



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 (2)

Le vendredi 13 décembre 1991 — No 110

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Auditions

Rassemblement des employés techniciens ambulanciers du Québec
Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain
M. Pierre Frechette

CAS-6249
CAS-6265
CAS-6273

Autres intervenants

M. Jean A. Joly, président

M. Henri Paradis
M. Rémy Trudel
M. Guy Chevrete

- * M. Mario Cotton, Rassemblement des employés techniciens ambulanciers du Québec
- * M. Pierre Lamarche, Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain
- * 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) G1R 5P3
tél. 418-643-2754
télécopieur: 418-528-0381

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1782

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le vendredi 13 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**

(Neuf heures quarante-deux minutes)

Le Président (M. Joly): Bonjour à tous et à toutes. La commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à des consultations particulières et de 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, avons-nous des remplacements?

La Secrétaire: Non, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci. Aujourd'hui, nous entendrons le Rassemblement des employés techniciens ambulanciers du Québec, le RETAQ, la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain, le Dr Pierre **Fréchette**. Je vois que, déjà, les représentants du Rassemblement des employés techniciens ambulanciers du Québec ont pris place. Je vous rappelle la procédure. Vous avez environ une demi-heure pour nous exposer votre mémoire et, par après, les parlementaires vont avoir le plaisir d'échanger avec vous sur une base de temps partagé.

M. Cotton, pourriez-vous nous présenter les gens qui vous accompagnent, s'il vous plaît?

Auditions**Rassemblement des employés
techniciens ambulanciers du Québec**

M. Cotton (Mario): Merci, M. le Président. À ma droite, M. Gaétan **Coulombe**, vice-président du RETAQ; à ma gauche, M. **Lloyd Léger**, ainsi que M. Marcel Lapensée.

Le Président (M. Joly): Merci. La parole est à vous, M. Cotton.

M. Cotton: Merci. Dans un premier temps, nous aimerions souligner une situation qui nous a pour le moins laissés perplexes. En effet, le jeudi 5 décembre dernier, nous avons été étonnés de recevoir une convocation qui nous invitait à venir faire nos représentations ici aujourd'hui, cette demande étant entrée à nos bureaux par télécopieur au moment même de notre retour d'une rencontre avec les autorités du ministère où, essentiellement, les mêmes questionnements nous étaient soulevés. Était-ce là une stratégie pour permettre à Urgences-santé de préparer le questionnement d'aujourd'hui? Pour cela, une réponse, qui laisse à tout le moins penser qu'Urgences-santé est inquiète face à ses différents groupes qui oeuvrent en son sein. Mais

qu'à cela ne tienne, si cette journée permet de faire un pas de plus vers l'avant, nous sommes prêts et disposés à y participer.

Dans ce cadre, une première remarque générale nous permettrait de positionner le RETAQ dans toute cette question de réforme touchant Urgences-santé. C'est sûrement le manque ou l'absence de consultation de la part des autorités et, plus précisément dans ce cas-ci, de la part d'Urgences-santé à qui la tâche en avait été dévolue; en effet, le RETAQ étant le représentant des vrais intervenants, des vrais dispensateurs de services auprès de la population que sont les techniciens ambulanciers. Nous pouvons toujours nous questionner aujourd'hui sur la pertinence d'avoir des infirmières à la réception d'appels, nous pouvons toujours nous questionner d'avoir des médecins sur la route, nous pouvons toujours nous questionner de remplacer les répartiteurs par un ordinateur, mais une chose est certaine, nous aurons toujours besoin de techniciens ambulanciers. Peu importe si on redéfinit leur rôle, il en restera que la présence des techniciens ambulanciers sera toujours nécessaire. Mais pourtant, une chose assez incroyable, on décide, on planifie, on projette un fonctionnement qui les englobera sans les consulter, sans leur demander leur avis, eux qui, pourtant, possèdent l'expertise qui permettrait d'engendrer des solutions aux problèmes les plus criants évoqués lors de cette réforme.

Donc, nous ne pouvons que présenter nos commentaires sur les points les plus criants et plus aigus, avec une vision de praticien et non pas de théoricien.

Quant à la réception des appels à Urgences-santé, depuis longtemps le RETAQ souhaite une réforme en profondeur à ce chapitre des opérations à Urgences-santé. En effet, par la pratique de tous les jours, nous avons été à même de constater les délais de plusieurs minutes engendrés par une évaluation téléphonique souvent décriée comme de la médecine au téléphone, et ce, pour être, à plusieurs reprises, arrivés auprès de patients qui avaient eu à téléphoner ou à requérir les services d'Urgences-santé et qui s'étaient fait répondre par des conseils judiciaires, par une évaluation médicale orientée, et qui, après l'évolution de leur pathologie, s'en trouvaient d'un diagnostic de toute autre nature. De plus, pour juger de cette problématique, il faut être à même de comprendre ou de visualiser ou encore de concevoir l'état dans lequel se retrouve l'appelant. Combien de gens avons-nous transportés qui n'étaient point capables de décrire adéquatement leurs

signes et symptômes, soit par méconnaissance ou encore par gêne et indisposition à exprimer clairement leurs problèmes, entre autres par orgueil? Combien de fois avons-nous rencontré un homme dans la quarantaine en parfaite forme jusqu'alors, soudainement en diaphorèse, nous décrivant sa douleur **rétrosternale** comme une mauvaise digestion? Une grand-maman ou un grand-papa en train de nous décrire son rhume d'estomac ou, tout simplement, nous décrivant un mal, une douleur, une sensation qui n'a rien à voir avec la douleur ou le siège de la douleur réelle? Comment peut-on s'imaginer, avec les guides d'évaluation les meilleurs ou avec les recettes d'évaluation les meilleures qui soient, être capable de faire l'évaluation de ces patients au téléphone, sans risquer leur vie?

Il ne s'agit pas là de faire le choix entre une infirmière, un médecin, un technicien ambulancier, un répartiteur, ou encore M. **Tout-le-Monde**, pour faire la réception de ces appels. Il ne s'agit pas de titre d'emploi, il ne s'agit pas de groupe, il s'agit de fonction. Il est vrai, à notre avis, que de placer une infirmière ou un médecin dans cette position qu'est celle de recevoir les appels d'urgence, c'est d'user de compétences surqualifiées pour le travail qu'on a à demander à ce type de personnel. Quant à nous, le personnel idéal pour faire la réception des appels à Urgences-santé ou dans tout autre centre de répartition médicale préhospitalier d'urgence, vous allez naturellement dire que nous préchons pour notre paroisse, mais qu'à cela ne tienne, le technicien ambulancier serait le niveau de personnel idéal pour répondre à cette fonction.

Pourquoi un technicien ambulancier? Afin qu'il ait une conception de ce que l'appelant décrit. Si le receveur de l'appel peut se transposer à côté du bénéficiaire par son expérience, il aura une évaluation téléphonique sûre. Donc, nous pensons réellement que les autorités doivent continuer à aller de l'avant dans l'implantation de cette réforme qui, à notre avis, réparera un accident de parcours qui, à son tour, avait engendré une réception hautement surmédicalisée, où les centres hospitaliers et les CLSC se sont déchargés de leur rôle d'information médicale qu'ils effectuaient auparavant, et qui fit en sorte que les gens n'appelaient plus Urgences-santé pour une ambulance parce que c'était urgent, mais appelaient pour savoir combien d'aspirines donner à leur enfant, à deux heures du matin; quel dentiste était ouvert; si tel ou tel médicament faisait effet pour telle ou telle maladie, etc. Donc, il est important de ramener la réception d'appels **d'Urgences-santé** à un mode beaucoup plus simple, un mode de base d'évaluation sans carnet compliqué avec du gros bon sens, comme ça s'est toujours fait et comme ça se fait un peu partout à travers le monde.

Quant à **Info-Santé**, vu le type de réception d'appels utilisé par Urgences-santé et opérationna-

lisé depuis 1981, ce mode a développé un besoin auprès de la population, celui de la consultation médicale téléphonique. Nous pensons que cette présente réforme doit compenser en instaurant **Info-Santé** où les infirmières et les médecins pourraient donner des conseils à la population qui est desservie. Nous croyons que c'est un besoin utile qui évite beaucoup un surachalandage de nos centres hospitaliers et autres ressources du réseau.

Médecins, oui ou non. Depuis 1978, la population du Grand Montréal métropolitain, soit les îles de Montréal et de Laval, a un niveau de qualité de services supérieur à l'ensemble des services de soins préhospitaliers d'urgence de la province de Québec. Pourquoi? Parce que depuis 1978, l'existence de **Télé-Médec** a engendré un système de médecins mobiles appelés à répondre aux appels d'urgence, de concert avec des équipes de techniciens ambulanciers, équipe appelée auprès de bénéficiaires, en urgence, afin de stabiliser et alléger l'aggravation de leurs traumatismes. Depuis lors, avait été reconnue la nécessité de maintenir ce service indispensable à la population. En 1981, lors du sabotage de **Télé-Médec** par les autorités de l'époque et avec la naissance d'Urgences-santé, on perpétua et institutionnalisa, pour employer ces termes, les médecins d'urgence en préhospitalier. Comment se fait-il qu'aujourd'hui on remette en question leur présence?

Question de coûts? Difficile à croire. Un médecin coûte annuellement la même charge sociale; peu importe s'il travaille à Urgences-santé, en cabinet privé ou en centre hospitalier, son salaire sera le même.

La pertinence de leur présence? Aucune démonstration n'est maintenant à faire à ce sujet; les preuves sont faites. Donc, pourquoi, aujourd'hui, veut-on enlever les médecins à la Corporation d'urgences-santé? Ce sera à vous d'y répondre. Ce que nous savons, nous, comme techniciens ambulanciers, qui sommes les vrais intervenants, nous le sommes aussi avec les médecins de la Corporation qui sont aussi des vrais praticiens de la route avec qui nous formons réellement, et avec eux seuls d'ailleurs, ce qu'on appelle à Urgences-santé l'équipe soignante. Le **"team"** existe à Urgences-santé entre les médecins et les techniciens ambulanciers.

Les médecins ont aussi permis de professionnaliser les techniciens ambulanciers par un apport constant d'éléments de formation sur le terrain. Contrairement à bien des systèmes canadiens, les techniciens ambulanciers d'Urgences-santé pratiquent, sur 95 % de leurs appels, à l'évaluation de leurs bénéficiaires, soit l'histoire de cas, la prise de signes vitaux, tout ce qui fait en sorte d'être capables de comprendre ce qui arrive à leurs patients afin d'être capables de leur apporter les soins auxquels ils ont droit. Cela est dû à la présence des médecins. Aujourd'hui,

d'hui, qu'on remette en question leur présence et qu'on annonce déjà l'heure de leur disparition, ça nous apparaît tout à fait loufoque et dangereux.

Dans quelques années, quand réellement les autorités gouvernementales auront mis leurs culottes afin que soit dispensée la formation aux techniciens ambulanciers et que cette formation sera acquise, pas en cours d'acquisition, mais acquise, nous pourrions alors faire un grand forum de tous les vrais intervenants du milieu avec les autorités et nous pourrions alors nous questionner sur le rôle du médecin dans un service d'urgence de soins préhospitaliers, un rôle que nous pourrions envisager dès maintenant, comme leader médical, comme chef d'équipe médical. Aujourd'hui, s'il vous plaît! ne touchez pas aux médecins; grâce à eux, les techniciens ambulanciers évoluent dans un contexte de savoir médical, de connaissances médicales, et ils permettent aussi à un très grand bassin de population d'avoir des soins de haute qualité, ils permettent de sauver des vies, ils permettent aussi à la Corporation d'urgences-santé de se comparer, donc d'améliorer sa performance, en équité avec les meilleurs systèmes à travers le monde.

Enfin, vous qui décidez ou qui aurez à décider, ne vous laissez pas influencer par les autres groupes de pression qui jalouent les médecins d'Urgences-santé parce qu'ils n'ont pas eu, eux, à participer à la vraie pratique des soins préhospitaliers, les vrais soins préhospitaliers d'urgence au Québec qui sont dispensés à Urgences-santé. Laissez donc aller ce qui fonctionne et attaquez-vous plutôt à ce qui ne fonctionne pas ou ce qui est déficient.

Système de communications. Les énoncés de la réforme à Urgences-santé ont éveillé auprès de la direction une vieille question que sont les communications avec ses intervenants sur le terrain. En toute hâte, l'été dernier, suite aux sorties de De Coster, le ministre demanda d'équiper les techniciens ambulanciers d'un système de communications permettant de les rejoindre en tout temps dans l'éventualité de sinistre majeur ou de catastrophe. Naturellement, pour nous, le système de communications portatif devrait non seulement permettre à la répartition de rejoindre les techniciens ambulanciers pour de telles éventualités, mais aussi permettre aux techniciens ambulanciers de rejoindre la répartition ou un centre de communications mobile lors d'interventions majeures afin de rendre la coordination des activités réalisable sur un tel site. Vous avez juste à vous rappeler les événements de la Polytechnique où, après être entrés à l'intérieur du périmètre de sécurité, les effectifs médicaux n'étaient plus sous aucune gestion de sinistre vu l'absence de télécommunications. Qu'est-ce qui arriverait aujourd'hui? Est-ce qu'encore une fois l'on ferait porter le blâme aux techniciens ambulanciers? De plus, un vrai système de communications portatif devrait

nous permettre de communiquer avec notre centre de répartition pour l'ajout d'effectifs lors de nos interventions, la demande d'assistance policière lors d'interventions à haut risque d'agression auxquelles nous avons de plus en plus à faire face, en cela notre conception d'un système de communications portatif.

L'été dernier, lorsque nous avons vu apparaître la demande du ministre, nous avons bien cru que, pour une fois, quelqu'un avait constaté l'urgence et la pertinence de tels équipements tels qu'en possèdent les pompiers, les policiers pour leurs différentes interventions. Mais non! Encore une fois, on a réussi à nous passer des lanternes pour des vessies. On a trouvé un moyen **adapté** à la demande du ministre, soit l'utilisation de téléavertisseurs qui ont une capacité très très très limitée, entre autres, de ne recevoir les données que dans un seul sens, tel que le sont malheureusement beaucoup de communications à Urgences-santé.

Transport urgent versus transport non urgent. Le profane ou le non-praticien en perd souvent son latin à entendre parler de la séparation de la flotte en transport urgent et non urgent. En effet, la dissociation entre transport urgent et non urgent est beaucoup plus complexe que d'en faire un simple énoncé. Dans un premier temps, ils devront catégoriser les appels en différents groupes: l'appel du domicile, en urgence; l'appel des établissements du réseau à être effectué en urgence; l'appel des domiciles pour des visites cliniques, ainsi que l'appel pour les établissements du réseau pour des visites cliniques, aussi appelées appels interétablissements.

À Urgences-santé, vers les années **1986-1987**, nous avons vécu une opérationnalisation des ressources terrain en deux flottes, soit une affectée à **l'interétablissements** pour les appels dits non urgents et une seconde flotte affectée aux appels d'urgence, les urgences vitales, les vraies. Rapidement cette situation a généré différents problèmes. Entre autres, en ayant utilisé le même nombre de véhicules pour les deux opérations, il s'en est trouvé un temps-réponse augmenté vu la diminution des effectifs à l'urgence et la non-possibilité d'utiliser les opportunités. Les opportunités, c'est simplement de se servir de l'ambulance la plus près au moment où survient l'appel. Par exemple, le système de répartition étant ainsi affecté à deux opérations différentes, et au moment où survenait un appel d'urgence près d'un lieu donné, si l'ambulance qui se trouvait à ce lieu était une ambulance du groupe interétablissements, nous ne pouvions utiliser ce véhicule parce que le répartiteur ne l'avait pas à sa disposition dans sa gestion d'appels. À ce moment, il devait faire appel à une ambulance qui, souvent, était beaucoup plus loin que l'ambulance affectée à **l'interétablissements**, et ce, pour les appels non urgents eu égard aux appels urgents.

Une autre problématique générée par ce type d'opération est une dégradation non négligeable de l'intérêt porté par les techniciens ambulanciers à faire un travail pour lequel ils n'avaient pas choisi de faire carrière, soit celui de faire du transport horizontal, et surtout uniquement du transport horizontal.

Par contre, si la volonté gouvernementale est d'augmenter la flotte de plus de la moitié de ses effectifs afin de créer réellement une nouvelle flotte affectée à l'interétablissements, que l'on demande au personnel désireux de se porter volontaire d'être affecté à cette opération, sans toutefois diminuer la flotte actuelle, que l'on comble le manque d'effectifs de la flotte des appels non urgents par des ouvertures de nouveaux postes et, enfin, que le gouvernement et les autorités soient intéressés à injecter les fonds nécessaires à une telle opération, naturellement, dans ce cas, il y aurait un avantage certain à permettre l'implantation de ce type d'opération spécialisée.

De toute façon, un élément important est à considérer en parlant de réformer l'opération appels urgents-non urgents. C'est celui de ne jamais perdre de vue que les patients transportés en interétablissements non urgents sont des gens qui ont besoin d'une assistance médicale, des gens à risques, moins élevés, nous le concevons, mais quand même à risques, sinon ils ne seraient pas hospitalisés, et que peu importe la solution retenue, des guides très stricts, des règles très sévères devront être imposées aux décideurs d'utilisation de ce type de transport parallèle afin d'éviter que l'on choisisse un risque plus élevé pour un bénéficiaire, en compensation d'un coût moins élevé et à la merci du budget du centre hospitalier requérant.

Nous tenons à souligner et à renforcer cette affirmation, car nous avons souvent vu des gens transportés dans des fonds de boîte de camion non aménagée, ou dans des taxis avec un sérum physiologique en fonction, ou encore un patient en jaquette d'hôpital monter à bord d'un taxi, il y va là d'une pratique indécente pour un système de soins tel que le Québec en est doté.

Relations du travail à Urgences-santé. Nous profitons de l'occasion de la tenue de cette commission parlementaire pour les souligner, même si cela ne fait pas partie explicitement des éléments de la réforme annoncée par le ministre, mais ce qui, à notre avis, englobe l'ensemble des opérations d'Urgences-santé en ce que sont et ce que doivent être les relations du travail à la Corporation. Naturellement, le fait de n'avoir plus qu'un seul employeur maintenant, qu'est la Corporation d'urgences-santé, contrairement à l'époque où nous en avions 18, donc autant d'employeurs, autant d'interprétations et, surtout, autant de caractères... Oui, depuis cette époque, les relations du travail dans le système préhospitalier de Montréal se sont améliorées. Par contre, au cours des derniers mois, nous avons

senti une dégradation dangereuse. En effet, la Corporation est en train de détruire le moral, de détruire l'énergie de ses techniciens ambulanciers. À ce jour, plus de 200 griefs et plus d'une quarantaine de suspensions et congédiements sont à la solde des ressources humaines d'Urgences-santé. Depuis quelques mois, un climat de terrorisme disciplinaire s'est installé. Il n'est pas dans notre but de dire que les techniciens ambulanciers concernés sont tous blancs comme neige, mais nous voulons quand même souligner que la Corporation d'urgences-santé ne devrait pas traiter de mesures disciplinaires au simple visionnement des nouvelles de 17 heures. En effet, des mesures disciplinaires ont été initiées à la simple vue de clips pris lors d'interventions de techniciens ambulanciers sur la route, où l'on voit possiblement un technicien ambulancier en train de commettre une erreur, on initie là-dessus une mesure disciplinaire sans même avoir eu la décence de rencontrer les techniciens ambulanciers pour leur poser les questions pertinentes à leur cas. (10 heures)

Sous un autre angle, nous pensons que l'approche disciplinaire dans les cas de pratique médicale déficiente est tout simplement inconcevable. Nous avons souvent souligné à Urgences-santé qu'une approche formatrice devrait remplacer l'approche disciplinaire, surtout dans ces cas.

Si des mesures importantes au niveau des relations du travail ne sont pas mises en place dès maintenant, nous n'en faisons pas la menace, mais notre évaluation à la lumière des derniers mois nous laisse croire que les situations conflictuelles que nous avons déjà rencontrées dans le passé à Urgences-santé seront de retour. C'est pourquoi nous soulignons qu'il est urgent d'agir. Nous ne voulons pas que soit perpétué le passé.

Formation des techniciens ambulanciers. Depuis les tout débuts, à la naissance même des syndicats de techniciens ambulanciers au Québec, ce qui fut d'ailleurs l'une de leurs premières revendications, la volonté des techniciens ambulanciers d'acquérir une formation supplémentaire... depuis ce temps, bien peu de choses se sont produites au Québec. Pourtant, beaucoup d'annonces de la part des autorités, beaucoup d'annonces ministérielles, beaucoup d'écrits, beaucoup de comités se sont penchés sur cette question, mais jamais, jusqu'à ce jour, les autorités n'ont donné le coup de barre nécessaire afin que soit dynamisée la formation des techniciens ambulanciers.

Naturellement, Urgences-santé, de par ses budgets et suite au contenu du rapport Marois de 1985, a procédé à élever la formation de tous ses techniciens ambulanciers à 336 heures. Pour le reste du Québec, la règle écrite est encore de 150 heures. Les syndicats, les techniciens ambulanciers revendiquent un niveau de base sans même contenir d'actes à caractère invasif ou plus précisément d'actes à caractère délégué, consi-

dèrent qu'un niveau minimal acceptable serait de 825 heures, soit le nombre d'heures requis dans l'obtention de l'attestation d'études collégiales, dans l'espoir qu'un jour, enfin, un diplôme d'études collégiales soit disponible en techniques ambulancières au Québec.

Encore une fois, jusqu'à ce jour, et contrairement à beaucoup d'autres secteurs, là où ce sont les employeurs qui revendiquent la formation... mais, dans le cas des techniciens ambulanciers, c'est l'employeur qui fait tout en son pouvoir pour éviter qu'une telle formation soit dispensée. Nous savons tous que la réforme provinciale annoncée dans le cadre du système ambulancier fera en sorte que, dans quelques mois, le ministre annoncera différents éléments concernant les techniciens ambulanciers. Mais nous tenons à souligner dès aujourd'hui que, peu important les décisions prises, la formation sera élevée de toute façon. Jusqu'à quel niveau? Impossible de le dire aujourd'hui, mais ce sera élevé. Donc, sans prendre de risque aujourd'hui, les autorités pourraient enclencher la formation et la dynamiser en mettant les ressources nécessaires à sa disposition.

