréal. Ça fait qu'à l'heure où on se parle, quand vous me parlez d'amélioration, je peux vous dire qu'on est loin, au niveau de la répartition des appels.

M. Paradis (Matapédia): Puis vous ne croyez pas, évidemment, que le système Clawson pourrait améliorer d'une certaine façon.

M. Fackini: Au niveau de Clawson, ce qu'on sait, on l'a su par l'**Info-Corpo**. La date est du 29 novembre, mais, nous autres, on l'a reçu le 6 décembre, le lendemain de la rencontre avec le ministre. Là-dedans, on répond à quelques questions, oui. Un petit peu tard quand même, mais on répond à quelques questions. Ce qu'on sait aussi de Clawson, c'est, à notre sens à nous autres, pour le peu qu'on peut en savoir, que Clawson, c'est un appel, une ambulance. Et, si c'est un appel, une ambulance, quand, hier, il restait une ambulance, je pense qu'il va manquer d'ambulances pour faire le reste des appels. On a un problème avec Clawson. On a un problème aussi, s'il est comme on pense, au niveau des encombrements des centres hospitaliers. On a quelques petits problèmes avec Clawson. Mais ce qu'on vous dit, c'est que l'information qu'on a, on n'en a pas beaucoup. Il est très difficile pour nous de nous prononcer à l'heure où on se parle sur Clawson.

M. Paradis (Matapédia): Même avant Clawson, on manquait d'ambulances aussi. On l'a vu à la Polytechnique.

M. Fackini: Oui. C'est une question de gestion.

M. Paradis (Matapédia): Pardon?

M. Fackini: Je pense que c'est une question de gestion. Je pense qu'on a assez de ressources pour répondre à nos appels, quelque part. J'en suis même convaincu. Mais je pense qu'il y a de la gestion là-dedans qui ne se fait pas.

M. Paradis (Matapédia): Je vais laisser poursuivre mon collègue de Joliette, quitte à vous revenir par la suite.

Le Président (M. Joly): M. le député de Joliette.

M. Chevette: Je vous remercie. D'abord, je voudrais vous souhaiter la bienvenue. C'est vrai que, dans votre cas, vous étiez là avant. Moi, je vais y aller sur la gestion, au début. Vous dites qu'il n'y a pas de transparence. Vous donnez quelques exemples de non-transparence, mais j'aimerais que vous m'en donniez un petit peu plus.

M. Fackini: On peut vous en citer quelques-uns.

M. Chevette: Moi, je pensais que c'était l'absence et, vous autres, vous marquez "manque de transparence".

M. Fackini: C'est une question de sémantique. Ce dont on peut vous parler, entre autres...

M. Chevette: Ce qui est opaque.

M. Fackini: Ce dont on peut vous parler, c'est, entre autres, de l'**Info-Corpo**, de ce qu'on parlait tantôt. Alors, quand on nous parle de Clawson, nous autres, pour le peu qu'on en sait, c'est quelqu'un qui a une 12e année et qui ne pense pas; à ce que je sache, il va remplacer une infirmière. Mais j'ai un document ici d'une rencontre où on me dit que la personne qui devrait remplacer l'infirmière peut... Et c'est dit texto, comme ça, en réponse à une question d'une infirmière: "Non, les conseils de secourisme de base seront donnés par les préposés en prenant un maximum de six ou sept minutes par appel." Moi, je m'interroge quand on parle de transparence ou d'information. J'ai eu ça et on n'était pas supposés l'avoir. Comment ça se peut qu'on remplace quelqu'un qui est formé par quelqu'un qui ne l'est pas et qui va être capable de passer sept minutes au téléphone avec un enfant, à l'autre bout, qui est en arrêt cardiaque? J'ai un petit peu de difficultés avec ça. J'en ai même beaucoup. (22 h 15)

M. Chevette: Mais vous êtes en train de me dire que vous n'avez pas été mis dans le coup avant octobre, si j'ai bien compris?

M. Fackini: Sur Clawson?

M. Chevette: Oui.

M. Fackini: On n'a jamais été dans le coup avec Clawson. Sur Clawson, la seule chose que je vous dis qu'on a eue, c'est daté du 29 novembre. Quand on a rencontré le ministre Côté, le 5 décembre passé, on ne l'avait pas.

M. Chevette: Puis il n'y a pas quelqu'un de la direction - une directrice ou un directeur - qui, depuis le mois de mars, là...

M. Fackini: Oui. Il y a eu une rencontre du personnel, un vendredi, où les responsables ont rencontré les salariés. Ça s'adressait surtout à la répartition. Et quand les gens sont sortis de là, ils s'étaient fait dire que, bon, il y aurait un choix de personnes pour être formées, qui iraient comme formateurs; on ne savait pas c'était qui et on s'en allait un petit peu dans le vague. Et le Dr Bastien avait dit que les consultations très officielles, il n'était pas trop pour ça. En sortant, ce qu'on a su, c'est que les quatre personnes étaient déjà choisies, étaient déjà revenues de Cincinnati. On avait un petit peu de misère avec la transparence là-dessus.

On avait aussi un petit peu de misère quant aux informations qu'on a pu prendre sur Clawson dans le journal, quand on nous dit que c'est mieux que l'invention de l'ordinateur ou, en tout cas, de la dactylo, je ne me souviens plus trop, là. L'information, le plus gros qu'on a eu, c'est par les journaux, par les chicanes, les différentes tirades qu'on peut lire. C'est là qu'on l'a toute prise.

M. Chevette: Vous relevez de quelle direction, au point de vue travail proprement dit?

M. Fackini: Depuis la réorganisation, des services professionnels, du Dr Bastien.

M. Chevette: Quand vous parlez des problèmes de flotte, je ne sais pas... Il n'y a pas 125 ambulances, dans la flotte à Mario?

M. Fackini: Si je ne me trompe pas, je vous dis ça de mémoire, je pense que c'est 132 en tout et partout. Il n'y en a jamais 132 sur la route en même temps.

