



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-HUITIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 21 mai 2008 — Vol. 40 N° 49

Examen des orientations, des activités et de la
gestion de la Corporation d'urgences-santé

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 643-8826

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 21 mai 2008 — Vol. 40 N° 49

Table des matières

Exposé du président-directeur général de la Corporation d'urgences-santé, M. Daniel Adam	1
Discussion générale	5
Modalités de facturation	5
Utilisation des surplus budgétaires	6
Actions entreprises pour le recrutement et la rétention du personnel	7
Heures supplémentaires effectuées par les techniciens ambulanciers	8
Taux d'absentéisme	9
Critères d'évaluation des services	10
Pourcentage du budget dévolu à l'administration	10
Temps de réponse	11
Processus de gestion	15
Modalités de facturation (suite)	17
Utilisation abusive des services ambulanciers	18
Taux d'absentéisme (suite)	19
Mauvaises créances	19
Utilisation abusive des services ambulanciers (suite)	20
Temps de réponse (suite)	22
Actions entreprises pour le recrutement et la rétention du personnel (suite)	23
Heures supplémentaires effectuées par les techniciens ambulanciers (suite)	24
Étude sur le phénomène du suicide à Urgences-Santé	25
Implantation du comité paritaire	25
Blessures reliées à l'utilisation de la civière-chaise	26
Temps de réponse (suite)	27
Administration de médicaments par les techniciens ambulanciers	29
Mise en place d'un centre de recherche et de formation en services préhospitaliers à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	29
Heures supplémentaires effectuées par les techniciens ambulanciers (suite)	30
Remarques finales	31
Documents déposés	31

Autres intervenants

M. Geoffrey Kelley, président
M. Russell Copeman
M. Éric Dorion
M. Nicolas Girard
M. Pierre Reid
Mme Lucille Méthé
M. Gerry Sklavounos

- * M. Pierre Lemarier, Corporation d'urgences-santé
- * M. André Champagne, idem
- * M. Jean Girouard, idem
- * M. Louis Trahan, idem
- * M. Michel Loyer, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 21 mai 2008 — Vol. 40 N° 49

Examen des orientations, des activités et de la gestion de la Corporation d'urgences-santé*(Dix heures six minutes)*

Le Président (M. Kelley): Alors, bonjour, mesdames et messieurs. Je constate quorum des membres de la Commission des affaires sociales, donc je déclare la séance ouverte en rappelant le mandat de la commission. Le mandat de la commission est de procéder à l'audition de la Corporation d'urgences-santé dans le cadre d'un mandat de surveillance d'organisme, conformément à l'article 294 du règlement de l'Assemblée.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Dorion (Nicolet-Yamaska) remplace M. Laporte (L'Assomption); Mme Méthé (Saint-Jean) remplace M. Roy (Montmagny-L'Islet); et M. Girard (Gouin) remplace M. Bergeron (Verchères).

Le Président (M. Kelley): Parfait. Merci beaucoup. Qu'est-ce que nous avons convenu, comme vous le savez... M. Adam, je vous salue, et bienvenue devant les membres de la Commission des affaires sociales. On a l'obligation et le devoir, dans notre loi, de temps en temps, de visiter les activités de votre corporation. Je sais que, comme député montréalais, les enjeux d'Urgences-Santé ont souvent sollicité les débats, et il y avait beaucoup de discussions à l'Assemblée nationale. Ce n'est pas la première fois que l'équipe de gestion était convoquée ici. Mais c'est un service essentiel à la population, et, à la veille de votre 20e anniversaire — je pense, 1989, la fondation de la Corporation d'urgences-santé — les parlementaires ont toujours grand intérêt dans vos enjeux pour rendre le meilleur service possible à la population.

Qu'est-ce que nous avons convenu, c'est une présentation d'une trentaine de minutes, suivie par un échange avec les membres de la commission. On peut constater que le caucus des députés ministériels vient de terminer, alors il y a renfort à ma droite. Mais, sans plus tarder, M. Adam, pour la prochaine trentaine de minutes, la parole est à vous.

**Exposé du président-directeur général
de la Corporation d'urgences-santé,
M. Daniel Adam**

M. Adam (Daniel): Bonjour, M. le Président, Mmes et MM. les députés. Je suis, oui, Daniel Adam et je suis le président et directeur général de la Corporation d'urgences-santé, fonction que j'occupe depuis le 22 novembre 2005.

J'aimerais vous présenter les personnes qui m'accompagnent aujourd'hui. Alors, à ma droite, M. André Champagne, directeur des communications; à ma gauche, M. Pierre Lemarier, directeur des ressources humaines. Et, dans l'assistance, M. Laurent Raigneau, adjoint au P.D.G.; M. Denis Perrault, directeur des services pré-hospitaliers; M. Louis Trahan, directeur des technologies de

l'information; M. Jean Girouard, directeur des finances et de la gestion des véhicules; et M. Bertrand St-Amour, commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Avec votre permission, M. le Président, j'espère de pouvoir faire appel à eux pour compléter un certain nombre de réponses aux questions.

Alors, il nous fait grandement plaisir d'être ici, aujourd'hui, pour vous décrire, dans les quelques minutes qui nous sont accordées, ce qu'est Urgences-Santé, ce que nous faisons, comment nous le faisons et avec qui nous le faisons. Je vais aussi vous expliquer ce qui nous différencie des autres services ambulanciers du Québec. Je vous décrirai comment, plus de 335 000 fois par année, c'est-à-dire presque 1 000 fois par jour, nous venons en aide à la population en détresse de Montréal et de Laval. Cette réponse à des besoins populationnels qui, d'année en année, deviennent de plus en plus complexes s'articule à l'intérieur d'une organisation de services et de soins directement en lien avec les orientations du réseau de la santé et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

● (10 h 10) ●

Depuis toujours, vous l'avez souligné, M. le Président, on entend beaucoup parler d'Urgences-Santé. On la questionne souvent sur son efficacité. On la mesure sur ce qui est indéniablement son principal indicateur, le temps réponse aux demandes d'intervention qui lui parviennent, et avec raison. Je veux, aujourd'hui, témoigner qu'au cours des deux dernières années et demie beaucoup a été fait pour améliorer les différents modes de fonctionnement de l'organisation. Certes, il reste encore beaucoup à faire, mais je peux, aujourd'hui, vous affirmer qu'Urgences-Santé est une entreprise efficace qui répond à sa mission première, celle de donner des services de qualité à la population qu'elle dessert.

Qu'est-ce qu'est Urgences-Santé? Urgences-Santé est un organisme sans but lucratif relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle exerce les fonctions qui lui sont dévolues par la Loi sur les services pré-hospitaliers d'urgence, soit celles d'une agence responsable notamment de planifier, d'organiser et de coordonner les services préhospitaliers d'urgence sur les territoires de Montréal et de Laval. Elle est également chargée d'exploiter un centre de communication santé et un service ambulancier. Le cumul de ces trois mandats fait d'Urgences-Santé un modèle unique au Québec. Aucune autre entreprise ambulancière sur le territoire québécois ne réunit en une seule entité ces trois responsabilités. Je reviendrai un peu plus loin sur chacune des particularités des trois missions qui nous sont confiées.

Lorsqu'un citoyen estime être en situation d'urgence, il compose le 9-1-1. Cette centrale, le 9-1-1, fait la répartition des appels et dirige vers nous, donc Urgences-Santé, ceux qui exigent une intervention sanitaire. L'unique point d'entrée de ces appels est notre centre de communication santé. Au Québec, le territoire est couvert par neuf centres de ce genre. La majorité sont à but non lucratif et gérés par des organismes indépendants et, à la différence de chez nous, ils sont, pour la plupart, indépendants des services ambulanciers.

Afin de traiter rapidement et de façon coordonnée les quelque 1 000 appels qui nous parviennent quotidiennement, nos répondants médicaux d'urgence, mieux connus sous l'acronyme RMU, doivent suivre pour chacun d'eux une démarche de triage très structurée. À cette fin, les RMU sont assistés par un outil informatique appelé système avancé médicalisé de priorisation des appels urgents. Ce système très performant est d'ailleurs devenu la norme établie par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'ensemble des centres de communication santé de la province pour le traitement et le triage des appels. Après avoir établi la provenance de l'appel, le répondant médical d'urgence amorce avec son correspondant téléphonique une évaluation de la situation à l'aide de son outil informatique de priorisation des appels. Dès que le type de ressource requis est déterminé, la demande de service est dirigée vers l'équipe de répartiteurs, qui identifie l'unité d'intervention la plus appropriée. Dans certains cas, le RMU demeure en ligne afin de donner des consignes de premiers soins qui pourront avoir une incidence plus que positive sur la survie de la victime.

Pour déterminer dans les meilleurs délais possible quelle ressource ambulancière doit être affectée à l'intervention, le répartiteur s'appuie sur un système de répartition assistée par ordinateur, ou communément appelée la RAO. Ce système permet d'évaluer sur-le-champ quelle équipe de techniciens ambulanciers paramédics peut se rendre le plus rapidement possible sur les lieux d'intervention, en fonction notamment de sa position géographique et de son activité au moment de l'affectation. Le système de répartition assistée par ordinateur a été développé à partir d'un logiciel acquis par Urgences-Santé et qui a été amélioré par notre équipe en fonction de nos propres spécificités et du territoire desservi. Afin de réduire au minimum le temps de réponse aux demandes urgentes, un système de géolocalisation, ou GPS, a été intégré au système de répartition assistée par ordinateur. Celui-ci indique donc en temps réel la position des véhicules ambulanciers disponibles pour répondre aux appels.

Parallèlement, afin que les ressources ambulancières soient constamment déployées de façon optimale sur le territoire, Urgences-Santé s'appuie sur un modèle de déploiement dynamique. Les véhicules ambulanciers sont donc continuellement en mouvement afin de ne pas laisser de trop grands territoires à découvert et aussi afin de les faire converger vers les zones où le volume d'appels est plus important. L'efficacité de ce modèle de déploiement prend en compte la demande réelle et il est de plus en plus utilisé en Amérique du Nord. Il permet de couvrir plus rapidement les zones où la demande est plus élevée.

Je souhaiterais ici faire un aparté en ce qui concerne les difficultés reliées au temps réponse. Au cours d'une même année, de nombreux facteurs influencent nos temps réponse. La période hivernale est certainement celle qui présente les plus grands défis. Les tempêtes de neige et de verglas sont des éléments auxquels nous devons faire face et pour lesquels nous devons adapter nos modes de réponse. Chaque tempête occasionne son lot de difficultés et provoque des écarts marqués dans les temps de réponse les jours de tempête et les quelques jours subséquents. Ce que vous avez sur l'acétate ici, là, ce que vous voyez, c'est... la partie jaune, c'est le jour de la tempête; par la suite, tout l'hiver 2007-2008, évidemment

début 2009... 2008, pardon, et tous les jours où on a eu du déneigement à Montréal, et ce qu'on voit essentiellement, c'est que les temps réponse, le jour de la tempête, ça va, mais, après ça, ça augmente continuellement et, après ça, ça revient à la normale. Et c'est la même chose pour les autres tempêtes, à un point tel que la ville de Montréal s'apprête — vous l'avez ici — à faire une consultation auprès des différents organismes qui sont touchés par le déneigement, et vous voyez en bas, là, qu'Urgences-Santé va être consultée également dans ce projet-là.

Les équipes de techniciens ambulanciers paramédics d'Urgences-Santé répondent à plus de 260 000 affectations par année sur le territoire de Montréal et de Laval. C'est plus de 700 interventions quotidiennes, une moyenne de 30 à l'heure, jour et nuit. Dans le cours de chacune de ces interventions, les techniciens ambulanciers paramédics doivent appliquer l'un ou l'autre ou même plusieurs des 72 protocoles d'intervention clinique afin de stabiliser l'état du patient auprès duquel ils ont été appelés. Une fois les protocoles appliqués et le patient stabilisé, il est transporté vers le centre hospitalier approprié afin qu'on lui prodigue les soins.

Parce qu'il a un impact direct sur le taux de mortalité et de morbidité des patients, le choix du centre hospitalier n'est pas laissé au hasard. La destination du patient est décidée par le centre de communication santé en fonction des informations reçues de l'équipe des techniciens ambulanciers paramédics. Que les soins requis soient du domaine de la cardiologie, de la pédiatrie ou de la traumatologie majeure, la rapidité avec laquelle ils seront dispensés aura souvent une incidence directe sur la survie du patient.

La nécessité de conduire le patient vers des services spécifiques ou spécialisés se présente dans beaucoup des transports effectués annuellement. D'année en année, les techniciens ambulanciers paramédicaux jouent un rôle de plus en plus significatif dans la prise en charge initiale des patients dans le grand réseau de la santé. Afin de réduire le taux de mortalité, de morbidité ou encore pour diminuer la douleur des patients, les techniciens ambulanciers paramédics du Québec peuvent, depuis quelques années, administrer cinq médicaments recommandés pour certaines urgences d'origine respiratoire, cardiaque, allergique ou diabétique. L'Aspirine, la nitroglycérine, le Glucagon, le Ventolin et l'épinéphrine sont administrés sur plus de 16 000 cas par année.

Dans les années à venir, les techniciens ambulanciers paramédics seront inévitablement appelés à administrer un nombre croissant de médicaments, ce qui se traduira par des exigences de formation de plus en plus poussée. À l'heure actuelle, les soins administrés par les techniciens ambulanciers paramédics du Québec ainsi que leur curriculum de formation est comparable à ce qui se pratique ailleurs au Canada en matière de soins primaires.

Urgences-Santé, c'est aussi la mise en place de services de plus en plus spécialisés. Les soins dispensés et les champs d'activité occupés par Urgences-Santé en font un acteur de premier plan dans la chaîne d'intervention préhospitalière. Plusieurs initiatives ayant vu le jour à Urgences-Santé ont été reprises et adaptées par d'autres régions québécoises. Urgences-Santé a, par son expérience, ses ressources et son expertise, grandement contribué au développement du réseau préhospitalier québécois, et tout indique qu'elle poursuivra en ce sens.

Permettez-moi de mentionner ici quelques-uns de nos services spécialisés en même temps que diverses expertises développées par Urgences-Santé. Nous avons ici l'unité de soutien technique, que vous voyez, là, sur l'écran, qui intervient, entre autres, pour le déplacement sécuritaire de personnes souffrant d'obésité morbide tout en respectant leur dignité. Ce service, qui répond à chaque année à plus de 2 000 demandes de toutes sortes, a rapporté, en 2007, le prix montréalais d'innovation en santé et sécurité du travail remis par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Notre service, maintenant imité ailleurs dans le monde, est souvent appelé en support par d'autres services ambulanciers en périphérie de Montréal.

Un autre service spécialisé, appelé le Groupe d'intervention médicale tactique, a pour mission de répondre de façon sécuritaire aux appels à haut risque sur notre territoire. Minutieusement sélectionnés et spécialement formés en collaboration avec les services policiers, les membres de ce groupe se déploient plus de 225 fois par année sur des scènes d'intervention allant de la manifestation aux personnes armées, barricadées, en passant par des événements telle la tragédie du collègue Dawson à l'automne 2007.

L'expertise d'Urgences-Santé a été mise à contribution dans la création de groupes d'intervention similaires en Estrie, et nous travaillons présentement à la création d'unités semblables avec les services ambulanciers de Québec et de l'Outaouais.

Troisième service spécialisé, le programme de soins avancés permet aujourd'hui, en lien avec les orientations stratégiques du ministère de la Santé, de déterminer le niveau de soins requis pour la mise en oeuvre des équipes de soins avancés. Ce ne sont ici que quelques initiatives qui démontrent le grand intérêt d'Urgences-Santé de s'investir à plein dans son rôle de leader.

● (10 h 20) ●

Comment maintenant mesure-t-on notre performance? L'ensemble de chacune des activités d'Urgences-Santé fait l'objet de suivi systématique. Au niveau du centre de communication santé, par exemple, au cours des 18 derniers mois, l'ensemble des processus utilisés dans notre centre de communication santé ont été analysés et révisés en profondeur afin de maximiser l'efficacité de chacun des gestes posés des centaines de fois par nos employés. Cette révision a entraîné une augmentation notable de l'efficacité du centre de communication santé, et ce, de la prise en charge téléphonique allant jusqu'à la répartition des appels aux techniciens ambulanciers paramédics du Québec. Dans le même ordre d'idées, afin de s'assurer que la prise en charge des appels par nos répondants médicaux d'urgence se fasse toujours dans le respect des normes établies, nous avons mis en place un processus d'assurance qualité. Dans le cadre de cette démarche, des centaines d'appels sont analysés en profondeur afin d'en faire ressortir les éléments pouvant être améliorés ou modifiés.

Au niveau de notre performance clinique, maintenant. Un programme d'assurance qualité a également été mis en place au niveau de l'application des protocoles cliniques pour tous les cas où des techniciens ambulanciers du Québec administrent des médicaments ou utilisent le moniteur défibrillateur semi-automatique. En 2007, plus de 20 000 dossiers ont été analysés, et les

résultats indiquent que le taux de conformité au protocole sans écart majeur dépasse 97 %.