Nous tenons à rappeler que, simplement au niveau de la réanimation cardiorespiratoire, les techniciens ambulanciers du Québec n'ont pas été recertifiés depuis plus de trois ans, alors que la Fondation canadienne des maladies du cœur ainsi que sa section québécoise recommande une recertification minimale à chaque année pour les non-praticiens, tandis que, de leur côté, les spécialistes en enseignement en techniques ambulancières parlent d'un minimum de recertification à tous les deux ans pour les techniciens ambulanciers. Il est inconcevable que les autorités gouvernementales cautionnent et surtout engendrent une telle négligence quant à la formation.

En conclusion, nous sommes conscients qu'il est important de remettre en question nos organismes publics tels que la Corporation d'urgences-santé. Mais faisons attention à une chose, celle de ne pas saborder ou d'oublier l'excellent travail fait par l'ensemble des intervenants à l'intérieur de ses organisations. À Urgences-santé, malgré les problèmes qui s'y vivent, malgré les situations engendrées à l'intérieur d'une jeune corporation telle qu'Urgences-santé, en comparaison avec ce qui existe ailleurs au Québec, Urgences-santé peut en sortir la tête haute et fière. Malgré les critiques que nous avons apportées, les quelques critiques ou questionnements que nous voulons **constructifs** à l'intérieur de ce mémoire, nous voulons souligner par-dessus tout que nous sommes fiers comme techniciens ambulanciers de faire partie de la Corporation d'urgences-santé et que les éléments que nous avons apportés s'inscrivent en ce sens.

Nous demandons donc aux autorités et décideurs de permettre à Urgences-santé de

vivre, de continuer à évoluer et de lui laisser prendre ses décisions, et aussi de la copier dans les autres régions du Québec, car nous croyons que tous les citoyens du Québec méritent un tel service. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Cotton. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Matapédia. M. le député.

M. Paradis (Matapédia): Oui, merci, M. le Président. Tout d'abord, pour répondre à votre première impression dans le premier paragraphe où vous dites que vous avez été convoqués sur le tard un petit peu, après avoir rencontré le ministère, il faut bien comprendre que la commission des affaires sociales, c'est une commission indépendante du ministère. C'est une commission composée de parlementaires qui, lors d'une séance de travail le 4 décembre, ont convenu d'entendre les différents intervenants **d'Urgences-santé**. Alors, ça n'a rien à voir avec les consultations que le ministre a pu faire à l'intérieur du ministère en vous convoquant de toute façon. Ceci étant dit, ces invitations-là ont été faites par le biais de notre secrétaire et j'espère que tout s'est fait dans les règles de l'art.

Je voudrais aussi, comme premier commentaire, excuser notre ministre qui est aux **Îles-de-la-Madeleine** pour faire des consultations et des annonces intéressantes, je l'espère bien, pour les gens des **Îles-de-la-Madeleine**. Alors, ce n'est pas son manque d'intérêt pour les groupes que nous allons recevoir aujourd'hui, mais ce sont ses obligations ministérielles.

Ceci étant dit, je trouve quand même intéressant que, dans votre conclusion, vous souligniez, jusqu'à un certain point, votre fierté de faire partie d'Urgences-santé malgré les problèmes rencontrés. Je trouve ça intéressant de voir que, malgré les difficultés de travail qu'on nous a mentionnées - pas juste par votre groupe, mais par d'autres groupes - vous avez cette volonté de faire avec Urgences-santé ce qu'elle doit faire, c'est-à-dire desservir le citoyen et la citoyenne. Ce qui m'amène à ma première question. Les autres groupes ont été beaucoup plus souples en ce qui concerne, entre **autres**, les appels téléphoniques, où on défendait, jusqu'à un certain point même, que ce soient les infirmières qui les fassent, et vous, vous nous dites: Non, ça devrait être les techniciens. J'aimerais vous entendre davantage là-dessus.

Le Président (M. Joly): M. Cotton.

M. Cotton: Bien, c'est assez simple. Contrairement, peut-être, aux autres groupes, c'est les techniciens ambulanciers qui arrivent dans les maisons et qui mangent le voyage de la part des citoyens. Lorsqu'on arrive dans les domiciles et que les gens ont appelé quatre, cinq fois à

Urgences-santé, et que les trois, quatre fois avant d'avoir eu l'ambulance, ils se font dire: Écoutez, prenez donc un petit bout de temps, là, puis ça va peut-être se calmer, ou: Vous n'avez pas moyen d'y aller par vos propres moyens à l'hôpital? on pense que ça, c'est dangereux. On ne peut pas quantifier, nous autres, le nombre de fois qu'on est arrivés dans les maisons et que la personne était en **arrêt** cardiorespiratoire, parce qu'on n'a pas toutes les données statistiques et, d'ailleurs, il n'y a personne qui peut les avoir. Quand la personne a appelé deux, trois fois auparavant à Urgences-santé pour se faire dire: C'est peut-être juste votre digestion - et on sait, parce qu'on rencontre souvent des patients, un peu comme on le souligne à l'intérieur du document, que l'orgueil, surtout dans le cas des hommes qui ne veulent pas avouer qu'ils ont une douleur rétrosternale ou qui ont peut-être quelque chose en-dedans qui ne marche pas, bien, souvent, ils vont dire à leur famille: Ah non! c'est ma digestion, ou: Non, je n'ai rien; ne me transporte pas sur la civière, je suis capable de me rendre... Bien, c'est des gens qui vont appeler par inquiétude à Urgences-santé, mais la première chose qu'ils disent à l'infirmière, c'est: Ce n'est rien, c'est une petite affaire, j'ai déjà eu ça auparavant, mais ça s'est passé, puis... C'est difficile pour quelqu'un - et on souligne bien que ce n'est pas une question d'infirmières ou de médecins - au bout de la ligne, d'être capable de comprendre et de visualiser toutes ces situations-là. Et tu as beau avoir le document le mieux fait, la maille la plus serrée, si tu n'as pas des gens qui vont voir sur les lieux, bien, tu risques d'en échapper quelques-uns et, dans ce cas-là, ce n'est pas des boutons à quatre trous, c'est des patients, c'est des êtres humains et qui en meurent. C'est par l'expérience des techniciens ambulanciers qu'on est à même de constater ces situations-là quand on arrive dans les domiciles. C'est pour ça qu'on comprend que le système doit être ramené à un système de base, tel qu'il en a existé auparavant et tel qu'il en existe partout à travers la province de Québec.

M. Paradis (Matapédia): La direction d'Urgences-santé, hier, nous apprenait ou nous disait que le temps de réponse entre un appel et la présence des techniciens, où le répartiteur dit qu'il faut un déplacement, que ça prenait une minute et qu'en six minutes on se rendait au domicile. Est-ce que vous jugez ça correct?

M. Cotton: Le temps externe est de cinq minutes à Urgences-santé; le temps de transmission est d'une minute, mais le temps de triage d'appels, des appels qui sont vraiment envoyés - parce que je vous ai parlé aussi des autres appels où on dit à la patiente de prendre son mal en patience ou d'essayer par elle-même d'aller à l'hôpital; ceux-là, on ne les quantifie pas, par exemple... Et le temps que l'infirmière

répond... Premièrement, l'appel rentre du 911, donc il y a un premier répondant au 911 qui décroche la ligne, et là, la personne, tout dépendant de sa facilité à s'exprimer, va commencer à expliquer au gars du 911 ou à la fille du 911 ce qu'elle a. Du moment qu'on s'aperçoit que c'est médical, on pèse sur "transfert d'appel", ça s'en va à l'infirmière d'**Urgences-santé** et là, l'infirmière d'Urgences-santé dit: Bonjour, madame, bonjour, monsieur... Là, le questionnaire commence. Mais ce temps-là, où est-il? Sur le triage interne? Est-ce qu'on le prend à partir du moment où l'infirmière décroche? C'est ça, le temps de réponse. Mais la première partie du **911**, ça non plus, on ne le fait pas.

M. Paradis (Matapédia): Comme ça, vous êtes d'accord pour séparer **Info-Santé** du **911**...

M. Cotton: Tout à fait.

M. Paradis (Matapédia): ...d'Urgences-santé.

M. Cotton: Tout à fait, parce que, avant et ailleurs au Québec, à part Urgences-santé, quand les gens appellent pour avoir une ambulance, ils n'appellent pas pour avoir une information médicale, parce qu'ils savent que les gens qui répondent aux appels sont là pour envoyer des ambulances. Ça fait qu'il faut ramener la notion du système d'urgence aux vraies urgences, pas à toutes sortes d'autres affaires. Essayez, à Montréal, de téléphoner à un hôpital dans le milieu de la nuit pour avoir une information médicale. La première réponse qu'ils vont vous faire, c'est: Téléphonez à Urgences-santé, ils vont vous donner l'information. Avant, ils faisaient ça dans les hôpitaux. Quand vous appelez, avant Urgences-santé, dans les hôpitaux, l'infirmière ou le médecin vous donnait l'indication dont vous aviez besoin. Maintenant, ça ne se fait plus. On dit: Téléphonez à Urgences-santé, eux autres, ils vont vous répondre. Mais là, il s'est développé un système parallèle où il y a une demande. Je pense que la demande est d'à peu près 200 000 appels par année des citoyens, et juste pour information médicale, qui ne se traduit pas en transport. Donc, c'est des gens - il y a un besoin là - qui seraient normalement acheminés dans les hôpitaux, parce que les citoyens ont besoin de ressources. Étant donné qu'on a habitué le citoyen à ça, c'est bien difficile aujourd'hui d'enlever quelque chose. Ça fait que c'est important, aujourd'hui, de créer **Info-Santé** pour compenser un mode plus simple de réception d'appels.

M. Paradis (Matapédia): Et pour réduire votre temps d'intervention et éviter ce que vous appelez tout à l'heure le temps de réaction, compte tenu qu'il faut passer par 911 et, par la suite, par l'infirmière, que pensez-vous de l'implantation du Clawson?

M. Cotton: Écoutez, le système Clawson, appelez-le comme vous voulez... Quand on parle de système réduit au niveau des outils d'évaluation, bon, par rapport aux grilles qui ont déjà existé à Urgences-santé, qui ont fait un bout et qui ont été abolies parce que c'était trop compliqué, Clawson, c'est une autre forme de grille, d'arbre de décision plus simple. Mais ça s'est déjà fait sans arbre de décision, sans dépenser d'argent pour ça et il y avait des gens qui, avec leur gros bon sens, quand ils savaient que c'était un appel au moindre risque, envoyaient un effectif sur les lieux. C'est la meilleure façon de le savoir. Avant même de toucher à ça, il faudrait peut-être avoir un système de visualisation spatiale, à savoir où sont les ambulances sur la route, ce qu'on appelle la répartition assistée par ordinateur, où, là, le transfert d'appel et le suivi du guide de route seraient informatisés. Juste le temps que l'ambulancier reçoive, à bord de l'ambulance, l'appel du répartiteur, que le répartiteur réussisse à avoir les ondes et qu'on puisse affecter à l'ambulancier l'appel, bien, il y a à peu près une minute, une minute et demie de délai, juste pour transmettre l'appel. Après ça, l'ambulancier doit chercher, parce qu'on n'est pas sectorisé, ça, c'est un grand problème aussi, parce que si tu es sectorisé, bien, tu connais le sens de tes rues, tu connais les raccourcis. **Mais** là, à Urgences-santé, tu te promènes dans deux îles. Tu commences un matin dans le nord de Laval et tu finis à Sainte-Anne-de-Bellevue ou dans l'est de la ville. Tu ne sais pas où tu finis. Ça veut dire que tu couvres les deux îles au complet. Tu n'as pas de territoire sectorisé comme les policiers ou les pompiers. Tu connais les raccourcis quand tu es sectorisé, donc tu sauves des minutes. Si on n'a pas au moins la chance d'être sectorisé pour améliorer le temps de réponse, il faudrait peut-être envisager d'avoir au moins le guide de route informatisé pour nous indiquer quelle rue prendre rapidement. Parce qu'il y a à peu près, encore là, 45 secondes à une minute juste pour orienter l'ambulance dans le bon sens quand c'est un appel venant de rues qui sont moins connues. (10 h 15)

M. Paradis (Matapédia): Hier, le groupe des répartiteurs nous disait que 35 % des transports - vous pouvez le confirmer peut-être - est non urgent. 35 %, oui?

M. Cotton: Ça, ça dépend à quelle heure de la journée.

M. Paradis (Matapédia): Mais enfin, de façon générale?

M. Cotton: Ça ne peut pas se prendre de façon générale. Le soir, c'est en majorité des appels d'urgence. La nuit, ce n'est quasiment que des appels d'urgence. C'est dans la période de jour, l'avant-midi principalement, le retour en

début d'après-midi, des patients qui s'en vont dans des cliniques pour un scan ou en médecine nucléaire, ou d'autres examens spécialisés dans des centres qui ne sont pas équipés, des centres d'accueil. Mais la majorité, ce sont des appels d'urgence. Peut-être qu'aujourd'hui c'est à peu près alentour de ça, 35 %, 40 %, de jour, mais dans les autres quarts de travail, ce n'est pas ça.

M. Paradis (Matapédia): Mais comment concilier à ce moment-là... Si on cible mieux notre appel, le temps de réaction est meilleur, dans l'hypothèse où Info-santé est retiré du 911, et qu'on fasse, par contre, 35 % à 40 % de transport non urgent, comment concilier qu'on aurait besoin d'autant de véhicules?

M. Cotton: Regardez. Je pense qu'on pourrait peut-être en déplacer pour améliorer le temps de réponse. Sur la plage horaire, c'est possible d'en déplacer. Mais avant ça, je dois juste vous souligner que, selon nous autres et selon les interventions qu'on fait, on est déjà, à cause de la grandeur et la façon que c'est fait à Montréal, parce qu'il y a une montagne en plein centre, il y a des trains, il y a des ponts, tu ne passes pas où tu veux pour traverser... Donc, à cause de la géographie de la ville et des deux îles, ça prend des ambulances qui sont un petit peu partout pour être capable d'avoir un périmètre qui soit raisonnable au niveau du temps d'intervention. On pense qu'à cause de ces éléments-là on est accotés - excusez l'expression - mais on est accotés à l'os et on n'a pas d'excédent, parce que, au centre-ville de Montréal, les hôpitaux sont tous dans un même périmètre; on a ce problème-là. Ils ne sont pas bien répartis, alors, on a le problème du centre-ville. Quand vous avez une ambulance qui part de l'est de la ville ou du moyen-nord, dans le bout de Henri-Bourassa et Saint-Denis ou Berri, pour avoir des soins spécialisés, il faut qu'elle descende dans le centre-ville. Alors, la pénétration du centre-ville et, après ça, la récupération de ces effectifs-là vers le nord, ça demande des véhicules en disponibilité.

M. Paradis (Matapédia): Peut-être une dernière question avant de permettre à mon collègue de Rouyn-Noranda-Témiscamingue d'intervenir, quitte à ce que, M. le Président, je puisse revenir par la suite. On parle beaucoup de premier répondant, style pompier, entre autres, qui se fait déjà, dans le West Island; il y a beaucoup d'expériences qui nous sont rapportées aussi de l'étranger. Quelle serait votre attitude, vos commentaires face à cette façon de faire?

M. Cotton: Regardez. Nous, on vit, depuis plusieurs années, avec les pompiers de Pointe-Claire comme premiers répondants, justement parce qu'il manque d'effectifs et qu'ils nous

rendent service dans Pointe-Claire, parce que Urgences-santé affecte moins de véhicules dans cette région-là. Les quelques minutes qu'ils arrivent avant nous dans les cas d'arrêt cardiorespiratoire, c'est des chances de plus pour le patient. Quant à nous, la question du premier répondant, les pompiers, les policiers, les chauffeurs d'autobus, les chauffeurs de taxi, les gens des municipalités devraient tous être des premiers répondants, avant de commencer à enseigner à la population. Tous les gens qui ont à véhiculer à travers la ville dans une journée devraient tous être des premiers répondants dans un cas spécifique: les arrêts cardiorespiratoires. C'est là que le temps de réponse est important. On a deux à trois minutes pour donner l'intervention nécessaire pour ne pas que la situation du patient se détériore, si on veut avoir des chances de le ramener. Ce qui se passe avec Pointe-Claire: quand on arrive sur les lieux, on prend charge du patient; eux ont commencé les manoeuvres, ils nous donnent un coup de main, comme ça se fait un peu partout. Nous autres, on est d'accord avec le système de premier répondant, à condition que les règles soient écrites et qu'on s'entende bien sur le fonctionnement et la responsabilité du bénéficiaire.

M. Paradis (Matapédia): Vous seriez prêts à faire des expériences dans ce sens-là?

M. Cotton: Tout à fait.

M. Paradis (Matapédia): M. le Président, quitte à revenir, je vais laisser la parole à mon collègue de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

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

M. Trudel: Merci, M. le Président. À mon tour, je veux souhaiter la bienvenue à M. le président et à l'équipe qui l'accompagne ce matin, ainsi qu'aux autres membres de votre syndicat des techniciens ambulanciers qui sont venus nous rencontrer ce matin. Vous avez bien précisé qu'à l'occasion de la communication qui vous a été faite pour vous demander de vous présenter devant cette commission... Le mandat de la commission est d'examiner le fonctionnement à Urgences-santé. Il est évident que, dans les circonstances actuelles, on a beaucoup focalisé la question d'un nouveau système de triage, mais la question que se pose la commission, c'est relativement à l'ensemble du fonctionnement à Urgences-santé et à un certain nombre de problèmes, auxquels vous faites référence d'ailleurs dans votre mémoire, pour lesquels la commission veut avoir l'esprit le plus clair possible en vue de faire des recommandations, d'apporter un certain nombre de recommandations au gouvernement pour en arriver à une situation

qui soit la plus transparente, la plus efficace possible.

Allons-y tout de suite parce que, vraiment, vous êtes sur le terrain, oui, effectivement. Avec l'instauration d'un nouveau système de triage, est-ce que vous avez l'impression qu'on va vraiment avoir suffisamment de ressources actuellement pour répondre à la demande qui va se présenter avec l'installation de Clawson?

M. Cotton: Premièrement, on pourrait bien difficilement vous répondre à partir de Clawson, on ne le connaît pas. C'est gardé dans des voûtes secrètes parce que nous autres, on n'est pas consultés là-dessus. Qu'on pense que les ambulances, actuellement, à Montréal, pour aller répondre aux appels qui rentrent, avec un système de triage et qu'il y a l'installation d'Info-Santé, par exemple, et que la publicité soit faite pour que les gens qui veulent appeler Urgences-santé pour une ambulance... Les citoyens sont assez intelligents pour faire la différence quand ils ont besoin d'une ambulance et quand ils ont besoin d'une consultation médicale. On pense que, oui, on est capables de répondre à la demande. Mais il faut que les gens appellent pour une ambulance quand ça va mal, pas quand ça va à peu près mal.

M. Trudel: Dans la mesure où on dit: Avec Clawson, ce sera un tri très élémentaire - vous y faisiez référence vous-même tantôt - ce serait extrêmement élémentaire le type de questionnement et même - on y reviendra tantôt - le type de ressources humaines qui seraient appelées à effectuer ce travail-là, il y a à parier qu'il y aura une augmentation des déplacements pour des appels, pour des urgences vraiment. Je ne parle plus de l'autre partie, **Info-Santé**, où on s'entend tous que, oui, c'est une bonne décision de développer ce service-là. Actuellement, c'est 80 ambulances par jour, nous dit-on, 80 véhicules qui seraient disponibles le jour, 70 le soir et 60 la nuit. On nous disait, par exemple, que, déjà dans la situation actuelle, avec du triage par des professionnels, dans la semaine du 5 au 8 décembre, on a été 18 heures 40 minutes en "priorisation" de véhicules. On m'a dit hier qu'il ne faut plus employer ce terme-là à Urgences-santé, c'est maintenant de la réévaluation.

M. Cotton: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Hier soir, si ma mémoire est fidèle... Pas hier soir, mais lundi soir, à 19 heures, il y avait une ambulance disponible pour les urgences sur l'île de Montréal, quand on a parlé au répartiteur hier. Est-ce que vous pensez qu'avec le nouveau système qu'on va installer, tantôt, assez rapidement, la première demande qui va tomber sur la table, c'est: Ça prend un nombre; ça prend un nombre d'autres millions pour ajouter des véhicules à la flotte?

M. Cotton: Excusez. Moi, ça me fait un petit peu rire quand on **parle** de "priorisation" ou d'une ambulance à telle heure précisément dans la semaine. Ce n'est pas comme ça que ça marche. Ça, c'est pour faire peur au monde. Ceux qui vous content des affaires de même, c'est pour faire peur au monde. De la "priorisation", tout le monde en fait dans la vie, hein? Vous rentrez à l'hôpital à l'urgence, on vous fait attendre une heure parce que vous avez une petite coupure à un doigt et on vous fait passer avant celui qui a eu un infarctus, c'est faire de la "priorisation". Ils en font, eux autres. Quand on arrive sur les lieux d'une intervention, nous autres, et qu'il y a trois patients, on fait de la "priorisation", on soigne celui qui est plus à risque avant de soigner celui qui est moins à risque. Tout le monde en fait de la "priorisation". Vous-même, dans vos dossiers, ici, vous devez faire de la "priorisation". C'est normal à Urgences-santé, quand on fait un triage, quand on a trois, quatre appels, qu'on essaie d'envoyer les ambulances aux appels les plus urgents, sans ça, on aurait besoin d'une ambulance à tous les coins de rue. Faire de la "priorisation", c'est normal, puis que le monde lâche un peu là-dessus.

Puis de vous dire qu'hier soir il y avait une ambulance, ce n'était pas vrai, ça. Il y avait peut-être des ambulances qui étaient en direction d'autres points de service, parce que le répartiteur, étant donné qu'il n'y a pas de système assisté par ordinateur, il ne le sait pas que l'ambulance est rendue à son point de service. Mais elle est sur les ondes, l'ambulance. Qu'il y en ait trois qui soient en train de sortir de l'hôpital... S'il y avait un système de communications portatif, on aurait toujours la flotte, en tout temps, à portée de la main. Ça, ce sont des éléments qu'on souligne parce qu'on sait que ça va être efficace à partir de là. Qu'on vous dise qu'il y avait une ambulance hier soir, ça, c'est de la poudre aux yeux.