M. Chevette: C'est combien, sur les heures de pointe?

M. Fackini: C'est 80 de jour, 70 de soir et 60 la nuit.

M. Chevette: Puis vous manquez de véhicules.

M. Fackini: Oui, oui, oui. Ça, pour en manquer, on en manque. On a aussi été environ une vingtaine d'heures en - c'est un mot qu'on ne peut plus employer, là - "priorisation", entre guillemets, depuis environ les quatre ou cinq derniers jours. Mais ça n'existe plus.

M. Trudel: Maintenant, c'est la réévaluation.

M. Fackini: C'est ça. Excusez, je ne me souvenais pas du mot. C'est ça. On était en réévaluation. Mais, des fois, c'est dur à évaluer quand il te reste une ambulance. Elle est plus difficile à faire, disons.

M. Chevette: Si vous aviez à faire une comparaison entre le fonctionnement du CRSSS, antérieurement... Vous releviez du CRSSS de Montréal avant, au niveau des flottes d'ambulances, là. C'est-à-dire, vous releviez... C'est une façon de s'exprimer, vous étiez gérés par le CRSSS.

M. Fackini: Oui.

M. Chevette: On a "coopératisé" le matériel roulant...

M. Fackini: Oui.

M. Chevette: ...avec des subventions de la SDC. Est-ce qu'on a amélioré la situation, de ce côté-là?

M. Fackini: Oui.

M. Chevette: En termes de qualité de véhicules?

M. Fackini: Oui, en termes aussi de disponibilité. On peut prendre tous les termes. C'est sûr qu'avant ça, quand on était sous le joug du Conseil régional, avec les différentes compagnies privées et les bris de véhicules effrayants qu'il y avait là-dedans... C'est évident qu'on a amélioré la qualité des véhicules. C'est clair et c'est sûr qu'on en a plus aussi. Ça, c'est évident.

M. Chevette: Puis, malgré tout ça, vous en manquez.

M. Fackini: Oui.

M. Chevette: Parce que la flotte est plus grosse qu'elle était...

M. Fackini: Oui.

M. Chevette: ...si ma mémoire est fidèle.

M. Fackini: Si ma mémoire est bonne - je vous dis ça de mémoire - il me semble que, dans le temps du Conseil régional, on en avait environ

entre 70 et 72. Il me semble même que c'est 72 véhicules de jour. Aujourd'hui, on en a 80.

M. Chevette: S'il n'y a pas de triage, là, puis si on répond avec un système qu'à peu près à chaque appel on envoie une ambulance, où est-ce que vous allez vivre?

M. Fackini: Vous êtes mieux de rester à Québec qu'à Montréal.

M. Chevette: Vous parlez de "sectorialisation".

M. Fackini: Sectorisation.

M. Chevette: J'ai de la misère à le dire, je vais le siffler, à cette heure-là. Si j'ai bien lu, vous avez, dans un secteur, 1 250 000 personnes?

M. Fackini: C'est-à-dire que, quand Urgences-santé a été créé, en 1981, d'une façon assez rapide - vous devez vous souvenir de ce temps-là - on a eu une carte, une grosse carte de la ville.

M. Chevette: Oui. J'en ai de 1984 et j'en ai de 1989.

M. Fackini: Oui. C'est ça. O.K. On a eu une grosse carte de la ville, on l'a divisée en deux, à l'avenue du Parc et, depuis ce temps-là, l'est de la ville, c'est de l'avenue du Parc jusqu'à la 100e, à Pointe-aux-Trembles, et l'ouest de la ville, c'est de Pointe-aux-Trembles jusqu'à Sainte-Anne-de-Bellevue, incluant Laval aussi. Depuis ce temps-là, on n'a jamais eu d'amélioration. Ça a toujours fonctionné comme ça et c'est ce qu'on disait dans le document. Un répartiteur, il n'arrête pas d'affecter, lui, il affecte tout le temps. Ce qu'on demande à cet individu-là, c'est de se rappeler le véhicule qu'il a envoyé il y a 15 minutes et qui, dans le fond, devrait être plus proche ou qui est parti sur un interétablissement. C'est ce qu'on demande à un individu, d'avoir de la mémoire, de se souvenir de tout ça.

M. Chevette: Quels sont les motifs que la direction vous donne pour ne pas se brancher là-dessus...

M. Fackini: On attendait les directives.

M. Chevette: ...et faire des secteurs qui soient un peu plus proportionnels?

M. Fackini: À un moment donné, on a fait un projet de sectorisation avec la direction. Ça bien fonctionné. Après ça, sont arrivés de petits problèmes qui sont aussi d'ordre syndical. Disons qu'on a boycotté un petit mois ou deux pendant la fin de notre négociation. Et, depuis ce temps-là, on nous répond qu'on attend des directives,

qu'on attend des budgets, qu'on attend ci, qu'on attend ça.

Mais, quand le projet a pris forme, on a engagé 25 personnes, qui ont été engagées par Urgences-santé, formées et payées entre 10 \$ et 17 \$ l'heure pour être des répartiteurs dans le cadre de la sectorisation. Et ces gens-là, ç'a coûté cher pour du monde qui ne travaille pas souvent.

La sectorisation... On a les tables adéquates. Dans un certain appartement en arrière, dans le bureau des cadres, on a aussi les cartes qui fitteraient pour la sectorisation. On a aussi le personnel, ils ont été engagés et formés pour ça, mais ça ne se fait pas parce que c'est un rajout de personnel chez nous.

M. Chevrette: C'est sur liste de rappel, je suppose, ceux qu'on a formés?

M. Fackini: Oui. On les a, ces gens-là. Ils sont sur la liste de rappel. Demain matin, si on faisait une sectorisation, ces gens-là pourraient s'installer, ils ont été formés, et, à notre sens à nous autres, ça améliorerait de beaucoup la qualité du service à la population.

M. Trudel: Et vous êtes deux répartiteurs, deux équipes qui travaillez en même temps?

M. Fackini: Non. Il y a un individu qui s'assied devant une carte, qui, lui, dispatche, répartit plutôt, excusez, tout l'est de la ville et, l'autre, qui est assis, répartit tout l'ouest de la ville. Lui, il a à se souvenir qui il a affecté, tous les véhicules qu'il a affectés, que ce soit en urgence ou en appel qu'on appelle 10-16, un appel urgent. Il a à se souvenir de toutes les ressources qui roulent. C'est sa job à lui de s'en souvenir. Tandis que ce qu'on proposait dans le temps, c'était de répartir la tâche, la mémoire et le talent des gens en cinq groupes différents.