Au niveau de la performance opérationnelle, maintenant. Au cours de la dernière année, divers tableaux de bord ont été confectionnés et mis en place et permettent désormais de s'assurer d'une utilisation optimale des ressources déployées sur le terrain et d'évaluer en continu tous les paramètres en ce qui a trait à la chronométrie des interventions. Ce nouvel outil permet au gestionnaire d'Urgences-Santé d'avoir une vue d'ensemble des données statistiques pour chacune des équipes sous sa responsabilité. Les données recueillies permettent non seulement un suivi plus rigoureux des performances des équipes, mais permettent aussi de connaître où et comment sont utilisées les précieuses minutes lors des interventions terrain. Depuis l'implantation de ces tableaux de bord, nous avons été en mesure de cerner diverses problématiques pour lesquelles des plans d'action précis ont été élaborés afin de maximiser l'utilisation des ressources qui, faut-il l'admettre, ne sont pas illimitées. Une seule minute gagnée sur chacun des transports quotidiens représente un temps de disponibilité brut impressionnant. En effet, si nous réduisions le temps d'intervention de chacun des 200 000 transports d'une minute, cela représenterait un ajout approximatif de disponibilité de près de 40 quarts de travail par année.

Afin de poursuivre cette voie de maximisation de l'utilisation des ressources sur le terrain, nous avons amorcé, en 2007, conjointement avec les agences de santé de Laval et de Montréal, un projet consistant à analyser l'ensemble des gestes posés par nos techniciens ambulanciers paramédics entre le moment où ils prennent en charge le patient et celui où ils le transfèrent en milieu hospitalier. Nos premières observations nous ont permis de constater une redondance de certains gestes posés par notre personnel paramédical et celui des centres hospitaliers, ce qui conduira à une révision des façons de faire des divers intervenants concernés afin d'en assurer une meilleure harmonisation.

L'implication de l'ensemble des intervenants revêt une importance capitale en vue d'une utilisation maximale des ressources du réseau de la santé et peut avoir une incidence majeure sur l'efficacité de la prise en charge par le réseau hospitalier des patients acheminés vers eux par nos services ambulanciers. En vertu de son mandat de planification des services préhospitaliers d'urgence, Urgences-Santé a non seulement la responsabilité d'élaborer des programmes d'assurance qualité, mais aussi celui d'assurer la mise en oeuvre des programmes de formation à l'intention des techniciens ambulanciers paramédics à son emploi. Ces divers programmes sont essentiellement prévus pour l'adaptation aux nouveaux protocoles cliniques, pour le maintien et la mise à jour des compétences, pour les employés au retour d'absences prolongées, pour une formation ponctuelle requise en raison d'un écart majeur constaté dans le cadre du programme d'assurance qualité.

Afin de réaliser cette partie de notre mission, Urgences-Santé dispose également d'un centre de formation que je qualifierai sans gêne de joyau de notre entreprise. Réputé pour son expertise, il assure non seulement la formation de nos techniciens ambulanciers, mais également celle des premiers répondants du service d'incendie de la ville de Montréal. Le rôle joué par notre centre de

formation dans la formation des premiers répondants permet à la fois une intégration réussie de ce nouveau service montréalais à celui déjà assuré par Urgences-Santé, mais aussi une meilleure connaissance des rôles mutuels que ces deux groupes d'intervenants ont désormais à jouer lorsqu'ils se retrouvent ensemble sur le terrain. Les premiers répondants — je veux insister là-dessus — ne remplacent pas les techniciens ambulanciers paramédics mais en sont un complément pour nous aider à diminuer le temps réponse. Les différents établissements d'enseignement en techniques ambulancières font également appel à nos services pour répondre à des besoins spécifiques de formation en conduite préventive pour les étudiants inscrits dans leurs programmes.

Comment arrivons-nous à remplir notre mission? Pour réaliser sa mission de service auprès de la population montréalaise et lavalloise, Urgences-Santé peut s'appuyer sur des effectifs de 1 250 personnes. Le plus important groupe d'employés est évidemment formé par les techniciens ambulanciers paramédics, sur qui repose la partie la plus visible de nos activités. Ce groupe compte plus de 825 personnes, et c'est autour d'eux que s'articulent une pléiade d'activités de support assurant ainsi la pérennité de la mission. Ainsi, se greffent à eux l'équipe du centre de communication santé, les répondants médicaux d'urgence et les répartiteurs, qui collaborent tous étroitement au déploiement du service et à la réponse quotidienne aux demandes d'intervention. Pour appuyer l'ensemble de ces services, on peut aussi compter sur une équipe de soutien qui assure le maintien et l'entretien de tous les équipements.

Malgré toute cette préparation, nous ne sommes pas à l'abri de la détresse. Le fait que nos intervenants de première ligne aient à répondre plusieurs centaines de milliers de fois par année à des situations souvent fort dramatiques ne les immunise toutefois pas contre la détresse psychologique. Bien qu'en pourcentage le nombre d'employés d'Urgences-Santé souffrant de détresse psychologique ne soit pas plus élevé qu'ailleurs dans le réseau de la santé du Québec, il n'en demeure pas moins que nous avons fait de cette problématique l'une de nos priorités, et elle le demeurera pour les années à venir. Nos techniciens ambulanciers paramédics du Québec, nos répondants médicaux d'urgence, nos répartiteurs et, à l'occasion, d'autres d'employés d'Urgences-Santé sont exposés à des situations souvent dramatiques et ils peuvent, à l'occasion, ressentir le besoin d'un support psychologique. À cette fin, nous avons créé un nouveau programme d'aide aux employés qui se veut mieux adapté à leurs besoins et qui surtout permet, dans les minutes suivant une intervention traumatisante comme à Dawson, par exemple, d'apporter aux employés concernés l'aide et le support dont ils ont besoin. Une formation spécifique a par ailleurs été donnée au cours de la dernière année à nos employés cadres et aux délégués syndicaux qui leur permet de déceler plus facilement tout comportement jugé dangereux ou hors-norme. En complémentarité avec nos autres programmes, cette formation assure une meilleure détection des signes de détresse chez nos employés.

La détresse psychologique est certes une problématique importante à laquelle nous devons nous adresser, mais Urgences-Santé fait également face à d'autres défis en ce qui a trait à ses ressources professionnelles. Les deux plus importants sont certainement la rétention des

employés déjà à notre service, et l'autre est celui de la pénurie de personnel paramédical à laquelle nous sommes confrontés. Soit qu'ils sont insatisfaits de leurs conditions de travail ou soit que nous soyons confrontés au choc de la nouvelle génération, les techniciens ambulanciers paramédics quittent les organisations ambulancières au profit d'autres services d'urgence où la rémunération est plus avantageuse. Urgences-Santé n'est pas la seule à être victime du problème. Cette dure réalité nous a amenés à revoir certaines de nos façons de faire afin de minimiser les impacts négatifs inévitables que ces départs peuvent avoir sur nos performances. Avec les employés qui nous quittent, nous réalisons désormais des entrevues de départ afin de cibler les irritants sur lesquels nous devons nous attarder afin de favoriser une meilleure rétention de notre personnel.

La pénurie de ressources professionnelles se fait sentir partout au Québec, non seulement chez Urgences-Santé, mais également dans toutes les professions de la santé. Cela représente certainement pour toutes les organisations comme la nôtre un défi qui exigera que nous fassions preuve d'initiative et d'originalité si nous voulons attirer les jeunes générations à s'intéresser davantage à la profession de technicien ambulancier paramédic du Québec. Si des programmes de formation en techniques ambulancières sont créés un peu partout en province, cela facilitera certainement le recrutement du personnel en région et à Montréal.

La solution passe nécessairement par une meilleure reconnaissance du rôle de technicien ambulancier paramédic et par une promotion plus appuyée de ce métier. Chaque année, Urgences-Santé participe à de nombreux salons d'emploi, d'exposition ou autres rassemblements publics dans l'espoir d'attirer de nouveaux candidats. Nous avons constaté l'importance de valoriser ce métier en soulignant particulièrement le fait qu'il constitue un maillon essentiel à la prise en charge des patients dans le réseau de la santé. Le défi de la pénurie de personnel professionnel en est un de taille auquel toute l'équipe d'Urgences-Santé continue de s'attaquer et continuera de s'attaquer pour de nombreuses années encore.

Nous allons maintenant effectuer un bref survol des résultats de l'entente de gestion entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, Urgences-Santé et, pour certaines parties, les agences de la santé de Montréal et de Laval. Afin de garantir une saine gestion et une gestion efficace des deniers publics, Urgences-Santé est assujettie, comme de nombreux autres organismes publics, à une entente de gestion. Une première entente avec le ministère de la Santé et des Services sociaux est d'ailleurs venue à terme en avril dernier, et nous sommes assez heureux de nos résultats, puisque nous avons rempli la grande majorité de nos engagements.

Certains engagements liés à l'organisation des opérations ont pu prendre du retard, mais seront complétés, à cause évidemment de la pénurie de main-d'œuvre. La signature, en mars dernier, de la convention collective des techniciens ambulanciers paramédics laisse présager que, dans les prochaines années, le climat de travail sera plus stable et plus propice aux activités d'amélioration des services.

● (10 h 30) ●

Concernant les autres engagements d'Urgences-Santé, soulignons les éléments suivants. Nous avons

apporté de nombreuses modifications relativement aux données fournies à notre bilan financier annuel. Nous avons modifié notre politique d'approvisionnement en février 2007 et l'avons transmise au ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous avons réalisé notre engagement de collaborer à la définition d'indicateurs et de cibles comme outils de monitoring et d'acheminer au ministère des rapports périodiques réalisés par notre Direction des technologies de l'information.

Également, la révision de la gouvernance du conseil d'administration s'est concrétisée par la mise en place de cinq comités du conseil, chacun présidé par un membre du conseil d'administration, permettant de rapprocher les administrateurs des activités courantes de la corporation. Le plan d'organisation sera complété en 2008-2009 et sera par la suite diffusé auprès de l'ensemble du personnel.

En avril 2007, notre nouveau règlement sur la délégation de signatures engageant la responsabilité d'Urgences-Santé a été transmis au ministère.

Après avoir suivi les étapes nécessaires, notre futur code d'éthique a été présenté et adopté par le conseil d'administration le 15 avril 2008. Les valeurs fondamentales retenues dans notre code d'éthique respectent l'esprit des attentes ministérielles. Celles-ci sont le respect, la compétence, la bienveillance, la loyauté, l'intégrité, la diligence. Il reste maintenant à prévoir l'implantation de ce code d'éthique et la création d'un comité d'éthique permanent qui aura pour mandat notamment d'en assurer l'intégration à tous les niveaux de l'organisation. Ces étapes devraient être franchies dès le mois de juin et feront partie de l'axe Promotion des valeurs de l'organisation du plan stratégique 2008-2011.

Notre engagement concernant les temps réponse aux priorités de niveau 1 à l'intérieur des 8 min 59 s dans 58,2 % des cas a été atteint sur sept des 20 périodes où on a mesuré. Plusieurs facteurs, telles les chutes de neige abondantes de l'hiver 2007-2008, dont j'ai parlé tantôt, sont venues compliquer la tâche, comme nous l'avons vu précédemment.

Les engagements dont je viens de vous faire part sont parmi les plus importants. Plusieurs autres sont en cours de réalisation ou en voie d'être réalisés. Nous sommes présentement en discussion avec le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de déterminer nos engagements pour les années à venir.

Voyons l'aspect financier d'Urgences-Santé maintenant. Du point de vue financier, Urgences-Santé recherche l'amélioration constante de ses méthodes de gestion afin d'optimiser l'utilisation de ses ressources matérielles et financières provenant de fonds publics. Des mesures visant à améliorer le système de gestion et les processus opérationnels ont été mises en place.

Les revenus d'Urgences-Santé proviennent essentiellement de deux sources: les subventions allouées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et la facturation des transports ambulanciers. En 2006-2007, le budget de fonctionnement de l'organisation atteignait 86 076 000 \$, et, à titre de comparaison, la ville de Toronto dispose d'un budget d'au-delà de 150 millions pour assurer les soins et services préhospitaliers d'urgence sur son territoire. Pour le même exercice, donc 2006-2007, les charges totalisaient 84 387 000 \$, laissant un surplus d'exploitation de 1 688 000 \$. Urgences-Santé a ainsi pu

respecter l'enveloppe budgétaire allouée, comme c'était le cas depuis plusieurs années. Ces surplus sont créés par des fluctuations budgétaires non récurrentes qui ont eu l'effet évidemment... qui créent des surplus. Elles sont entièrement attribuables à la variation des dépenses d'amortissement causées par les délais dans le remplacement d'immobilisations, notamment les véhicules ambulanciers, le système de répartition assistée par ordinateur, les équipements informatiques véhiculaires et les moniteurs défibrillateurs.

Les principaux livrables de l'entente de gestion sont terminés ou en voie de l'être. La récente signature de la convention collective des techniciens ambulanciers paramédics nous permettra de compléter les réalisations.

En conclusion, une organisation comme Urgences-Santé ne se construit pas en quelques mois et ne parvient à maturité qu'après de longs apprentissages parsemés de très bons coups et de moins bons coups. Urgences-Santé a un mandat important, notamment en termes de volume, mais aussi évidemment sur la vie des gens et de nos employés, et nous prenons au sérieux l'engagement dans la réalisation de nos missions, et sommes très fiers de nos réalisations, et sommes constamment à la recherche d'améliorations. Pour y arriver, nous devons conserver notre organisation en santé en s'assurant de la motivation et de la mobilisation de nos employés. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup pour ce survol de vos activités. On va passer maintenant à la période d'échange avec les membres de la commission en signalant que, selon la formule habituelle, il y aura environ 56 minutes pour les députés à ma droite à partager; pour l'opposition officielle, 48 minutes; et, pour le deuxième groupe de l'opposition, 42 minutes, 42. Alors, on va faire les blocs de 20 minutes. Ça, c'est, je sais, pour les personnes qui viennent de l'extérieur, un petit peu complexe, mais c'est juste la formule de partage de temps qui reflète le nombre de sièges à l'Assemblée nationale.

Discussion générale

Alors, sans plus tarder, je vais céder la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce et l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le député.

Modalités de facturation

M. Copeman: Merci, M. le Président. M. Adam, bonjour à vous et votre équipe. En partant, je vous présente nos excuses collectives du côté du parti ministériel, nous sommes arrivés quelques minutes en retard. C'est le lot parfois des parlementaires quand on a des caucus le matin, ça déborde légèrement le cadre, on s'excuse.

M. Adam, vous et votre équipe participez aujourd'hui à un processus de contrôle parlementaire très important, reddition de comptes, qui est cyclique, peut-être pas assez souvent à nos yeux. On a toutes les agences de santé et de services sociaux à rencontrer minimalement une fois aux trois ans, il y a d'autres mandats que la Commission des affaires sociales se dote parfois, et aujourd'hui on en fait une de mandat de contrôle et surveillance parlementaire qui est très importante pour nous comme parlementaires et pour la population. C'est

une façon pour vous de parler de vos accomplissements, de l'atteinte de vos objectifs mais également une occasion pour nous, parlementaires, de vous questionner sur le service que vous offrez à la population montréalaise et lavalloise et d'examiner votre gestion et l'atteinte de vos objectifs. Alors, je vous remercie beaucoup pour la qualité des documents qui nous ont été transmis et pour votre présentation.

Dans un premier temps, M. Adam, peut-être examiner un peu l'aspect financier. J'hésite toujours à commencer par l'argent parce qu'on parle de multiples millions de dollars, ça paraît un peu froid pour nos concitoyens, mais il faut, je pense, quand même camper la situation financière d'Urgences-Santé. En tout cas, moi, je considère que c'est important de le faire. En passant en revue le rapport annuel 2006-2007, on voit les produits, évidemment les charges, l'excédent. Vous l'avez bien indiqué — moi, je suis à la page 43 — dans votre présentation que vous avez dégagé des surplus, puis je vais revenir sur la question des surplus. Mais, en premier lieu, si je lis bien puis je suis encore capable de faire la règle de trois, vous tirez à peu près le tiers de vos produits par la facturation de transport ambulancier. Peut-être, vous pouvez passer en revue brièvement la catégorie des personnes qui sont appelées à déboursier pour un transport ambulancier et ceux qui ne le sont pas. Ça pourrait peut-être intéresser les citoyens qui nous écoutent, qui doit payer, qui n'est pas obligé de payer. Moi, je sais que, moi, je suis obligé de payer parce que j'ai payé pour un transport ambulancier pour mon fils dans des circonstances pas très graves, mais quand même. Alors, j'ai reçu la facture d'Urgences-Santé, que j'ai acquittée en dedans de 30 jours, je vous le signale. Je comprends...

Le Président (M. Kelley): C'est rassurant, M. le député.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Copeman: Oui, exact. Je m'acquitte de toutes les factures gouvernementales en premier lieu, M. le Président. Il y en a d'autres qui peuvent attendre, là, mais je prends l'obligation et je m'impose cette obligation d'acquitter les obligations envers le gouvernement du Québec en premier lieu. Alors, peut-être que vous pouvez passer un peu en revue la catégorie des personnes qui doivent déboursier pour ces services-là, quel est le... comment est-ce que... Votre système de facturation, il est basé sur quoi? Est-ce que c'est distance, temps, ainsi de suite? Alors, je vous lance cette première question.