M. Trudel: Et dans ce contexte-là, lorsqu'on s'est entretenu, hier, avec la direction d'Urgences-santé et se rapportant au chapitre de votre mémoire, ce matin, au niveau des problèmes de relations du travail - mon collègue de Joliette a fait un certain nombre d'affirmations - le président-directeur général d'Urgences-santé, **M. Lamarche**, a employé un certain nombre d'expressions qui nous décrivaient que le... Je pense qu'on ne peut pas le décrire comme le climat étant au beau fixe à l'intérieur de la boîte, le moins que l'on puisse dire. Quand vous avez à décrire le climat à l'intérieur de la **boîte** actuellement, vous le saisissez comment, vous, au niveau du syndicat? Comment pouvez-vous décrire la situation? Hier, on a parlé de contraintes, on a parlé d'énormes difficultés de relations, on a parlé de violence à certains points, on a parlé de port d'armes à feu, on a parlé de dif-

ficultés avec la base. Quand vous décrivez la situation - parce que, **M. Cotton**, vous êtes une institution **là-dedans**; c'est clair, là; je ne referai pas l'histoire, là; vous êtes une institution... Et là, on est inondé de papiers au niveau des techniciens ambulanciers, il y a toutes sortes de gens qui nous disent toutes sortes de choses qui sont vraiment inquiétantes pour la population. En tout cas, nous qui représentons un certain nombre de citoyens et citoyennes, ça nous rend vraiment inquiets de la situation, et c'est pour ça qu'il faut l'examiner. Vous, vous la décrivez comment, la situation, avec ce qui se passe depuis, appelons ça, vous avez appelé ça le sabotage de **Télé-Médic**? Aujourd'hui, ça se présente comment, chez vous, pour les techniciens ambulanciers?

M. Cotton: Vous soulignez deux choses là-dedans. Vous me parlez des relations du travail à l'intérieur d'Urgences-santé, puis vous me parlez aussi de l'inquiétude pour les services auprès de la population. Il y a eu, à mon avis, un sondage qui est sorti il y a quelques mois, pas fait par nous autres, mais par les propriétaires d'ambulances - on ne peut pas plus se servir des outils de nos vis-à-vis - où la population était satisfaite du service ambulancier, puis très satisfaite dans une proportion de 95 %. Je pense que ce sont des performances, ça. La population est très heureuse du service ambulancier au Québec. Nous autres, entre nous autres, on peut se questionner. Qu'il y ait des problèmes de relations du travail et de relations humaines à l'intérieur d'Urgences-santé, c'est possible. C'est possible, parce qu'on vient d'intégrer un groupe, qui s'appelle les techniciens ambulanciers, à une corporation où les gens vivaient en vase clos, les répartiteurs, les infirmières, le personnel de l'interne, et ce qui n'a pas réussi à se faire actuellement, c'est le branchement des deux groupes. On est en train de travailler là-dessus actuellement, qu'il y ait des canaux de communication entre l'interne et l'externe. Actuellement, il y a les médecins et les ambulanciers à l'externe qui font leur job, qui se rendent très rapidement auprès des patients, donnent une qualité de soins à la population qu'on n'est pas gênés de décrire. La population est très bien servie. Qu'il y ait des troubles de relations humaines avec le monde de l'interne, c'est une autre affaire, ça. Puis, actuellement, on a des comités qui travaillent sur différents aspects, puis ça revient tout au même problème: c'est le manque de consultation. Quand la direction ou les gens de la direction établissent des protocoles, puis disent à la répartition: Vous allez appliquer tel protocole, mais que ce protocole-là fait en sorte de changer un paquet d'affaires dans la vie des techniciens ambulanciers et dans leurs opérations, et les ambulanciers n'ont pas été questionnés - ou, en tout cas, on n'a pas demandé leur avis dans l'application de ce

protocole-là - bien, c'est sûr que ça amène des conflits.
(10 h 30)

M. Trudel: Bien, sur cet aspect-là, justement, des relations du travail, chez nous, du côté de l'Opposition, c'est quelqu'un que vous connaissez bien qui poursuit le dossier dans ce sens-là, c'est le leader parlementaire, M. Chevette. M. le Président, je vais vous inviter à reconnaître le député de Joliette sur cet aspect pour poursuivre l'échange.

Le Président (M. Joly): M. le leader de l'Opposition, M. le député de Joliette.

M. Chevette: Merci, M. le Président. Tout d'abord, je dois dire qu'après avoir lu le mémoire du RETAQ et avoir suivi un peu les événements des derniers mois, les amours ne sont pas ce qu'elles étaient entre M. Cotton et M. Lamarche. Je me souviens avec quelle fierté M. Cotton patageait avec M. Lamarche **allégrement** dans les corridors pour négocier la loi 34 et avec quelle fierté il l'avait présenté comme le conseiller du RETAQ, maintenant leur boss à Urgences-santé. Ça s'était fait au centre **Paul-Sauvé**, je pense. Et à la cabane à sucre, tous les deux assis l'un à côté de l'autre, au moment où ils convainquaient le ministre Dutil de leur accorder la loi...

M. Cotton: M. Chevette, on va vous inviter; vous étiez quasiment là.

M. Chevette: Vous m'aviez invité?

M. Cotton: Non. La prochaine fois, on va vous inviter. De la manière dont vous en parlez, vous étiez quasiment là.

M. Chevette: La prochaine fois? Ça me fera plaisir d'y aller. Je ne me placerai pas en conflit d'intérêts, par exemple.

Je dois vous avouer que je me souviens avec quel... Je dois vous féliciter pour votre habileté et pour avoir réussi à gagner sur tous les plans. Je me souviens du mémoire que vous aviez présenté, M. Cotton, en disant que seule l'étatisation de tout réglerait les problèmes, et que c'était votre objectif. Vous avez réussi très habilement à embarquer le ministre Dutil. Il a signé ça avec une naïveté et une candeur infantiles. C'est un dossier, à mon point de vue, qui... Si aujourd'hui on s'interroge dessus, c'est parce que, précisément, on n'a pas voulu prendre la peine de bâtir un projet de loi qui avait un petit peu d'allure au départ, à mon point de vue. Mais je dois vous reconnaître une très grande habileté, une très grande force d'avoir réussi ça, d'avoir embarqué un gouvernement dans ce bateau-là, d'avoir réussi à étatiser, très habilement. Ça doit être vous qui avez négocié; j'en suis sûr, moi. C'est vous qui avez négocié le

contrat, par exemple, pour le métal, le matériel roulant. Ça a tassé tout le privé. Vous avez réussi. J'avais prédit que, deux ans après, vous lui remettiez les clés. C'est exactement ce qui est arrivé. Je vous félicite de votre habileté pour avoir su si bien embarquer à la fois le gouvernement et Urgences-santé.

Ceci dit, je voulais vous poser la question. Vous aviez dit que vous ne répondriez pas. Je vous aurais demandé où en sont vos amours avec Lamarche, mais vous m'auriez répondu que vous ne vouliez pas. Donc, j'ai présumé que vos amours semblent changées un peu. Je ne sais pas pourquoi. Je l'ignore et je sais bien que ce n'est pas l'endroit pour le faire, mais j'aurais eu le goût de m'entretenir assez longtemps avec vous pour voir ce qui a cassé entre vous deux. Ça baignait tellement dans l'huile, cette histoire-là, que je suis surpris qu'actuellement les amours ont l'air d'avoir rompu un tantinet.

Ceci dit, moi, M. Cotton, j'aurais des questions précises. La première question que je voudrais vous poser, c'est d'abord sur les relations du travail. Vous dites qu'il y a du terrorisme. J'ai lu ça dans votre mémoire à une certaine page - si je m'y retrouvais, parce que je viens de l'autre côté.

Une voix: Page 8.

M. Chevette: Page 8. À un moment donné, ça m'a frappé. Vous dites qu'il y a du terrorisme. 50 griefs. C'est épouvantable!

M. Cotton:...

M. Chevette: Pardon?

M. Cotton: 200 griefs.

M. Chevette: 200 griefs, oui. 50 suspensions, plutôt. C'est ça, hein? D'ailleurs, M. Lamarche en a lu quelques-unes hier et il avait l'air fier de ça. Il a eu l'air de s'être ressaisi devant vous et il avait l'air brave, hier. Mais, moi, je voudrais vous poser une question. Je lis beaucoup vos petits dépliants. J'ai la chance, des fois, de lire votre courrier. Mais, de votre côté, vous, savez-vous qu'il y a du chantage et qu'il y a du tordage de bras vis-à-vis des techniciens ambulanciers? Êtes-vous au courant, comme président?

M. Cotton: Vis-à-vis des techniciens ambulanciers?

M. Chevette: Vis-à-vis de certains de vos travailleurs qui ne suivent pas à la lettre vos ordres.

M. Cotton: Écoutez, il y a 1000 techniciens ambulanciers à Urgences-santé. Je ne suis pas leur père.

M. Chevette: Pardon?

M. Cotton: Il y a 1000 techniciens ambulanciers qui oeuvrent à Urgences-santé. Je ne suis pas leur père. Je ne peux pas les suivre.

M. Chevette: Non, mais vous semblez assez bien contrôler les événements.

M. Cotton: Oh!

M. Chevette: Vous n'êtes pas au courant qu'il y en a qui brassent les autres des fois?

M. Cotton: C'est votre prétention, ça, M. Chevette.

M. Chevette: Non, mais je vous pose la question. Êtes-vous au courant de ce qui se passe?

M. Cotton: On est au courant de certains événements de temps à autre, quand on les apprend après coup.

M. Chevette: Intervenez-vous dans ce temps-là?

M. Cotton: Oui, on...

M. Chevette: Dites-vous que ça n'a pas d'allure?

M. Cotton: Oui, on intervient auprès des techniciens ambulanciers qui sont concernés.

M. Chevette: Pourquoi écrivez-vous, par exemple, dans votre petit document, dernière-ment, là, que vous espérez que les 80 % organisent les 20 % qui ne marchent pas? Ce n'est pas un appel à la violence, ça, indirectement, quand vous écrivez ceci: "Devrais-je un jour écrire cette liste d'incapables, de nuisibles, afin que ces 80 % vous organisent votre cas? Qu'en sais-je..." Vous avez écrit ça, vous?

M. Cotton: Là, vous sortez un document d'il y a deux ans, qui est complètement hors contexte si vous lisez le texte au complet.

M. Chevette: Ah! je l'ai lu au complet!

M. Cotton: Non, mais c'est parce qu'ici vous ne le lisez pas au complet, le texte.

M. Chevette: Bien, écoutez, je ne suis pas pour prendre 10 minutes pour vous lire le texte.

M. Cotton: Ça serait peut-être bon.

M. Chevette: Je pourrais vous lire des lettres aussi, où vous dites que "le passage de

cet individu sera très court. Votre sortie rapide du système ambulancier..." Ce ne sont pas des menaces, ça? C'est dans vos lettres, ça. C'est signé "Mario Cotton". Vous n'en faites pas, de ça?

M. Cotton: Non.

M. Chevette: Vous ne faites pas de menaces du tout? Il n'y a pas de vos gars, là - un petit noyau; je ne dis pas tout le monde - qui vont brasser un peu la cage de certains, de temps en temps?

M. Cotton: Il faudrait le demander aux techniciens ambulanciers, M. Chevette.

M. Chevette: Oui, mais ils nous le disent, justement. Ils ont peur. Savez-vous ça qu'ils ont peur? Savez-vous qu'il y en a qui nous disent, M. Cotton...

M. Cotton: C'est votre interprétation, M. Chevette.

M. Chevette: O.K. M. Cotton, je vous sais très intelligent et très habile, mais quand vous affichez les noms des individus qui ne marchent pas selon vos ordres, qu'arrive-t-il? Vous affichez les noms en public pour faire du terrorisme sur ceux qui ne partagent pas votre point de vue. Par exemple, vous savez qu'il y a du monde qui a même empêché des gens d'aller aux toilettes des autres, pour les ridiculiser. Vous trouvez ça normal dans un syndicat, vous?

M. Cotton: M. Chevette, qu'est-ce que vous dites là?

M. Chevette: Non, non, je dis ce que...

M. Cotton: Non, mais, là, donnez des faits, là, parce que...

M. Chevette: C'est des centaines, ça, M. Cotton. Faites attention.

M. Cotton: Là, vous faites des accusations gratuites.

M. Chevette: Non, M. Cotton. S'il y avait une enquête publique, M. Cotton - je l'ai dit à M. Lamarche hier - puis si on garantissait la sécurité à des gens, ça ressemblerait de plus en plus à ce qui s'est produit à la FTQ et à la CSN-Construction.

M. Cotton: Mais, M. Chevette, dans votre demande d'enquête publique, je serais prêt à signer en arrière pour la demande, étant donné que vous faites des accusations de ce genre-là.

M. Chevette: Vous aimeriez?

M. Cotton: Tout à fait.

M. Chevette: Vous aimeriez qu'il y en ait une?

M. Cotton: Tout à fait.

M. Chevette: Parfait. C'est ce qu'on propose à la fin de la commission.

M. Cotton: Tout à fait, aucun problème.

M. Chevette: Et je peux vous dire que j'en ai rencontré; j'en rencontre très régulièrement, et vous le savez. Et les gens nous confient des choses.

M. Cotton: On n'a aucun problème avec ça.

M. Chevette: Vous n'avez aucun problème avec ça? Parfait! Moi, j'ai hâte, dans ce **cas-là**, et j'espère que le gouvernement en place comprend, là, que même Mario Cotton est d'accord avec une enquête publique. Et ça, je pense, ça va faire du bien pour tout le monde. Ça va rétablir les faits, ça va permettre à des gens...

M. Cotton: Tout à fait d'accord avec ça.

M. Chevette: O.K. Maintenant, quand vous avez négocié le contrat de services, c'est vous qui étiez là. Quand vous avez décidé...

M. Cotton: Le contrat de services?

M. Chevette: Le contrat de location des ambulances, là. Le contrat avec le Trésor... la Corporation.

M. Cotton: Non, monsieur, je n'étais pas là.

M. Chevette: Vous étiez où?

M. Cotton: J'étais où? Quand le contrat s'est négocié entre la coop et les autorités gouvernementales, j'étais à la présidence du syndicat.

M. Chevette: Puis vous n'étiez pas au courant que la coopérative négociait tel contrat, de telle nature?

M. Cotton: Non. Le groupe-conseil de la Montérégie, qui est un groupe de spécialistes, avait été engagé par le conseil d'administration de la coopérative pour négocier avec les membres du conseil d'administration de la coopérative un contrat.

M. Chevette: Mais vous avez pris le contrôle de la coopérative par la suite.

M. Cotton: Non.

M. Chevette: M. Cotton, quand vous avez négocié avec M. Lamarche pour créer l'obligation, parce que vous saviez que pour obtenir vos 2 400 000 \$ de la SOC, ça vous prenait beaucoup de coopérants, vous avez signé un petit contrat et une formule d'adhésion. Vous avez même été aidé par la direction d'Urgences-santé.

M. Cotton: Rappelez-moi les événements, là.

M. Chevette: Vous n'êtes pas au courant?

M. Cotton: Non.

M. Chevette: C'est effrayant! Pourtant, vous en avez beaucoup pour d'autres choses. Quand vous avez...

M. Cotton: Vous m'avez prêté tout à l'heure des qualités que je n'ai pas. Vous, vous avez peut-être des talents de devin ou de médium...

M. Chevette: Non, non.

M. Cotton: ...pour lire dans l'avenir, mais vous m'avez prêté des talents que je n'ai pas.

M. Chevette: Votre habileté va même jusqu'à perdre la mémoire, M. Cotton. Mais quand vous avez créé les coopératives, vous étiez à l'origine de tout ça.

M. Cotton: Oui. Le syndicat était à l'origine de la création des coopératives. Ça, c'est vrai.

M. Chevette: Bon, voilà au moins un départ sur lequel on s'entend. Vous avez toujours été l'homme clé de ça.

M. Cotton: On a initié les idées. Le syndicat a initié les idées.

M. Chevette: Oui, puis c'était dans votre mémoire déposé ici, en commission parlementaire, tout ça. Mais quand vous avez décidé de créer la corporation, vous avez acheté deux ou trois compagnies privées pour créer la corporation.

M. Cotton: Non, la coopérative a acheté.

M. Chevette: La coopérative, la CTSAM, c'est bien ça.

M. Cotton: Oui, oui.

M. Chevette: Là, la CTSAM s'est présentée pour obtenir des subventions. Il n'y avait à peu près pas de coopérants, très peu. Là, ça vous a pris, à ce moment-là, plus de coopérants, parce que M. Dutil avait l'air fou de se présenter devant son collègue de l'Industrie et du Commerce et de dire: Soutiens un dossier de subvention de 2 400 000 \$. Mais oui, mais il n'y a pas

de coopérants. Là, vous vous êtes organisé avec la direction de la Corporation d'urgences-santé. Et Mme Louise Lecours, je pense, signe une lettre obligeant même ceux qui ne voulaient pas en faire partie, sous menace de perdre leurs droits, à adhérer à la coopérative. Vous avez lu ça, ces lettres-là?

M. Cotton: Oui, j'ai eu la lettre de Mme Rancourt, à laquelle vous faites allusion, mais ce n'est pas dans ce sens-là.

M. Chevette: Dans quel sens?

M. Cotton: C'est que si je me souviens bien de la loi - je ne suis pas un spécialiste de la loi - la loi disait que seuls les gens qui travaillaient pour une corporation ayant signé le contrat d'opération avec Urgences-santé pouvaient être intégrés à Urgences-santé.

M. Chevette: L'article 29, ce n'est pas ça qu'il dit.

M. Cotton: Est-ce que vous avez compris ce que j'ai voulu dire?

M. Chevette: Oui.

M. Cotton: O.K., c'est parfait.

M. Chevette: L'article 29, je m'en vais le lire. Non seulement je l'ai bien compris, mais c'est moi qui l'ai sorti hier. Je me rappelle cette loi-là et vous devez vous en rappeler vous aussi; il y a des journées où j'étais au coton.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: "Les salariés à l'emploi..."

M. Cotton: Juste une journée?

M. Chevette: Ah! Peut-être une couple de jours. "Les salariés à l'emploi, le 12 mai 1988, d'une personne mentionnée à l'annexe et qui sont des techniciens ambulanciers deviennent, à la date de l'entrée en vigueur des contrats conclus en vertu de l'article 26, des salariés de la corporation." Donc, les salariés qui étaient à l'emploi... L'annexe, c'est quoi? L'annexe, c'étaient toutes les compagnies qui faisaient du transport ambulancier sur l'île de Montréal. Tous les employés qui étaient techniciens ambulanciers, que ce soit pour Pèrlmutter, S.O.S., Baldwin-Cartier, CTSAM, n'importe qui, vous deveniez, en tant que vous étiez à l'emploi le 12 mai 1988, membres de la nouvelle corporation. Oui ou non?

M. Cotton: M. Chevette, il me semble aussi que vous oubliez certaines règles qui existent dans la Loi sur les coopératives. Pour être membre d'une coopérative, pour être salarié, il

faut que tu adhères à la coopérative comme coopérant.

M. Chevette: Oui, mais depuis quand un boss peut-il obliger un employé à adhérer à une coopérative? Expliquez-moi donc ça.

M. Cotton: Non, écoutez, je ne vous parle pas de ce que le boss a fait. Moi, je vous explique ce que j'ai su par rapport à la lettre qui a été écrite.

M. Chevette: Mais à l'époque, "c'est-u" vous qui avez négocié avec le boss pour qu'il vous aide à faire adhérer à la coopérative?

M. Cotton: Si on a négocié avec le boss?

M. Chevette: Pour qu'il vous aide.

M. Cotton: Jamais dans 100 ans!

M. Chevette: Comment ça se fait qu'ils vous ont donné ça, ce fruit-là, spontanément, sans que personne ne leur demande? Vous avez des boss gentils. Comment ça se fait?

M. Cotton: J'ai l'impression, M. Chevette, que cette lettre-là a été émise dans le but d'informer les techniciens ambulanciers des articles de la loi 34, pour ne pas qu'ils restent pris entre deux chaises s'ils n'avaient pas adhéré à la coop. Donc ils devenaient des vrais travailleurs de la coop. Sinon, ce qui se serait produit s'ils n'avaient pas été avertis, bien là, ils se seraient retrouvés entre deux chaises et ils n'auraient plus eu leur statut de salariés.

M. Chevette: Tous les employés, que ce soit de Pèrlmutter, que ce soit de Durocher, que ce soit de Grant Weiler ou n'importe qui, là, ils avaient la protection légale en vertu de l'article 29 de la loi 34. En tant qu'ils travaillaient pour l'une de toutes ces compagnies-là le 12 mai 1988, ils étaient assurés d'un emploi, oui ou non?

M. Cotton: Je n'ai pas regardé les dates, mais s'ils ne travaillaient pas, si la coopérative était le possesseur, par achat, des entreprises de Weiler et compagnie, si les salariés qui étaient transférés dans ces achats-là ne devenaient pas membres coopérants en vertu de la Loi sur les coopératives, ils se retrouvaient comme dans un trou juridique où ils n'avaient plus de statut de salariés à l'intérieur de la coopérative. Donc, au moment du transfert à Urgences-santé, le fait de la loi 34 faisait en sorte que ces gens-là seraient restés à l'extérieur. Sinon, en vertu des conventions collectives et en vertu de la loi, tout le monde aurait pu prétendre - vous savez, le jeu de l'ancienneté, ce que ça fait, hein? - ceux qui auraient été les plus anciens ou les

moins anciens auraient pu prétendre, déposer un grief, et dire: Ce gars-là n'est même pas salarié chez nous. Ça faisait juste en sorte de protéger leurs postes.

M. Chevette: Et, comme par hasard, le décret gouvernemental... Si je suivais votre raisonnement, là...

M. Cotton: Bien moi, je...

M. Chevette: Je pensais qu'il y avait une entente juste entre le syndicat et Urgences-santé. Mais là, je m'aperçois qu'il y a même le gouvernement. Comme par hasard, les décrets ont été passés une journée ou deux jours, maximum, après que ça a été mis sur pied.