M. Trudel: Mais, c'est ça. Vous êtes deux secteurs, vous êtes deux individus pour faire la répartition.

M. Fackini: Oui, on est assis un à côté de l'autre.

M. Trudel: Le dispatch, j'ai vérifié, c'est français.

M. Fackini: Pardon?

M. Trudel: Le dispatch, j'ai vérifié, c'est français.

M. Fackini: O.K. Donc, on est deux dispatchers, si vous voulez: un qui s'assied et qui dispatche l'est de la ville et l'autre qui est assis à côté et qui dispatche l'ouest de la ville. Ce qu'on proposait, nous autres, c'est de l'avoir en

cinq individus.

M. Trudel: Quand vous dites que, pour les répartiteurs des fréquences primaires, le suivi des appels devient difficile, pour ne pas dire impossible, c'est quoi les fréquences primaires?

M. Fackini: O.K. C'est parce que les fréquences primaires, c'est ce que les gens affectent, ce dont on vous parle présentement, les deux gars qui prennent l'est de la ville et l'ouest de la ville. Ce sont deux individus qui affectent tout le temps. Ils donnent ces fiches appels à des gens qu'on appelle des répartiteurs, ils ont le même titre d'emploi, mais eux autres font le suivi. Leur travail à eux autres, c'est de suivre les véhicules, leur disponibilité, tant qu'ils sont là, quand ils se rapportent disponibles. C'est eux autres qui nous avisent quand ces véhicules-là sont rendus, sont prêts, sont en direction. Ils font le reste de l'appel. Le répartiteur d'affectation ne fait qu'affecter et les autres font tout le suivi. Ce que nous autres on proposait, c'est que le répartiteur fasse et l'affectation et le suivi parce qu'il est humainement impossible de se souvenir de 30 véhicules que tu as affectés il y a cinq minutes, ça ne se peut pas.

M. Trudel: Ça ne se peut pas.

M. Fackini: Mais on le fait quand même depuis 1981.

M. Chevrette: Au dernier paragraphe de votre page 5, vous dites ceci: "Soulignons aussi que l'intégration des activités de la Coopérative, CTSAM, se traduit par une augmentation d'une quarantaine de cadres et une diminution désastreuse du personnel d'entretien". Y avait-il 40 cadres à la Coopérative?

M. Fackini: Non, ils n'existaient pas. C'est des titres d'emploi qui ont été créés; ça avait passé dans la presse, à un moment donné. C'est que, quand il a été question d'acheter la Coopérative des travailleurs, Urgences-santé a sorti un titre d'emploi dans les journaux qu'ils appelaient chef de secteur. Les personnes dont je vous parle, c'est des chefs de secteur. Il y en a environ une quarantaine. Il peut peut-être y en avoir un petit peu moins.

M. Chevrette: Est-ce que c'est ceux-là qui dispatchent les ambulances?

M. Fackini: Non, ils ne dispatchent rien, eux autres. Ce sont des cadres. Ce qu'on dit, c'est qu'avant...

M. Chevrette: Mais ils doivent faire quelque chose. Qu'est-ce qu'ils font?

M. Fackini: Je ne le sais pas. Ah! ils

donnent les clés des véhicules.

M. Chevette: Pardon?

M. Fackini: Ils donnent les clés des véhicules. C'est ce qu'on me dit. Leur travail spécifique, on ne le sait pas. On ne l'a jamais su.

M. Chevette: Jasez-vous avec les travailleurs, les techniciens de temps en temps?

M. Fackini: Pardon?

M. Chevette: Vous devez parler avec les techniciens ambulanciers, vous autres.

M. Fackini: Ça nous arrive.

M. Chevette: Est-ce qu'il y en a qui vous disent, par exemple, qu'il y a même de la discrimination au niveau du dispatch des ambulances?

M. Fackini: De la discrimination au niveau...

M. Chevette: En ce sens que, par exemple, si tu es un bon syndiqué collaborateur par rapport à un coopérant, tu pourrais avoir tel type d'ambulance au lieu de tel autre ou tu pourrais avoir...

M. Fackini: Non.

M. Chevette: Vous n'en avez pas jase avec eux autres?

M. Fackini: Non. Pas de ça.

M. Chevette: Est-ce qu'ils vous ont déjà dit, certains individus, qu'ils se sentaient menacés des fois?

M. Fackini: Non.

M. Chevette: Vous n'en avez pas entendu parler, vous autres.

M. Fackini: Non.

M. Chevette: Jamais.

M. Fackini: Non.

M. Chevette: Vous n'avez jamais su, dans la boîte, par exemple, qu'au niveau des techniciens ambulanciers, ça jouait "rough", des fois.

M. Fackini: Peut-être comme-ci, comme-ça, mais pas plus.

M. Chevette: Lisez-vous de temps en temps les journaux du RETAQ?

M. Fackini: Non, on ne les reçoit pas.

M. Chevette: Vous ne les recevez pas, vous. Votre syndicat est très autonome.

M. Fackini: Oui. C'est la grosse qualité de la CSN.

M. Chevette: C'est bien. Vive l'autonomie!

M. Fackini: Mais ce qu'on disait, aussi...

M. Chevette: Dans votre...

M. Fackini: Excusez! Mais comme il est repris au point 5, ce qu'on disait, c'est qu'il y a une prolifération de cadres, ça, c'est vrai. On peut vous citer des exemples. Quand il y a eu le rachat de la CTSAM, je ne sais pas exactement le nombre d'individus qui ont été coupés, des salariés.