M. Adam (Daniel): Merci. Donc, les personnes qui sont transportées gratuitement par Urgences-Santé et pour lesquelles nous recevons évidemment des revenus des organismes concernés sont évidemment les personnes sur la sécurité du revenu, de la CSST, de l'assurance automobile, les Amérindiens, les anciens combattants et les personnes âgées de 65 ans et plus. Le reste de la population est évidemment facturé pour les services ambulanciers.

Maintenant, sur les modalités de facturation, c'est que chaque paramédic, technicien ambulancier paramédic, remplit évidemment un formulaire à la fin de son intervention, et ce qui fait en sorte que nous pouvons par la suite, en fonction du kilométrage parcouru et en

fonction évidemment de la prise en charge, qui est de 175 \$, c'est ça...

Une voix: 125 \$.

● (10 h 40) ●

M. Adam (Daniel): ...125 \$, pardon, et 1,75 \$ du kilomètre, facturer, là, la population qui doit payer pour ces services-là.

Utilisation des surplus budgétaires

M. Copeman: Vous avez parlé des surplus, on a noté également des surplus dégagés sur plusieurs années. En même temps, je pense qu'on considère, nous, les parlementaires, un surplus un peu normal, mais en même temps on dit: Dans un service essentiel comme Urgences-Santé, un surplus peut paraître quelque peu paradoxal.

Là, vous facturez pour des services, vous recevez des subventions de l'ordre de 57 millions de dollars du gouvernement du Québec, comment se fait-il que vous avez dégagé un surplus? Peut-être vous pouvez en glisser un mot là-dessus. Et, peut-être de façon plus détaillée, quelle est l'utilisation de ces surplus-là? Je pense que le citoyen est en devoir de savoir qu'est-ce que vous faites avec des surplus. Est-ce que ça dort en quelque part dans un compte ou est-ce que c'est mis à profit de la Corporation d'urgences-santé?

M. Adam (Daniel): O.K. Pour la question des surplus, c'est un peu artificiel à Urgences-Santé. Tout d'abord, je dois vous dire que, pour s'assurer d'une saine gestion financière, nous avons mis en place un plan d'amélioration de la performance qui a permis de récupérer à peu près, là, 1 million de dollars, là, à travers les différentes activités de la corporation en faisant des choses plus efficaces.

Quant aux surplus que vous voyez là, ils sont un peu artificiels au sens où... C'est parce que, nous, contrairement aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux, nous avons une politique d'amortissement de nos équipements. Alors, par exemple, quand on a changé... On a évidemment tardé, pour des raisons de fournisseur, tardé à remplacer nos véhicules ambulanciers. Bien, évidemment, la période d'amortissement des anciens véhicules ambulanciers était terminée, et on commence maintenant, avec l'acquisition des nouveaux véhicules, évidemment à voir la dépense d'amortissement qui monte. On voit également qu'au niveau du changement du système de répartition assistée par ordinateur, que nous n'avons pas acquis encore, essentiellement ça aussi, c'est sujet à l'amortissement. Et, au niveau du moniteur défibrillateur, des... l'achat des moniteurs défibrillateurs semi-automatiques, pour lesquels nous sommes en appel d'offres, essentiellement on a été aussi retardés.

Alors, évidemment, l'utilisation de ces surplus-là, là, ça peut prendre plusieurs destinations, mais on utilise ces surplus-là évidemment de façon non récurrente pour des projets spécifiques à Urgences-Santé, pour acheter des équipements, pour améliorer le service à la clientèle, là, par exemple, ou ces surplus-là peuvent également aller au fonds consolidé du gouvernement.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

Actions entreprises pour le recrutement et la rétention du personnel

M. Copeman: Je vais peut-être changer de sujet. Je sais que mon collègue le député d'Orford a des questions, veut vous interroger sur les temps de réponse, je vais lui laisser ce thème-là. L'autre sujet que je voulais aborder avec vous de façon prioritaire, c'est toute la question de main-d'oeuvre. On comprend qu'Urgences-Santé vit certaines difficultés en termes d'être capable de couvrir tous les services qu'ils doivent couvrir, assurer les quarts de travail, et bien couverts. Vous avez parlé, il me semble, qu'il y avait deux éléments à la question de la main-d'oeuvre: première question, le recrutement — hein, si on a de la difficulté à recruter de la main-d'oeuvre, évidemment on va avoir certaines difficultés — mais également la rétention de main-d'oeuvre. Peut-être sur les deux volets, M. Adam, si vous pouvez nous donner quelques éléments, peut-être parler un peu plus sur les défis de recrutement et les défis de rétention, puis c'est quoi, les mesures que vous avez mises en place pour faire face à ces problèmes? Je comprends que la récente convention collective des techniciens ambulanciers paramédics va peut-être atténuer un peu les problèmes de rétention, mais je vous donne l'occasion de nous en parler, et du volet recrutement et du volet rétention.

Vous avez fait référence aux entrevues de départ. Ça nous intéresse, je crois, de savoir quels sont les résultats de ces entrevues de départ, pourquoi est-ce que vos techniciens ambulanciers paramédics quittent. Et je comprends également il y a la notion de détresse psychologique là-dedans. En tout cas, on vous écoute.

M. Adam (Daniel): Écoutez, il y a plusieurs évidemment questions dans votre intervention, là. Bon, tout d'abord, évidemment, toutes les professions de la santé font l'objet de pénuries évidemment, et je pense que nous avons entrepris, avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, évidemment des exercices de planification de main-d'oeuvre pour regarder un peu plus loin ce qui nous attend dans le futur. Je pense que les éléments qui... Et il y a quatre nouveaux programmes évidemment qui vont ouvrir dans différents cégeps, là, du Québec, ce qui fait en sorte évidemment, là, qu'on va pouvoir, dans les prochaines années, bénéficier davantage évidemment de paramédics.

Un des éléments qui est fondamental pour la question à la fois de la pénurie de main-d'oeuvre, pour le recrutement et pour la rétention, c'est la collaboration à la professionnalisation des techniciens ambulanciers paramédics du Québec. Alors, je m'explique. Évidemment, la convention collective que nous avons signée le 4 mars prévoit... Il y a comme deux éléments. Le premier élément évidemment, c'est qu'en 2009 les premières cohortes de techniciens ambulanciers paramédics formés au cégep vont commencer à sortir, et ils vont être considérés donc encore davantage comme des professionnels de la santé qui font partie de la chaîne de soins au même titre que les infirmières, par exemple, en techniques infirmières, ou les inhalothérapeutes, ou les techniciens en réadaptation, ce qui est un gros, gros plus. Mais ce que ça apporte aussi évidemment, c'est une valorisation de la profession d'un point de vue, je vous dirais, salarial où on a reconnu que dans le fond les échelons... à partir de 2009, selon un

rangement encore à déterminer, évidemment les paramédics pourraient passer d'un salaire de 22 \$ de l'heure au maximum de l'échelle — avant la convention collective, j'entends bien — à 30 \$ de l'heure. Alors ça, ça rend évidemment la profession beaucoup plus attrayante.

Évidemment, on prévoit aussi de permettre à nos paramédics, entre autres au niveau notamment, là, de la pénurie et de la rétention, d'avoir un cheminement de carrière à l'intérieur de l'organisation. Alors, on vient de développer, par exemple, un programme de relève cadre à l'intérieur de l'organisation qui fait en sorte en fait que nos paramédics peuvent avoir aussi des perspectives de carrière à l'intérieur de l'organisation.

Il y a des éléments reliés, entre autres, à la question du climat de travail également à Urgences-Santé où on a notamment bonifié un certain nombre de programmes d'Urgences-Santé, notamment, là, pour des activités de reconnaissance pour nos employés, reconnaître le travail que font nos employés annuellement au moment des années de service ou au moment du gala des services distingués, là, pour reconnaître les paramédics qui ont 20 ans et plus dans la profession.

Le comité de direction est assez présent sur le terrain aussi parce que nous tenons, à toutes les deux semaines, nos rencontres de comité de direction dans les trois centres opérationnels que nous avons sur le territoire de Montréal. On a l'occasion d'échanger avec les paramédics. Et évidemment il y avait, comme je l'ai souligné, la convention collective qui a fait en sorte que dans le fond on va bonifier les conditions de travail. Alors ça, je toucherais, là, à ces deux volets-là, à la fois la question de la pénurie avec la planification de la main-d'oeuvre et de la rétention, avec les deux éléments dont je viens de mentionner.

Vous avez fait allusion également à toute la question de la détresse psychologique. Alors, nous avons fait, il y a quelques années, à notre demande, élaborer un rapport sur la détresse psychologique à Urgences-Santé, le rapport Mishara. Les sources de détresse psychologique qui ont été identifiées sont: un, les problèmes conjugaux à 62 %; les problèmes financiers à 23 %; les problèmes familiaux; les troubles de santé mentale; et l'insatisfaction au travail, qui arrive au cinquième rang. Alors, à partir de ça, nous avons créé un groupe de travail paritaire qui a élaboré, je l'ai souligné tantôt dans mon allocution, un nouveau programme d'aide aux employés avec des campagnes d'information. Nous avons formé nos cadres et les délégués syndicaux à la reconnaissance des employés en difficulté. Il y a plus de 150 personnes, là, qui ont été formées à cet égard-là, et nous offrons en tout temps, 24 heures par jour, sept jours par semaine, du support psychologique à nos employés, notamment les paramédics. Et je vous donnerai, par exemple, l'exemple de Dawson. Quand il y a eu la fusillade à Dawson à l'automne 2006, nos équipes de psychologues évidemment du programme d'aide aux employés se sont rapidement déployées sur le terrain, 24/7, donc 24 heures par jour, sept jours par semaine, dans l'ensemble de nos centres opérationnels pour soutenir les employés et nous avons eu par la suite une activité de reconnaissance également pour ces employés-là.

Alors, je vous dirais, là, que, pour répondre à votre question, évidemment il y a la planification de la main-d'oeuvre d'un côté; de l'autre côté, il y a la

valorisation de la profession de paramédic et il y a tout le soutien psychologique à nos employés également.

● (10 h 50) ●

Le Président (M. Kelley): Très bien. M. le député.

M. Copeman: Juste en terminant, j'ai fait allusion, tout à l'heure, M. Adam, d'une expérience vécue. J'ai deux fils — alors, je ne dirai pas lequel — un qui a été transporté de chez nous en décembre 2006, puis je veux témoigner très brièvement de la qualité du service qu'on a reçu. On a souvent tendance à penser peut-être, si on n'a pas eu une occasion, qui somme toute est souvent malheureuse, de faire appel aux services d'Urgences-Santé, de penser qu'il s'agit essentiellement du transport d'une personne d'un point A à un point B.

Dans notre cas à nous, vos techniciens ambulanciers paramédics ont, je dirais, contribué beaucoup à sécuriser la famille, à convaincre mon fils de la nécessité d'un transport à l'hôpital. Parce que ce n'était pas une situation manifestement, à vue, excessivement urgente, le résultat... Il avait fait une chute de pression à la suite... Il avait eu une chirurgie d'un jour, il était sur des médicaments antidouleur, il avait pris une bière — déjà passé 18 ans, alors son activité n'était pas illégale — et la combinaison de toutes ces choses-là, il avait eu une chute de pression importante et il s'est évanoui à plusieurs reprises. Il ne voulait pas aller à l'hôpital, hein, c'est typique chez un gars d'un certain âge, alors... Mme la collègue, Mme la députée dit: Chez un gars, point. Je n'irai pas jusque-là, mais... Et évidemment plus que j'ai insisté sur un transport à l'hôpital, plus, lui, il disait non.

C'est le technicien ambulancier, qui a pu parler avec lui en privé, qui l'a convaincu de faire les pas nécessaires. Il a pris la pression, indiqué que la pression était très basse. Il a fallu, à tout le moins, vérifier un certain nombre de choses, et c'est vraiment l'intervention du technicien ambulancier paramédic qui a fait en sorte que mon fils a accepté. Moi, j'ai pris la route avec eux, assis en avant. Je n'ai pas dévoilé qui j'étais. Je n'aime pas faire ça parce que ça peut changer d'une façon ou d'une autre, dépendamment de la situation, le traitement qu'on reçoit. Mais c'était avant la signature de la convention collective. Mais j'ai discuté un peu avec l'autre technicien ambulancier et je vous dis tout simplement, à votre équipe, à quel point j'ai de l'admiration pour ce qu'ils font. Il faut — je pense que vous avez entièrement raison — valoriser ce travail, il faut améliorer les conditions de travail afin de s'assurer une rétention, un recrutement et une reconnaissance, de la part de la population, de l'importance de ces services-là. Alors, je tenais à vous le souligner de façon particulière, à vous et votre équipe.

M. Adam (Daniel): Merci beaucoup. Et le seul commentaire que je ferai à ça, c'est que, oui, nos techniciens ambulanciers paramédics d'Urgences-Santé, malgré le fait qu'ils travaillent souvent dans des conditions très difficiles, sont des gens qui sont extrêmement professionnels auprès des patients. On est très fiers de ça.

Le Président (M. Kelley): Bon, bien, merci beaucoup. Il nous reste juste une minute, alors je vais passer la parole maintenant à M. le député de Nicolet-Yamaska.

Heures supplémentaires effectuées par les techniciens ambulanciers

M. Dorion: Merci, M. le Président. Alors, bonjour, M. Adam, ainsi que votre équipe. D'entrée de jeu, durant votre allocution ou du moins votre présentation, vous avez fait mention à plusieurs reprises du moins de la pénurie de main-d'œuvre, et c'est un terme, c'est un mot qui revient souvent. L'an passé, il y a eu une proposition sur une prime, au niveau du temps supplémentaire, de 10 \$. Est-ce que ça a été... Et j'aimerais qu'on fasse un peu plus la lueur sur cette offre-là, quel était l'objectif recherché? Est-ce que c'était de contrer, entre autres, sur une pénurie de main-d'œuvre en allant chercher d'autres ambulanciers dans les régions environnantes, du moins? Parce que c'est quand même un communiqué qui avait été émis où effectivement Urgences-Santé offrait une prime de 10 \$ de l'heure sur du surtemps, alors j'aimerais vous entendre à ce niveau.

M. Adam (Daniel): Tout d'abord, l'objectif, là, n'était pas de recruter des paramédics de d'autres régions. Ça, c'était clair, là, et ça, ça a été bien entendu avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. D'autre part, devant la pénurie de paramédics qu'on voyait poindre pour l'été 2007, nous avons repris en quelque sorte le programme qui est offert partout dans le réseau de la santé et des services sociaux pour les infirmières, les infirmières auxiliaires, les inhalos, les préposés et maintenant pour les techniciens, les différentes catégories de techniciens, et ça reprenait les lignes directrices de ce programme-là.

Je dois vous dire que ce programme-là a été financé à même les budgets d'Urgences-Santé, donc on n'a pas reçu de fonds additionnels pour faire ça. Ça a coûté 150 000 \$ et ça a permis, pour l'été donc... qui était à peu près le budget qui était alloué, là, et ça a permis deux choses, de réduire... Parce que ça, c'est relié en quelque sorte, un peu, aussi à l'absentéisme, hein? Alors, évidemment, il ne faut pas qu'une personne s'absente pour différents motifs pendant les 14 jours précédant, les 14 jours suivant l'application de la prime. Après ça, bien, évidemment, s'il ne s'est pas absenté, on l'applique. Ça a eu un effet significatif.

Et je demanderai peut-être à M. Lemarier de compléter, là, les différentes données au niveau de la réduction de l'absentéisme, donc plus de disponibilité sur la route, d'une part, et, d'autre part, de la diminution assez significative, durant les périodes à peu près du 23 juin jusqu'au 8 septembre où ça a été appliqué, de nos temps réponse où on est rentrés... Et c'est la raison pour laquelle évidemment ça nous a aidés, là, au niveau notamment de l'entente de gestion puis évidemment au niveau de la qualité du service qu'on donnait à la population. Alors, ça a été quelque chose d'assez porteur et bénéfique évidemment à la fois pour Urgences-Santé, mais la population également, là, qui a eu plus de disponibilité de transport ambulancier, là, à Montréal et Laval. Pierre... Est-ce que M. Lemarier peut ajouter?

Le Président (M. Kelley): Oui, oui, exactement. Si vous pouvez juste vous bien identifier pour les fins de l'enregistrement.

M. Lemarier (Pierre): Oui. Pierre Lemarier, directeur des ressources humaines à la Corporation

d'urgences-santé. Alors, effectivement, comme M. Adam l'a mentionné, les objectifs principaux de la prime sur le temps supplémentaire de l'année dernière, c'était pour, dans un premier temps, baisser le taux d'absentéisme. C'est sûr qu'avec un taux d'absentéisme relativement élevé c'était difficile de rencontrer nos besoins d'effectif pour les opérations, mais aussi pour solliciter l'appui et la collaboration de nos employés à effectuer du temps supplémentaire pendant la période estivale.