M. Cotton: Vous parlez de quoi, là?

M. Chevette: Le 17 juillet. Vous n'êtes pas au courant du dossier?

M. Cotton: Bien, je suis au courant du dossier mais, là, vous me parlez des dates, là. Vous parlez de quel événement?
(10 h 45)

M. Chevette: Quand vous me dites, si j'ai dit... Si je suivais votre raisonnement... Parce que vous dites: Ils auraient été placés entre deux chaises.

M. Cotton: Oui.

M. Chevette: Mais, fondamentalement, s'il n'y avait pas eu décret gouvernemental, les employés de Durocher ou de Desrochers - S.O.S., en tout cas - ils étaient protégés par la loi. Urgences-santé aurait été obligée de les prendre. Si Durocher était resté, oui.

M. Cotton: S'ils restaient chez S.O.S. Oui, mais S.O.S. a décidé de vendre à la coop.

M. Chevette: Oui, je le sais qu'ils ont décidé de vendre à la coop après la signature d'un contrat qui leur offrait moins que ce qui était déjà promis. Ça, je sais ça. Ce qu'ils avaient promis, ça, je suis au courant. C'est passé de 24 à 21 pour pouvoir mieux faire étouffer ça à court terme et que ça disparaisse. Ça, je comprends la "game". Elle est très belle, mais ce n'est pas là-dessus que je veux discuter. Je veux discuter sur le fait qu'en vertu de la loi... Le ministre n'a jamais rien compris à l'époque; ça, j'en suis sûr. Il ne comprend pas plus aujourd'hui. Mais, à l'époque, il n'a jamais compris qu'on voulait donner une sécurité au travailleur qui travaillait individuellement pour un employeur, quel que soit son employeur. Je vous rappellerai que c'est nous autres qui avons fait mettre l'amendement, à part ça, parce que ça n'y était pas, en plus. Ceci dit, je m'expli-

querai à un autre niveau - au niveau d'une enquête publique - sur les dates. Ça, je comprends que ça ne vous regarde pas nécessairement, les dates; ce n'est pas à vous de les fixer. Mais je comprends la subtilité du décret par rapport au transfert.

Maintenant, vous avez envahi massivement la coopérative, même ceux qui n'en faisaient pas partie. Avec l'aide du patron, vous leur avez fait assez peur pour aller chercher une **majorité**. Moi, je voudrais savoir ceci. Vous avez émis des T-7 sans enlever... Ça, c'est un fameux papier que votre coopérative émettait aux travailleurs sans percevoir de l'argent et sans le prévoir sur le salaire. Exemple: Je gagne 30 000 \$ comme technicien ambulancier, je reçois un T-7 de 644 \$. Donc, normalement, si je veux déduire mon capital-actions quand je fais mes rapports d'impôt, je devrais avoir 30 644 \$. Vous allez **m'expliquer**. Est-ce que ça ne constitue pas une fraude fiscale envers le gouvernement?

M. Cotton: Mais, là, vous me parlez d'une situation... Vous connaissez mieux les lois des coopératives que moi, je pense. Parce que vous parlez d'une situation à laquelle nous **autres**, comme syndicat, on n'est pas mêlé pantoute. Vous me parlez d'un T-7...

M. Chevette: Oui, mais votre coopérative est...

M. Cotton: Oui, mais notre coopérative... Ce n'est pas notre coopérative. C'est la coopérative où j'étais coopérant comme tous les techniciens ambulanciers de Montréal étaient coopérants, au même titre. Il y a un conseil d'administration. Vous inviterez le conseil d'administration de la coop à venir siéger ici si vous avez des questions à leur poser, à eux autres. Mais ça n'a aucun rapport avec nous autres. On n'est pas les bonnes personnes ici, là.

M. Chevette: Bien, mais c'est le même monde. Tu peux avoir deux chapeaux, le chapeau de syndicat et le chapeau de coopérant. Si vous vouliez forcer tout le monde à faire partie de la coopérative...

M. Cotton: Si j'étais sur le conseil d'administration de la coopérative, peut-être, là.

M. Chevette: Il y a bien rien que là que vous n'êtes pas. Comme ça, vous n'êtes pas au courant de ce qui se passe dans la coopérative? Vous n'êtes pas au courant de ce jeu-là?

M. Cotton: Bien, je ne suis pas au courant de ce que la coopérative peut faire.

M. Chevette: Non, mais c'est parce que, moi, je suis obligé de représenter aussi les Québécois, ici, dans leur ensemble. Si, moi, je ne

paie pas une somme et que je reçois, en plus, un papier me permettant de déduire cette somme, je vole en double. Il faut bien se comprendre.

M. Cotton: Tout à fait.

M. Chevette: Et la preuve écrite de ça? Il y a des techniciens ambulanciers qui m'ont fourni la preuve. Ils ont dit: Monsieur, ils ne m'ont jamais enlevé un cent sur mon salaire, et voici, j'ai reçu deux T-7 qui m'ont permis de déduire quand j'ai fait mon rapport d'impôt. Donc, non seulement on n'a pas déclaré le salaire en conséquence, mais plus que ça, on a dit... Je comprends que ça s'est fait dernièrement avec certains dossiers comme à Hydro-Québec, mais si on donne des ristournes à tout le monde, tantôt, il y en a qui vont payer des taxes quelque part, hein? Moi, c'est pour ça que je vous dis ça. Vous n'êtes pas au courant de ça, vous?

M. Cotton: Écoutez, vous me parlez d'une situation où il y a un conseil d'administration et une administration auxquels le syndicat n'est pas mêlé. Moi...

M. Chevette: O. K. Quel était l'objectif, M. Cotton, de publier le nom de ceux qui refusaient d'adhérer à la coopérative dans les locaux syndicaux?

M. Cotton: Vous parlez de quoi, donc?

M. Chevette: Quel était votre objectif de publier les noms de ceux qui refusaient d'adhérer à... Vous savez, toute la liste des noms de ceux qui refusaient d'adhérer à la coopérative.

M. Cotton: Là, vous parlez de quoi? Publier...

M. Chevette: Ça, c'est le RETAQ qui faisait ça. Vos listes de noms que vous avez publiés sur vos babillards. C'est pris dans vos propres locaux, les photos.

M. Cotton: Dans nos propres locaux. Est-ce que vous parlez... Vous êtes en train de mêler le monde pour rien, là. Parlez-vous des listes que la coopérative a affichées ou des listes que le syndicat aurait affichées?

M. Chevette: Les mêmes 20 % dont vous parlez dans votre journal, vous devez les connaître?

M. Cotton: Ça n'a aucun rapport avec ça, M. Chevette, ce qu'il y avait écrit dans le journal qui est dans une autre époque. Vous parlez des listes que la coopérative a affichées pour ceux qui restaient à venir signer, auprès de l'administration, leur...

M. Chevette: Qu'est-ce qui arrive à ces 20 % là? Quel est le traitement qu'on leur fait subir?

M. Cotton: Vous parlez au présent, M. Chevette, et vous parlez d'une affaire qui est arrivée en 1989?

M. Chevette: Bien, "quel traitement on leur fait subir", ça, c'est du présent. Ce n'est pas du passé et ce n'est pas du futur: "qu'on leur fait subir".

M. Cotton: Bien, là, vous allez me l'expliquer.

M. Chevette: Il n'y a pas de chantage?

M. Cotton: Mais quelle sorte de chantage?

M. Chevette: Il n'y a pas d'intimidation qui se fait présentement?

M. Cotton: En aucun temps et en aucun cas.

M. Chevette: En aucun temps. Comment pouvez-vous faire pression pour faire adhérer du monde quand la majorité du monde n'a pas payé un cent pour adhérer à la coopérative, sauf les premiers vraiment coopérants? Comment justifiez-vous ça, vous, comme président?

M. Cotton: C'est quoi, votre question?

M. Chevette: Je vais la reprendre. Comment pouvez-vous faire pression? Vous affichez des noms pour dire: Voici ceux qui n'adhèrent pas, alors qu'il y en a qui ont adhéré...

M. Cotton: M. Chevette, je viens de vous dire que c'est des listes... Vous me parlez des listes que la coopérative a affichées pour dire aux gens qui n'avaient pas... Parce que je me souviens d'une époque où c'était une grande opération de dire à tous les gens de venir signer leur formule, parce que l'intégration s'est faite rapidement. Dire aux gens: Untel, Untel, Untel, vous n'avez pas signé vos formules; passez au secrétariat, vous allez les signer. Ça se fait partout, ça.

M. Chevette: Oui? Ça se fait partout, ça, afficher sur le mur. Regardez, gang de 20 % de pas bons, et qu'il y ait des pressions et qu'ils disent: Lui, il ne rentre pas, il ne s'est pas conformé?

M. Cotton: Mais vous semblez avoir des photos, là.

M. Chevette: Oui.

M. Cotton: Est-ce que c'est marqué que

c'est une gang de pas bons?

M. Chevette: Ça, c'est marqué dans votre propre...

Le Président (M. Joly): Excusez, M. Cotton, M. le député. Je dois vous dire que votre temps est terminé.

M. Chevette: J'en aurais pour deux jours.

M. Cotton: Ça serait plus intéressant de faire la commission d'enquête, là.

M. Chevette: Bien, on pourrait la faire, c'est vrai. Je pourrais peut-être terminer, M. le Président, si vous m'accordez une minute.

Le Président (M. Joly): Oui, oui, je vous l'accorde, M. le député.

M. Chevette: C'est parce que je me souviens que, quand vous êtes passé devant nous, vous aviez dit que vous étiez d'excellents administrateurs, M. Cotton. Et j'ai mis la main sur un papier, encore hier, où vous donnez une prime de séparation à un nommé Gagnon, qui totalise 125 000 \$; une prime de séparation pour 9 mois de travail! Et, bien organisé, il rentrait, comme par hasard, à la corporation tout de suite comme cadre supérieur.

M. Cotton: M. Chevette...

M. Chevette: Trouvez-vous que c'est de la bonne gestion pour les deniers publics?

M. Cotton:... vous êtes en train de vous mêler dans votre psychose.

M. Chevette: Ah! Je ne me mêle pas et je ne suis pas "psychose", mon grand.

M. Cotton: Bien, mon cher monsieur... M. Chevette...

Le Président (M. Joly): Je m'excuse...

M. Cotton:... je m'excuse, là, mais on ne va pas dire n'importe quoi.

Le Président (M. Joly): D'accord, mais...

M. Chevette: Bien, je l'ai lu noir sur blanc. Veux-tu les photos de chèque?

M. Cotton: M. Chevette, vous venez de dire ici: Comment ça se fait que vous donnez 120 000 \$, vous avez dit, à un M. Gagnon?

M. Chevette: Ça doit totaliser 125 000 \$.

M. Cotton: Bien, là, je vous mets au défi de

sortir une signature...

M. Chevette: 112 918 \$

M. Cotton:... de ma part, prouvant que j'ai donné 120 000 \$ à quelqu'un.

M. Chevette: Bien, écoutez une minute: Entente intervenue entre la Coopérative des travailleurs et le Rassemblement des employés et techniciens, RETAQ...

M. Cotton: M. Chevette, ce n'est pas moi. la coopérative.

M. Chevette: Le RETAQ?

Le Président (M. Joly): Bon! Alors... On aura sûrement d'autre temps, d'autres tribunes...

M. Chevette: Non, je veux montrer, M. le Président, au public...

M. Cotton: Est-ce que vous avez ma signature là-dessus, M. Chevette?

M. Chevette: Bien, vous êtes président du syndicat.

M. Cotton: Oui, mais est-ce que c'est la coopérative, ça?

M. Chevette: Coopérative, syndicat, je ne suis pas capable de lire le nom.

M. Cotton: Ah bon!

M. Chevette: Serge Gagnon, et ça totalise 112 918 \$ pour 9 mois de travail. C'est toute une prime de séparation, ça!

M. Cotton: M. Chevette, est-ce que je suis là-dessus?

Le Président (M. Joly): Bon! Alors, si vous voulez... Je me dois de trancher. Il y aura sûrement d'autres tribunes qui seront présentées à tous les intéressés. Alors, je vais reconnaître maintenant M. le député de Matapédia.

M. Paradis (Matapédia): Très rapidement, en terminant, tout à l'heure, vous avez, dans votre mémoire, présenté ou donné l'impression qu'on voulait retirer les médecins d'Urgences-santé. Je pense que ce n'est surtout pas le cas. Qu'on se questionne sur le nombre, sur les effectifs, comme on se questionne dans tous les hôpitaux et CLSC sur les effectifs médicaux, je pense que c'est important de le faire, mais je ne veux pas vous laisser sous l'impression ou vous donner l'impression que le gouvernement s'apprête à sabrer dans les effectifs médicaux auprès d'Urgences-santé.

M. Cotton: Très heureux de l'entendre.

M. Paradis (Matapédia): Très bien.

Le Président (M. Joly): Merci. Alors, au nom des membres de la commission... Est-ce que vous auriez...

M. Chevette: Oui.

Le Président (M. Joly): Le temps de votre formation est épuisé.

M. Chevette: De 9 h 30 à 11 heures, l'autre. C'est ça qu'on vous a dit?

M. Paradis (Matapédia): Non, ça, c'est moi.

Le Président (M. Joly): Non, mais, écoutez, je pense que c'est nous, ici, qui n'avons pas tout à fait utilisé toute la période, alors...

M. Chevette: Oui, mais si elle n'est pas utilisée, l'autre parti en prend.

Le Président (M. Joly): Non, écoutez ce que l'entente était. Au niveau de la répartition du temps, vous aviez 30 minutes. Vous avez utilisé vos 30 minutes. Alors, partant de là, je me dois de trancher. Si vous avez une remarque à faire...

M. Chevette: Question de règlement.

Le Président (M. Joly): Allez, M. le député, je vous reconnais.

M. Chevette: Vous avez le droit de trancher, mais à l'intérieur du règlement. Et il est toujours dit que, quand il y a entente sur le partage de temps, si une formation ne l'utilise pas, il est transféré à l'autre. C'est ça qui est dit dans tous les règlements de l'Assemblée nationale.

Le Président (M. Joly): Ce qui n'avait pas été entendu entre nous. Alors, écoutez...

M. Chevette: Ce n'est pas une question d'entente, c'est une question de règlement.

Le Président (M. Joly): J'ai été assez libre, assez ouvert. Si vous aviez une remarque de clôture, je suis prêt à la reconnaître, là, mais je pense qu'il y aura d'autres tribunes qui seront fournies à tous les intéressés pour pouvoir échanger davantage.

M. Chevette: C'est parce qu'on aurait pu parler de formation.

Le Président (M. Joly): Non.

M. Trudel: Alors, je vais remercier les

techniciens ambulanciers.

Le Président (M. Joly): Alors, s'il vous plaît, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Je vais remercier les techniciens ambulanciers, M. le Président. Les inquiétudes que je soulevais au début de mon intervention se sont renforcées. Je pense que c'est important, ce que mon collègue de Joliette soulignait. M. le président du syndicat dit qu'il serait d'accord avec cette question d'enquête publique. Pas uniquement sur ce que certains appellent les activités au niveau des techniciens ambulanciers, mais sur l'ensemble. Par exemple, il a été impossible, ce matin, de convoquer la coopérative, parce qu'on nous dit qu'elle n'existe plus. Et pourtant, vous l'avez vous-même souligné, il y a un ensemble d'éléments particulièrement nuageux qui entourent une opération de la coopérative: le transfert des actifs, l'acquisition même de ces actifs-là. Je ne suis absolument pas rassuré avec les nouvelles méthodes, avec le nouveau système qu'on veut installer. Je pense que je vais prendre le conseil du répartiteur d'hier soir à qui on disait: Qu'est-ce que vous pensez de l'ensemble de la situation à Urgences-santé? Il a dit: Vous êtes mieux de rester à Québec qu'à Montréal. C'est inquiétant qu'on ait cette situation-là. Alors, merci de votre présence.

Le Président (M. Joly): Alors, je vous remercie, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue. Juste de façon à ce qu'il n'y ait pas d'équivoque pour M. le leader de l'Opposition, l'article 155 dit: "Toute commission peut, du consentement unanime de ses membres, déroger aux règles relatives aux temps de parole." Nécessairement, il n'y avait pas eu d'entente, alors c'est la raison pour laquelle je me devais de statuer. Alors, si vous voulez, pour les prochaines séances, on peut peut-être s'entendre à ce niveau-là mais, pour le moment, c'est ça.

Alors, au nom des membres de cette commission, je tiens à remercier M. Cotton et les membres de son groupe et je vous souhaite un bon voyage de retour. Merci.

J'appellerais maintenant la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain, s'il vous plaît.

Nous suspendons quelques minutes.

(Suspension de la séance à 11 heures)

(Reprise à 11 h 10)

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

Le Président (M. Joly): La commission re-

prend ses travaux. Je vois que M. Lamarche et son groupe ont déjà pris place. Alors, M. Lamarche, s'il vous plaît de nous présenter les gens qui sont avec vous. M. Hudon...

M. Lamarche (Pierre): M. le Président, je ne vous donnerai pas les motifs pour lesquels encore plus de personnes qu'hier sont absentes, mais je vous dirai que je suis toujours accompagné, aujourd'hui, par Mme Marie-Claude Chartier qui est membre du conseil d'administration, qui y siège à titre de représentante, répartiteur et employée de bureau et qui est également membre du comité de vérification de la Corporation. Et j'ai à mes côtés M. Claude Desrosiers. M. Claude Desrosiers est un infirmier licencié, membre de diverses associations de sauvetage. C'est la personne qui est responsable du module de triage des appels et de répartition. C'est la personne, en quelque sorte, qui est chargée de piloter l'implantation du triage médicalisé des appels.

Le Président (M. Joly): Je vais vous laisser quelques minutes pour, peut-être, vous resituer dans le débat.

M. Lamarche: Oui. Je voudrais peut-être, tout simplement, en partant, ramasser un certain nombre d'éléments. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue m'a dit hier qu'il voulait aussi poser des questions d'un point de vue administratif, ce matin. Je pense devoir vous donner un certain nombre d'informations vous permettant de comprendre. J'ai demandé que soit déposé un cas Urgences-santé, qui est un cas dépersonnalisé, et j'ai l'intention de le garder d'une façon dépersonnalisée. Je le dépose parce qu'il traduit adéquatement le traitement des appels et le niveau d'intervention qui s'effectue à l'intérieur d'un procédé d'appel pour un appel d'urgence à Urgences-santé, mais je tiens à vous souligner tout de suite quelques points qui vont **m'aider** à vous mieux faire comprendre ce que nous voulons instaurer.

Alors, à la page 2, le sommaire du cas. Il s'agit d'un appel réel qui est sous traitement. C'est une plainte qui a été déposée par une plaignante et qui est actuellement sous traitement. Alors, à 23 h 09, l'infirmière, après une évaluation qui dure environ 2 minutes - enfin, qui dure 1 minute 55 secondes - envoie l'ambulance. Le répartiteur, à 23 h 12, affecte l'ambulance et, à 23 h 18, les techniciens ambulanciers arrivent à la résidence de la patiente, donc 9 minutes après la réception de l'appel. À 23 h 45, les techniciens ambulanciers demandent une réévaluation de l'appel, environ 27 minutes après leur arrivée à domicile. Et à 23 h 53, on décide de ne pas transporter la patiente.

Il s'agit d'une patiente qui a dû se rendre elle-même à l'hôpital où elle fut hospitalisée 4 jours et fut traitée pour risques majeurs d'accouchement prématuré. Cet appel a été logé à

Urgences-santé un lundi soir d'automne, à un moment où, donc, la circulation n'est pas dense, c'est-à-dire entre 23 heures et minuit. Le domicile de la patiente est à environ 10 kilomètres du centre hospitalier où elle devait être transportée et où elle s'est rendue. Et si la personne avait été transportée en centre hospitalier pour recevoir les traitements qui étaient nécessaires, l'ambulance serait arrivée au centre hospitalier vers 23 h 30 et aurait été ainsi rendue disponible pour répondre à d'autres appels 23 minutes plus tôt que dans tout le système de contestation du transport de la patiente. Je ne vous dirai pas grand-chose; je vous dis que l'infirmière a **pris** une décision adéquate mais je vous souligne, en page 4, que **l'avant-dernière** question de l'infirmière - donc après à peu près 1 minute 45 secondes de conversation - c'est: "Alors, c'est tout ce qu'on fait? Elle est bien consciente? Elle respire bien?"

Alors, je vous invite à les mettre en parallèle, à la page 13, avec... La page 13, elle suit quatre pages qui ne sont pas numérotées, où on montre l'utilisation du système médicalisé de **"priorisation"** des appels d'urgence. Je vous prie de vous rendre compte que la première question qui est posée, c'est: **"Est-elle consciente?"**. La deuxième qui est posée, c'est: **"Respire-t-elle?"**.

Je vous le souligne parce que le jugement professionnel comprend cet élément que les patients - par un médecin ou par une infirmière, et c'est normal, ça fait partie de la pratique - sont questionnés d'une façon aléatoire et que le jugement clinique s'effectue en fonction d'un ensemble de données qui ne sont pas codifiées. Je vous invite également à prendre connaissance de ce document, à la page 9, où, dans la réévaluation par le médecin, qui dure quelque 8 minutes, le médecin, au milieu de la page, dit: **"Ça sort par là? Il s'agit de savoir si c'est une perte d'urine ou une perte de liquide amniotique. Ça sort par là? C'est comme si vous aviez de la misère à vous retenir, c'est ça?"** Alors, la patiente dit: "C'est ça." Alors, le médecin dit: "O.K. Ce n'est pas les eaux qui sont rompues, là, comme c'est votre premier bébé, hein?"

Alors ça, Clawson appelle ça, justement, des "leading questions". C'est-à-dire que le médecin qui a une "préidée" d'un diagnostic pose des questions qui tendent à confirmer son diagnostic alors que, dans son système organisé et médicalement approuvé, il n'y a pas ces "leading questions". Parce qu'on ne cherche pas à poser un diagnostic, on cherche à gérer une urgence.