M. Chevette: Ça a coûté 16 000 000 \$, ça.

M. Fackini: Pardon?

M. Chevette: Ça a coûté 16 000 000 \$, qu'on a su cet après-midi.

M. Fackini: Oui, mais ce n'est pas le chiffre en millions que je me demande, c'est le nombre d'individus qui travaillaient là qu'on a coupés. Je pense, moi, que c'est depuis ce temps-là qu'on a un petit peu plus de difficulté à faire sortir les véhicules puisque, avant, je pense qu'ils étaient trois pour faire ce travail-là - un préposé, un laveur, un ci, un ça - et, là, s'il en reste un, moi, je pense qu'il en manque deux. On a dénoté juste hier qu'il nous manque 1548 minutes. Les véhicules n'ont pas commencé leur quart à date. Ça fait 25 heures et 48 minutes, en quarts de nuit et de jour. Il nous manquait 25 heures de disponibilité parce que les ressources n'ont pas pu commencer à temps. Si on avait encore le même nombre de salariés qu'il y avait, j'imagine que les véhicules seraient sortis à la même heure, à la bonne heure; mais ça, c'est une spéculation.

M. Chevette: C'est ce que j'avais cru comprendre, tantôt. On sait que, quand c'étaient des entreprises privées, ça se faisait par un technicien, probablement, par propriétaire ambulancier, ou deux au maximum, dépendant des chiffres - je ne le sais pas. Mais, selon le plan de redressement, à un moment donné, quand on a parlé de la faillite technique de la CTSAM, c'est là qu'on a appris qu'il y avait peut-être une quarantaine, au dire, à ce moment-là, d'Urgences-santé et de certains du gouvernement, qu'il y avait trop de techniciens, pas de techniciens ambulanciers, mais de techniciens dans les garages. Et là c'est redevenu, si je com-

prends bien, à peu près l'équivalent de ce qui existait antérieurement, d'abord.

M. Fackini: Je ne sais pas si, avant, il y avait trop de techniciens ou de manuels dans les garages. Je sais qu'on a congédié ces gens-là et qu'on les a remplacés par des cadres - ça, je sais ça - ou, en tout cas, si on ne les a pas remplacés texto par des cadres, on a mis une structure de cadres qui fait en sorte qu'à l'heure où on se parle - je vous donne l'exemple d'hier - sur les 10-77, les départs des véhicules, il nous manque 25 heures et 48 minutes.

M. Chevrette: Ça n'existait pas, ce poste-là, avant l'intégration de la CTSAM?

M. Fackini: Non.

M. Chevrette: C'est bon à savoir, ça. Est-ce que c'est possible? On me raconte qu'à un moment donné il peut y avoir une ambulance au coin de telle rue et qu'à un moment donné c'est une autre de je ne sais pas quel coin qui va être obligée de venir quasiment à côté? Est-ce que ça arrive encore, ça? Moi, j'ai su, par exemple, qu'il y avait un individu qui était pris d'une crise cardiaque et puis ça a pris exactement 14 minutes pour qu'une ambulance se rende à l'endroit précis. Et, à la grande surprise du technicien ambulancier, il y avait une ambulance parquée sur un coin de rue, à peu près à une minute. Est-ce que c'est possible encore, en fonction du système actuel, que ces choses-là se produisent? En temps et lieu, je sortirai les noms.

M. Mallette (Yves): Est-ce qu'on vous a donné la raison, pourquoi le...

M. Chevrette: Une question d'ondes, je ne sais pas. C'est peut-être à un moment où il y avait brouillage d'ondes ou de je ne sais pas quoi. Je ne le sais pas. C'est arrivé en novembre 1987.

M. Desrosiers (Alain): Il y a quand même des facteurs qui sont plus ou moins contrôlés dans un système de répartition. C'est-à-dire qu'un véhicule peut être disponible ou non, à savoir si les techniciens sont à l'intérieur du véhicule, ils sont peut-être sur un appel. L'appel est peut-être une urgence ou non. Le véhicule pourrait être en bris mécanique. Ça pourrait être aussi une période de repas où les techniciens sont à l'intérieur. Ça, évidemment, ce sont des choses qu'on ne contrôle pas. Ce n'est quand même pas une carte géographique qui se fait ni plus ni moins par satellite en ce qui concerne la localisation des véhicules. À savoir s'ils sont disponibles ou pas et le pourquoi, ce qu'ils sont en train de faire, ça, évidemment, on ne l'a pas.
(22 h 30)

M. Chevrette: Mais il n'y a pas une obligation d'aviser, par exemple, à un moment donné, quand quelqu'un quitte pour son heure de lunch? Il a le droit de manger, ce n'est pas à ça que je m'attaque. Mais je suppose que, s'il est stationné sur le coin de la rue Wellington à Verdun, s'il est au Dunkin'Donuts ou je ne sais pas où, est-ce qu'il n'a pas le devoir de se rapporter pour que vous sachiez que tel véhicule ne peut pas servir dans les circonstances?

M. Desrosiers: Le syndicat de la RETAQ, de par leur convention, serait sûrement mieux habilité pour répondre à la question.

M. Chevrette: Mais vous autres, comme répartiteurs... Non, non, non. Ma question, je la poserai bien au RETAQ. Mais, vous autres, vous n'avez pas sous vos yeux, au moment où vous faites la répartition, vous n'avez pas d'idée qui est dans le secteur?

Une voix: Non.

M. Desrosiers: Lorsqu'un véhicule est en bris mécanique ou que le personnel est en période de repas, ça, évidemment, c'est des périodes qui appartiennent aux techniciens ou aux garages eux-mêmes. Là, évidemment, le véhicule est perdu de vue; même si, physiquement, il se trouve à tel coin de rue, pour nous, évidemment, c'est invisible.

M. Trudel: Oui, mais, vous autres, vous savez toujours quel nombre de véhicules est disponible?

M. Desrosiers: Oui.

M. Trudel: En tout cas, au moins il faut que vous fassiez l'effort de vous en souvenir, comme vous le disiez tantôt, soit 30 véhicules à peu près.

M. Desrosiers: Le nombre de véhicules, oui, qui devraient être normalement actifs de par leur début de quart, incluant ceux qui ne le sont pas, dû à des bris mécaniques, des manques d'équipement, des périodes de repas et ainsi de suite, oui, sans connaître la localisation précise s'ils ne sont pas sur des appels. Évidemment, on élimine l'attente, là.

M. Trudel: C'est-à-dire...

M. Chevrette: Mais vous n'êtes pas installés comme la police, dans ce cas-là.

Une voix: Non.