De par ce système de prime là, qui est comparable à celui qui existe déjà dans le réseau, en fait on voulait reconnaître le travail des paramédics en temps supplémentaire pendant une période relativement chargée d'appels, pendant la période estivale. Et nous avions ici aussi comme objectif de maintenir notre taux de vacances, de semaines de vacances octroyées à nos employés. On ne voulait pas réduire leurs vacances parce qu'on sait que, pendant toute la saison automnale et hivernale, les employés sont très sollicités à cause des conditions atmosphériques, des barrières architecturales, etc. Alors, on voulait maintenir quand même le taux de vacances qu'on avait donné à nos employés. Alors, c'est ce que nous avons fait, d'ailleurs. Alors, la prime a permis de rencontrer nos besoins d'effectif pendant toute cette période.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

Taux d'absentéisme

M. Dorion: Merci, M. le Président. Est-il vrai, du moins au niveau des employés qui sont sur l'assurance salaire, est-il vrai que le pourcentage est à peu près de 30 % chez Urgences-Santé? Et, si oui, quels sont les raisons? Et, sinon, quel est le pourcentage d'employés étant sur l'assurance salaire?

M. Adam (Daniel): Dans le texte que je vous ai fait parvenir pour le mémoire d'Urgences-Santé qui a été présenté, vous avez, en annexe, à la toute fin, les pourcentages, les tableaux essentiellement liés, là, à l'entente de gestion. Donc, je fais référence, là, aux pages 30, 31 et 32, particulièrement à la page 32. Alors, ce que vous voyez, là, c'est la façon dont on calcule les affaires. C'est comme ça qu'on les calcule dans le réseau de la santé, là, c'est le ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées. Alors, je ne sais pas d'où vient le pourcentage de 30 %, là, mais ce qu'on voit là, là, c'est que le seuil que nous avions discuté avec le ministère de la Santé, c'est qu'on ne devait pas arriver en haut de 6,5 %. Et l'engagement que nous avions, c'était de 6,1 %. Nous sommes arrivés, au terme de 2007-2008, à 5,9 %. Et, pour la première période, 2008-2009, là — vous n'avez pas ces données-là, mais je les ai regardées juste avant de partir — c'est 5,6 %, ce qui est tout à fait équivalent à ce qui se passe dans le réseau de la santé. Ça, c'est dû, entre autres, évidemment, là, à tout un plan, entre autres un plan triennal de présence au travail que nous avons mis en place en 2005, avec une série d'activités pour faire en sorte en fait d'améliorer, là, toutes les questions de présence au travail.

Quand vous faites référence maintenant peut-être au 30 %, là, c'est peut-être parce que vous combinez aussi évidemment les accidents de travail. Alors, le travail de paramédic, c'est un travail, vous pouvez vous en douter, là, qui est extrêmement difficile. L'hiver,

monter au troisième étage, descendre un patient dans la neige, par-dessus le banc de neige, là, je pense qu'on l'a vu amplement. Nos employés, il y a 40 % de nos employés qui ont plus de 45 ans et plus, alors, évidemment, je veux dire, ils sont plus sujets à blessures. Ça fait en sorte qu'on a aussi un nombre de jours en accidents de travail, comme vous le voyez d'ailleurs, là, le taux de gravité au tableau 5, où on avait un seuil de 2 578 et on est arrivés, à toutes fins pratiques, là, au niveau du... en bas du seuil, à 2 407, là. Alors, je pense que la question de la présence au travail ou de l'absentéisme, si on le prend sur l'autre côté, là, est parfaitement sous contrôle à Urgences-Santé.

● (11 heures) ●

M. Dorion: Bien, peut-être plus de préciser, M. le Président, que, dans le 30 %, j'inclusais également les accidents de travail. Par contre, il n'en demeure pas moins que le questionnaire qu'il faut faire... Et, vous l'avez bien mentionné, M. Adam, les employés sont âgés de plus de 45 ans. Et, d'un côté, il y a pénurie de main-d'oeuvre, et on leur demande et on leur exige du temps supplémentaire. Est-ce que, durant la dernière année, la corporation s'est penchée sur les... À la fin de l'année, quels ont été... Je ne dirais pas les conséquences, mais du moins le fait de demander plus d'heures, on sait très bien que ça a un atout, je veux dire, ça joue sur le système de la santé de la personne, sur son degré de concentration, sur sa capacité physique également de rendre les services. Quels ont été les impacts? Est-ce qu'Urgences-Santé s'est aperçue qu'entre autres il y a eu une hausse croissante du taux d'absentéisme? Et là je parle toujours dans la mesure de l'assurance salaire, entre autres, des blessures, l'augmentation de blessures, l'augmentation de burnouts, d'épuisement professionnel, est-ce qu'Urgences-Santé s'est dotée de... justement de dire: On a une réalité où on a une pénurie de main-d'oeuvre, pour contrer cette pénurie de main-d'oeuvre là... Parce que, vous l'avez mentionné, ce n'était pas le but d'aller chercher d'autres ambulanciers, mais d'avoir une meilleure présence au niveau des horaires, alors j'imagine que ça a dû avoir un impact, là.

M. Adam (Daniel): Bon, si vous me permettez, M. le Président, je demanderais à M. Lemarier de compléter ma réponse, là, mais ce qu'on a constaté, là, c'est que, d'une part, ce ne sont pas tous les paramédics, techniciens ambulanciers d'Urgences-Santé qui se sont prévalus du programme de prime, là, ça s'est limité à un petit groupe. Alors, évidemment, l'impact est moins significatif après que... une fois que le programme de prime est terminé, et M. Lemarier va peut-être ajouter là-dessus.

Le Président (M. Kelley): M. Lemarier.

M. Lemarier (Pierre): Oui, merci.

M. Adam (Daniel): Merci, M. le Président.

M. Lemarier (Pierre): En fait, nous n'avons pas constaté d'augmentation au niveau de l'absentéisme suite au versement de la prime de l'été dernier. En fait, on a connu plus une diminution du taux d'absentéisme depuis l'année dernière, tant au niveau du nombre d'accidents de travail qu'au nombre de réclamations en assurance salaire. Alors, comme M. Adam l'a mentionné tout à l'heure,

nous avons un plan triennal qui s'est terminé en mars 2008 et où nous avons des bonnes performances. En fait, depuis les trois dernières années, les accidents de travail ont réduit de 26,4 % et, en assurance salaire, de 27,7 %. Je parle du nombre de réclamations et non pas du nombre de jours perdus, ce qui est différent.

Par contre, je peux vous mentionner que, pour l'année 2007-2008, au niveau des accidents de travail comme tels, nous n'avons pas enregistré de diminution comme telle, c'était exactement le même nombre que l'année précédente. À cela, je vais donner l'explication suivante: c'est que nous avons connu un hiver particulièrement rigoureux au Québec, à tout le moins à Montréal, comme M. Adam l'a mentionné, avec le déneigement...

Une voix: ...à Québec également.

M. Lemarier (Pierre): À Québec également. Donc, comme je vous mentionnais tout à l'heure, les conditions atmosphériques, les contraintes architecturales d'une métropole comme Montréal, avec les voies d'accès, les rues étroites qui sont plus ou moins bien déneigées... Je comprends qu'on ne parlera pas du budget de la ville de Montréal au niveau du déneigement. Cependant, ça a un impact sur le travail de nos paramédics, qui doivent donner secours aux bénéficiaires qui le requièrent.

Donc, on n'a pas connu de baisse comme telle, au niveau de la dernière année, au nombre d'accidents de travail, mais je crois que les conditions atmosphériques de cette année peuvent, à tout le moins, expliquer ça. Mais, au cours des trois dernières années, c'est quand même une diminution de 26,4 %.

M. Dorion: Il reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Neuf minutes.

Critères d'évaluation des services

M. Dorion: Neuf minutes? Parfait. Urgences-Santé est le seul organisme public... Et je veux donner un exemple, M. le Président, l'entreprise, dans son développement... Et je ne dis pas une entreprise parce que c'est... on parle ici de services. Bien, je veux quand même donner l'exemple des institutions financières. Exemple, bon, on a Desjardins d'un côté, on a la Banque Nationale de l'autre côté, on offre les services, et tout ça. Comment Urgences-Santé peut faire pour évaluer les objectifs, entre autres, qu'ils doivent atteindre comparativement à ce que le privé offre au niveau des services? Je veux dire, on essaie toujours de se comparer pour avoir un rendement puis démontrer également un rendement et une gestion, que ce soit au niveau de la gestion administrative, que ce soit au niveau du temps de réponse des appels qui sont donnés dans une année. Est-ce qu'Urgences-Santé s'est dotée d'une grille d'autoévaluation au niveau des performances et des services à donner au sein de la population?

M. Adam (Daniel): Il y a peut-être deux volets à votre question. Il y a la région de Montréal et il y a les régions environnantes, et plus on s'éloigne... Alors, évidemment, ce sont des temps réponse qui sont différents, dépendant qu'on soit en zone urbaine, en zone rurale ou

en zone semi-rurale... rurale, pardon, où les distances sont plus longues à parcourir. Alors, c'est difficile évidemment de comparer, là, les temps réponse prio 1.

En ce qui concerne les aspects financiers, il est aussi difficile de se comparer parce qu'Urgences-Santé, c'est une organisation complètement intégrée avec son centre de communication santé, son service ambulancier puis ses responsabilités d'agence au niveau de la planification, alors que, dans les autres régions, il y a beaucoup de coûts qui sont assumés par les agences. Alors, je fais notamment, là, référence au centre de la formation, à l'assurance qualité, aux médicaments, au centre de communication santé. Alors, c'est un peu difficile à comparer parce qu'on ne compare pas la même chose. Mais ce qu'on va être capables de faire, je pense, en 2008-2009, c'est qu'on a développé en collaboration avec le ministère un projet de centre d'activité — c'est commun dans le réseau, là, développer ça pour les laboratoires, la radiologie, etc., des centres d'activité — où on va être capables, je l'espère, en 2008-2009, d'imputer à la fois pour Urgences-Santé et d'imputer pour le reste des compagnies ambulancières au Québec, a-t-on les coûts dans les bonnes cases pour nous permettre de nous comparer. Alors, je pense qu'on en saura un petit peu plus en 2008-2009.

M. Dorion: M. le Président, est-ce que j'ai le temps pour une dernière question?

Le Président (M. Kelley): Oui, dernière question si vous voulez.

Pourcentage du budget dévolu à l'administration

M. Dorion: Merci. Au niveau des états des résultats, quelle est la partie — et ça, c'est beaucoup plus au niveau de l'administration — sur le budget... Parce que, là, ici, je vois qu'on disposait d'un budget de 86 millions, près de 86 millions, sur le 86 millions... Parce que, quand je vais dans la charge des dépenses, au niveau de l'administration strictement, quel est le pourcentage, quel est le montant qui est attribué pour la gestion et l'administration d'Urgences-Santé dans un budget de 86 millions?

M. Adam (Daniel): Si je pense à l'administration générale... Et vous l'avez à la page 54 du... qui est le tableau à la page 54, vous voyez la deuxième colonne, là, on parle, là, de l'administration générale. O.K.? Alors, là-dedans, évidemment, il y a une partie de salaires, et ça, ça couvre, là, encore une fois les trois missions d'Urgences-Santé: celle du centre de communication santé, du service ambulancier puis notre rôle d'agence. Alors, si vous voyez le total, là, avec les différents éléments, dans lequel notamment, là, on a des frais de déplacement, des locations d'immeubles, bon, des contrats d'acquisition, de location-acquisition, évidemment des salaires et des avantages sociaux, ça représente 7 853 000 \$, ce qui est à peu près, grosso modo, là, inférieur à 10 % du budget de 86 millions. Alors, je pense que ça, c'est une marque essentiellement où on voit que l'administration est... dans le fond, ça ne mange pas tous les budgets, là, du 86 millions.

Le Président (M. Kelley): Ça va pour le moment? M. le député de Gouin.

M. Girard: M. le Président, à mon tour de saluer M. Adam ainsi que toute son équipe pour leur présence aujourd'hui, en commission parlementaire. Je me permets également de souligner la présence, là, de techniciens ambulanciers paramédics, là, qui assistent à la commission parlementaire, aujourd'hui. Je me permets également d'indiquer... Le député de Notre-Dame-de-Grâce faisait part de son expérience, il a eu l'occasion, là, de faire un court séjour en ambulance. J'ai eu l'occasion, moi, cet automne, d'effectuer un stage d'une soirée dans une ambulance d'Urgences-Santé. J'ai eu l'occasion de visiter aussi le centre d'appels, j'ai eu l'occasion de voir le garage où sont situées les ambulances. Et c'est une expérience que je souhaite que tous les parlementaires puissent vivre, et j'en profite pour souligner le professionnalisme et le dévouement des ambulanciers paramédics. C'est un métier qui n'est pas facile, qui n'est souvent pas reconnu à sa juste valeur, et je voulais, aujourd'hui, souligner à quel point vous avez des employés dévoués et qui font un travail extraordinaire. Et c'est une chose d'en discuter en commission parlementaire, c'en est une autre d'avoir l'occasion de le vivre pendant une soirée, et je tenais à le souligner avant de poser mes questions.

Temps de réponse

J'aimerais aborder avec vous, M. Adam, la question du temps de réponse. Je vous invite à prendre l'entente de gestion signée entre la corporation, le ministère et les deux agences, la page 7, et je vous invite également à prendre le mémoire d'Urgences-Santé que vous nous avez fait parvenir à la page 17. Dans ces documents, bon, d'abord, on apprend, à la page 17 du mémoire d'Urgences-Santé, qu'en 2005-2006 les temps de réponse moyens pour les priorités 1 étaient de 9,1; en 2006-2007, c'était de 9,27. Et, lors de l'étude des crédits qui s'est tenue récemment du ministère de la Santé, le ministère nous a fourni des données pour 2007-2008, et le temps de réponse est rendu à 9,6 minutes. Donc, il y a une augmentation croissante, depuis 2005-2006, du temps de réponse pour les appels de priorité 1.

● (11 h 10) ●

Je remarque aussi, à la page 7 de l'entente de gestion, que la cible à atteindre qui est fixée par le ministère, c'est que, dans 90 % des cas, le temps de réponse doit être en deçà de 8 min 59 s. En 2005-2006, vous aviez atteint cet objectif-là seulement dans 58,2 % des cas; en 2006-2007, on parle de 57 %; et, en 2007-2008, on parle de 57,6 %. Donc, depuis 2005-2006, là, il y a une détérioration, une diminution du nombre d'occasions où on a répondu à des appels de priorité 1 en deçà du 8 min 59 s. Et je rappelle l'engagement 2007-2008 fixé par le ministère qui devait être de 63,5 % des cas, donc cet objectif-là n'a pas été atteint.

C'est des résultats... Donc, il n'y a pas de progression. Ce qu'on note, c'est qu'il y a une baisse. C'est pour le moins troublant qu'on soit incapable d'atteindre les objectifs qui sont fixés par le ministère. Et je vous rappelle que les objectifs minimaux du ministère de la Santé et des Services sociaux du temps de réponse, il doit être de moins de huit minutes dans 80 % des cas. Et

l'objectif visé doit être de moins de huit minutes dans 90 % des cas pour les territoires urbains, et ça ne fait même pas partie des objectifs de la corporation. Alors, c'est extrêmement inquiétant d'avoir des... On nous présente des données aujourd'hui, là, on n'atteint pas les objectifs et en plus on n'est pas en progression, on est en diminution, on s'éloigne des objectifs. Alors, j'aimerais que vous puissiez me donner des explications devant ces faits et ces données qui sont troublantes.

M. Adam (Daniel): Certains éléments... Tout d'abord, évidemment, là, on a vu nos durées de transport augmenter à cause, entre autres, là, des conditions climatiques et du fait qu'il y a de plus en plus de retenues de civières dans les salles d'urgence, ce qui fait en sorte évidemment que ça diminue la disponibilité, là, des équipes sur la route. Je vous rappelle que le nombre... si vous voyez, dans nos statistiques, le nombre d'appels est en augmentation également. Je n'ai pas les pourcentages, mais c'est indiqué dans le mémoire.

Et, pour l'autre élément, évidemment c'est toute la question, là, qui commence à avoir un impact, c'est l'arrivée des premiers répondants. Alors, si vous le souhaitez, là, on peut vous présenter un tableau qui va vous indiquer que, dans les municipalités où le service de premiers répondants, donc les pompiers ont été... le service de premiers répondants a été implanté, ça a un impact significatif, là, sur les temps réponse. Et je vous dirai qu'en période 1, 2008-2009, c'est des données que vous n'avez pas mais, pour le temps systémique, là, parce que ça, on parle du temps systémique, là, toutes catégories confondues, premiers répondants et Urgences-Santé, on voit que dans le fond nous avons répondu à nos cas de priorité 1 en dedans de 8 min 59 s à 65 %. Alors, je pense que l'arrivée des premiers répondants dans les municipalités de l'île de Montréal ou dans les différents arrondissements peut faire une différence significative sur la diminution du temps réponse.