Je vous invite, après la page 12, à lire deux paragraphes de la deuxième page, sur la façon dont le médecin à qui est rapporté le cas - et qui a le droit d'expliquer, dans le système des plaintes que nous avons - traduit la situation:

"En conclusion, cette patiente aurait pu aller à l'hôpital en ambulance ou par ses propres

moyens, selon la facilité qu'elle avait de se faire conduire ou non par les membres de sa famille. La patiente a accepté ma recommandation de se rendre à l'hôpital par ses propres moyens, sans manifester la moindre réticence. Il est possible que l'irritation de cette patiente provienne plutôt de l'attitude du technicien ambulancier qui, à l'écoute de la conversation, semblait un peu arrogant, expliquant qu'il avait fait des accouchements et que la dame ne présentait évidemment pas de contractions mais plutôt des douleurs thoraciques.

"En ce qui concerne l'absence de documentation du 1003, il est possible que la paperasse se soit égarée dans le feu de l'action."

Ce que je veux dire, c'est qu'il faut voir le type de contrôle de la qualité qu'on a maintenant quand on a un jugement professionnel. Parce que, en quelque sorte, ce qu'on demande au médecin, c'est de justifier s'il a, oui ou non, exercé correctement sa profession. Il ne s'agit plus de savoir si l'action a été prise comme dans le cas d'un système où il y a un contrôle de la qualité qui s'effectue par un répertoire de questions auxquelles on a répondu adéquatement ou non adéquatement et où on est capables de mesurer d'une façon ordonnée la qualification et la "calibration" de l'urgence. Je vous invite à lire les deux pages qui suivent.

"Je te transmets, ci-joint, la réponse écrite du docteur au sujet de la plainte dont il a été récemment l'objet. J'aimerais distinguer quatre niveaux de réponse.

"Le diagnostic. Ni l'infirmière ni le médecin n'étaient en effet convaincus - convaincus - qu'il s'agissait d'un travail prématuré. D'autres hypothèses étaient présentes et la décision prise d'une réévaluation en centre hospitalier était correcte." Mais la question posée, c'était le transport ou le non-transport, n'est-ce pas?

"Les moyens de transport. La patiente requerrait-elle un transport ambulancier? À mon avis, cette personne pouvait fort bien, et de façon sécuritaire, se rendre au centre hospitalier par ses propres moyens, ce qui est le moyen de transport choisi par la quasi-totalité des femmes présentant ce type de symptômes. La dame n'a fait aucune mention d'un empêchement technique, telle la non-disponibilité d'un véhicule automobile, et n'a exprimé aucune réticence, bien au contraire." Donc, une victime, en quelque sorte, consentante. Je tiens à vous souligner, là, qu'il s'est passé 35 minutes dans cette réévaluation alors que ça aurait pris 10 minutes pour amener la patiente à l'hôpital.

"Problème d'attitude. Alors que les interactions entre les intervenants de la centrale, infirmières et médecins, et la patiente sont courtoises et professionnelles, il n'en va pas de même de l'attitude du technicien ambulancier qui fait apparemment part d'une présomption dangereuse quant à sa propre capacité diagnostique. Sa formation ne lui permet d'aucune façon,

nonobstant les quelques accouchements qu'il a pu faire sur la route, de procéder sur place, avec ou sans contrôle médical à distance, à l'évaluation d'une éventualité de travail prématuré. Cette attitude est condamnable." Mais si cette attitude est condamnable, pourquoi est-ce qu'on ne l'a pas transportée? Et qui a pris la décision de ne pas la transporter?

"Documentation. Le docteur reconnaît ne pas avoir inscrit sa décision sur la fiche-appel. Cependant, l'enregistrement documente de façon claire sa décision et ne contredit nullement la version de la plaignante."

Bon. Alors, ce que je voudrais vous souligner, c'est que c'est une plainte à propos d'une patiente qui dit qu'elle aurait dû être transportée en ambulance, parce qu'elle était à risque de perdre son enfant et sa vie était à risque, et qu'on ne l'a pas transportée. Dans tout l'examen du jugement professionnel, la question qu'on se pose, c'est: Est-ce qu'on était capable ou non de savoir si c'était du liquide amniotique ou de l'urine au téléphone?

On ne s'est pas posé la question à savoir pourquoi on est arrivés à une décision semblable, ce qui constitue, pour Urgences-santé, une erreur, et qu'allons-nous faire pour changer? Ça, le système Clawson le permet d'une façon immédiate. C'est ça, la différence, entre un jugement professionnel et un système médicalisé de "priorisation" des appels.

Deuxièmement, je tiens à vous dire que... Je ne veux pas parler contre la demeure, mais il ne faut pas parler comme si ça ne coûtait rien non plus, ce type d'évaluation ultraspécialisée qui s'effectue uniquement sur le territoire de Montréal métropolitain, qui est d'ailleurs le seul territoire de service préhospitalier où on peut être rendu à l'hôpital en dedans de 10 minutes partout. Le service infirmier a un coût d'opération de 3 500 000 \$ par année. Le service médical a un coût d'opération de 9 500 000 \$ par année, payé en partie par la RAMQ en vacation et en partie par nous. Il y a un coût à l'utilisation de ce type de filtrage.

Maintenant, je tiens également à vous rappeler un certain nombre de chiffres qui peuvent vous aider à comprendre la situation. Il y a, en moyenne, 1000 appels par jour. En moyenne, 1000 appels. Les chiffres sont gros, même si c'est ceux qu'on utilise à peu près tous le temps quand on veut parler de la maison. Il y a 1000 appels qui nous parviennent par jour.

Le Président (M. Joly): M. Lamarche, j'apprécierais beaucoup si vous pouviez peut-être essayer de faire ça le plus concis possible.

M. Lamarche: Oui. J'en ai pour 30 secondes.

Le Président (M. Joly): Autrement, il n'y aura plus de temps pour les parlementaires pour

vous questionner.

M. Lamarche: C'est correct. J'en ai pour 30 secondes, mais c'est très important. Il y a 1000 appels par jour. Il y en a 520 qui sont des appels d'Info-Santé, donc qui ne sont pas des appels de demande de ressources, ce qui en laisse 480 pour les transports, parmi lesquels il y en a 130 qui sont des interétablissements, donc qui ne sont pas évalués à travers le 911, qui sont évalués par l'hôpital qui appelle directement parce qu'il a besoin de faire faire un transport. Ce qui signifie qu'il en reste, en moyenne, toujours, 350 qui nous parviennent via le 911. 350 appels par jour, en moyenne, je répète, parmi lesquels 60 % sont des urgences et 40 % sont des besoins de transport, mais moins urgents. Ce qui veut dire qu'il y a 210 demandes par jour, par 24 heures, de transport d'urgence à Urgences-santé, auxquelles s'ajoutent 140 transports moins urgents.

Si le système Clawson ne vaut absolument rien, qu'il ne trie absolument rien et qu'il envoie une ressource par appel, la différence, c'est une progression entre 210 et 350 transports, qui se font quand même, mais, là, qui se font d'une façon urgente. Pour faire face à cette demande-là, à tous les jours, on programme 200 quarts de 8 heures d'ambulance par jour. Le taux d'utilisation des ambulances dans les transports à Urgences-santé, pour une période de 8 heures, c'est 2,4 patients.

Et je tiens à vous souligner que, dans un système qui permet constamment de réévaluer comme ça, de parler 8 minutes au médecin et de parler 20 minutes à la patiente pour savoir si elle a vraiment besoin d'un transport ou si c'est une assistée sociale qui veut avoir une ambulance parce ça ne coûte rien et que, si elle prenait le taxi, elle serait obligée de déboursier, avec toute cette attitude où on met en procès les patients qui nous sont confiés, si on procédait d'une façon qui soit "protocollisée", on prendrait, comme la moyenne nationale, moins de 35 minutes pour faire le transport. Là, on fait 2,4 transports et on prend 66 minutes, à peu près. J'ai déposé ces chiffres-là hier. Alors, la seule chose que je veux vous souligner, c'est que si on utilisait ce moyen-là on serait capable, sans même diminuer d'une minute la disponibilité, de faire deux fois plus de transports. Je vous remercie.

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

M. Paradis (Matapédia): Je remarque, depuis qu'on est assis ici, en commission parlementaire, depuis hier, et je vous pose la question bien précise: Tous les groupes de travailleurs ou de travailleuses qui se sont présentés devant nous, incluant les médecins, nous ont carrément dit qu'il n'y avait pas eu de consultations pour le

système Clawson à Urgences-santé. Alors, je pose ma question: Y a-t-il eu des consultations auprès de ces groupes de travailleurs? Et, si oui, quelles sont-elles?

M. Lamarche: Sur Clawson, il y a eu une consultation plus particulièrement et plus soutenue avec les médecins. D'ailleurs, je tiens à vous souligner que le Dr Clawson est venu les 4 et 5 septembre 1991 à Montréal, la première fois. Et le comité médical d'Urgences-santé était invité et a participé à une présentation. Étaient aussi présents les médecins qui ont des mandats dans le cadre de la réforme du préhospitalier ou du GTI et ils ont pu assister, donc, à la présentation de Clawson et lui poser toutes les questions qu'ils voulaient.

Le 5 septembre, à 17 h 30, le Dr Clawson, avec le Dr Bastien, a voulu se rendre à la salle des services infirmiers pour passer la soirée parmi les infirmières, parce qu'une des choses qui l'intéressaient, non seulement en termes de compréhension de notre système mais en termes de ressources alternatives probablement souhaitables et qu'il serait sans doute possible de développer dans certaines villes américaines qui voudraient le faire, il voulait voir quel était un peu ce système d'Info-Santé. Il avait demandé la permission d'y passer de 17 h 30 jusqu'à minuit pour être présent, écouter et discuter avec les infirmières qui voudraient discuter avec lui. La présidente du syndicat s'est présentée et à dit au Dr Bastien que s'il pénétrait dans la salle des infirmières en compagnie du Dr Clawson, les infirmières se débranchaient. Bon. C'est un peu un problème pour entreprendre une consultation.

Et l'ensemble des discussions qui se font avec les groupes... Et je pense que vous pouvez en être témoins parce que, finalement, n'ayant assisté que sporadiquement aux présentations des groupes devant la commission, je crois comprendre qu'à peu près tout le monde dit: Bien, les médecins, les infirmières, bon, laissez-nous là, mais mettez une répartition assistée par ordinateur. Et les répartiteurs, eux autres, disent: Bien, ne mettez pas une répartition assistée par ordinateur, mais augmentez d'à peu près 150 % nos postes de travail en sectorisant et ajoutez cinq imprimantes. C'est-à-dire qu'on est prêts au changement, mais ailleurs.

Je pense que c'est Lester Thurow qui parlait de la tyrannie du statu quo. Si la consultation porte sur le fait que la directive ministérielle est interprétable, on "peut-u" s'entendre pour l'interpréter? Je le sais qu'elle est interprétable. Je le sais qu'une directive ministérielle - et c'est un signe d'intelligence, à mon avis - ne fixe pas d'une façon rigide une chose à faire. Sauf que l'interprétation de la directive ministérielle en démocratie, à mon avis, ça relève du ministère, ça relève des ministériels, ça relève de ceux qui l'émettent. C'est eux qui disent: Oui, je suis satisfait du rendement et de l'interpréta-

tion qu'on y apporte. Et d'ailleurs, pour ajouter à ça, le ministre a désigné une personne spécifiquement attachée au conseil d'administration d'Urgences-santé pour voir de quelle façon, pour voir si c'était de façon satisfaisante.

La consultation - j'ai déposé un document - on en fait beaucoup. Et, à mon avis, on en fait plus que beaucoup de compagnies qu'on pourrait me nommer ici ou beaucoup d'entreprises du secteur public. Mais elle ne porte pas sur la remise en question des directives, elle ne porte pas sur le fait qu'on va traiter dans une minute ou pas, qu'on va laisser les médecins sur la route ou pas, qu'on va faire ou pas une répartition assistée par ordinateur. À mon avis, si le conseil d'administration ou si les membres du conseil d'administration ne sont pas d'accord avec les directives qui ont été transmises, ils n'ont qu'une chose à faire, c'est de rendre leur démission. Et je ferais la même chose. Si on est d'accord, il faut les implanter.

M. Paradis (Matapédia): On est d'accord là-dessus. Si, à un moment donné, les directives ministérielles ne sont pas appliquées, bien, il y aura un problème et, là, on s'ajustera au problème si ça devait être le cas. Mais ce que je veux vous dire, ce que j'ai senti hier, c'est qu'effectivement tout le monde était pour la vertu, mais pas dans ma cour. Et, à ce niveau-là, je pense qu'il y aura des efforts à faire pour essayer de rendre tout le monde heureux dans la boîte. Ceci étant dit, j'aimerais vous faire préciser - ça a été soulevé tout à l'heure avec M. Cotton - davantage le fameux article 29 de la loi 34. (11 h 30)

M. Lamarche: L'article 29 de la loi, je n'ai pas le texte devant moi mais, de mémoire, il comprend une première condition pour l'intégration des techniciens ambulanciers à la Corporation d'urgences-santé, qui s'effectuait le 17 juillet 1989 par une décision adoptée le mercredi précédent. Alors, ça, c'était un dimanche. Je pense que le mercredi précédent, c'était un 12 juillet. Le Conseil des ministres adoptait un décret et décidait que pour tous ceux qui avaient conclu des ententes avec la Corporation, ententes qui avaient été entérinées par le Conseil des ministres, après approbation du Conseil du trésor - ça, ça demande beaucoup de conspirateurs, comme vous le voyez, là - il y avait intégration à une première condition: c'est que les personnes aient été là avant le 12 mai 1988, parce que le 12 mai 1988, c'était la date de présentation, en Chambre, du projet de loi.

L'objet de cette disposition-là, c'était pour empêcher qu'on fasse ou que les entreprises ou que les compagnies qui étaient nommées en annexe fassent du "featherbedding", comme disent les Parisiens. C'est-à-dire que là, ils embauchent leur beau-frère, leur belle-soeur, leur frère, leur voisin, dans leur compagnie, pour que, finalement, on les refille au gouvernement. Donc, on a

dit - en tout cas, l'Assemblée nationale a dit - Ah! Ceux qui étaient là le 12 mai. Ceux qui n'étaient pas là le 12 mai, ils devront avoir l'approbation de la Corporation, c'est-à-dire dans le cadre d'un autre élément, aussi, qui était compris dans la loi, d'un plan d'effectif que le Conseil du trésor surveille. Il fallait que cette personne-là soit un salarié à la date de l'application du contrat, c'est-à-dire, le 17 juillet 1989, à minuit, un dimanche soir, le dimanche, pour que les gens puissent avoir leur fin de semaine de congé.

Je l'ai dit tantôt, c'est le 12 mai que le Conseil des ministres a promulgué le contrat. Les entreprises, un certain nombre d'entreprises, qui étaient nommées en annexe, le 12 mai, se sont rendues partout dans les offices gouvernementaux pour demander que la vente à la coopérative puisse être réalisée et elle s'est réalisée en catastrophe, le 14 juillet, qui était un vendredi, et elle s'est terminée à 23 h 55. Et là, à 23 h 55, un vendredi soir, les employés d'un certain nombre d'employés n'existaient plus. Il y avait de ces personnes-là qui étaient en vacances, il y avait de ces personnes-là qui étaient en congé, il y avait de ces personnes-là qui ne savaient pas quel était leur horaire de travail. Mais, à compter du 17, ils étaient chez un nouvel employeur. Comme ils n'étaient pas à l'emploi d'une compagnie qui existait et qui transférait, par un contrat, et que le personnel, donc, qui était à son emploi, transférait, il fallait, pour ne pas qu'il y ait un vide juridique, que ces personnes-là aient été maintenues à l'emploi. N'importe qui aurait pu représenter mais, si vous ne vous êtes pas présentés à la coopérative, vous ne vous êtes pas présentés pour travailler. Si vous ne vous êtes pas présentés, vous êtes présumés avoir démissionné.

Si - je ne sais pas, moi, une hypothèse improbable - Molson et O'Keefe se fusionnent et que quelqu'un qui était chez O'Keefe hait tellement la Molson qu'il décide de ne plus se présenter, bien, il est réputé avoir démissionné, hein? Bien, c'était un peu la même situation qui pouvait se présenter. De quelle façon juridique est-ce qu'il pouvait être sécurisé que cette personne-là avait effectivement été transférée? La seule façon qu'elle puisse être à l'emploi et qui était conforme avec les lois du Québec, c'était qu'elle devienne membre de la coopérative. Ça, c'était le signe par lequel elle pouvait démontrer, devant tout le monde, y compris a posteriori et hors de tout doute raisonnable, qu'elle était devenue membre. S'il n'y avait pas ça qui se passait, n'importe quel travailleur pouvait contester l'ancienneté de la personne en disant: Il y a eu rupture du lien d'emploi le 14 juillet. Le 15 juillet, le 16 juillet, le 17 juillet, dans la journée, ce monsieur n'était pas à l'emploi de la coopérative. La preuve, c'est que jamais il n'a été membre. S'il n'était pas à l'emploi de la coopérative, il ne pouvait pas être

intégré.

Si Urgences-santé, vous l'avez acceptée, vous l'avez acceptée le 17 juillet avec une journée d'ancienneté; le 18 juillet, avec 2 jours d'ancienneté; le 19 juillet, avec 3 jours d'ancienneté. C'est ça que ça voulait dire. Ça veut dire que des travailleurs qui avaient accumulé une ancienneté, parfois de 15 ans, qui était même antérieure à l'existence d'Urgences-santé, dans certains cas, risquaient de se retrouver à zéro. Et là on aurait favorisé, et ça aurait été un moyen **extraordinaire**, si la Corporation avait voulu favoriser la coopérative, de punir ceux qui ne voulaient pas.

Ce que la Corporation n'a pas voulu faire et ce qu'elle a cherché à faire, c'est de leur demander de prendre des mesures, comme on dit en droit, des moyens conservatoires; de prendre les moyens les plus sûrs pour ne pas se placer en situation qu'une chicane apparaisse. Nous, comme corporation publique, on n'était pas bien, bien, intéressés non plus à ce que naisse une chicane entre 200 techniciens ambulanciers Intégrés telle date et 500 techniciens ambulanciers intégrés antérieurement. Or, c'est pour ça que pour apaiser, on a écrit. On n'a pas négocié et on n'a pas eu besoin de négocier et on n'a pas besoin de négocier pour savoir l'interprétation de la loi 34, l'interprétation du Code du travail et l'interprétation de la Loi sur les coopératives.

Le Président (M. Joly): Merci. Je vais maintenant reconnaître M. le député de **Rouyn-Noranda-Témiscamingue**.

M. Chevette: M. le Président, je vais y aller.

Le Président (M. Joly): Ah! Parfait, M. le député de Joliette.

M. Chevette: C'est vrai que vous n'aviez pas besoin de négocier, vous aviez tout négocié avant, je le reconnais. Mais ce que je veux dire... Les questions qui devraient être répondues dans une enquête publique: Pourquoi avoir attendu au 15 en catastrophe? Pourquoi avoir menacé l'enlèvement d'un permis à S.O.S? Pourquoi avoir négocié de nuit, pratiquement? Pourquoi ils ont été obligés de vendre? Il y a une série de choses qui sortiraient, M. **Lamarche**, qui vous feraient redresser le peu de cheveux qu'il vous reste, comme moi.

Donc, à partir de là, moi, j'aurais une seule question à vous poser. Vous avez dit tantôt, dans votre rapport, que les techniciens ambulanciers, dans un des cas que vous avez déposés, avaient peu de formation. Vous rappelez-vous ce qu'on a fait avec les salariés? On leur a promis 825 heures de formation quand on leur a fait gober la 34. Et il n'y a rien qui se fait ou peu. Il y a jusqu'à quelque 300 heures, me dit-on, qu'on peut

aller chercher. Si vous voulez sécuriser les gens, qu'est-ce que vous attendez pour organiser les cours de formation?

M. Lamarche: Il faut distinguer deux choses. Les 825 heures de formation, c'était la recommandation qui était faite par les groupes de travail qui existaient à l'époque et les CLSC sur lesquels et la CSN et le ministère - et il y avait même une déclaration ministérielle à cette époque - étaient d'accord. C'est une formation qui doit être donnée dans le cadre d'un programme du ministère de l'Éducation dont, à mon information, le dossier progresse. Moi, je ne veux plus connaître de situation comme celle qu'on a connue dans un état de pénurie où on a été obligés nous-mêmes d'organiser de la formation avant que les techniciens ambulanciers aient à intervenir parce que ce n'est pas notre mission.

Sur la formation, c'est effectivement un dossier que l'on va faire et c'est effectivement un dossier que l'on doit faire parce que la directive ministérielle dit: Il doit y avoir retrait des médecins. Il doit y avoir formation, réallocation des ressources. Ce qu'on veut discuter avec les médecins, et même, pour être plus précis, même si vous n'aimez pas ça après, négocier avec les médecins, c'est de quelle façon on est capable de prendre...

M. Chevette: Vous avez la chair de poule à rien, vous.

M. Lamarche: Pardon?

M. Chevette: Vous avez la chair de poule à rien, vous. Répondez donc aux questions et **ramassez-les** un peu, parce qu'on a seulement 10 minutes, à part ça.

M. Lamarche: C'est parce que vous avez dit tantôt que tout était négocié.

M. Chevette: Mais c'est long, là, aboutissez!

M. Lamarche: J'aime autant donner tous les éléments de réponse, citer tous les éléments de la loi et comme ça, c'est clair pour tout le monde et ça ne porte pas à des confusions.

M. Chevette: Là, ce n'est pas dans la loi, c'est une promesse. Ce n'est pas dans la loi, ça!

M. Lamarche: Là, je parie de ce que nous avons l'intention de faire dans le cadre du mandat, qui est confié par directive, du retrait des médecins. Ce qu'on a l'intention de faire, c'est d'organiser une discussion avec les médecins pour déterminer quels sont les actes, quels sont les gestes, quels sont les protocoles, quelles sont les manières de faire et nécessaires d'établir

avant qu'il y ait retrait des médecins sur la route. Quelle est la formation qu'on doit faire? Le type de formation, la façon dont on veut faire la formation, c'est une formation en cours d'emploi.