M. Chevrette: La police qui va luncher, le répartiteur sait où il est. S'il y a un urgent besoin, il va lui dire: C'est de valeur, tu mange-

ras ta soupe plus tard, mon petit gars, j'ai besoin de toi. Vous autres, vous ne savez pas ça.

M. Desrosiers: Effectivement, on ne peut définitivement pas se comparer au système de répartition de la police ou des pompiers. On se réfère, d'ailleurs, très souvent à eux pour des rues qu'on ne connaît même pas ou dont on n'a même pas la référence, parce que, eux, évidemment, sont plus habilités de par leur système à nous dire exactement: Rendez-vous à tel endroit, c'est à telle intersection, vous allez voir telle chose et ainsi de suite, incluant les édifices publics. On ne possède aucun outil de travail pour localiser comment se rendre à l'intérieur...

M. Chevette: Mais, imaginez-vous...

M. Desrosiers: ...d'un édifice; par exemple, l'Université du Québec.

M. Chevette: ...monsieur, si on répond à tous les appels!

M. Desrosiers: La répartition d'Urgences-santé...

M. Chevette: J'essaie de m'imaginer comment ça va être...

M. Desrosiers: ...ne s'est jamais vantée d'être...

M. Chevette: ...si vous n'avez pas un système... Ça va vous prendre...

M. Trudel: Une mémoire phénoménale.

M. Chevette: Ce n'est plus une mémoire. Je ne sais pas ce que ça va prendre, mais, à supposer que ça augmente, le nombre de véhicules roulants, pour venir à bout de répondre en vertu du nouveau système qu'on veut implanter, si vous n'avez pas plus de notions que vous en avez là, ce n'est toujours pas un IBM, un cerveau électronique qui va aller courir en ville, là.

M. Desrosiers: Le Syndicat des employés de bureau d'Urgences-santé, évidemment, n'a jamais dit qu'il avait tous les outils de travail pour bien oeuvrer dans ses tâches et il n'a jamais dit non plus que ses employés n'avaient pas certaines qualités x pour subir un certain stress. C'est évident.

M. Trudel: Je reviens un petit peu sur la question de la disponibilité de votre poste de travail. Théoriquement, 80 véhicules le jour, 70 le soir, 60 la nuit, un ordre de grandeur. S'il y a 60 véhicules la nuit qui sont en service, est-ce que, vous autres, vous êtes constamment informés

du nombre de véhicules effectivement disponibles et à quel endroit ils sont toujours, ces véhicules-là?

M. Fackini: Oui, tant qu'ils ne sont pas dans leurs périodes de repas, qu'ils ne sont pas en bris mécanique ou des choses comme ça, avec un problème d'équipement ou un problème radio. Mais les véhicules disponibles, on sait toujours où est-ce qu'ils sont; ça, c'est notre job, ce n'est pas un problème. Mais, sur les 60, il peut y en avoir 5 qui sont en période de repas. Le technicien mange où il veut; ça, ce n'est pas notre problème. Il nous en reste 55; les 55, on sait toujours où est-ce qu'ils sont. Ça, c'est notre travail de savoir où est-ce qu'ils sont, toujours.

M. Trudel: Mais le cas soulevé par mon collègue, théorique, là...

M. Fackini: Bien, ce qui peut arriver, c'est que...

M. Trudel: ...d'une expérience qui a été vécue... Est-ce que ça se peut, ça, qu'un véhicule soit à un endroit et qu'il ne soit pas dans les exceptions que vous avez mentionnées - pour le lunch, en bris mécanique ou des problèmes de communication, ça peut arriver, on est en termes de matériel - des gens qui sont actifs, qui sont en circulation, mais, vous autres, vous ne pouvez pas les rejoindre là où ils sont?

M. Fackini: S'ils sont là où vous dites et qu'on n'est pas capables de les rejoindre, ils ont un problème radio, ils ont un problème quelque part et je me demande ce qu'ils font là. Théoriquement, on sait toujours où est-ce qu'ils sont, nos véhicules. Les techniciens, on leur demande - on appelle ça un 10-20, ça veut dire: Où est-ce que vous êtes? - leur 10-20 des centaines de fois par jour, pour ne pas dire des milliers. On sait à peu près toujours où le véhicule se dirige. Quand on vient pour affecter un appel...

M. Chevette: Avez-vous la responsabilité de faire les rapports quand vous identifiez que quelqu'un n'est plus en poste, par exemple?

M. Fackini: Pardon?

M. Chevette: Supposons que vous en cherchez un...

M. Fackini: Oui.

M. Chevette: ...et que vous ne le trouvez pas, est-ce que c'est vous autres qui avez la responsabilité de faire un rapport?

M. Fackini: Non, on a des coordonnateurs qui...

M. Chevrette: Vous rapportez au coordonnateur que ça ne répond pas dans tel véhicule.

M. Fackini: On dit que ce véhicule-là est non disponible pour problèmes de communication radio et le coordonnateur va voir quel problème de radio il a.

M. Chevrette: Je comprends. Je voudrais vous dire que...

M. Fackini: Les radios changent aussi de fréquence toutes seules, ça fait que...

M. Chevrette: J'ai aussi été ébranlé d'apprendre par vous autres qu'il n'y a même pas aucun comité interdisciplinaire ou intersecteur de travail qui existe présentement.

M. Fackini: Je vous ai dit qu'il y en a un sur le plan des désastres qui a commencé sept mois après.

M. Chevrette: Non, mais sur l'éventuel système qu'on veut mettre là...

M. Fackini: Non.

M. Chevrette: ...est-ce qu'on vous a assis ensemble...

M. Fackini: Non.

M. Chevrette: ...techniciens, répartiteurs, infirmiers, infirmières, médecins?

M. Fackini: Pas à l'heure où on se parle.

M. Chevrette: Jamais.

M. Fackini: Non.

M. Chevrette: Ça n'existe quasiment pas.

M. Fackini: Pas à l'heure où on se parle.

M. Chevrette: Je dois vous dire que l'heure est plutôt à ça, dans tous les secteurs. On en parle dans les hôpitaux, par exemple, de santé mentale. Je me rappelle du nombre d'heures qu'on a passées ici et on a dit: Il faut parler de **multidisciplinarité**, la réforme de la santé parle de ça. Et chez vous, ça n'existe pas?