M. Girard: Je comprends bien, M. Adam, votre réponse, là, mais les faits, c'est que vous ne respectez pas les objectifs fixés par le ministère et l'entente de gestion que vous avez signée avec le ministère et avec les agences. Et, dans la présentation que vous nous avez faite ce matin, à la page 40, là, vous nous dites que vous avez atteint les temps de réponse aux priorités 1 dans le cas de sept périodes sur 20. Ça, c'est une note... à l'école, là, ça, c'est une note de 35 %. C'est un E pour échec, là, parce qu'on n'atteint... ce n'est pas la note de passage. Et, quand on regarde les données, vous avez signé une entente de gestion avec le ministère, avec les agences, et vous n'atteignez pas les objectifs.

Et je suis allé faire une comparaison avec la ville de Toronto. La ville de Toronto reçoit 293 appels. Il y a eu des affectations, on parle de 172 000 transports puis de 28 000 transports interhospitaliers, 3,5 millions de population, 849 paramédics actifs, et, dans les données de la ville de Toronto, le «operating budget 2008», on indique que le temps de réponse des priorités 1 en bas de 8 min 59 s est de 69,1 % en 2007, alors qu'il est, dans le cas d'Urgences-Santé à Montréal, de 57,6 %. Ça, c'est un écart de 12 % entre Toronto et Montréal. Et là on parle de données qui sont comparables, alors comment vous expliquez qu'il y a un écart de 12 % entre ces deux villes et

que vous ne respectez pas l'entente de gestion que vous avez vous-même signée avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec les agences? Et c'est des constats qui sont troublants, et on sait très bien que, dans des situations d'urgence, chaque seconde compte, alors comment vous expliquez que vous êtes incapables de respecter l'entente signée avec le ministère?

M. Adam (Daniel): Si on prend la comparaison avec Toronto, je disais dans mon allocution que Toronto a un budget de 150 millions, d'une part, et, d'autre part, que tout le dossier des premiers répondants est complètement implanté dans la région de Toronto, ce qui n'est pas le cas du côté de Montréal. Ça, c'est une première chose.

La deuxième chose, je vous ai dit qu'avec l'arrivée des premiers répondants nous pensons pouvoir atteindre cet élément-là. Et je vous fais référence — je m'excuse de me répéter — que nous l'avons atteint à la hauteur de 65 % dans la période 1 de 2008-2009, et on pense que l'arrivée des premiers répondants va faire en sorte essentiellement, là, d'améliorer cette situation-là.

Je pense que j'ai parlé également, là, de la pénurie de ressources. Nous avons considérablement réduit l'absentéisme et nous avons encore des accidents de travail. Alors, ça fait partie des aléas et ça va faire partie des discussions. On commence à faire le bilan de notre entente de gestion 2006-2008 avec le ministère pour regarder les objectifs à atteindre, là, en 2008-2009.

M. Girard: Mais je comprends vos réponses, M. Adam, mais l'objectif minimal du temps de réponse fixé par le ministère de la Santé doit être de moins de huit minutes dans 80 % des cas, puis l'objectif visé doit être de moins de huit minutes dans 90 % des cas pour les territoires urbains, et ça ne fait même pas partie des objectifs de la Corporation d'urgences-santé. Comment vous conciliez les objectifs du ministère avec les vôtres que vous fixez? Et force est de constater que ceux que vous vous étiez fixés, qui étaient en deçà des normes et des critères du ministère, vous ne les avez même pas atteints. Et ce n'est pas des données que j'invente, c'est vos propres données, les propres documents fournis par la corporation à l'occasion de l'étude du travail de la Corporation d'urgences-santé aujourd'hui. On est en droit de s'inquiéter, comme parlementaires, devant de tels résultats et le fait qu'on ne progresse pas depuis 2005-2006.

M. Adam (Daniel): Encore une fois, au risque de me répéter, oui, nous n'avons pas atteint, nous sommes tout près du seuil de l'entente de gestion, comme vous pouvez le constater là-dedans. Et évidemment je pense qu'on a eu, en 2007-2008, un hiver particulièrement difficile, d'une part, et on l'a montré tantôt sur le tableau. Et évidemment on est toujours face à la pénurie de ressources, alors ça, ça a un impact, là, sur les temps réponse. Mais encore une fois je pense qu'on va travailler avec le ministère pour redéfinir nos cibles pour 2008-2009 et 2009-2010, et je pense que, s'il y a lieu de faire les ajustements nécessaires, on les fera, mais en tenant compte de l'ensemble du système, avec les premiers répondants également, là.

M. Girard: Mais, M. Adam, êtes-vous en train de me dire qu'en 2005-2006 si vous n'avez atteint que... une

intervention en moins de 8 min 59 s dans 58,2 % des cas, en 2006-2007 dans le cas de 57 % et, en 2007-2008, 57,6 %, que, dans ces trois années-là, la raison, c'est l'hiver?

M. Adam (Daniel): Non, non, ce n'est pas l'hiver, c'est...

M. Girard: Mais c'est parce qu'il y a quatre saisons au Québec...

M. Adam (Daniel): Oui, oui, une saison... Mais c'est une série de...

M. Girard: ...tout le monde le sait, et l'hiver arrive à chaque année. Mais les trois années, là, entre 2005-2006 et 2007-2008, on arrive à peu près à des résultats qui sont similaires. Alors, je veux bien comprendre, on a eu un hiver qui a été rigoureux, ça n'a pas été simple, mais est-ce que je dois comprendre que la raison principale, c'est que c'est à cause de l'hiver, les trois dernières années, qu'on n'a pas atteint l'objectif?

M. Adam (Daniel): Non. Ce n'est pas l'unique raison, comme je l'ai souligné, j'ai parlé de la pénurie de personnel et de l'introduction des premiers répondants. J'aimerais vous montrer un tableau, si M. Champagne veut bien nous le mettre, qui va vous indiquer dans les municipalités...

M. Girard: Petit problème informatique, ça nous arrive aussi parfois.

Le Président (M. Kelley): ...devant le micro, et ça ne marche pas.

● (11 h 20) ●

M. Adam (Daniel): Alors, on a souvent eu des problématiques dans les extrémités de l'île. Alors, prenons, par exemple, Baie-d'Urfé. Baie-d'Urfé, avant l'implantation des premiers répondants, les temps réponse prio 1 étaient de 10 min 32 s et de 9,76. Durant l'implantation, vous l'avez sur le tableau — c'est peut-être écrit en petit, là, mais c'est le premier, premier en haut — vous voyez qu'on est passé à 9,74, à 8,56, et que, là, il y a eu dans le fond 6,64, 9,26, 7,86, 7,82, 8,88, pour une moyenne — puis ça, c'est juste, là, sur les quelques périodes où c'est implanté — de 9,35.

Je vais aller également dans l'Ouest-de-l'île, à Dollard-des-Ormeaux, où nos temps réponse étaient également évidemment peut-être moins élevés qu'à Baie-d'Urfé, mais vous avez 8,09, 8,58, et on finit à 8,51 au niveau des temps réponse. Alors, si vous pouvez parcourir le tableau, moi, je pense que ça, ça peut avoir un impact.

M. Girard: Mais, M. le Président, comment vous expliquez qu'il y a un écart, là, de 12 % avec la ville de Toronto, qui a à peu près le même nombre de paramédics, et que vous êtes incapables d'atteindre les objectifs fixés par le ministère? Je reviens avec ma question, j'ai de la difficulté à saisir comment ça se fait qu'on n'est pas capable de se comparer et d'obtenir des résultats qui sont similaires avec des villes comparables, et qu'on n'est pas capable d'atteindre les objectifs fixés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Puis vous savez d'autant plus à quel point chaque seconde compte dans une intervention d'urgence.

M. Adam (Daniel): Bien, moi, j'aurais deux réponses à votre question, là, la première étant le fait qu'à Toronto ils ont un budget de 150 millions, ce qui est évidemment plus élevé, donc, je suppose, plus de ressources, d'une part. Et, d'autre part, à Toronto, les premiers répondants sont implantés partout dans la ville, alors que, nous, on commence l'implantation.

M. Girard: Est-ce que je dois comprendre de votre réponse... J'ai deux questions qui me viennent: Est-ce que les résultats qu'on a devant nous et l'incapacité à atteindre les objectifs fixés dans l'entente de gestion, est-ce que c'est un problème d'organisation du travail à l'intérieur d'Urgences-Santé, qu'il y a des problèmes importants sur le plan de l'organisation du travail qui ont un impact sur la capacité à atteindre les objectifs, ou c'est une question de budget, et que vous soutenez que le ministère de la Santé et des Services sociaux ne soutient pas suffisamment Urgences-Santé par rapport à d'autres corporations dans d'autres villes comme Toronto, ou que le financement d'Urgences-Santé, par rapport à d'autres services dans d'autres régions du Québec, vous apparaît qu'il n'est pas comparable? Alors, j'aimerais vous entendre là-dessus parce que vous semblez évoquer que c'est une question de budget. Alors, je pose la question, si c'est une question d'organisation du travail, j'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Adam (Daniel): Bien, j'ai dit: C'est, entre autres, une question de budget quand on se compare à Toronto. J'ai dit tantôt également aux membres de la commission qu'on ne pouvait pas comparer ce qui se dépensait dans les autres régions du Québec essentiellement parce que Montréal et les autres régions, c'est un peu différent, et que dans le fond on n'assume pas les... les autres corporations ambulancières n'assument pas les mêmes coûts globaux.

Quand vous parlez d'organisation du travail, ce que je voudrais souligner, là, c'est que je pense qu'on continue à travailler pour améliorer l'organisation du travail, d'une part. D'autre part, la lettre d'entente n° 5 dans la convention collective prévoit la mise sur pied d'un comité paritaire pour aller plus loin là-dessus. Mais ce n'est pas parce qu'on est resté inactifs. Si vous regardez les données sur l'absentéisme d'Urgences-Santé, elles sont très bonnes et très comparables. Alors, ce n'est pas une question d'organisation du travail. Et, au risque de me répéter, moi, je vous parlerai de la pénurie de personnel qu'on vit et de l'introduction graduelle des premiers répondants.

M. Girard: Les chiffres fournis lors de l'étude des crédits, budget par région et per capita, années 2006-2007 et 2007-2008, la moyenne des montants versés per capita, au total, est de 46,34 \$, et, dans le cas de Montréal et Laval, là, pour la Corporation urgences-santé, on parle de 41,27 \$. Alors, vous êtes en deçà de la moyenne en termes de contribution per capita. Est-ce que vous estimez que la Corporation d'urgences-santé n'a pas suffisamment de ressources pour répondre aux objectifs?

M. Adam (Daniel): Bien, je vous répondrai deux choses. Premièrement, si on est en deçà de la moyenne, c'est bon, d'une part. Et, d'autre part, bien, évidemment, tout le monde souhaiterait avoir plus de budget, mais je pense que les ressources sont également

limitées. Alors, je pense qu'avec le budget que nous avons à Urgences-Santé et les frais d'administration que j'ai soulignés tantôt, qui sont en deçà, si je me souviens bien, de 10 %, je pense que nous arrivons assez bien, et même très bien, à remplir notre mission.

Quand vous me parlez de l'entente de gestion, là, il y a d'autres indicateurs également dans l'entente de gestion, et là-dessus je peux les repasser, si vous voulez, un par un, pour vous décrire tout ce qu'on a fait au niveau de l'entente de gestion, notamment au niveau de l'absentéisme, au niveau du temps réponse interne au centre de communication santé. Alors, je comprends qu'au niveau des temps réponse prio 1, et pour les raisons que je vous ai données, la situation ne s'est pas améliorée, mais je compte que ça va s'améliorer dans... Puis on vous a passé essentiellement le tableau, là, dont je vous parlais, là.

M. Girard: Oui. Mais là on parle, là, d'un écart, là, au niveau des temps de réponse, services préhospitaliers, là, un écart d'à peu près 33 % par rapport à la cible à atteindre du ministère, là. C'est quand même un écart substantiel entre l'objectif du ministère et les résultats.

Je me permets de poser des questions aussi sur la méthode de calcul au niveau du temps de réponse. Lorsqu'un appel est logé au 9-1-1 et qu'ensuite il est transféré au RMU, est-ce que le... On me dit que le délai est d'à peu près, là, 45 secondes au niveau du transfert de l'appel, est-ce que ça, c'est comptabilisé dans le temps de réponse ou ce n'est pas comptabilisé dans les chiffres que nous avons?

M. Adam (Daniel): Est-ce que je peux demander, M. le Président, à M. Champagne de vous donner l'information?

Le Président (M. Kelley): Oui, s'il vous plaît.

M. Champagne (André): Le temps réponse à Urgences-Santé, si on veut, le chronomètre part au moment où les répondants médicaux d'urgence décrochent le combiné ou en fait entrent en ligne et au moment où on sonne à votre porte. Donc, c'est vraiment un temps total d'intervention qui inclut la réponse téléphonique, la répartition ou l'envoi des ressources et le temps de déplacement de l'équipe de paramédics pour se rendre sur les lieux.

M. Girard: Donc, ça veut dire que le temps entre l'appel au 9-1-1 et le transfert au RMU, qui est d'environ 45 secondes, n'est pas comptabilisé dans le temps de réponse et les données que nous avons. Le compteur commence à marcher à partir du moment où le RMU transfère l'appel dans une ambulance, là, et que...

M. Champagne (André): En fait, le temps réponse du 9-1-1 est réduit maintenant, là, en deçà de 10 secondes, là. Dès que le 9-1-1 constate que c'est une demande sanitaire ou une demande au niveau de la santé, c'est basculé chez nous, et à l'intérieur... habituellement, dans la très grande majorité des cas, les RMU sont en mesure, dans la première minute, d'identifier quel besoin a l'appelant et avec quel degré d'urgence on doit envoyer la ressource. Donc, tout ça se fait simultanément, comme M. Adam disait dans son allocution.

Dans certains cas, il y a des consignes de préenvoi, c'est-à-dire que le répondant médical d'urgence va demeurer

en ligne pour s'assurer... Je vous donne un exemple. Dans un cas d'arrêt cardiorespiratoire, dans un cas d'obstruction des voies respiratoires, où le répondant serait en mesure de donner des consignes qui pourraient faire... qui feront la différence dans certains cas, dans des cas d'accouchement, dans des cas d'arrêt cardiorespiratoire, d'étouffement, de noyade, on va donner des consignes pour s'assurer que, durant l'envoi de la ressource ou durant le temps de déplacement de la ressource ambulancière, quelqu'un est en ligne pour calmer l'appelant et également donner des consignes pour maximiser, si on veut, les soins qui sont apportés au patient.

Le Président (M. Kelley): Il vous reste deux minutes.

M. Girard: O.K. Et j'ai une autre question. Bon, il y a eu un certain nombre d'articles dans les journaux, cet automne, sur les délais au niveau des temps réponse dans les cas de priorité 1. Dans le cas où il y a des appels de priorité 1 où, pour se rendre sur le lieu de l'incident ou de l'accident, ça prend plus de 30 minutes, est-ce que cet appel-là est comptabilisé dans le temps moyen pour répondre à un appel de priorité 1 ou il est retiré des statistiques, puisque ça les fausserait, compte tenu que c'est un écart substantiel?

M. Champagne (André): Quand on parle de priorité 1, ce sont tous les appels confondus. Donc, de l'appel qui prend 30 secondes à l'appel qui en prend 30 dans des cas exceptionnels, l'ensemble des données sont cumulées. Si c'est une priorité 1, la donnée est cumulée comme une priorité 1. Il n'y a aucune sélection des priorités 1 justement qui avantagerait l'organisation, l'ensemble des priorités 1 sont traitées quand on calcule le temps réponse.

M. Girard: Donc, vous dites très clairement, là, que, si un appel de priorité 1 prend plus de 30 minutes à être traité, il est comptabilisé dans le temps moyen pour répondre à l'appel de priorité 1. C'est ce que vous affirmez très, très clairement.

M. Champagne (André): Le système informatique, quand on fait la demande informatique, si on veut, du temps réponse, si l'appel est qualifié de priorité 1, nécessairement son temps est classé dans une priorité 1. Donc, que l'appel prenne trois minutes ou 30 minutes, c'est une priorité 1, et on fait le cumul de l'ensemble de ces données-là et la moyenne de ces données-là. Donc, nécessairement, un appel qui prendrait 30 minutes fausserait un peu la donnée sur la somme. Par contre, c'est des cas...

M. Girard: ...

M. Champagne (André): Oui, exactement.

M. Girard: Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député d'Orford.

● (11 h 30) ●

M. Reid: Merci, M. le Président. Moi, ce qui m'intéresse, c'est surtout... Au niveau où on se situe, nous,

ici, on est un peu une espèce de conseil d'administration représentant les Québécois, en quelque sorte. C'est un petit peu pour ça qu'on est là, donc je m'intéresse, moi, à des questions peut-être un peu plus de niveau conseil d'administration, si vous voulez, de niveau stratégique. Et, pour le temps de réponse, c'est plus là-dessus que j'aimerais que mes questions portent parce que mon expérience de conseil d'administration, c'est que, si quelqu'un arrive avec des performances mesurées qui ne sont pas celles attendues, il y a deux possibilités: la possibilité, c'est que quelqu'un trouve des excuses à répétition pour ne jamais avoir une bonne performance et un bon résultat; l'autre possibilité, c'est que quelqu'un a des raisons, il y a des progressions qui se font, on peut comprendre les raisons parce qu'il y a une bonne analyse et on peut aussi voir vers où ça s'en va.