C'est une formation, je vous ai dit tantôt... Il y a 200 quarts de travail par jour qui sortent. Ces 200 quarts de travail par jour, ils sortent dans 5 points de service différents. Il y a donc 40 départs par jour qui sont répartis en 9 départs: 3 le matin, 3 l'après-midi et 3 le soir. Ce qu'on veut faire, c'est retenir un certain nombre d'équipes, pendant 3 heures, pendant 4 heures, de la route pour les garder dans le point de service où serait présent un médecin et où, là, on leur enseignerait des techniques, des protocoles pendant le nombre d'heures nécessaires. À la suite de cette formation-là, le médecin prendrait la route avec ces équipes pour faire un contrôle et un suivi.

On organiserait cette formation de telle sorte qu'on ne soit pas obligé de retirer les gens de la route, les envoyer dans un cégep, payer le cégep, payer leurs remplaçants et faire en sorte que ça nous coûte des millions pour faire la formation. Ce qu'on veut faire, c'est recourir à une formation professionnelle en cours d'emploi en utilisant la capacité qu'on a de pouvoir programmer nos départs et en utilisant les ressources médicales que nous avons et que nous pouvons réallouer autrement.

M. Chevette: Je vous remercie. Je veux donner une chance à mon collègue de poser une question. Je reviendrai une minute à la fin pour vous formuler un voeu.

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

M. Trudel: Rapidement, sur Clawson, ce qu'on a appris au cours des audiences des différents groupes, c'est bien plus au niveau de la gestion de la flotte que se situe le problème. Ce n'est pas qu'il n'y a pas de problème au niveau du triage. C'est bien plus inquiétant quand le répartiteur nous dit qu'il a été obligé d'appeler la compagnie de taxi pour savoir où s'en aller. M. Cotton disait ce matin que le temps, juste le temps d'aller à la répartition, c'est quelque chose comme une minute et demie. Là, on est en train de virer le monde à l'envers au niveau du triage, s'il va être professionnel ou s'il va être mécanisé. C'est assez évident que c'est au niveau de la répartition que se situe le problème. Avez-vous l'impression sur le plan administratif, M. Lamarche, que vous allez vraiment avoir les éléments et le climat nécessaires pour implanter un système assisté par ordinateur au niveau de la répartition, au niveau de l'affectation des véhicules? Avez-vous cette ferme impression là que le climat est à ça et qu'on va y arriver?

M. Lamarche: Je pense que oui. Je suis optimiste de nature, mais j'ai connu des situations, j'ai même presque uniquement connu dans mon métier antérieur des situations qui étaient difficiles. Alors, ça ne me désespère pas. Je cherche des documents parce que je veux répondre à votre question.

D'abord **cliniquement**... Vous savez, on a donné un fonctionnement actuel et on a donné un fonctionnement prévu. Le temps le plus important et le temps où il faut absolument couper le plus cliniquement - je ne vous parle pas administrativement, je vous parle cliniquement - c'est entre la réception de l'appel et l'arrivée sur les lieux parce qu'il faut porter secours. On ne peut plus comprimer le temps externe à plus que là où on en est parce qu'on est à cinq minutes. C'est à peu près ce qui s'observe partout en Amérique du Nord. Pour pouvoir prendre moins de cinq minutes, il faudrait faire plus que doubler les véhicules de la flotte et ça devient donc prohibitif comme coût.

Là où on peut encore couper et où on peut couper d'une façon singulière, c'est dans le traitement de l'appel et l'affectation. On peut couper à une minute avec un système médicalisé. C'est-à-dire que si, comme je l'ai déposé ce matin, on utilise une manière anarchique de questionner la patiente et on suit un peu son raisonnement, on revient... Si on suit une méthode très programmée, dans tous les cas on est capable d'arriver à une décision en dedans d'une minute.

L'autre élément qui est conséquent de ça, M. le député, et qui est très important, c'est que si on est dans un système qui comporte un jugement professionnel, une réévaluation, une capacité de rappeler, on est dans un système qui prend, comme temps de transport moyen, 67 minutes. Premier élément de la gestion de la flotte. Il faut gagner du temps pour être capable de retrouver de la disponibilité. C'est vrai aussi que la localisation spatiale et l'identification des statuts des véhicules, ça devient très important. Mais ce que va pouvoir faire une répartition assistée par ordinateur, si on n'est pas capable de donner les éléments intrants traités par ordinateur pour qu'ils puissent être interprétés, c'est 50 % de la performance d'une répartition assistée par ordinateur uniquement. Je ne veux pas que ça soit cité mal à propos, mais les informaticiens parlent de "garbage in, garbage out".

Voilà le problème. S'il s'agit d'un jugement professionnel, ça ne peut pas être mis sur une méthode de traitement par ordinateur à moins d'accepter de prendre encore plus de temps. Là, on perd le temps clinique important et on installe une répartition assistée par ordinateur qui va avoir une efficacité que de 50 % parce que la moitié des intrants ne pourra pas être gérée par l'ordinateur. Les deux doivent se faire.

Donc, on doit pouvoir avoir une méthode de traitement des appels en dedans d'une minute qui est ordonnée, qui permet le traitement par ordinateur et qui transfère immédiatement à la répartition qui, elle, a trouvé la localisation spatiale réelle des véhicules, qui est capable de transmettre la géomatique, qui est capable de transmettre les dossiers - je l'ai dit dans ma première intervention au mois de septembre - et qui juxtapose les deux. Et là, on vient de franchir une étape importante; on vient de couper de la moitié le temps de transport, donc on vient de doubler la flotte que nous avons. (11 h 45)

M. Trudel: Ça, c'est à condition que tout le monde entre dans les petites cases, c'est-à-dire que tout le monde ait un comportement, que l'appelant en détresse ait un comportement, qu'il réponde bien aux questions qui sont standardisées. Si tout le monde entrait dans la petite case et avait un comportement de malade modèle, là, on y arriverait à ça. Mais regardez le reste du système, puis là, je vous amène sur une autre piste parce que, malheureusement, on n'a pas beaucoup de temps. Je vais l'analyser, votre réponse.

Quand les 1000 techniciens ambulanciers parlent de terrorisme disciplinaire, je ne veux pas que vous me donniez vos jugements. Je ne veux pas que vous me donniez votre jugement. Je vous dis: Comment allez-vous me faire accroire, à moi, qu'on va diminuer le temps de la répartition, qu'on va diminuer le temps, dans ces cinq ou six minutes essentielles? Mon collègue en a parlé aussi hier soir, par exemple, dans le cas des arrêts **cardiovasculaires**. C'est vrai que c'est un temps essentiel pour permettre de sauver la personne. Mais comment, dans ce climat-là, à travers ces affirmations-là et avec un ensemble de problèmes qui ont l'air à être vécus dans la **boîte**, on va en arriver à ce que tout le monde ait un comportement modèle? Vous n'avez absolument pas les conditions pour implanter ça.

Comment pensez-vous que vous allez pouvoir arriver à ce que tout le monde, y compris - puis je l'ajoute - la séparation de l'urgent et du non-urgent au niveau d'Info-Santé... Il va falloir **éduquer**, avoir un comportement pour que tout le monde fasse le chiffre à sept numéros pour appeler **Info-Santé**. Ça ne sera pas automatique que tout le monde n'appelle pas au 911. Ça fait 10 ans ou 12 ans qu'on modèle le comportement social de la population en disant: Quand il y a de l'urgence, de la détresse, vous appelez **911**. Ça ne se fera pas de même, cette histoire-là. Mais, nous autres, on va avoir le système mécanique au départ. La question, c'est: Quand j'entends dans le mémoire des 1000 techniciens ambulanciers qui sont sur la route et que c'est eux qui ont affaire aux personnes, comment, dans un climat décrit comme étant du terrorisme disciplinaire, on va pouvoir arriver à implanter cette méthode scientifique où toutes

les variables sont contrôlées, sauf la détresse?

M. Lamarche: Votre spécialiste en relations de travail me fait un sourire.

M. Chevette: C'est parce que vous avez souri. Voulez-vous que j'aie l'air bête. Ça ne me forcera pas. Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): M. le député de Rouyn, une dernière intervention, s'il vous plaît.

M. Lamarche: Il y a un élément auquel je veux absolument répondre parce que c'est très important. Vous nous dites: Comment est-ce que les patients, comment est-ce que tes appelants vont être capables de pouvoir répondre? C'est ça, le système Clawson. C'est une **prise** en charge du traitement de l'appel. Ce n'est pas le patient qui s'exprime, ce n'est pas... Le patient est questionné d'une manière médicalement approuvée et donne donc les réponses nécessaires.

Je ne veux pas parler contre la demeure, je l'ai dit tantôt, mais je trouve singulier qu'il y ait juste dans le Montréal métropolitain, ce qui exclut même Joliette, ce qui exclut même Matane, ce qui exclut même Rouyn-Noranda, où les citoyens ne sont pas capables de faire la différence entre un numéro de téléphone à sept chiffres... Je sais qu'il y a des habitudes qui s'acquièrent. Je sais qu'on va devoir faire une campagne de publicité. Je peux vous dire que, dans les enveloppes de Bell Canada, dans les enveloppes de Gaz Métropolitain, dans les enveloppes d'**Hydro-Québec**, sur les autobus, on va faire un affichage. On va dire: Si vous avez besoin d'information, appelez tel numéro, si vous avez besoin...

M. Trudel: Parlez-moi plus du climat.

M. Lamarche: Bon, le terrorisme, là, je suis habitué avec les syndicats. J'ai passé 24 ans de *ma vie dans les syndicats*. **J'ai passé 17 ans à négocier, parmi lesquelles les 10 dernières années** à négocier au niveau du bureau du président de la CSN, donc, c'est à peu près tout ce qu'il y avait de plus... C'est évident qu'une présentation d'une situation difficile entraîne des compromis nécessaires de la part de l'employeur et on sait qu'on est sollicités pour faire des compromis. On va en faire. Moi, je suis prêt à m'entendre avec le RETAQ.

Quand les techniciens ambulanciers, certains techniciens ambulanciers ne transportent pas des patients sur civière et que les infirmières des salles d'urgences ou les médecins des salles d'urgences nous appellent pour nous dire: Le patient était en infarctus et les techniciens ambulanciers l'ont fait marcher, actuellement, pour la première situation, on suspend deux semaines. On dit que c'est trop grave. Est-ce que

le syndicat veut s'entendre avec nous pour dire qu'une semaine, ce serait raisonnable, puis que ça cesserait d'être du terrorisme? Ça serait juste, disons, un contrôle disciplinaire nécessaire pour assurer le bien des patients.

La deuxième fois, on pourrait suspendre deux mois, puis la troisième fois ça pourrait être un congédiement. Ça ne prend pas bien, bien longtemps, ça, à s'enseigner à un technicien ambulancier que, hormis des situations exceptionnelles qui sont décrites dans tous les protocoles, un patient, ça se transporte couché parce qu'il peut être en infarctus, parce qu'il peut être en hémorragie, parce qu'il peut être en fracture. C'est ça, les cas d'intervention disciplinaire qu'on a.

Vous appelez ça du terrorisme, je ne sais pas si suspendre deux semaines... Moi, j'aurais plutôt tendance à penser que c'est facile à comprendre ça, qu'on transporte couché.

M. Trudel: Le moins qu'on puisse dire, c'est que la situation est perçue comme telle...

M. Lamarche: Oui, oui.

M. Trudel: ...par, mettons, un grand nombre de personnes à l'intérieur de votre boîte.

M. Lamarche: Perçu, perçu au niveau des...

Le Président (M. Joly): Je ne voudrais pas... Au niveau des perceptions, là, je pense qu'on pourrait en dire beaucoup. Le temps qui nous a été dévolu a été entièrement consommé.

M. Trudel: Entièrement consommé?

Le Président (M. Joly): Entièrement consommé.

M. Trudel: C'est que tout à l'heure je n'ai pas pu l'interroger sur le contrat secret avec Clawson pour l'achat de ce système-là.

Le Président (M. Joly): Vous aurez d'autres occasions sûrement, M. le député.

M. Trudel: Le coût, puis les autres modalités.

Le Président (M. Joly): Alors, je pense qu'en conclusion je dois remercier M. Lamarche et les gens qui l'accompagnent pour avoir largement contribué à l'avancement, disons, de ce qu'on cherchait. Votre collaboration de dernière minute, encore une fois, est hautement appréciée. Alors, merci beaucoup, M. Lamarche.

M. Chevette: Je veux lui souhaiter d'être capable d'asseoir son monde, parce que les répartiteurs hier ont été clairs: Vous manquez de transparence, disaient-ils. Aujourd'hui, c'est les

techniciens, ça a été les infirmières. Y a-t-il moyen que vous parliez au monde? Vous étiez proche du monde avant. Vous pourriez peut-être revenir à vos anciennes amours.

Le Président (M. Joly): Merci beaucoup, au plaisir, M. Lamarche. M. Hudon, Mme Chartier, merci.

Alors, je demanderais maintenant au Dr Pierre **Fréchette**, responsable du groupe sur les services préhospitaliers et de traumatologie, de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît. Je vous souhaite la bienvenue, Dr **Fréchette**. Je ne pense pas que j'aie à vous expliquer notre procédure. Vous avez un temps d'une trentaine de minutes, si vous le désirez, ou moins, si vous le jugez à propos, et la balance du temps sera répartie pour les deux formations. S'il vous plaît, ceux qui ont à quitter la salle... S'il vous plaît. Alors, Dr **Fréchette**, la parole est à vous.

M. Pierre Fréchette

M. Fréchette (Pierre): Merci, M. le Président. Je vais tenter d'être bref, les gens dans la salle en ayant déjà entendu passablement au cours des deux dernières journées. Je tiens d'abord à faire remarquer que ce qu'on a entendu jusqu'à maintenant reflète un souci à peu près général du patient, de la qualité des services et de la qualité des soins que tous les intervenants, à tous les niveaux, ont exprimé; un souci de qualité de soins, un souci de disponibilité pour le public qui semble, du moins à ce que j'ai entendu, unanime.

Dans ce même ordre d'idées, les différents intervenants nous ont dit qu'ils acceptaient, dans l'ensemble, les recommandations ministérielles suite au rapport De Coster. Bien sûr on a émis quelques réserves. Bien sûr on a émis des inquiétudes. Mais ces réserves et ces inquiétudes étaient généralement à l'endroit de certaines directives particulières qui touchaient plus directement les groupes qui avaient des réserves. Je n'ai pas entendu, au cours des deux dernières journées, des remarques à l'effet que certaines des directives ministérielles qui touchaient d'autres groupes d'intervention que ceux qui étaient à la table ici devraient être suspendues, modifiées, appliquées de façon prudente, etc.

Le questionnement des intervenants, de la base d'Urgences-santé, se centre beaucoup plus sur le comment. On est d'accord pour les changements, mais on est inquiet quant à comment ce changement va pouvoir s'opérer. Et, à mon avis, c'est tout à fait normal. Tout changement comporte, par essence, un certain degré d'incertitude, qui, lui, va générer nécessairement un certain degré d'inquiétude. On est tous des humains et quand on est inquiet, on tente par toutes sortes de moyens de se rassurer.

Dans le cas qui nous préoccupe ici, l'inquiétude vient de l'incertitude, et on va tenter

d'éclaircir le plus possible ce qui est incertain. Malheureusement, dans un dossier de l'envergure des soins préhospitaliers - et là je parle peut-être non seulement pour les soins préhospitaliers du Montréal métropolitain, mais peut-être à l'échelle du Québec... C'est un dossier tellement complexe, qui touche tellement d'intervenants, de tellement de niveaux, et de tellement d'autorités administratives différentes qu'il est à peu près impossible de clarifier avec précision, à ce moment-ci de l'étude du dossier, tous les aspects qui sont susceptibles de générer une incertitude, quelle qu'elle soit.

Je peux donc dire sans équivoque que oui, les gens qui dispensent les soins préhospitaliers d'urgence à Montréal, ainsi que les personnes qui administrent le système de soins préhospitaliers d'urgence à Montréal ont accepté les recommandations ministérielles et ont déjà commencé à travailler à les implanter avec tous les problèmes qui y sont reliés.

Jusqu'à quel point Urgences-santé est-il avancé dans la mise en place des recommandations du ministre? On a pu entendre, bien sûr, qu'il y avait des problèmes de communication, de consultation, de gestion de personnel, de relations de travail, en fait, des problèmes de relations humaines entre la direction d'Urgences-santé et tes différents groupes d'intervenants, et, plus souvent qu'autrement, les groupes d'intervenants entre eux. Personnellement, je ne vois pas là une problématique absolument extraordinaire et scandaleuse. J'y vois beaucoup plus une problématique profondément humaine qui reflète un très haut niveau d'incertitude et d'inquiétude face à des changements qui - il faut bien l'admettre - sont profonds et qui touchent tout le monde.

Je voudrais attirer votre attention sur le fait que ces changements-là touchent aussi et peut-être d'abord et avant tout la direction d'Urgences-santé. Ils touchent aussi, bien sûr, les intervenants à tous les niveaux. Ils comportent un échancier qui est d'une longueur tellement courte que même l'échancier comporte un facteur de stress pour tout le monde. Le degré d'avancement de réalisation de l'implantation est difficile à évaluer de mon point de vue. (12 heures)

Je voudrais rappeler aux membres de la commission que je suis actuellement en travail à titre de fonctionnaire, en prêt de service au ministère de la Santé à trois jours par semaine, sur deux dossiers qui sont: la traumatologie majeure et les soins préhospitaliers d'urgence pour le Québec. Mon véritable statut, c'est d'être directeur adjoint des services professionnels dans un hôpital de Québec et mon employeur, c'est encore l'hôpital. J'ai accepté, de bon gré, d'aller au ministère, pendant un temps encore non précisé, mais qui sera relativement court, pour tenter de mettre sur pied une réorganisation efficace des soins préhospitaliers d'urgence pour

le Québec et la mise sur pied d'un système de traitement des **traumatismes** qui est à la hauteur de l'attente de notre population.

Les travaux vont bon train. Je suis en service depuis le 15 octobre 1990 et je peux vous dire qu'au niveau de la traumatologie majeure, qui touche, en passant, les soins préhospitaliers d'urgence, il y a deux grands comités qui ont été **mis** sur pied. On a commencé à visiter l'ensemble du **territoire** québécois pour en faire un inventaire respectable face à la traumatologie. On a établi déjà des critères de désignation de centres de traumatologie et on a, bien sûr, établi une stratégie pour venir en aide à la clientèle des traumatisés majeurs.

Pourquoi on a mis tout ce branle-bas de combat là au point sur la traumatologie? Qu'est-ce qui est en dessous de tout ça? Ça rime à quoi? Qu'est-ce qui se passe avec ce dossier-là? On rejoint, bien sûr, la problématique des soins préhospitaliers. On touche aussi à des éléments plus profonds que ça dans le système. Je prends **cinq** minutes pour faire le tour de cette question-là pour revenir sur le préhospitalier, parce que je considère ça comme capital.

Notre système de santé, qui évolue comme l'ensemble des systèmes de santé nord-américain, qui a ses particularités, bien sûr, qui a ses caractéristiques qui nous rendent fiers du système, mais qui a une composante de base qui est identique un peu à celle que toutes les autres sociétés nord-américaines ont, dans le fond, est basé sur l'organe.

Les groupes qui défendent les intérêts des patients défendent **généralement** les intérêts d'un organe. Les cardiologues se battent pour le cœur, le cholestérol, l'hypertension, la crise cardiaque, l'infarctus. Les infirmières qui travaillent dans les unités coronariennes avec les cardiologues se battent aussi pour le cœur. Ces gens-là rêvent au cœur, mangent du cœur, pensent au cœur, ils en vivent. Les pneumologues vivent des poumons. Les néphrologues vivent des reins. Les neurochirurgiens vivent du cerveau, et ainsi de suite. On est comme ça un petit peu partout.

Ça amène à une problématique un petit peu particulière: l'accidenté, le vrai. Je ne vous parle pas de la fracture simple d'une jambe en **ski**; ce n'est pas ce qu'on appelle la traumatologie. La traumatologie, c'est le citoyen pluriblessé, **multitraumatisé**. Il est pris en charge par qui dans le système actuellement? Par quoi? Qui défend le polytraumatisé? Et d'abord, qui est ce polytraumatisé?

C'est tellement l'affaire de tout le monde, la traumatologie, que ça devient l'affaire de personne. Il n'a pas de **porte-étendard**. Le **traumatisé**, il dérange. Et ce qui n'est pas connu dans le public - et pour vous qui êtes des représentants du peuple, je pense que c'est important de vous livrer ces **messages-là** - c'est que les traumatismes sont la première cause de

décès chez la population de 40 ans et moins. Les **traumatismes**, au Québec, pour le groupe des 15-24 ans, ça tue plus de monde que toutes les autres causes mises ensemble. Les traumatismes au Québec, pour la population de 65 ans ou moins, c'est responsable de plus d'années de vie perdues que le cancer et les maladies de coeur mises ensemble. Mais on ne s'en occupe pas; c'est l'affaire de tout le monde. Le ministère est conscient de cette **problématique-là**. On a commencé à s'attaquer au problème majeur des traumatismes au Québec, et vous verrez bientôt les choses qui vont être mises de l'avant là-dessus.

À l'intérieur de la problématique de la traumatologie, il y a toute une question qui est reliée à la chaîne d'intervention auprès des victimes de traumatismes et c'est là qu'on rejoint le préhospitalier. Lors d'un accident, grave toujours, où des personnes sont en péril, où la vie est en danger, où la perte des membres est critique, on a un premier problème au Québec auquel on ne s'est pas vraiment attardé au niveau de la santé: C'est le problème de l'accessibilité. On est 6 500 000 habitants sur un territoire de 1 500 000 km² dont 85 % vivent dans le Sud, sur le bord d'une petite rivière qui s'appelle le Saint-Laurent. On a un problème géographique épouvantable.