M. Fackini: D'ailleurs, notre inquiétude, si Clawson fonctionne d'après les directives du ministre, de mémoire, il me semble que ce doit être le 1er ou le 31 janvier. Il nous reste un mois pour faire les charges de postes, choisir les gens, les trouver, les former trois jours pour remplacer des infirmières qui ont des DEC ou des BAC. Ça va aller vite.

M. Chevrette: Quel est le fonctionnement, la méthode de travail avec vous autres? Est-ce que la direction envoie des papiers et dit: Qu'est-ce que tu en penses?, ou si elle t'envoie des papiers et qu'elle dit: Applique ça, ou bien si elle te demande ce que tu en penses avant de faire ses papiers?

M. Fackini: Au niveau de la **répartition**, je pense qu'il n'y a pas de papiers qui sont envoyés pour demander ce qu'on en pense. Je pense qu'il n'y a pas non plus de papiers qu'on retourne pour dire ce qu'on en pense, parce que, au niveau des procédures, on fait bien dur. Ce qu'on fait, on va voir notre chef de service, on lui explique et, ensemble, on essaie de faire des choses. Au niveau de l'encadrement, je peux vous donner un exemple bien farfelu: Si quelqu'un de l'**UQAM** appelle, que quelqu'un vient de tomber à terre près de l'**UQAM**, la seule adresse qu'on a sur l'informatique, c'est l'adresse du siège social de l'**UQAM**. Mais il y a six pavillons. Là, on ne sait pas où on va le chercher.

Si on cherche - ça arrive souvent - des petites rues, des nouvelles rues à **Rivière-des-Prairies**, on appelle une compagnie de taxi et eux autres savent où; nous autres, on ne le sait pas. C'est un exemple.

M. Chevrette: Comme syndicat...

M. Fackini: Oui.

M. Chevrette: ...comme groupe, là...

M. Fackini: Oui.

M. Chevrette: ...est-ce que vous avez décidé de faire connaître vos orientations, vous autres? Quand vous voyez qu'ils ne vous consultent pas, que vous ouvrez le journal et que vous apprenez par le journal ce que vous devriez apprendre à l'interne d'abord, est-ce que vous avez pris position face à ce manque de transparence au niveau de la gestion?

M. Fackini: Oui. On a rencontré notre P.-D.G. il y a environ un mois, les comités restreints de l'exécutif, et, suite à cette rencontre-là, on a sorti un journal. On a eu le malheur d'appeler ça un compte rendu et on s'est fait envoyer une lettre par notre employeur dans laquelle il mentionnait qu'à peu près tout ce qu'on avait dit c'était faux. C'était intéressant parce qu'il ajoutait: On a su, par cette lettre-là, que les gens de l'**intérétablissements** allaient perdre les appels d'urgence qui sont là actuellement et que ça serait transféré au nouveau module de triage des appels. On l'a appris par cette lettre-là. Mais quand on a regardé la **Gazette**, **La Presse** et **Le Soleil**, trois, quatre semaines après, à peu près tout ce qu'on avait dit qui n'arriverait pas, ça corroborait, disons.

On s'est fait dire qu'on était à côté de la "track", pour relire la même chose que ce qu'on avait dit deux, trois semaines après, à quelques variantes près.

M. Chevette: Avez-vous un représentant présentement sur le conseil d'administration?

M. Fackini: Oui.

M. Chevette: Est-ce que votre représentant a rapporté ces positions de votre groupe?

M. Fackini: En général, on se parle.

M. Chevette: Est-ce que c'est vous?

M. Fackini: Non, non, ce n'est pas moi.

M. Chevette: Non, c'est un membre de votre exécutif.

M. Fackini: Non, c'est un membre de notre Syndicat.

M. Chevette: De votre Syndicat.

M. Trudel: Vous dites aussi dans votre mémoire qu'il y a de moins en moins de transport interétablissements; le nombre, vous voulez dire, vous en faites moins.

M. Fackini: Cela a baissé, oui. Mais c'est dû à plusieurs facteurs. Entre autres, je ne sais plus quand mais, à un moment donné, le ministre Côté a dit qu'il faudrait que les hôpitaux gèrent leur budget, bon. L'hôpital Maisonneuve, au lieu de prendre une ambulance pour l'envoyer au pavillon qui est sur l'autre coin de rue, maintenant, souvent - ça dépend des cas - ils peuvent se servir d'un taxi, de Medic-Aid, ou de Medic-Bus, ou des choses comme ça. Et il y a eu un temps où la qualité du service qu'on donnait... On ne respecte pas beaucoup les rendez-vous, en général, parce qu'on a un manque de ressources. Je suppose que les centres hospitaliers ont préféré faire affaire avec Medic-Aid ou des choses comme ça. Mais, là, je spéculé.

M. Trudel: Avec une entreprise privée ou quelque chose de même.

M. Fackini: Pardon?

M. Trudel: Ils ont fait affaire avec quelqu'un d'autre pour...

M. Fackini: Bien, en tout cas... ou il y a réellement moins de transport et moins de monde malade, ce qui m'étonnerait beaucoup, là.

M. Trudel: Ce serait étonnant un peu. Vous parlez du système de préalerte, ce que, vous

autres, vous pensez, comment on devrait faire cela, qu'on devrait mettre en place un système de préalerte efficace. C'est quoi, ça, un système de préalerte pour vous autres, au niveau des répartiteurs?