Moi, ce que j'entends depuis ce matin, ce n'est pas le premier cas. Je n'ai pas l'impression que vous êtes ici avec des excuses pour dire: On n'a pas dépassé... on n'est pas allés en dessous du temps de réponse de tel, tel, et voici pourquoi. Ce que j'entends, c'est des raisons, j'entends des motivations, une analyse qui semble avoir été bien faite mais qui est sortie seulement par petits morceaux, et, moi, j'aimerais que vous me la fassiez, cette analyse-là, peut-être un petit peu plus au complet.

Alors, premièrement... En fait, il y a deux étapes en quelque sorte dans la gestion d'un processus comme celui-là. Vous avez une mesure qui dit «temps de réponse», et, moi, je ne connais pas beaucoup les détails, mais je lis, à la page 41: «Notre engagement concernant les temps de réponse aux priorités — ça, c'est votre texte — de niveau 1 à l'intérieur de 8 min 59 s dans 58,2 % des cas a été atteint sur sept des 20 périodes.» Bon, a priori, ça veut dire qu'on n'a pas atteint effectivement, nécessairement, la cible. Alors, ce que j'ai entendu, c'est qu'il y a des particularités à Montréal, Montréal-Laval qui font en sorte... qui expliquent aussi pourquoi c'est complexe. Ce que vous dites, je pense... D'ailleurs, justement, après avoir dit ça, vous dites: «Plusieurs facteurs, [telles] les chutes de neige abondantes au cours de l'hiver[...], sont venus compliquer la tâche comme nous l'avons vu précédemment.» Donc, vous avez donné un des facteurs, et je les ai pris en note au fur et à mesure, et j'aimerais ça que vous fassiez peut-être un petit peu le tour, dans un premier temps, de l'analyse de la situation, autrement dit, pourquoi est-ce qu'on a de la difficulté à atteindre.

Bon, le collègue de la deuxième opposition a posé des questions là-dessus qui étaient très pointues, moi, j'aimerais avoir quelque chose qui complète ce que vous nous avez déjà dit. Moi, j'ai pris des notes. Évidemment, on a eu des hivers rigoureux, ça explique un certain nombre de choses. Vous avez parlé de salles d'urgence où il y avait... Je n'ai pas compris exactement le terme, mais j'ai compris qu'il y avait des civières et que ça, ça compliquait un peu la disponibilité des ambulances. Vous avez dit que l'arrivée des premiers répondants est un élément qui peut diminuer, qui l'a diminué ailleurs et qui peut le faire. Vous avez dit aussi que la question de la pénurie de personnel — et vous en avez parlé de différentes façons — était un élément qui avait pu causer ou expliquer des éléments comme ceux-là.

Alors, moi, j'aimerais ça que vous me fassiez le tour, parce qu'il y en a peut-être d'autres que vous n'aviez pas dits, que vous fassiez le tour un peu des éléments

qui ont compliqué, qui ont fait en sorte que malgré... Et je suis sûr, à vous entendre, malgré les efforts qui ont été faits de haut en bas, là, de la pyramide chez vous... J'aimerais que vous nous fassiez un petit peu le tour de ces questions-là qui ont compliqué et qui ont fait en sorte que peut-être le temps réponse n'a pas été ce que vous auriez vous-mêmes souhaité. Et par la suite, dans une autre question, on reviendra avec les processus de gestion dans votre organisation qui font prendre en charge les moyens de changer la situation, mais commençons par faire le tour de la question, les explications, autrement dit, qui font que c'est compliqué puis c'est peut-être plus compliqué aussi dans la région de Montréal que ce l'est peut-être dans des régions rurales, à l'extérieur de Montréal.

M. Adam (Daniel): Bon, merci. Vous l'avez dit, c'est plus compliqué à Montréal que dans d'autres régions. Quand on doit se déplacer sur de petites rues puis monter au troisième étage avec une civière évidemment, et s'assurer de prendre en charge un patient, et ensuite de le redescendre, ça fait en sorte qu'évidemment, là, je veux dire, ça peut prendre plus de temps puis augmenter en quelque sorte, un peu, le temps réponse, bon, d'une part.

D'autre part, j'y ai fait allusion tantôt, on est en augmentation au niveau du nombre d'appels, alors que le nombre de ressources est à peu près, à toutes fins pratiques, là, équivalent et que la pénurie est encore présente, d'une part. Et, d'autre part, vous faisiez allusion — puis je vais peut-être vous expliquer ça davantage — au niveau de la question des retenues de civières, c'est quand une équipe de paramédics arrive dans un centre hospitalier et que l'urgence est pleine, et qu'il n'y a plus de civière disponible, notre équipe de paramédics doit attendre qu'une civière se libère pour faire en sorte que dans le fond le patient puisse évidemment être transféré, là, de notre civière à la civière de l'hôpital, ce qui fait en sorte qu'on a eu des équipes... Et ce n'est pas propre à Montréal, ça, là, c'est un phénomène pancanadien, la question des retenues de civières. À Toronto, ça peut aller jusqu'à 12 heures dans certains hôpitaux. O.K.? On a connu des cas, nous autres, où, dans un hôpital en particulier dans la grande région de Montréal, on a eu six équipes retenues pendant à peu près cinq heures, alors ce qui fait en sorte qu'on vient diminuer la disponibilité des ressources qui sont disponibles, le nombre de camions disponibles, si vous voulez, sur la route, qui fait en sorte que, bien, évidemment, on est peut-être plus longs en quelque sorte, un peu, à répondre.

Alors, sur le dossier des retenues de civières, on a un projet avec les agences de Montréal et de Laval — je le mentionnais dans mon allocution — pour identifier un peu pourquoi nos civières sont retenues, et quelle est la part de l'hôpital, et quelle est la part d'Urgences-Santé à l'intérieur de ça, pour se donner, en 2008-2009, en collaboration avec le ministère de la Santé, des outils de mesure pour être capables de dire: Bien là, là, il faut se donner... Comme notre entente de gestion, par exemple, on dit: Bien là, vous devez répondre à, mettons, 60 %, là, des priorités 1 en dedans de 8 min 59 s. Bien, on va essayer de se donner également des indicateurs pour les hôpitaux et de les suivre pour faire en sorte d'avoir plus de disponibilité également.

M. Reid: Donc, ça donne un élément, mais ça semble être lié beaucoup aux questions des disponibilités

finale des camions et des personnes. Autrement dit, une fois qu'ils sont arrivés, bien le temps de réponse est compté, sauf que, si ça prend beaucoup de temps pour monter et descendre les civières, etc., je comprends que ça a un effet de disponibilité qui par la suite, effectivement, fait que, quand on a un besoin en même temps, bien la personne n'est pas là ou...

M. Adam (Daniel): Si la durée de transport augmente, bien, évidemment, ça fait en sorte que... Parce que tous ces éléments-là un en arrière de l'autre, ça fait en sorte que globalement les durées de transport augmentent, et ce qui fait en sorte qu'encore une fois — je reprends ce que vous me dites — c'est qu'il y a moins de disponibilité sur la route, donc ça peut être plus long, dans certains cas, à répondre aux priorités 1.

Moi, je continue à penser — puis on vous a donné un tableau, vous le voyez là-dessus, la partie qui est en rouge et la partie qui est en jaune, je pense, vous le voyez clairement, là — là où c'est implanté, les premiers répondants, là, ça a de l'impact.

L'autre élément aussi qu'on regarde très sérieusement à Urgences-Santé, c'est ce qu'on appelle, nous, le dossier de la réponse adaptée. Est-ce qu'on peut transporter les patients différemment de la façon dont ils sont transportés actuellement? Est-ce que les patients qui ont de basses priorités, donc où le cas est moins urgent, pourraient être, à titre d'exemple, transportés dans des cliniques-réseaux? Est-ce qu'on pourrait envoyer des équipes de paramédics en fin de carrière ou en réadaptation à domicile pour évaluer la condition du patient et, au besoin, de faire appel à une ambulance? Alors, il y a beaucoup... Et ça, nos paramédics, nos techniciens ambulanciers paramédics s'en plaignent, et, pour avoir fait de la route moi-même, là, à quelques reprises, il y a beaucoup, beaucoup — et ça, je pense que ce n'est pas propre à Montréal et Laval; il y a beaucoup — de transports inutiles qui se font en ambulance parce que, les gens, il y a comme un mythe urbain qui veut que, parce qu'on arrive en ambulance, on va passer plus vite. Mais il y a, dans les hôpitaux, un système de triage qui va évaluer la condition du patient puis qui va le classer selon l'urgence également. Alors, il y a ça aussi, je pense, là, qui est un élément sur lequel on veut travailler en 2008-2009 et 2009-2010 pour faire en sorte dans le fond de réduire l'utilisation des ambulances et de cibler correctement les cas qui ont besoin d'une ambulance.

M. Reid: Bien, votre réponse est une bonne introduction pour ma deuxième question en fait, là, parce que, moi, ce qui me rassure ce matin quand je vous écoute, c'est que je vois que, depuis déjà un bon bout de temps, là, ça bouge, ce n'est pas une situation stagnante. Bon, la question, par exemple, de la répartition assistée avec des GPS, etc., la question dont vous venez de parler, les premiers répondants, on sent donc qu'il y a une réponse à la problématique.

Processus de gestion

Maintenant, ce que j'aimerais... Et ma deuxième question, c'est: Pourriez-vous nous décrire un petit peu, à l'intérieur de votre organisation, d'une part, et dans les

relations que vous avez avec le ministère, l'agence, les agences et le ministère, de quelle façon est-ce que vous réagissez aux chiffres que vous recevez? Et peut-être on aura l'occasion de parler de tableaux de bord si... Je ne sais pas si on va avoir le temps, mais vous avez des tableaux de bord, etc. Mais vous avez différents moyens de voir un peu est-ce que vous atteignez ou pas les performances que vous auriez souhaitées ou sur lesquelles vous vous êtes entendus.

Comment vous réagissez dans votre organisation? Donnez-nous donc un petit peu une idée, là, de... soulevez le voile un peu, comment ça fonctionne dans votre organisation? Vous avez donc une hiérarchie, on la voit dans votre rapport. Vous avez des responsables de grands secteurs. Est-ce que vous avez des façons de fonctionner par comités? Est-ce que c'est... Comment vous fonctionnez pour faire en sorte qu'on puisse avoir confiance que non seulement, malgré les résultats, vous avez beaucoup fait depuis quelques années — puis, moi, je ne veux surtout pas décourager des gens qui travaillent fort, puis ça a l'air être bien le cas partout chez vous, là — mais en même temps pour nous faire voir et nous donner confiance, parce qu'on ne se voit pas à toutes les années en commission parlementaire, hein, c'est à plusieurs années, que, dans les prochaines années, votre façon de fonctionner, vos processus de gestion interne, au niveau stratégique, vont nous donner effectivement une continuation de ces bons résultats là en termes de mouvement vers des résultats?

M. Adam (Daniel): Bon, écoutez, je vais partir du plus haut au plus bas, si vous permettez. Tout d'abord, on a revu toute la gouvernance du conseil d'administration pour faire en sorte que les membres du conseil d'administration soient davantage impliqués dans le processus de prise de décision à l'intérieur de l'organisation, donc de rendre l'administration plus imputable de résultats, incluant le PDG, là, via son conseil d'administration. Alors, ces comités-là sont le comité des ressources humaines et des communications, un comité sur la gouvernance, l'éthique, la planification, l'orientation et la qualité, un comité d'utilisation des ressources matérielles et financières, un comité de vérification, un comité exécutif. Ces comités-là, qui siègent aux deux mois, reçoivent un certain nombre de tableaux de bord de l'organisation. Alors, par exemple, mensuellement, on donne au conseil d'administration ce qu'on appelle un tableau de bord stratégique, là — j'ai un acétate, je peux vous la montrer — qui indique c'est quoi, dans le fond, nos durées de transport, c'est quoi, nos taux réponse, en termes de pourcentage, aux priorités de niveau 1, et je pense que ça suscite évidemment de la discussion au niveau du conseil d'administration et des pistes d'amélioration.

● (11 h 40) ●

La deuxième chose, c'est qu'on a également implanté — j'y faisais référence tantôt — des tableaux de bord opérationnels. Alors, un tableau de bord opérationnel, là, ce que ça dit, là, puis je vous résume ça... Vous en avez un là-dedans, puis ça, c'est un tableau de bord paramédic, mais je vais vous parler de celui des superviseurs. Les superviseurs, qui sont les cadres de premier niveau. Alors, nous faisons, à toutes les semaines, une recension des performances, qu'il s'agisse des durées de transport, qu'il s'agisse des taux de réponse aux

priorités 1, qu'il s'agisse des taux d'absentéisme, qu'il s'agisse des temps... ce qu'on appelle temps CH, là, les retenues de civières, où on a fixé des cibles. Et, tous les lundis après-midi à 14 heures, nous avons une conférence téléphonique avec nos principaux gestionnaires, qui doivent en quelque sorte, un peu, justifier le travail des différents intervenants sur le terrain et quelles sont les mesures qu'ils mettent en place, là, pour améliorer ça.

M. Reid: Tous ces gens-là ont accès à ces mesures-là. Ils en discutent parce qu'ils les ont aussi, là.

M. Adam (Daniel): Bien, c'est-à-dire que ça, c'est les chefs de division.

M. Reid: Chefs de division, c'est ça.

M. Adam (Daniel): Ce qu'on appelle les chefs de division, là, je vais juste préciser. Les chefs de division, c'est que nous avons quatre divisions à Urgences-Santé, là, pour résumer, là. Nous avons le centre de communication santé, nous avons la division est, ouest et nord où sont dans le fond les garages, là, en quelque sorte — on y faisait référence tantôt — où sont les ambulances au début de quart et en fin de quart, et ce sont les chefs de division qui ont les tableaux de bord pour chacun de leurs superviseurs. O.K.? Et là on est capables de mesurer les performances et de demander au superviseur, bien, d'améliorer sa gestion au niveau de l'absentéisme ou d'autres éléments. Alors ça, c'est implanté depuis l'année passée, puis ça, ça a eu de l'effet également parce que ça a forcé nos gestionnaires en quelque sorte à être imputables de ce qu'ils faisaient de haut en bas de la chaîne d'intervention.

Quant aux agences, ça se traduit plus de façon un peu plus stratégique. Alors, je m'explique. On a formé, il y a à peu près deux ans, deux ou trois ans, ce qu'on appelle un comité stratégique avec les agences de Montréal et de Laval. Alors, ce comité stratégique là, il y a des représentants d'Urgences-Santé, des représentants des agences qui siègent et qui se penchent sur un certain nombre de dossiers prioritaires. Parce que, moi, je considère qu'Urgences-Santé et le service préhospitalier, là, oui, ça peut être un service de sécurité publique, mais ça fait aussi beaucoup partie de la chaîne de soins puis ça peut faire une différence.

M. Reid: Juste une question avant de continuer là-dessus: Les agences, pour vous, sont des partenaires? Vous ne dépendez pas des agences, vous, vous êtes directement liés au ministère?

M. Adam (Daniel): On est directement liés au ministère, mais les agences sont des partenaires parce que, comme je vous le disais, on peut influencer beaucoup ce qui se passe, là, sur le territoire de la région de Montréal et de Laval.

Alors, on a développé, au cours de la dernière année, essentiellement une amélioration de la destination de nos patients. On ne transporte pas, comme je le disais dans mon allocution, les patients n'importe où, mais c'est transporté en fonction de quotes-parts, en fonction de critères qui sont établis par l'agence, là — ce n'est pas Urgences-Santé qui détermine ça — en disant:

Bien, vous autres, là, votre quote-part, c'est, mettons, 25 % des ambulances d'une journée, puis on suit ça évidemment de proche. Et ce qui a été développé, c'est tout ce que j'appellerais le dossier de l'appartenance, à savoir on a développé, avec les agences et les centres hospitaliers, une série de critères pour faire en sorte que, mettons, un patient qui a été vu en moins de trois mois à l'urgence X, Y ou Z, là, dans le fond on va le transporter, en autant que faire se peut évidemment, dans cette urgence-là pour éviter un retransfert en ambulance, ce qui diminue la disponibilité des ressources. Alors, on a diminué le nombre de retransferts de 30 %, là. Alors ça, ça a un impact significatif.

M. Reid: M. le Président, ce que je trouve intéressant, avant de finaliser la dernière question, c'est... Enfin, je me rends compte en écoutant, là, que, d'une part, il y a des outils de gestion extrêmement intéressants qui sont utilisés, puis pas juste au niveau du conseil d'administration, à tous les niveaux de gestion de l'organisation, ce qui assure une communication aussi pour que tout le monde sache qu'est-ce qui se passe. Mais aussi c'est que j'ai l'impression, M. le Président, qu'on attaque le problème sous toutes ses facettes. En fait, on fait le tour, là, et c'est ce que je voulais savoir un petit peu tantôt, là, parce qu'on avait l'impression, dans votre présentation, qu'on se limitait à certains facteurs, et ce n'est pas du tout le cas.