Imaginez-vous qu'on pourrait embaucher les plus grands docteurs du monde dans le meilleur centre hospitalier du monde mis dans le centre-ville de Montréal avec le plateau technologique le plus sophistiqué qu'on peut imaginer, puis imaginez un de vos parents qui a un accident de voiture sur l'autoroute 73, entre **Sainte-Marie-de-Beauce** et **Saint-Georges-de-Beauce**, le 12 février à 2 heures le matin. Qu'est-ce que ça donne, le grand centre de traumatologie au centre-ville de Montréal? On a un problème fantastique là, qui est l'accessibilité. Il va falloir qu'on se penche sur la problématique pour que le citoyen qui est en péril soit au moins capable d'aviser le système qu'il a un problème pour le faire intervenir. On est en plein coeur du préhospitalier. Une fois l'alarme sonnée, une fois qu'il aura réglé une problématique, qui est celle de l'accessibilité, il va falloir qu'on mette en branle un système pour assurer une qualité de soins dans le préhospitalier avant de se rendre à l'hôpital, dans le réseau.

Je vous ferais remarquer une chose qui est assez, elle aussi, faramineuse dans notre société de 1991. À l'intérieur de nos hôpitaux, comme dans toutes les sociétés modernes, il y a différents intervenants de la santé, dont les médecins. Les médecins sont des individus relativement scolarisés qui ont tous un diplôme universitaire. Plusieurs d'entre eux sont surspécialisés. Ils sont reconnus pour leur compétence. Et, malgré cette reconnaissance de compétence, on les oblige à tenir un dossier. Les docteurs dans les hôpitaux n'ont pas le droit, légalement,

de soigner le monde sans tenir un dossier. En plus, ils sont tenus de rédiger leurs dossiers selon une forme préétablie et préapprouvée. Pourquoi fait-on ça? Pour être capables de contrôler la qualité des actes médicaux qui se posent chez les citoyens malades et blessés. Ça permet à des pairs ou à d'autres organismes de jeter un oeil sur ce qui s'est fait auprès des patients et sur ce qui a été omis chez d'autres patients.

Dans le domaine ambulancier au Québec, il n'y a pas de dossier. En plus de ne pas avoir de dossier, les techniciens ambulanciers sont laissés à eux-mêmes, deux personnes par véhicule, habituellement, sans surveillance, sans encadrement, sans documentation de ce qui se fait ou de ce qui ne se fait pas. Et ça, ça suppose en théorie que quelque part, il est possible d'avoir un technicien ambulancier qui, par ignorance, ou par mauvaise volonté, ou pour toute autre raison, pose de façon systématique certains actes qui sont inappropriés et qui peuvent être délétères pour les citoyens, incluant la provocation de décès. Et personne n'y regarde.

On reprend notre problématique de la chaîne d'intervention. On avait des problèmes d'accessibilité. On a encore des problèmes d'accessibilité. On avait des problèmes avec la qualité de ce qui se fait en préhospitalier et on en a encore. L'exemple du dossier n'est qu'un des éléments. Dans le système actuel de soins préhospitaliers, il n'existe pas, sauf à Montréal, de centrale de coordination des appels. Ça veut dire quoi, ça? Ça veut dire que si vous allez demain matin à Trois-Rivières et que vous vous sentez mal ou que vous avez un accident, vous êtes obligé de consulter les pages jaunes à la rubrique "ambulance" pour pouvoir trouver un numéro de téléphone pour rejoindre une compagnie d'ambulances. Comme vous allez tomber sur trois compagnies différentes, ce n'est pas sûr que vous allez tomber sur la bonne, ça veut dire celle qui est le plus proche d'où vous êtes. Ça ne veut pas dire que celle que vous allez appeler va transmettre votre message à la compagnie la plus proche non plus. C'est laissé, actuellement, à l'initiative locale, régionale, particulière, sans chef d'orchestre.

On a un problème. Les soins qu'on va donner à partir de cette ambulance-là - et ne prenez pas l'exemple de Trois-Rivières comme péjoratif, on pourrait nommer n'importe quelle ville au Québec... On ne mesure pas nécessairement d'une façon appropriée les temps que l'on met à répondre aux urgences. Combien de temps ça prend pour recevoir l'appel? Combien de temps ça prend pour traiter l'appel? Combien de temps ça prend pour rejoindre le véhicule? Combien de temps ça prend pour rejoindre les techniciens ambulanciers? Combien de temps ça prend pour aller chercher le malade? Et dans combien de temps on est rendu à l'hôpital? On a des données, actuellement, qui sont très approxi-

math'ès et qui sont, à toutes fins pratiques, non contrôlées et non mesurables.

Le système de soins préhospitaliers mérite un traitement majeur, et ça inclut Urgences-santé. Certains principes de base ont déjà été établis par le comité aviseur provincial, qui a remis son rapport au ministère, comme vous le savez, en février 1990. Ce rapport-là a été adopté par les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'été 1990. On est en train de bâtir les éléments qui vont permettre sa mise en application.

Très sommairement, le système de soins préhospitaliers d'urgence au Québec est basé sur deux principes fondamentaux qui sont: l'universalité et la complémentarité. Ces deux principes fondamentaux devront guider toutes les interventions et toute la planification au fur et à mesure de l'élaboration des programmes. Il va falloir s'appuyer aussi sur quatre objectifs importants qui sont: l'accessibilité - je vous en ai parlé - l'efficacité, la qualité et la continuité.

Le système préhospitalier est actuellement déconnecté du réseau de la santé. On a, dans le système de soins préhospitaliers actuellement, des coopératives ambulancières, des compagnies d'ambulances, un organisme qui s'appelle Urgences-santé et tous ces éléments-là sont un peu disparates dans le champ. On a, en parallèle à ça, un réseau d'établissements: les hôpitaux, les CLSC, les centres d'accueil. On a les CRSSS, le ministère, mais tout ce beau monde là ne se parle pas beaucoup.

(12 h 15)

Au niveau de la continuité, je vous fais aussi une parenthèse que je considère comme extrêmement importante. On a touché, hier, entre autres, et ce matin encore, la problématique des premiers répondants. Je vais aller un peu plus loin pour vous soulever un élément que je considère comme capital. M. Cotton y a d'ailleurs fait allusion ce matin. En plus de l'existence éventuelle ou de l'utilisation des premiers répondants, on a peut-être à se regarder pour savoir ce qu'on pourrait faire avec les premiers intervenants, ce que les Anglais appellent les "bystanders". Qui sont les "bystanders"? C'est le public, c'est Jos **Tout-le-Monde**.

À titre d'exemple, dans nos hôpitaux, on voit passer les gens qui souffrent de problèmes cardiaques, d'infarctus, de gros infarctus majeurs, souvent chez des gens d'un âge très productif. On sait très bien que chez ces gens-là le risque d'un arrêt cardiaque dans les cinq ou dix ans qui suivent est de beaucoup supérieur à la moyenne de la population. On sait aussi, scientifiquement parlant, qu'advenant un arrêt cardiaque, si quelqu'un intervient en dedans des quatre premières minutes, on a des chances de le ramener à la vie. On sait aussi scientifiquement, sur un plan statistique, que dans 80 % des cas d'arrêt cardiaque, l'arrêt se produit à la maison, donc, devant les proches, devant les parents.

Notre système de santé n'a pas encore trouvé le moyen génial d'inciter les familles à apprendre les techniques de réanimation cardiaque, des techniques simples, pas compliquées, où on n'a pas besoin de donner un cours de médecine à tout le monde, pour augmenter de façon fantastique les chances de survie de la personne atteinte d'une maladie cardiaque. Quand j'étais petit - et j'ai l'impression que ça n'a pas changé encore - à l'école on nous disait: Si vous voyez un accident quelque part ou si quelqu'un tombe quelque part, il ne faut surtout pas y toucher pour ne pas lui nuire.

Avant de travailler comme DSP adjoint dans mon hôpital, j'ai travaillé pendant 16 ans en médecine d'urgence et j'ai été à même de voir les catastrophes associées au fait que le **public** se fait dire: N'y touche pas pour ne pas nuire. Combien de fois **ai-je** eu à traiter des enfants qui ont été éjectés d'un véhicule lors d'un impact, en plein hiver, qui se sont ramassés inconscients à une dizaine ou une vingtaine de mètres du site de l'accident, couchés dans le banc de neige par des froids de -20°, -25°, avec des curieux **qui** étaient sur les lieux, les mains dans les poches, qui se disaient: Ce n'est pas drôle, hein? Personne n'avait eu l'idée d'aller mettre une couverture ou un drap sur le petit enfant qui était inconscient dans le banc de neige et, dans notre beau système, qui devait attendre au-delà d'une demi-heure pour avoir un transport en ambulance.

On a eu à traiter ces enfants-là à l'hôpital pour des fractures, des lésions des organes internes, des hémorragies, mais aussi pour de l'hypothermie. Ces enfants-là ont grandi, pour ceux qui ne sont pas morts, et ont aujourd'hui des séquelles plus importantes à cause de l'hypothermie qu'à cause des fractures dont ils étaient porteurs. Tout ceci parce qu'on a dit au public: Ne touchez pas pour ne pas nuire. Je regrette. On a un coup de barre à donner tout de suite et à ce niveau-là.

En ce qui regarde les premiers répondants, je vous donne quelques chiffres pour une région que je connais bien: la ville de Québec. Je peux vous dire que la situation est comparable ailleurs. En 1990, les pompiers de Québec ont été utilisés dans 4 % de leur temps pour combattre les incendies. Ça laisse à ces **gens-là** 96 % de leur temps pour faire autre chose. Ce sont des gens de carrière qui retirent déjà un salaire, qui sont financés par la municipalité, qui sont essentiels, mais dont les activités de prévention des incendies ont rapporté des fruits. Il y a beaucoup moins d'incendies qu'il n'y en avait. Ça va toujours nous prendre des pompiers. Par hasard, les pompiers de Québec, comme bien d'autres, ont une carte de compétence dans leur poche en réanimation cardiaque. **Ils** ont aussi une formation en premiers soins. Et le temps de réponse des pompiers de Québec, qui est bien documenté, est de 3 minutes 22 secondes. Vous me suivez?

Bien sûr, ramasser des fonds pour la Fondation des grands brûlés, c'est une vocation qui est noble. Bien sûr, réparer des vieux jouets **abîmés** pour les enfants pauvres dans le temps de Noël, c'est noble aussi. Bien sûr, le lavage des camions, il faut que ça se fasse. Mais peut-être qu'on pourrait se faire aider, dans le préhospitalier, avec des premiers répondants qui sont de toute façon là et disponibles.

Je peux vous parler d'un autre type de premiers répondants: les policiers. Dans 96 % des cas, les policiers sont sur les lieux d'un accident avant d'autres intervenants formés. Tous les policiers ont un cours de premiers soins et de réanimation dans leur cours qui se donne à Nicolet. Une fois qu'on est sorti de l'école de police, on est embauché soit par la Sûreté du Québec au niveau du gouvernement provincial, soit dans une municipalité.

Les corps de police que je connais actuellement insistent beaucoup pour garder leur **main-d'œuvre** à jour dans le maniement des armes à feu, dans la maîtrise des individus violents, dans la condition physique et dans la connaissance des lois. Aucun rafraîchissement en premiers soins. Ça donne ce qu'on voit de temps en temps sur le site d'un gros accident: des véhicules tout brisés, des blessés à l'intérieur, parfois des morts, et le véhicule de police qui est, selon la norme et la directive, bien stationné en diagonale avec les gyrophares pour aviser le public de ralentir pour ne pas créer d'autres accidents. Et puis on s'affaire autour du site de l'accident avec un galeon à mesurer et puis un rapport. On n'a pas regardé sur le banc d'en arrière si ça saigne. Il y aurait là des vies à récupérer facilement, avec des manoeuvres très simples.

Il va falloir à tout prix que le système de soins préhospitaliers du Québec englobe l'harmonisation de l'intervention de l'ensemble de ces intervenants, sans qu'il soit nécessaire, bien sûr, de changer toute la structure administrative qu'on connaît. Demain matin, les pompiers et les policiers vont continuer de relever de l'autorité municipale. Et il faut que ça reste comme ça. Bien sûr, il y a d'autres intervenants qui pourront, éventuellement, être utilisés. On pense aux bûcherons, par exemple, dans les camps de bûcherons, en forêt, très loin. La Commission de la santé et de la sécurité du travail a commencé à débayer le terrain là-dessus, et puis ils s'en viennent bien. On a pris la décision de former un travailleur sur dix en premiers soins. Ça permet, ça aussi, de sauver des vies d'une façon efficace, sans être obligé de rajouter des véhicules ambulanciers partout. Ça fait partie de la philosophie d'approche qu'on est en train de mettre sur pied.

Je dois vous dire qu'actuellement il y a une dizaine de sous-comités techniques qui sont au travail et qui devraient remettre leur rapport d'ici à juin 1992. Ces sous-comités traitent de 15 éléments qui ont été identifiés très clairement

pour permettre l'opérationnalisation d'un système de soins préhospitaliers d'urgence.

Ces 15 éléments, je vous les **énumère** sans élaborer. C'est d'abord l'encadrement médical. Les docteurs ont trop longtemps considéré que les citoyens tombaient malades sur le seuil de porte de l'urgence. Il va falloir briser les coquilles, puis qu'il y ait un souci médical qui va se rendre au domicile et dans la rue. Les centrales de coordination: je vous ai illustré une problématique tantôt. Les communications: M. Cotton vous en a parlé un petit peu ce matin en faisant état des communications hors véhicule. Des effectifs appropriés: c'est en termes de qualité de personnes qui interviennent et de leur formation. Des interventions par paliers: ce n'est pas vrai de penser que pour toute personne qui appelle pour avoir un transport d'ambulance on a besoin toujours du même niveau de connaissances, de compétences et d'appareillage. Des protocoles: fini le temps de la dispensation de soins par des méthodes folkloriques où tout est laissé au bon vouloir et à la formation personnelle de chacun des intervenants. Il va falloir protocoliser. Les autres sociétés dans le monde ont compris ça aussi à bien des endroits et c'est la seule façon de contrôler le système, tant sur le plan de la qualité que de son efficacité.

Il va falloir s'occuper des centres de réception. Ce n'est pas vrai de penser que, parce qu'un établissement a mis une pancarte à la porte "CLSC", on peut rentrer dans cette boîte-là n'importe quelle sorte de malades ou n'importe quelle sorte de blessés. Je pense aux régions périmériques en particulier. Concernant les centres de soins spécialisés, c'est la même chose. Ce n'est pas vrai de penser qu'on peut rentrer un polytraumatisé, un blessé grave qui saigne dans la tête dans n'importe quel hôpital, même pas à Montréal, et il va falloir identifier ces hôpitaux-là. Il se perd un temps fou actuellement à transférer des gens d'un hôpital à l'autre simplement parce qu'on ne l'a pas acheminé dans le bon hôpital au départ. Et on se plaint après ça qu'on manque d'ambulances.

Les dossiers, je vous en ai parlé tantôt. Il va devoir y avoir un dossier clinique en préhospitalier. Si on utilise dans certaines municipalités ou dans certaines régions des premiers répondants, ils vont devoir eux aussi compléter un dossier. Le transport: on n'a pas regardé encore de façon sérieuse au Québec d'autres méthodes de transport que le transport par ambulance terrestre.

Le Président (M. Joly): En conclusion, s'il vous plaît, docteur.

M. Fréchette: Oui, monsieur. On va devoir regarder des moyens de transport plus variés, incluant peut-être l'hélicoptère, les avions, qui vont être adaptés au territoire du Québec. On va devoir parler de l'appréciation de la qualité, qui

ne se fait pas actuellement, de l'information et de la formation du public - je vous en ai glissé un mot - de l'aide mutuelle entre les régions et de la planification des interventions en cas de désastre.

En conclusion, on est en train de tenter de mettre sur pied un véritable système **intégré** de soins préhospitaliers et on a l'intention de sensibiliser tous les intervenants, à partir des décideurs de l'Assemblée nationale jusqu'aux citoyens dans chacune des régions en passant par tous les intervenants que vous avez entendus depuis deux jours. Je vous remercie.

Le Président (M. Joly): Merci beaucoup, Dr **Fréchette**. M. le député de **Matapédia**, s'il vous plaît.

M. Paradis (Matapédia): Oui, merci, M. le Président. Il y a beaucoup de choses dans ce que vous avez dit, mettons. C'est difficile de prendre un point précis pour commencer notre conversation, mais je vais en tenter un qui **m'apparaît** important et qui est au cœur de nos discussions ici depuis deux jours. C'est l'incertitude, pas de ce que pourraient être les soins préhospitaliers, mais l'incertitude des gens, des hommes et des femmes qui travaillent déjà, notamment, dans Urgences-santé de Montréal et l'incertitude quant à, notamment, l'implantation du fameux Clawson. Ma question est fort simple, Dr **Fréchette**, vous qui avez travaillé, qui vous êtes informé de façon plus particulière, est-ce que Clawson, c'est bon? Et, si oui, comment pourrait-on l'implanter avec la problématique que vous avez entendue tout comme moi au cours des deux derniers jours?
(12 h 30)

M. Fréchette: Je vais tenter de répondre le plus clairement possible à votre question. Est-ce que Clawson, c'est bon? La réponse, c'est oui. Comme: **Est-ce** que le sirop d'érable, c'est bon? La réponse, c'est oui. Est-ce que deux gallons de sirop d'érable pour un enfant d'un an et demi, c'est bon avant de se coucher? Bien, là, il faudrait moduler. Clawson est un système qui, techniquement, peut répondre aux besoins de la population de Montréal. Là-dessus je suis catégorique. C'est un système qui a fait ses preuves ailleurs. L'instauration de la méthode Clawson à Montréal peut-elle amener une problématique qui peut mettre en danger la population de Montréal? La réponse est aussi oui. À mon avis, pour quelle raison le système Clawson pourrait-il mettre la population de Montréal en danger? C'est que si on implante Clawson envers et contre tous et qu'on se ramasse avec des moyens de pression de la part de 80 % des intervenants pour bousiller sa mise en application, effectivement, on risque de prendre la population en otage, et il y a là un danger.

Les inquiétudes qui ont été soulevées face à Clawson sont justifiées compte tenu du fait qu'à

mon avis la très grande majorité des intervenants actuels d'Urgences-santé ne connaît pas Clawson. Et je reviens à mon exposé de base. La non-connaissance, donc l'incertitude, génère une inquiétude qui est incroyable et, comme ces gens-là ont fondamentalement le désir de desservir leur population et que cette inquiétude se transmet sur cet élément-là, on a tendance à y résister assez fortement.

Le système Clawson a **un** but, c'est de répondre à la demande de soins sans pour autant l'augmenter. Contrairement à ce qui vous a été dit ici, il n'est pas vrai que, pour Clawson, un coup de téléphone veut dire une ambulance. C'est faux. Le système Clawson prévoit l'analyse des demandes. D'un autre côté, (a) réponse téléphonique au 911 ne peut généralement pas tolérer d'aléatoire et, pour être clair, les corps policiers et les corps de pompiers ont compris ça. Je peux vous dire que la province est en **train** de se mettre au diapason. Il n'est pas vraiment nécessaire d'être un policier pour répondre à un appel 911 de violence ou de crime ou de meurtre. Il n'est pas non plus nécessaire d'être un pompier pour répondre au téléphone qui sonne pour avertir qu'il y a un incendie qui fait rage quelque part. La réponse téléphonique aux situations d'urgence ou aux situations de catastrophe n'est pas nécessairement une question de compétence professionnelle dans le domaine de l'urgence en question.

Pour ce qui est de la réponse sur le terrain, c'est autre chose. Je verrais mal des docteurs aller éteindre un feu. Je verrais mal des policiers assumer le transport ambulancier, quoique ça se soit déjà vu. Clawson préconise aussi l'utilisation de protocoles stricts et validés. Il faut comprendre que les protocoles de la méthode Clawson n'ont pas été élaborés en catimini dans une garde-robe. Ça a fait l'objet d'études, de discussions et de validation à l'usage partout en Amérique du Nord depuis 14 ans. Ces protocoles-là permettent - et c'est démontré - un contrôle efficace de la réponse du système préhospitalier. Ces protocoles-là permettent aussi de mesurer l'efficacité du système parce que tout y est inclus. On ne peut pas passer à **côté** des protocoles. Par contre, il est faux de prétendre que le système Clawson exclut tout professionnalisme dans la réception des appels. Ce que ça exclut, c'est l'interprétation professionnelle préalable. Ce que ça peut inclure, c'est l'interprétation personnelle après coup. Quand on sait qu'un appel n'est pas nécessairement urgent, quand un appel ne colle avec aucun des protocoles qu'on a, on peut, avec Clawson, et c'est bien connu, faire appel à une expertise professionnelle. Ce n'est pas exclu.

Le système Clawson n'est pas un système bête, méchant et robotisé. Ce n'est pas non plus un système qui permet à n'importe qui, n'importe quand - et j'inclus dans ça **peut-être** le plus grand chirurgien du monde - d'aller s'interfacer

dans une situation de catastrophe au gré de son humeur, de sa connaissance, de ses sentiments et de sa perception. C'est un système standardisé. Comme quelques-uns vous l'ont dit, dont, ce matin, M. Lamarche, le système Clawson a comme principale vertu de pouvoir prendre en charge la situation d'urgence. Non seulement il n'a pas la prétention d'établir un diagnostic, mais il s'y oppose, en principe.

En tant que professionnel de la médecine d'urgence, je peux vous dire que de tenter d'établir des diagnostics par téléphone, c'est une erreur fondamentale pour qui que ce soit. Les hôpitaux et les salles d'urgence commettent des erreurs diagnostiques alors qu'ils ont le malade devant les yeux, alors qu'ils disposent d'un plateau technologique, sur place, élaboré, et on va s'imaginer être capable de faire une job supérieure à ça par téléphone. Le système de soins préhospitaliers ne devrait pas permettre à quelque organisation que ce soit de poser un **diagnostic** au téléphone.

Par contre, tout système de soins préhospitaliers se doit de répondre à la demande de ses citoyens. Il faut que je vous dise que pour l'ensemble du Québec, à l'exception de Montréal - quand je dis l'ensemble du Québec, comprenez toutes les régions rurales que vous pouvez imaginer et tous les autres centres urbains de la province - quand les citoyens appellent, au Québec, pour avoir une ambulance, ils ont une ambulance. On ne sent pas le besoin d'étudier au téléphone si c'est vrai, pas vrai, peut-être à moitié vrai ou partiellement vrai. Quand il y a une demande d'ambulance, il y a une ambulance qui est envoyée. Il n'y a qu'à Montréal qu'on pense comme ça. Je dois vous faire un petit aparté là-dessus.