M. Fackini: Bien, si le projet de sectorisation fonctionnait, on pense qu'il serait plus facile parce que, déjà, à l'heure où on se parle, quand le projet de la secto a débuté - les infirmières me reprendront si je me suis trompé - dans leur coin d'écran cathodique, elles avaient les secteurs. Ce ne serait pas, je pense, trop, trop compliqué d'avoir une imprimante ou un petit ordinateur par secteur où la fiche sortirait immédiatement dans le secteur approprié. Au lieu, là, de se creuser la tête à savoir dans quel coin c'est, on le sortirait par secteur. Ça diminuerait le temps de réponse. Bien, peut-être pas le temps de réponse, mais le temps d'affectation. Celle dont on vous parle, la préalerte, c'est une petite boîte, une belle petite boîte, bien "cute", ça lui prend 22 secondes pour faire sortir une fiche appel et, physiquement, les infirmières sont comme, je ne sais pas, d'ici à la chaise qu'il y a là. 22 secondes pour sortir de là. Le messenger le fait à pied et plus souvent qu'autrement, il arrive avec la fiche appel de l'infirmière avant que la préalerte sorte de la petite machine.

M. Trudel: Je comprends pourquoi vous ajoutez le mot "efficace".

M. Fackini: Pardon?

M. Chevette: La vitesse tue.

M. Fackini: Elle ne mourra pas, cette machine-là.

M. Trudel: Je comprends pourquoi vous dites: un système de préalerte efficace. Sur les premiers répondants...

M. Fackini: Oui.

M. Trudel: ...vous dites: "À l'intérieur du système de soins préhospitaliers d'urgence, personne ne peut être contre les premiers répondants; l'exemple du West Island, même s'il y a certains problèmes, est valable." Vous autres, personne ne prend contact avec des premiers répondants.

M. Fackini: Oui, dans les villes... Là, j'ai un petit blanc de mémoire. Ce n'est pas trop, trop important les villes. Il y a Westmount, Pointe-Claire, Côte-Saint-Luc, Beaconsfield, Baie-d'Urfé, Senneville. Toutes ces villes ont un système de premiers répondants - ce sont des gens plus aisés, ils sont dans l'ouest. Quand on fait un appel sur les ondes - qu'on appelle, nous

autres, un 10-19 - qu'on appelle tous les véhicules, on nomme le véhicule 800 - on l'appelle le 800 - on appelle le 810 et nos ressources à nous autres et ces véhicules-là, les 800 - ils ont tous la dénomination 800 au début - nous répondent et ils envoient une ressource. Neuf fois sur dix, ils connaissent très, très bien leur secteur, ils ont juste un petit secteur bien, bien délimité, et ils arrivent plus souvent qu'autrement avant nous autres, parce que eux autres aussi ont un petit cardex qui leur dit: Tu passes telle rue, tu tournes à telle rue, telle rue, telle rue. Ils ont le temps, ils ont un petit secteur. Si Urgences-santé avait ça à Montréal, ça serait l'idéal, mais c'est beaucoup, ça. J'imagine que c'est beaucoup.

M. Trudel: Ces premiers répondants là, c'est juste l'ouest, dans le West Island.

M. Fackini: Oui, oui, certaines villes du West Island, oui.

M. Chevrette: Mais vous avez déjà fait des suggestions dans ce sens-là.

M. Fackini: On n'est pas contre.

M. Chevrette: Non, mais est-ce que vous en avez apporté, des suggestions de ce type-là, à votre employeur pour qu'il améliore le système?

M. Fackini: Quand on avait rencontré la commission De Coster, on avait dit dans ce temps-là qu'on était pour les premiers répondants. On l'a déjà dit.

M. Chevrette: Je me garde 30 secondes.

Le Président (M. Joly): M. le député, vous avez été très raisonnable.

M. Chevrette: Tu peux y aller, c'est un commentaire final que j'aimerais faire.

Le Président (M. Joly): Ah! C'est un commentaire. Donc, à ce moment-là, je vais reconnaître le député de Matapédia.

M. Paradis (Matapédia): Oui, rapidement, M. le Président. Vous nous dites que vous êtes d'accord pour séparer Info-Santé.

M. Fackini: Non, ce n'est pas ça qu'on dit, on dit qu'Info-Santé devrait avoir un numéro à part.

M. Paradis (Matapédia): Oui, oui, c'est ça que je veux dire.

M. Fackini: O.K.

M. Paradis (Matapédia): Je m'exprime mal,

je me suis peut-être mal exprimé. Je me reprends.

M. Fackini: D'accord.

M. Paradis (Matapédia): Chacun un numéro de téléphone et de façon distincte pour Info-Santé.

M. Fackini: Oui.

M. Paradis (Matapédia): On a parlé tout à l'heure... Je vous ai entendu parler de transport interétablissements.

M. Fackini: Oui.

M. Paradis (Matapédia): Est-ce que vous seriez d'accord pour la même chose?

M. Fackini: Je pense que non parce qu'à l'heure où on se parle, toujours dans le cadre de la sectorisation...

M. Paradis (Matapédia): Mais vous dites que c'est quand même 35 % de votre volume, que vous manquez de véhicules.
(22 h 45)

M. Fackini: Oui. Mais si on peut gérer ce qu'on appelle, avec notre sectorisation, les opportunités... Je vais vous donner un exemple précis. Vous êtes à l'hôpital Saint-Luc, à Montréal. Si vous prenez un véhicule qui s'en va sur un transport interétablissements jusqu'à l'hôpital Maisonneuve, s'il est dissocié de nous autres - au début, on fonctionnait comme ça à Urgences-santé; on était dissociés, on avait deux flottes à part - et s'il passe sur Notre-Dame et Pie IX, par exemple, et qu'il voit un accident, nous autres, à Urgences-santé - si on était dissociés, si on se reporte au passé - on prend un véhicule, qui, lui, est à l'hôpital Notre-Dame, qui part avec ses ambulances, ses gyrophares, pour s'en aller sur Pie IX et Notre-Dame pendant que l'autre lui passe dans le visage. C'est ce dont on parle quand on parle d'opportunité. C'est dans ce sens-là qu'on veut une sectorisation. Parce qu'on va avoir un meilleur contrôle sur toutes nos ressources, on va savoir où elles sont tout le temps. Un véhicule qui est sur un appel interétablissements, il s'envoie pour aller nous donner ce qu'on appelle un 10-33, une évaluation sommaire de la situation. Plus on a de ressources, plus on peut répondre dans un temps plus court à nos appels.