Et, pour terminer ma question, en fait c'est que vous avez des paramètres dans une entente, on dit: On va s'entendre pour faire telle chose et puis, à un moment donné, on s'aperçoit qu'on n'y arrive pas ou pour différentes raisons. Vous avez, à un moment donné, des discussions avec, j'imagine, le ministère de la Santé, et comment est-ce que ceci, là, ça se situe? Comment est-ce que ça se passe au niveau... Je ne dis pas si les gens sont de bonne humeur, de mauvaise humeur, mais comment est-ce que ça, ça va en arriver à changer soit des éléments de l'entente, soit changer une étape supplémentaire pour une autre année ou quelque chose comme ça? De quelle façon — je m'intéresse toujours au processus de gestion — autrement dit, de quelle façon est-ce que votre conseil d'administration, votre direction fonctionne par rapport à l'agence quand vient le temps d'examiner effectivement certains facteurs de performance ou certaines mesures?

M. Adam (Daniel): Bon, sur l'entente de gestion, je dois dire que c'était, contrairement à partout ailleurs dans le réseau de la santé, c'était une première à Urgences-Santé. C'était la première entente de gestion qui a été signée en octobre 2006 et qui se terminait, là, au 31 mars 2008. Alors, ce qu'on vient de faire, en collaboration avec le ministère, c'est qu'on vient de faire un bilan donc écrit et chiffré de l'entente de gestion: Voici ce qui a bien marché, voici ce qui a moins bien marché. Et on entreprend — mais ça, ce n'est pas commencé, ça devrait commencer, là, dans les prochaines semaines — un processus de discussion avec le ministère pour préparer la prochaine entente de gestion et en donnant en quelque sorte un peu les raisons de l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs ou de la non-atteinte de certains objectifs. Il y a beaucoup, dans notre entente de gestion, des objectifs chiffrés qui ont été atteints, d'une part, et il y a beaucoup d'objectifs non chiffrés qui étaient des processus qui ont

été, à toutes fins pratiques, réalisés. Alors ça, ça fait partie du bilan et ça va servir de base pour la prochaine entente au même titre que c'est nos orientations stratégiques, là, en fonction de la Loi sur l'administration publique, 2008-2011 qui vont servir de base aussi, là, pour établir l'entente de gestion avec le ministère. On en a justement discuté hier au conseil d'administration d'Urgences-Santé.

M. Reid: Merci. Moi, M. le Président, mon dernier petit commentaire, c'est que, vous savez, les organisations qui sont en santé et qui fonctionnent — c'est le vieux professeur de gestion qui parle, là — ce n'est pas nécessairement les organisations qui ont tout parfait. Quand une organisation a tout parfait, des fois il faut aller voir un petit peu plus proche. C'est surtout les organisations qui sont capables de réagir, de s'ajuster, de rajuster le tir. Moi, en tout cas, ce matin, ça me donne confiance, M. le Président. Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le député. M. le député de Nicolet-Yamaska... Oh! pardon, Mme la députée de Saint-Jean, je m'excuse.

Modalités de facturation (suite)

Mme Méthé: Bonjour. Bonjour, M. Adam, M. Lemarier, M. Champagne. Bonjour. Vous avez mentionné tantôt... mon collègue a mentionné que le tiers des usagers du transport ambulancier sont facturés, environ, à peu près.

M. Champagne (André): C'est environ 20 %. Il y a 13 programmes de gratuité, 13 ou 14, qui incluent ceux que M. Adam a donnés tantôt, et il y en a quelques-uns rajoutés à ça. Il y a à peu près 20 % des usagers, et, de ces 20 % là, environ la moitié possèdent des assurances personnelles. Donc, ça fait environ 10 % vraiment des usagers-payeurs dans la facturation qui est envoyée annuellement. Donc, ça varie, le pourcentage, là, mais il y a quand même une stabilité.

Mme Méthé: Alors, si on tient compte que ceux qui ont des assurances paient quand même, ce n'est pas le gouvernement qui paie, en fait vous dites qu'il y a 20 % seulement des usagers qui sont facturés pour le transport. C'est encore moins que je pensais. Vous avez mentionné... mais là vous venez de dire qu'il y a 13... mais les principaux étaient les gens de la CSST, de la Société de l'assurance automobile, les autochtones, les personnes âgées de plus de 65 ans et les prestataires d'aide sociale, c'est ça? Ça, c'est les principaux. Est-ce que vous avez le détail des pourcentages de chacune de ces catégories-là?

M. Adam (Daniel): Pas avec nous. Je peux peut-être, M. le Président, demander au directeur des finances peut-être s'il a ça.

Le Président (M. Kelley): Oui. Vous pouvez venir à la table, vous identifier. Et, si vous n'avez pas les données ici et si ce n'est pas trop vous demander, peut-être vous pouvez les envoyer à la secrétaire de la commission plus tard. Mais, si vous avez des commentaires,

juste de vous bien identifier pour les fins de l'enregistrement.

M. Girouard (Jean): Oui. Jean Girouard, je suis le directeur des finances et de la gestion des véhicules à la Corporation d'urgences-santé. Je n'ai pas les pourcentages, mais j'ai le détail. Ce qui apparaît au rapport annuel, c'est des revenus de facturation de 27,6 millions environ. Et dans le fond c'est qu'on facture tous les transports. C'est les particuliers qu'on facture, on ne facture pas directement. Dans le fond, même les 65 ans et plus, dans le fond, on dit toujours que c'est gratuit, mais ce n'est pas gratuit, là, c'est l'hôpital receveur qui va payer. Donc, on voit qu'on facture... On a environ 200 000 factures qu'on fait par année, une moyenne de 145 \$, ça fait que vous voyez qu'il y a du volume.

Je n'ai pas les pourcentages, mais je l'ai en monétaire. Sur 27,6 millions, les individus et les particuliers, c'est 6,3 millions qu'on facture. Vous voyez un peu l'ordre de grandeur. Et c'est ceux-là qui sont difficiles à récupérer, là, au niveau des mauvaises créances, etc.

Mme Méthé: O.K. Mais ça, c'est ceux qui sont facturés.

M. Girouard (Jean): Ça, c'est des individus.

Mme Méthé: Les individus qui sont facturés.

M. Girouard (Jean): Les individus qui sont facturés, on en a pour 6,3 millions par année.

Mme Méthé: O.K. 6,3 millions. Mais ceux qui ne sont pas facturés, le pourcentage d'utilisation, le détail, combien, par exemple... Parce que, là, on a 80 % des gens qui utilisent le transport, qui sont usagers mais qui ne sont pas facturés. Dans cette répartition-là, par exemple, des cinq catégories que M. Adam a données tantôt, est-ce que vous avez le détail? Combien, par exemple, qu'il y a de gens de la CSST, en pourcentage, qui prennent les ambulances, la SAAQ et le détail de ça? Bien, si vous ne l'avez pas...

● (11 h 50) ●

M. Girouard (Jean): Je l'ai en monétaire. Je ne l'ai pas en pourcentage, mais les établissements de santé, c'est pour 15 millions. Les employeurs, parce qu'il y a des employeurs qui paient directement des transports, c'est mineur, c'est 353 000 \$. La CSST, c'est mineur, c'est 36 000 \$. C'est la SAAQ, c'est pour environ 1 million. La Sécurité du revenu, les gens sur l'aide sociale, ça, c'est 4,2 millions, 4,3 millions. Vous avez des petits... La Défense nationale, c'est 2 000 \$, c'est mineur.

Les autres, je vais vous donner la liste parce que c'est des petits montants: la Défense nationale, ministère des Anciens combattants, Santé et Bien-être Canada, Module du Nord québécois, Immigration Canada, Gendarmerie Royale, Indemnisation des victimes d'actes criminels, puis il y a des événements spéciaux qu'on facture aussi. Donc, le gros du volume, c'est les hôpitaux, les établissements de santé — je m'excuse — les particuliers et Sécurité du revenu, SAAQ. Ça, c'est les... ça, c'est pas mal, là... ça, ça va représenter quasiment 90 %, 95 % des revenus.

Mme Méthé: Puis les personnes âgées, 65 ans et plus, est-ce que vous avez le détail de ça?

M. Girouard (Jean): Je n'ai pas le détail de ça. Ça, ça fait partie des établissements de santé. Cependant, moi, je n'ai pas le détail présentement ici entre l'interétablissements, les 65 ans et plus, etc., là. Je ne l'ai pas présentement, le détail, avec moi.

Utilisation abusive des services ambulanciers

Mme Méthé: O.K. Parce que... Bien, je pose la question, on dirait qu'il y a corrélation directe. Si on dit qu'il y a 20 % seulement des gens qui sont facturés, évidemment, quand un service est gratuit, on est plus enclin de le prendre que quand ce ne l'est pas, dans le sens que... Vous avez dit tantôt, M. Adam, que vous avez ciblé des cas qui ont besoin d'ambulances, il y a une autre question reliée à ça. En fait, bien, moi, j'ai un frère qui est ambulancier qui m'a raconté certaines affaires, hein? Je veux savoir s'il y a eu des redressements à ce niveau-là. Par exemple, moi, je suis à Saint-Jean-sur-Richelieu, on a un hôpital là-bas, et il y a des usagers de l'aide sociale qui prenaient l'ambulance parce que le taxi coûtait de l'argent, l'ambulance était gratuite. Puis c'est tout près des centres d'achats, alors c'était très économique pour eux de prendre l'ambulance — on parle pour eux, pas pour les contribuables. Il y a d'autres cas, une amie qui est allée à l'hôpital qui me dit qu'il y a, entre autres, des usagers qui sont constamment là, qui viennent en ambulance pour souvent avoir de la médication, et c'est toujours les mêmes, puis qu'ils n'ont rien à faire avec eux que de les retourner. Je veux savoir, ces cas d'abus là — on n'est pas des cas isolés à Saint-Jean, je ne sais pas si c'est encore aussi flagrant — est-ce qu'il y a un filtrage qui se fait au niveau, par exemple, de chez vous pour cibler ces gens-là qui...

M. Adam (Daniel): Le premier élément, c'est que nos techniciens ambulanciers paramédics ne peuvent pas refuser un transport. Alors ça, c'est les patients qui décident, de leur propre initiative ou de l'initiative de la famille, de refuser un transport. Alors, nous, nous transportons tous les patients sur lesquels on envoie une ambulance et pour lesquels il n'y a pas de refus de transport.

Maintenant, de l'abus, oui, il y en a, je l'ai souligné tantôt et je pense qu'il y a deux façons de regarder ça. On vous a passé ici, là, le NHS Trust London Ambulance Service, qui est dans le fond comment utiliser en quelque sorte un peu le 9-1-1, ce qu'ils appellent évidemment le 9-9-9, là, quoi faire avant d'utiliser le 9-9-9, et ça, c'est une campagne d'information, là, qu'on veut lancer en 2008-2009 pour dire aux gens: Bien, ne prenez pas l'ambulance inutilement parce que... ou n'appellez pas l'ambulance inutilement parce qu'évidemment ça surcharge le système, et ceux qui en ont vraiment, vraiment besoin, là, je veux dire, ça augmente les temps réponse, comme on le soulignait tantôt.

L'autre élément, je l'ai souligné également, c'est qu'on veut travailler sur regarder comment on pourrait transporter différemment, et ne pas nécessairement transporter dans les hôpitaux, mais transporter, par

exemple, dans des cliniques-réseaux à Montréal, entre autres, et à Laval et de regarder aussi d'autres possibilités pour éviter d'amener les patients dans les urgences. Alors, ça fait partie des projets qu'on a en 2008-2009. Mais je vais vous dire, les techniciens ambulanciers paramédiques ne peuvent pas refuser un transport. Alors ça, c'est le point de départ...

Mme Méthé: Bien, je vais juste rajouter là-dessus, je comprends vos bonnes intentions de vouloir réduire ça, mais honnêtement je ne crois pas tellement que la sensibilisation vienne toucher les gens qui abusent. Est-ce que vous n'auriez pas peut-être des recommandations à faire au ministère de la Santé à cet effet-là, je ne sais pas, pour que tous ces... Parce que, là, vous venez d'expliquer qu'il y a seulement 20 % des gens qui sont facturés, alors, moi, je vois une corrélation, quand un service est gratuit, on l'utilise un peu plus. Bon, c'est humain, mais en même temps est-ce qu'il n'y aurait pas des suggestions à faire pour mettre un certain tarif ou, je ne sais pas, des recommandations en tant que... dans votre expertise pour essayer de réduire ces coûts-là?

M. Adam (Daniel): Bon, évidemment, je vais recommencer plus haut, là, dans notre plan stratégique 2008-2011, on a identifié deux axes, dont un des axes est la réponse adaptée aux besoins de la population, et ce qui va nous permettre de travailler sur une série de projets évidemment pilotes qui vont faire l'objet de recommandations auprès du ministère s'il faut modifier la réglementation, modifier la loi sur le préhospitalier. Mais je vous dirais que c'est ça, là, l'utilisation, entre guillemets, abusive — je le mets bien entre guillemets — des services, ce n'est pas propre à Urgences-Santé, là, hein? Il y a combien de patients qui se présentent dans les urgences — moi, je viens du milieu de la santé, là; il y a combien de personnes qui se présentent dans les urgences — de façon ambulatoire parce que, je veux dire, la clinique est fermée sur le coin de la rue, des choses comme ça? Alors, ce n'est pas propre à nous autres, ça, c'est un phénomène de système essentiellement auquel on doit s'attaquer, là.

Mme Méthé: Je vous disais: Mon frère n'est pas dans le paramédic, puis le problème est là, est partout, est constant.

M. Adam (Daniel): Ah oui, il est partout, c'est ça.

Taux d'absentéisme (suite)

Mme Méthé: Il est constant là-dessus. Vous avez mentionné tantôt... Parce que, là, il y a un gros taux d'absentéisme, puis, dans les identifications des sources de détresse psychologique que vous avez mentionnées, est-ce que j'ai bien compris que les problèmes conjugaux sont au premier rang, à quelque 80 %?

M. Adam (Daniel): Je pense que le chiffre que j'avais, moi, ici, c'était 62 % si mon souvenir...

Mme Méthé: 62 %?

M. Adam (Daniel): 62 %, c'est ça.

Mme Méthé: Et en fait...

M. Adam (Daniel): Mais, mais, mais, je veux dire, ce n'est pas nécessairement, ce n'est pas nécessairement, là, c'est clair, là, ce n'est pas nécessairement indépendant du travail aussi, hein? La surcharge de travail, le temps supplémentaire font en sorte aussi qu'évidemment ça peut amener des problèmes connexes, là.

Mauvaises créances

Mme Méthé: O.K. Juste au niveau des mauvaises créances, j'ai vu ici qu'il y a des montants. Je ne sais pas si le pourcentage, comparativement à d'autres secteurs, si c'est correct ou pas, on a quand même, en 2007, 1,6 million de mauvaises créances, on en a récupéré 91 000 \$. Qu'est-ce que vous faites avec vos mauvaises créances? Est-ce que c'est donné à une agence? Est-ce que le pourcentage — bon, monsieur des finances est là; est-ce que le pourcentage — est comparable à d'autres secteurs? Pouvez-vous nous donner des détails à cet effet-là?

M. Girouard (Jean): Oui. C'est une question qui me vient, parce qu'à chaque fois qu'il y a un nouveau membre du conseil d'administration chez nous c'est la question qui vient parce que le chiffre absolu, il paraît beaucoup, 1,3 million, 1,6 million. La mauvaise créance, ça vise surtout les cas des particuliers. Tout à l'heure, on vous disait que sur... il y a environ 6,3 millions par année qu'on facture à des particuliers, et là-dessus la mauvaise créance va varier chez nous, là, de 18 % à 22 % depuis quelques années. On a réussi à la baisser de 22 % vers 18 %, là, et ça va varier entre 18 %, 18,5 %, 19 %. S'ajoutent à ça les frais de recouvrement. C'est pour ça qu'il y a 1,6 million, vous avez des frais de recouvrement là-dedans.

En pratique, chez nous, on a une équipe, à Urgences-Santé, qui procède à partir du formulaire que les paramédics vont fournir. On va retracer l'adresse exacte, etc., il y a du travail à faire pour facturer. La moyenne, c'est 125 \$ fixe plus les frais de kilométrage. La moyenne est un petit peu au-dessus de 145 \$ de moyenne de facturation. Donc, on voit qu'on a un bon défi, c'est d'aller chercher plusieurs 145 \$, là, qui sont facturés. Et on a des mauvais payeurs... La mauvaise créance, elle se divise entre plusieurs, mais essentiellement, pour l'an dernier, pour 2006-2007, il y avait environ 1,1 million qu'on appelle les mauvais payeurs, les payeurs délinquants. Et là-dessus, avant de les déclarer mauvaises créances ou de perdre la... de radier le compte, on a un processus chez nous, il y a des rappels, factures, il y a plusieurs rappels, et on va faire affaire aussi à des agences de recouvrement, et ces agences-là font les efforts pour aller chercher les montants. Puis par la suite, au conseil d'administration, une fois par année, comme directeur des finances, je vais déposer des radiations, des comptes qu'on n'a pas pu recouvrer après quelques années, et ça représente environ 1,2, 1,3 million de volume par année de radiation.