À mon avis, il ne faut pas tirer sur les intervenants là-dessus. Il y a un historique derrière ça. Urgences-santé est née de la condamnation de **Télé-Médecin**. Je vous rappellerai qu'à l'époque, **Télé-Médecin** générait de plus en plus d'appels de la part de la population pour obtenir des docteurs à domicile. On était parti dans le cercle vicieux des saucisses La Belle Fermière: plus j'en ai, plus j'en veux; plus j'en veux, plus j'en ai. On ne regardait pas et on n'était plus capable de contrôler cette demande. Que les citoyens aient besoin de soins, c'est un élément, mais que les citoyens qui ont besoin de soins nécessitent la présence d'un docteur à leur domicile, c'est une autre question. Urgences-santé a été créée pour terminer ça, avec un mandat à peine voilé de limiter la demande. Ce mandat, à cette époque-là, a laissé des séquelles, des cicatrices profondes. À l'intérieur d'Urgences-santé, le groupe des médecins, le groupe des infirmières et bien d'autres ont l'impression que, si on ne fait pas attention et si on ne met pas les freins à la population, ça va être la catastrophe. Ça va prendre des milliers d'ambulances, des millions de techniciens ambulanciers et on n'en

viendra pas à bout.

Je veux simplement vous rappeler qu'ailleurs au Québec on ne freine pas cette demande-là et il n'y a pas de problème de disponibilité de flotte. L'exposé que M. Lamarche vous a fait ce matin - et j'y souscris - est à l'effet que, si on perd du temps dans les missions pour rappeler, pour annuler, pour recommencer, pour étudier et qu'une mission totale prend un nombre important d'heures ou de minutes, ça diminue la disponibilité de la flotte. Je peux vous dire aussi qu'au niveau des craintes concernant le manque d'effectifs toujours...

Le Président (M. Joly): Dr **Fréchette**, je veux juste vous expliquer que plus la réponse est longue, plus c'est le temps du parlementaire qui pose la question qui est débité et, par après, dû au fait que l'horloge continue d'avancer, c'est sur le temps de l'autre formation qu'on est en train d'empiéter. Alors, il faudrait peut-être arrêter votre exposé sur ce sujet et que M. le député de Matapédia... avec une réponse rapide.

M. Paradis (Matapédia): Une réponse rapide, Or **Fréchette**. Dans l'hypothèse souhaitable qu'on puisse implanter un système pour gérer davantage et offrir un meilleur service aux gens qui en ont besoin, dans l'hypothèse où on diminue l'incertitude, donc l'inquiétude, qu'est-ce qu'on fait avec le non-urgent?

M. Fréchette: Le non-urgent doit absolument être dissocié de l'urgent - je pense que tout le monde était d'accord **là-dessus** - c'est fondamental. Il faut absolument libérer les lignes du 911 de toutes les questions d'Info-Santé et pour ce, bien sûr, il y a du travail à faire, mais les gens peuvent avoir assez d'imagination pour créer ça. Le principe fondamental qui a été émis par la directive ministérielle, c'est qu'il fallait dissocier l'urgent du non-urgent et **Info-Santé** de la ligne 911 d'Urgences-santé. Les modalités de ça peuvent encore être précisées, discutées. Je pense qu'il n'y a pas seulement une seule formule acceptable là-dessus, mais je pense qu'il faut que ça se fasse.

Le Président (M. Joly): Merci. Je vais maintenant reconnaître M. le député d'Abitibi... excusez-moi, pas d'Abitibi, de **Rouyn-Noranda-Témiscamingue**.

M. Trudel: J'ai assez grand de territoire, je ne veux pas avoir tout...

Le Président (M. Joly): C'est un grand territoire, mais je sais que vous êtes déjà débordé.

M. Trudel: Il l'a dit, le Dr **Fréchette**, c'est grand le Québec. C'est vrai. D'abord, merci, Dr **Fréchette**. C'est extrêmement intéressant de

vous entendre. On reconnaît le spécialiste et, disons-le carrément, ma perception, c'est que vous connaissez vos affaires. Évidemment, dans le cadre de ce qu'on fait aujourd'hui, je souhaite, moi, par ailleurs, qu'on puisse revenir sur votre exposé sur les services préhospitaliers, la continuité. Il y a là un exposé qui est extrêmement clair et il y a un bon nombre de gestes à poser. Mais parce qu'on s'intéresse à Urgences-santé, à ce qui concerne 2 000 000 de population, allons plus directement à ça. On est toujours **poigné** dans les affaires de temps.

N'avez-vous pas l'impression qu'avec le degré d'incertitude ou d'inquiétude qui s'est créé, on est obligé d'arriver à votre conclusion, c'est-à-dire que Clawson est bon, mais Clawson peut être néfaste si les conditions d'implantation et d'exploitation ne le permettent pas? Je ne porte pas de jugement sur personne, moi non plus, mais je suis bien obligé de constater que le niveau d'inquiétude et d'incertitude est assez élevé pour dire que le risque pénalisant que vous avez décrit va se présenter. Est-ce que, ça aussi, c'est votre opinion?

M. Fréchette: Je dois vous dire, M. le député, que mon opinion claire, en ce qui regarde la problématique d'implantation des mesures à Urgences-santé, est assez limitée. Je n'ai pas été associé de près à l'implantation de ces mesures-là à Urgences-santé. Pour illustrer un petit peu ce que je veux vous dire, on m'a demandé mon opinion sur la méthode Clawson, la direction d'Urgences-santé m'a demandé mon opinion sur la méthode Clawson. Elle m'a demandé de réunir un **certain** nombre de médecins, et d'Urgences-santé et du Québec, pour émettre une opinion sur la méthode. Mon intervention à date, au sein d'Urgences-santé, dans toute la dynamique d'implication des mesures, s'est limitée à ça. (12 h 45)

M. Trudel: Je trouve la démarche - c'est une réflexion que je fais - un peu aseptisée, si vous me permettez l'expression. Hier, le Dr Kalina disait, quand les médecins sont venus témoigner: Nous, la question qu'on nous a posée à Sherbrooke à propos de Clawson, c'était: Est-ce que Clawson est un système adéquat? Il me semble qu'il manquait un complément dans la phrase: adéquat pour l'urgence à Montréal, adéquat dans les circonstances, adéquat quant à l'évolution des services préhospitaliers d'urgence à Montréal. Je comprends que vous me répondiez comme spécialiste. Quand moi, je regardais tantôt... Tout le monde défend son organe. Vous, c'est tout; c'est le "superpoqué", c'est le "tout poqué" que vous défendez. Alors, vous dites: Est-ce que Clawson est un bon système, un système adéquat pour les "poqués", pour les "multipoqués", mais les "multipoqués" à Montréal? On ne peut pas, et je ne vous le dis pas méchamment, Dr Fréchette... Je regardais la fin de la réunion de Sherbrooke où c'est vous, comme

spécialiste en traumatologie, qui faites la proposition pour dire que la procédure Clawson est adéquate. Vous n'avez jamais dit, sauf erreur, qu'elle est bonne pour Montréal, qu'elle est bonne pour les circonstances à Montréal, qu'elle est bonne et que ce qui se fait actuellement n'est pas bon. Je ne pense pas que vous ayez dit ça.

Alors, ça augmente, ça aussi, le niveau d'incertitude au niveau de l'implantation, puis ce n'est pas à vous que je vais reprocher un ensemble de phénomènes qui se produisent autour de l'implantation du système. Mais n'avez-vous pas l'impression qu'au niveau des directives du ministre - et je ne vous demande surtout pas de juger votre patron, votre ministre, j'essaie de voir le spécialiste - on a comme inversé, c'est le moins qu'on puisse dire, les directives en commençant par vouloir traiter le problème du triage plutôt que tout le problème de la communication et de la répartition? Est-ce que ce n'est pas ça. d'abord, qu'on devrait traiter, dans les circonstances, compte tenu de la situation à Montréal? Ça n'arrive pas, ça, dans un livre, en disant: Ce matin, on commence. Il y a toujours de l'histoire. Le moins qu'on puisse dire, c'est que c'est une histoire complexe, à Montréal, admettons. Alors, n'avez-vous pas l'impression que les étapes sont mal ordonnées?

M. Fréchette: Je pense qu'on peut peut-être questionner l'ordre, si on s'en tient à un ordre strict. Il reste que la problématique du préhospitalier, à l'intérieur d'Urgences-santé comme ailleurs, est une problématique extrêmement globale et que, si on s'attaque à un seul problème à la fois et exclusivement à ce problème-là, on risque fortement de manquer le bateau. J'ai l'impression que les gens à Urgences-santé, tout le monde à Urgences-santé est conscient de ça. Les intervenants, étant conscients de ces problématiques, ont tendance à demander que ce qui se fasse en premier, ce soient les choses qui ne les touchent pas, groupe par groupe. En tout cas, je pense que vous l'avez vu, ça.

Je ne pense pas qu'on doive mettre sur les épaules de Clawson toutes les vertus et mettre sur les épaules de tout ce qui reste autour de ça tous les vices, au contraire. Une méthode comme Clawson peut être efficace même à Montréal, même dans la ville particulière de Montréal. Clawson a été implanté dans un paquet de villes particulières qui avaient toutes leurs problèmes particuliers et il a démontré sa pertinence, et je pense qu'à Montréal on peut le faire. Bien sûr, on ne peut pas le faire n'importe comment. Bien sûr, on ne pouvait pas le faire n'importe comment à Los Angeles non plus. Dans ce sens-là, les directives ministérielles s'en remettent à la direction d'Urgences-santé, du moins pour l'instant, et c'est à la direction de cet organisme-là de prendre les mesures pour que, lorsqu'on implante quelque chose, que ce soit **Clawson** ou

n'importe quoi d'autre, dans toute la réforme du système de soins préhospitaliers, on assure le suivi des soins à la population qu'on dessert, qu'il n'y ait pas de brisure, que la population ne soit pas prise en otage, que ça ne fasse pas tout un gâchis sur la place publique, avec zéro résultat. Dans ce sens-là, à mon avis, la méthode **Clawson** peut être effectivement implantée à Montréal, à court terme.

M. Trudel: Ce que je comprends, c'est que vous dites: On va remettre l'horloge à zéro et on va repartir. Mais l'histoire est tellement difficile que j'ai l'impression qu'on va... Le risque est élevé qu'on se retrouve avec plus de problèmes que ceux qu'on veut corriger actuellement et que nous devrions, dans les circonstances, puisque - si vous me permettez l'allusion - le traumatisme organisationnel est fait maintenant, qu'est-ce que vous voulez, il est fait... Là, on n'a pas entendu... Ce n'est pas des anges, ce n'est pas des esprits éthérés qu'on a entendus devant la commission. Ça existe et c'est là et ça s'est cristallisé autour de **Clawson**. Est-ce que pour tout ça, chaque fois qu'il y a du stress, qu'il y a de l'inquiétude, qu'il y a des changements dans une organisation et qu'il y a de la résistance aux changements, on doit toujours arrêter? On le sait, c'est non. Mais dans les circonstances, compte tenu du secteur dans lequel on est, est-ce qu'on ne devrait pas prendre soin de réévaluer l'implantation de ce qui actuellement cristallise l'inquiétude, l'incertitude, la résistance, etc.?

Par ailleurs, il me semble qu'on connaît assez bien la source majeure de la longueur de temps et de la difficulté d'aller vers l'utilisateur. Est-ce que ça ne serait pas le temps de mettre beaucoup plus d'efforts dans la période intermédiaire de gestion du changement? Parce que ça existe aussi en administration, la gestion planifiée du changement. Est-ce qu'on ne devrait pas travailler d'abord sur la répartition assistée par ordinateur, en n'oubliant pas nos objectifs de triage, de séparation - et ça, ça va bien, de toute façon - de l'urgent et du non-urgent avec la création d'Info-Santé? On a un élément qui risque de foutre tout le restant par terre. Moi, cet argument-là, je comprends mal aujourd'hui - je ne fais pas de reproche - il y a trois semaines, un mois, qu'il ait pris une telle importance en termes de "il faut le faire absolument". Quand même les infirmières, au mois de mars 1991, quand les journaux citaient des cas sur la longueur de temps de la décision et sur les difficultés d'administration sur ces affaires de temps...

Même la direction d'Urgences-santé avait aidé les infirmières, avait demandé aux infirmières de rédiger un communiqué pour dire qu'à toutes fins utiles les infirmières faisaient leur tri en dedans d'une minute. La "découlante" de ça, c'est que les difficultés... Je ne blâme personne,

mais tout le monde travaille à l'âge de pierre là-dedans, ça n'a pas de bon sens! Tout le monde travaille avec des dominos collés sur un tableau et puis la ville **qui** est divisée en deux secteurs. Il y a un gars qui est obligé de tenir. Où sont les 30 ambulances? 30 ambulances, dans sa tête: Est-ce que je l'ai envoyé là? **Qu'est-qu'il fait?** Est-ce qu'il est parti au lunch? C'est **archaïque**, ça n'a pas de bon sens. C'est plutôt là, le problème. Puisque, moi, je constate qu'actuellement il n'y aurait pas de drame national majeur à Montréal sur le triage, est-ce qu'on ne devrait pas réévaluer nos directives et dire: On va mettre beaucoup plus l'accent sur la fonction répartition assistée par ordinateur et - permettez l'expression - "fine-tuner" ça au maximum?

M. Fréchette: À mon avis, non. La répartition assistée par ordinateur est un outil supplémentaire permettant une meilleure gestion de la flotte à Urgences-santé. Ça, ça ne fait aucun doute dans l'esprit de tous les intervenants qui sont passés ici et, bien sûr, dans l'esprit du ministère. Par contre, c'est un élément qui est en soi indépendant de la gestion de la prise d'appels. Quand on a expliqué, au cours des deux derniers jours, l'efficacité du **système** actuel de la prise d'appels, de la prise de décision qui est rendue maintenant dans des délais très courts, il s'est fait effectivement énormément de travail. On a mentionné à plusieurs reprises que la sensibilité du système **Clawson** était très élevée. Elle est tellement élevée qu'elle est à 100 %. Que sa spécificité, par contre, laissait peut-être à désirer parce que ça permet d'envoyer, dans certains cas, des ambulances alors que ce n'est pas vraiment parfaitement requis; en tout cas, ce n'est pas évident. On n'a pas étudié ça. Il n'y a pas de chiffres là-dessus. La sensibilité du système actuel, elle n'est pas de 100 %. Ça veut dire quoi, ça? Ça veut dire que quand un citoyen appelle au secours parce qu'il est en panique, peu importe, dans notre système actuel qui opère à Urgences-santé, il arrive, dans certains cas, que la décision prenne du temps. On a vu dans le rapport du GRIS que certains cas d'urgence qualifiée de majeure ont pris jusqu'à plus de 15 minutes de traitement d'appel parce qu'on exerce un jugement professionnel, parce que, comme humain... Encore une fois, je ne tire pas sur les infirmières, mais je vais vous dire *honnêtement* que, si on voulait étirer le temps de réponse téléphonique, à Urgences-santé, il faudrait remplacer les infirmières par les docteurs. Ce serait pire. Ces personnes-là qui ont une qualité professionnelle très grande, qui ont une formation particulière qui est orientée vers la prise en charge globale des besoins biopsychosociaux du malade, une approche diagnostique de comprendre exactement ce qui se passe à domicile, vont, dans un système qui est non protocolisé comme on a actuellement, un jour ou l'autre, pénaliser

un malade, deux malades, pas des masses. Mais pour ces personnes-là qui présentent effectivement des urgences majeures, c'est catastrophique et on ne doit pas laisser évoluer un système comme ça. C'est capital pour la sécurité de la population de la région de Montréal.

M. Trudel: En tout cas, je ne peux pas... Sur la répartition, je ne peux pas faire autrement qu'être en désaccord avec vous là-dessus tout en acceptant très bien une partie de votre réponse. C'est global. Il faut s'occuper de toutes les phases. Mais ça, c'est dans le livre. C'est dans le livre. Vous êtes un scientifique aussi.

Je reviens à cet exemple. Vous l'avez entendu, vous étiez derrière. L'école du comportement avec Skinner, ça marchait partout, cette affaire-là. C'était la méthode. On donnait des stimuli et tu avais tes réponses. Si tu voulais qu'il y ait tel comportement, tu n'avais qu'à donner tel choc. Tu n'avais qu'à lui faire un choc électrique et tu avais rien qu'à lui donner... Alors, on avait découvert la méthode. Le maudit problème là-dedans, c'est que le monde réfléchit. C'est qu'ils sont intelligents. C'est qu'ils n'obéissent pas automatiquement, et heureusement. Alors, c'est pour ça que ça n'est pas... Votre façon d'aborder le problème doit être incluse dans le raisonnement, sans ça... Écoutez, on n'est pas pour tirer n'importe où n'importe comment. Mais il ne faut pas oublier l'histoire, les facteurs humains et la gestion du processus.

Le Président (M. Joly): En conclusion, M. le député.

M. Trudel: Et il me semble qu'on est bien mal parti. En conclusion, parce qu'on ne peut pas s'empêcher de parler de ça, sur les premiers répondants, voulez-vous me dire pourquoi on ne fait pas ça? Pourquoi faire qu'on ne le décrète pas? Pourquoi n'est-on pas allé sur les premiers répondants? Là, il y a un taux de contribution assez exceptionnel, tel que vous l'avez décrit et qu'on peut retrouver dans la littérature. Deuxièmement, seriez-vous d'accord avec une mesure qui dirait, par exemple... Parce qu'il y a un endroit où à peu près tout le monde passe, dans les actifs, ça s'appelle avoir son permis de conduire... Est-ce que vous seriez d'accord qu'on rende ça obligatoire, la formation de premier répondant RCR, à l'occasion du permis de conduire? Est-ce que ce serait de nature à instaurer dans la continuité un élément majeur au niveau des services d'urgence préhospitaliers ou des services préhospitaliers?

M. Fréchette: Ça peut être un élément, effectivement. Je pourrais endosser une mesure comme celle-là, bien qu'il y ait peut-être d'autres étapes préalables à ça qui pourraient rapporter plus. Quand on parlait de RCR, je vous parlais des personnes à risques, tantôt, dans nos

propres hôpitaux, on pourrait peut-être taire un petit peu de promotion auprès des familles qui ont un cardiaque. Ça serait moins coûteux. Ça toucherait moins de monde que de parler de faire faire du RCR à tout le monde qui a un permis de conduire et on ciblerait déjà une population à très haut risque. Maintenant, ça ne veut pas dire que je suis contre la formation.

Je voudrais peut-être ajouter un élément à mon témoignage...

Le Président (M. Joly): Oui. S'il vous plaît!

M. Fréchette:... 30 secondes, si vous le permettez.

Le Président (M. Joly): S'il vous plaît, docteur.

M. Fréchette: Il n'est pas dans les visées actuelles au ministère de remplacer le professionnalisme qu'il y a à Urgences-santé par de la mécanique, pas du tout. Il n'est question que de remettre à sa place chacun des composants, chacun des éléments. Il n'est pas dans l'intention du ministère actuellement de retirer les médecins d'Urgences-santé. Il n'est pas question non plus de les retirer de la route. On pense qu'il y a de la place pour l'intervention médicale sur la route dans une ville comme Montréal, peut-être pas de la façon dont elle se fait actuellement, et la même chose pour les infirmières.

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

M. Paradis (Matapédia): Oui. Rapidement, M. le Président, pour remercier bien sincèrement le Dr Fréchette pour son témoignage. On reconnaît là sa grande sagesse, son expertise indéniable à la cause de la traumatologie et des services préhospitaliers. On aura bien hâte de voir son rapport final, pour la mise en place de ces mesures-là, notamment à Montréal. Merci, docteur.

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

M. Trudel: Merci, Dr Fréchette. Vous avez entendu ma conclusion. On ne peut pas se passer d'expertise comme la vôtre, au Québec, dans la réorganisation de tout notre système. On va essayer de trouver aussi, quant à moi, les autres spécialistes des polytraumatismes organisationnels et administratifs pour faire en sorte qu'on puisse peut-être arriver à votre objectif parce qu'on va avoir besoin de ces docteurs "multipotés" administratifs. Merci, docteur.

M. Fréchette: Merci, monsieur.

Le Président (M. Joly): Merci. Au nom des

membres de la commission, docteur, je vous remercie sincèrement. La commission ayant exécuté son mandat, à moins que...

M. Trudel: M. le Président, compte tenu de l'heure...

Le Président (M. Joly): Compte tenu de l'heure...

M. Trudel: ...c'est ce qu'on avait dit. Vous vous souvenez cependant qu'on a commencé 10 minutes en retard. Les membres de la commission... En tout cas, moi, je souhaite avoir au moins cinq minutes pour tirer une conclusion générale. Pour l'instant, dans les circonstances, on n'est pas à cinq minutes près, on a commencé une dizaine de minutes en retard ce matin, sans blâmer personne, surtout pas vous, M. le Président. Je ne sais pas si, du côté ministériel, ils ont des conclusions à tirer.

M. Paradis (Matapédia): Ce dont on avait convenu hier, que je sache, c'est qu'on réentendrait ce matin la Corporation d'urgences-santé, de telle sorte que, par la suite, on pourrait se retrouver en séance de travail la semaine prochaine pour, effectivement, faire nos recommandations. C'est ça qui a été convenu hier.

M. Trudel: Je m'excuse. Hier, j'avais entendu que nous nous retrouverions après les fêtes, mais s'il est convenu que c'est la semaine prochaine...

Le Président (M. Joly): Oui, oui, définitivement.

M. Trudel: ...en séance de travail... Non, non, non.

M. Paradis (Matapédia): Je veux dire que ce n'est pas aujourd'hui; c'est ça que je veux dire.

M. Trudel: Si c'est effectivement la semaine prochaine, je conviens qu'on pourrait ajourner nos travaux tout de suite, pour revenir en séance de travail la semaine prochaine. C'est bien ce qui est entendu publiquement ici.

Le Président (M. Joly): Nous définirons la date. Ensemble, on pourra convenir d'une date qui peut satisfaire tous les parlementaires.

La commission, ayant exécuté son mandat, ajourne sine die.

(Fin de la séance à 13 h 3)