M. Paradis (Matapédia): Peut-être une dernière question en terminant. Vous dites que vous seriez tout à fait disposés à travailler dans un groupe interdisciplinaire. J'ai, devant moi, le document des médecins qui nous recommandent ou qui seraient prêts à travailler, dans le cadre de projets en commun, avec des organismes

accrédités ou les premiers répondants, tels les pompiers et la police. Est-ce que vous seriez prêts à travailler avec les pompiers, notamment?

M. Fackini: Oui. Bien oui. On travaille déjà avec les premiers répondants. Je veux dire, je ne vois pas pourquoi on...

M. Paradis (Matapédia): Dans votre réflexion, jusqu'où pourrait aller la contribution des pompiers?

M. Fackini: J'imagine sur le même principe que les... Ça, on ne l'a pas poussé plus qu'il le faut, mais je suppose dans la même voie que les premiers répondants du West Island. Je pense que, si on assoit les gens à une même table, on verra ce qui va en ressortir de ça. Je ne peux pas me prononcer sans avoir assisté au moins à une rencontre quelque part pour savoir, eux autres, où ils veulent s'en aller. Dans ce sens-là, je pense qu'on n'a pas de limite à l'heure où on se parle.

M. Paradis (Matapédia): Ça, je veux bien. Tout le monde nous dit: On est de bonne foi, on est prêt à s'asseoir, à discuter, à travailler en groupe multidisciplinaire ou interdisciplinaire, mais il est difficile, jusqu'à un certain point, de sentir jusqu'où chaque organisme ou chaque groupe est prêt à faire des concessions pour arriver à un consensus.

M. Fackini: Ce n'est pas une question de concession d'aller s'asseoir là. Je pense que, si la direction assoit les différents groupes à une table, on va voir ce qui peut en ressortir de cette concertation-là, mais on va commencer par s'asseoir une fois à une table. Je ne me suis jamais assis à une table avec un pompier. Je sais que, dans le West Island, ils font une bonne job. Ça, c'est la conclusion que j'ai. Ça fait que je partirais avec cette prémisses-là. Je ne peux pas vous répondre plus que ça à cette question-là.

M. Paradis (Matapédia): Je vais vous donner ma définition de la concertation.

M. Fackini: Ah! Ça, ça serait peut-être intéressant.

M. Paradis (Matapédia): La mienne, strictement personnelle. Moi, je vis dans une région relativement pauvre où on est obligés de se concerter pour se partager la pauvreté, jusqu'à un certain point.

M. Fackini: Oui.

M. Paradis (Matapédia): La définition que j'ai de la concertation, qui m'est tout à fait personnelle, c'est: C'est quoi que je suis capable de laisser à mon voisin?

M. Fackini: Comment m'avez-vous dit ça?

M. Paradis (Matapédia): Qu'est-ce que je suis capable de laisser à mon voisin? La concertation, dans ma tête, c'est ça.

M. Fackini: Ah!

M. Paradis (Matapédia): Je ne vous demande pas de la partager...

M. Fackini: Non, non.

M. Paradis (Matapédia): ...je vous demande d'y réfléchir.

M. Fackini: À l'heure où on se parle, je ne la partage pas. Mais, à l'heure où on se parle, je pense que ça serait intéressant qu'on puisse mettre les différents intervenants quelque part et on verra jusqu'à quel point ils sont prêts à partager. Mais, si cette étape-là n'est jamais faite, la réponse à votre concertation, qu'elle soit dans votre sens ou dans le mien, on ne l'aura jamais.

M. Paradis (Matapédia): Très bien. Je vous remercie de votre présence.

M. Fackini: Ça me fait plaisir.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député de Matapédia. M. le député de Joliette et leader de l'Opposition.

M. Chevette: Ça tombe bien, c'était de ça dont je voulais vous parler.

M. Fackini: De la concertation?

M. Chevette: Mais, pour moi, pour se concerter, il faut d'abord être ensemble.

M. Fackini: Oui.

M. Chevette: Parce que, avant que je puisse laisser quelque chose à mon voisin, il faut, au moins, qu'on me convoque pour que je sache...

M. Fackini: Ce que je vais perdre.

M. Chevette: ...ce que je peux donner aussi dans un système, dans une orientation où un conseil d'administration doit d'abord donner ses objectifs aussi et son point de vue avant de le demander aux autres. D'ailleurs, ça a l'air d'être un mot qui a été découvert dernièrement, ça, le mot "concertation". On a vu ça.

Une voix:...

M. Chevette: Oui. Je connais le ministre de

l'Industrie et du Commerce, effectivement, qui l'a découvert, mais ce n'est pas ça que je veux dire. Moi, je voudrais formuler un voeu. Je voudrais formuler le voeu que le conseil d'administration saisisse la perche que vous tendez. Parce que c'est rare, effectivement, qu'on a des offres aussi spontanées pour dire: Moi, je suis prêt à m'asseoir pour trouver un système amélioré. Parce qu'à la lecture de votre mémoire, entre vous et moi, et au type de réponses que vous avez fournies - c'est bien sûr, on vous a posé des questions et je voudrais vous féliciter pour votre franchise, d'abord - vous avez quasi un air de dépit. On dirait que vous avez perdu un peu confiance.

M. Fackini: Effectivement.

M. Chevrette: Moi, je dois vous dire, si ça peut vous encourager, que le mandat d'initiative, on va essayer de faire grouiller ça. Parce que ça se sent de l'extérieur ce que vous ressentez à l'intérieur. Et si vous en apprenez par les journaux, on en apprend par les journaux et dans les corridors. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député.

M. Trudel: Je veux vous remercier, moi aussi, et vous dire que j'ai été impressionné par la franchise. On voit que vous êtes sur le terrain et que les problèmes, vous les vivez quotidiennement. On ne peut pas rejeter l'offre d'expertise que vous avez faite ce soir. Merci de vous être déplacés, merci beaucoup.

Le Président (M. Joly): Merci beaucoup.

M. Fackini: Merci.

Le Président (M. Joly): À mon tour, au nom des membres de cette commission, je tiens à remercier madame et messieurs de cette présentation. Bon retour. Merci beaucoup.

La commission ajourne ses travaux à demain matin, 9 h 30, dans cette même salle.

(Fin de la séance à 22 h 51)