Ce que vous voyez comme chiffre recouvré, là, ça, c'est des choses qui ont été radiées puis qu'on a pu recouvrer quand même. Parce que, même si on fait des radiations, on va demander aux agences de recouvrement

de continuer le travail quand même. Parce que les gens souvent, lorsqu'il y a une mauvaise créance comme ça, c'est déclaré dans les bureaux de crédit, puis, trois, quatre ans plus tard, quelqu'un veut avoir une hypothèque, quelque chose comme ça, il y a un petit problème parce qu'ils doivent de l'argent à Urgences-Santé, 145 \$, et ces gens-là, ils s'empressement de venir nous payer.

Mme Méthé: Alors, c'est enregistré au Bureau de crédit, ce qui...

M. Girouard (Jean): Oui. Par les agences, c'est des processus qui se font dans toutes les entreprises. Puis, par rapport au taux, ça paraît... c'est un taux... on a révisé à plusieurs reprises nos processus à l'interne, les agences de recouvrement ont fait régulièrement des révisions, voir si on a les meilleures pratiques, etc. Il y a beaucoup d'efforts, et on n'est pas capables de rebaisser ce taux de mauvaises créances, là.

● (12 heures) ●

Par contre, avec le ministère, quand j'analyse les chiffres avec le ministère, les études préliminaires, au ministère, ce qu'on me dit, c'est que, pour des milieux urbains où il y a du tourisme, c'est des chiffres qui sont comparables à ailleurs, on n'a pas un chiffre astronomique. Puis, comme je vous dis, il y a beaucoup d'efforts de faits sur ça. Parce que c'est sûr que, si on réussit à baisser le taux de mauvaises créances, c'est de l'argent dans nos poches parce que ça vient affecter... Si on regarde l'enveloppe budgétaire d'Urgences-Santé, bien vous avez 1,5, 1,6 million de dollars malheureusement qui est de dépenses de mauvaises créances.

Mme Méthé: Par année?

M. Girouard (Jean): Oui.

Mme Méthé: Puis que vous n'arrivez pas... Parce qu'en fait ça, c'est sur le montant de 27 millions qui est facturé, c'est quand même un montant important, et ce ne sont pas tous des bons payeurs comme notre député de Notre-Dame-de-Grâce. Est-ce que tu avais des questions?

M. Dorion: Oui.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Nicolet-Yamaska.

M. Dorion: Merci. Bien, c'est un peu pour aller un peu dans la continuité. Vous avez dit que, bon, on sait très bien, là, qu'au niveau des agences de recouvrement... Puis c'est quand même des montants qu'on ne peut négliger. Je veux dire, j'entendais M. Adam dire tantôt, tu sais, il y a des endroits où ils ont 150 millions de budget pour fonctionner, moi, je veux dire, toute cette, tout argent qu'on est capable d'aller chercher, on se doit, comme organisation, d'aller la chercher.

Vous parliez... Et loin de là de vouloir critiquer le processus, mais je sais que, dans d'autres ministères... N'y aurait pas-t-il une alternative d'être lié directement avec Revenu Québec, exemple? Je veux dire, ces gens-là, là, qui vont traîner ça... Parce qu'une agence de recouvrement, on le sait que ça peut prendre plusieurs années

avant de se rendre là, donc, avec Revenu Québec, je veux dire, il y a la TVQ, il y a... Tu sais, je prends l'exemple des municipalités, qui, eux, quand l'individu ne paie pas ce qu'il doit à la municipalité, souvent ça s'en allait à la Société de l'assurance automobile du Québec, puis ce n'est pas trop long que tu reçois un papier: Votre permis de conduire est suspendu, mon cher ami, tant et aussi longtemps que vous n'avez pas payé, je vous jure que les gens prennent leurs responsabilités puis acquittent leurs comptes. Les municipalités l'ont fait, la Société de l'assurance automobile l'a fait elle-même. N'y aurait-t-il pas un moyen plus, je vous dirais, plus direct que de l'extensionner dans le temps? Puis, je veux dire, on parle toujours de montants qui sont considérables. Ça, c'est une des premières choses. Vous me dites: On trouve des solutions. Je veux dire, les solutions... Mais c'est toujours le chemin, selon moi, le plus court, étant donné que... Et, dans les recommandations que vous pouvez faire vous-même comme étant un organisme quand même public, là, qui est régi par le ministère, d'avoir une entente ou une collaboration avec le ministère du Revenu est une solution concrète.

Le Président (M. Kelley): M. Girouard.

M. Girouard (Jean): Oui, mais disons que, moi, en tout cas, mon point de vue là-dessus, c'est que Revenu Québec, oui, on est organisme, mais on est un... mais je pense que, parmi les organismes gouvernementaux, là, qui facturent, je pense qu'il y a une multitude de facturations puis je ne pense pas que Revenu Québec va s'engager. Par contre, je vous dirais qu'à l'inverse, eux, nous obligent à des vérifications. Lorsqu'on paie un fournisseur ou un individu, on est obligés de passer par une espèce de vérification, et toute personne ou tout fournisseur qui doit de l'argent à Revenu Québec, eux, ils perçoivent à la source chez nous. Ça fait que vous avez le cas... Dans le fond, les mécanismes sont là pour que Revenu Québec récupère ses sommes, mais, à l'inverse, eux, nous aider de l'autre côté, ce n'est pas une affaire qui est possible présentement.

Utilisation abusive des services ambulanciers (suite)

M. Dorion: O.K. Puis, dans le nombre d'appels, toujours revenant sur... Parce que ce n'est pas d'hier, et je pense qu'Urgences-Santé a été probablement conscientisée, depuis plusieurs années, à cet effet un peu d'utilisation de services, là... Tu sais, il y a des gens, là, que ce n'est pas l'ambulance qu'ils voient y arriver, là, c'est un taxi, là, et ça, ce n'est pas d'hier. Dans le nombre d'appels... Puis, moi, je veux bien comprendre l'évaluation qui s'est faite, puis je le sais qu'on essaie toujours... Et je comprends qu'il faut... on ne peut refuser des services, mais du moins, un coup que le transport est fait, il y a probablement une évaluation. Parce que, tu sais, une évaluation approfondie au téléphone, si on veut répondre à des normes puis un standard de rapidité de service, je veux dire, ça se fait vite au téléphone, là. Je veux dire, l'appel est placé, puis, tu sais, selon le type, la nature, et tout ça, l'ambulance part puis elle va chercher la personne. Mais, au retour, là, ils sont capables, eux, de faire une évaluation, dire que ce transport-là, là, il était nécessaire, puis ce

transport-là, il ne l'était pas. Ça permettrait à Urgences-Santé... Et, quand je dis «ne l'était pas», toujours, je veux dire, quand c'est de l'abus, je pense que... tu sais, je veux dire, ce n'est pas tout le monde, là, je veux dire, souvent c'est un créneau d'individus ou de personnes...

Une voix: ...

M. Dorion: Et d'ailleurs, bon, vous le dites, mais je serais curieux de voir la nature du nombre d'individus, qui doit être relativement assez élevé.

M. Adam (Daniel): Bon, M. le Président, je demanderais à M. Champagne de compléter ma réponse, là, mais...

M. Dorion: Mais vous allez comprendre, le but, M. le Président, aussi, c'est de permettre de démontrer que de s'y attaquer, et vous l'avez dit, M. Adam, vous-même, les quelques secondes... Moi, je reviens toujours sur les quelques secondes qui sont primordiales à sauver. Bien, si elles sont récupérées sur une utilisation malheureusement abusive, bien, automatiquement sont récupérées sur une rapidité de service sur les vrais besoins et les vraies personnes qui ont besoin de...

M. Adam (Daniel): Deux éléments de réponse pour commencer avant de laisser la parole, M. le Président, à M. Champagne. Le premier élément, c'est qu'il y a à peu près, grosso modo, là, à peu près 30... entre 30 % et 35 % des cas, ce sont des cas de priorité 1. Donc ça, c'est des cas urgents, d'une part. D'autre part — je veux juste me souvenir de la suite, là — il y a aussi, à l'intérieur des transports évidemment, là, des transports inutiles, comme on vient de le souligner, et ça, ça crée beaucoup, beaucoup... évidemment, ça diminue la disponibilité, d'une part, et, d'autre part, ça fait en sorte que ça crée beaucoup de frustration chez nos techniciens ambulanciers paramédics, qui sont formés pour des situations d'urgence. Et, je le disais tantôt, pour en avoir vu moi-même, les gens sont un peu frustrés de transporter des cas qui, nos paramédics estiment-ils, ne devraient pas être là. Mais je vais laisser André Champagne compléter ma réponse si vous permettez.

Le Président (M. Kelley): Oui.

M. Champagne (André): En fait, c'est ça, juste pour aller dans la même voie, c'est que les paramédics se sentent souvent frustrés par rapport à des situations où l'appelant fait appel à nos services, et il n'y a pas nécessairement un besoin ou un besoin urgent. Parce que, dans certains cas, les gens ont besoin d'une ressource, mais ils n'en ont peut-être pas besoin avec un degré d'urgence.

Quelques petites anecdotes où on reçoit des appels pour des personnes avec des problèmes respiratoires, puis l'appelant nous attend sur le balcon avec sa valise puis sa cigarette au bec parce qu'il sait que, par croyance populaire, le fait que d'arriver en ambulance dans un centre hospitalier, il va être traité, ou triagé, ou pris en charge plus rapidement. Donc, il y a beaucoup d'éducation à la population à faire. On s'y efforce aux communications depuis 1999 à chaque opportunité qu'on a, justement dans

le but d'augmenter le nombre de ressources et de diminuer, si on veut, l'utilisation inadéquate des ressources parce que ça démobilise beaucoup les gens.

Parce qu'il faut se rappeler que, quand les paramédics répondent, bon, un, les RMU déploient de l'énergie à collecter l'information. C'est souvent des situations qui sont ambiguës, qui sont difficiles, donc ça met un stress tout de suite au début de l'appel au niveau des RMU. Ensuite, le stress se transporte du côté des répartiteurs, qui doivent trouver une ressource, trouvent la ressource. Le stress se transporte maintenant chez les paramédics et ce stress-là se diffère sur l'ensemble de la population de Montréal parce qu'une ambulance qui circule avec sirène et gyrophare, ça stresse. Ça stresse les conducteurs, ça stresse les piétons, ça stresse les cyclistes, ça stresse tout le monde. Et le paramédic, bon, a en tête qu'il va être confronté à une situation d'urgence, et, quand il fait face à une situation qui n'est pas nécessairement urgente, mais ça... il se dit: Bon, pourquoi on ne fait rien contre cet individu-là? Ça amène le diagnostic médical. Les paramédics ne sont pas formés pour poser un diagnostic, et imaginez-vous la situation catastrophique où, cinq fois en ligne, l'appelant fait appel à nos services et que ce n'est pas justifié, et que, la sixième fois, nécessairement la personne est en train de faire un infarctus. Donc, on est très vulnérable, comme système ou comme service, de ne pas acheminer une ressource à cet endroit-là parce que la sixième fois ou la fois où on décide de ne pas intervenir, ça pourrait être un cas fatidique.

Juste peut-être pour rassurer, il y a eu beaucoup de médisance par rapport à des gens qui utilisaient les services ambulanciers plus de 100 fois par année. On a quelques cas qui sont au-dessus d'une cinquantaine de fois par année, et la majorité de ces cas-là, pour ne pas dire l'ensemble de ces cas-là, ce sont des transferts interétablissements ou des transports pour une personne qui va, soit suite à une chirurgie d'un jour, qui va nécessiter plusieurs déplacements qu'il ne peut pas effectuer par ses propres moyens. Donc, il y a quand même beaucoup de cas, beaucoup de personnes qui vont utiliser huit, 10, 15, 20 fois par année, mais on n'a pas de cas où la personne va nécessairement dîner à l'hôpital puis elle revient dans l'après-midi. On a eu des cas dans le passé qu'on avait des utilisations au-delà de 100 fois et dans... avec lesquels les services de police nous ont aidés, nous ont supportés. Il y a des charges qui ont été déposées chez certains individus dans des cas évidents d'utilisation abusive, mais c'est très minime.

Par contre, il y a un facteur éducation de la population qui doit être fait. La mentalité anglo-saxonne des provinces... Si on regarde l'Ontario, l'utilisation inadéquate est beaucoup moins présente qu'au Québec. Donc, on l'a vu, la campagne avec London qui essaie... Ils ont comparé l'ambulance au taxi et ils ont utilisé, là, l'ensemble des grands panneaux publicitaires, les téléjournaux un peu partout pour essayer de sensibiliser la population à l'utilisation adéquate parce que, dans les cas urgents, ça peut faire la différence.

● (12 h 10) ●

M. Adam (Daniel): Si vous permettez, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Dernier commentaire, et je vais passer la parole au député de Gouin après.

M. Adam (Daniel): Oui. Merci. Et j'ajouterais que nous avons également ce qu'on appelle, chez nous, des paramédics communautaires, et il y a deux paramédics, techniciens ambulanciers paramédics, qui vont dans les écoles, dans les centres d'accueil, dans les différents salons, maternité, paternité, etc., pour justement promouvoir la bonne utilisation du 9-1-1. Donc ça, ça fait partie de l'éducation du public, là, aussi qu'on poursuit.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Et ça met fin à cet échange.

M. Dorion: Une dernière question, M. le Président, ça va être très court.

Le Président (M. Kelley): O.K. Très court.

M. Dorion: Et je voulais simplement avoir... Parce que j'imagine qu'Urgences-Santé ont le profil, et je n'ai pas entendu le pourcentage. Moi, je vous ai demandé, puis vous me dites qu'il y a 35 % que vraiment c'est de type 1, donc... Mais le pourcentage... Parce qu'à la fin de l'année ça se comptabilise, là, et, je veux dire, les gens, là, vos paramédics, là, quand ils reviennent au bureau, là, puis qu'ils vous disent: Aujourd'hui, là, sur mes 40 calls, là, j'en ai 15 que...

Une voix: 40?

M. Adam (Daniel): C'est beaucoup, 40. Une grosse charge de travail.

Une voix: Une grosse journée.

M. Dorion: Non, non, mais je vous donne un exemple, M. Adam. Non, non, mais je ne veux pas... Écoutez, je donne... C'est un exemple que je vous donne, là, mais les éléments sont là quand même, vous avez un portrait réel de la problématique.

M. Adam (Daniel): J'aurais aimé l'avoir, je ne l'ai pas avec moi, mais je m'engage à l'envoyer à la commission.

M. Dorion: S'il vous plaît.

M. Adam (Daniel): Merci.

Le Président (M. Kelley): M. Champagne, avez-vous quelque chose à ajouter?

M. Champagne (André): Bien, en fait, c'était juste pour dire que, dans ces cas-là, pour déterminer s'il y a vraiment eu un cas d'abus, ça prend une étude pratiquement épidémiologique pour regarder ou constater ce que le paramédic a écrit sur son rapport d'intervention et vraiment le diagnostic médical qui a été posé. Donc, ça prend un travail... C'est quand même assez fastidieux d'essayer de... Parce que, même si le paramédic peut considérer qu'il y a eu abus, il y a peut-être une cause sous-jacente au besoin du patient, et ça, c'est vraiment la médecine, c'est vraiment les professionnels de la santé qui sont en mesure de déterminer s'il y avait ou non nécessité d'être transporté en ambulance.

Le Président (M. Kelley): Parfait. Merci beaucoup. M. le député de Gouin.

Temps de réponse (suite)

M. Girard: Merci, M. le Président. Je veux revenir sur la question que j'ai posée à la fin de mon intervention à M. Champagne sur les temps de réponse aux appels de priorité 1 parce qu'à la page 27 de votre mémoire en vue de l'audition, dans l'annexe 1, on indique, là, qu'il y a trois conditions pour être considéré comme un appel de priorité 1. Pour être considérée dans les statistiques, l'affectation doit être codée priorité 1 dès le départ, elle doit aussi avoir un délai interne inférieur à 15 minutes et un délai externe inférieur à 30 minutes. Donc, s'il y a une découverte et que le délai dépasse le 30 minutes, et que c'est un appel de priorité 1 ou une urgence, est-ce qu'il est exclu du calcul? C'est que je ne comprends pas entre votre réponse et l'explication que vous donnez sur le temps de réponse aux appels de priorité 1, ce n'est pas clair pour moi.

Une voix: Ce n'est pas clair pour moi aussi.

(Consultation)

M. Adam (Daniel): ...M. le Président, avec votre permission, M. Trahan, qui est directeur des technologies de l'information, là, qui est gardien des données, là, va vous expliquer tout ça, là.

M. Girard: O.K. Parfait.

Le Président (M. Kelley): Et encore une fois, juste pour les fins de l'enregistrement, de vous bien identifier, s'il vous plaît.

M. Trahan (Louis): Oui. Alors, Louis Trahan, directeur, technologies de l'information. Oui. Alors, on parle souvent de temps réponse moyen, là, il faut considérer que, dans les statistiques, là, c'est un centile, donc les appels qui sont plus de 8,59 ne sont pas considérés dans le pourcentage. Donc, ce n'est pas une durée moyenne de temps réponse, mais c'est un centile. Donc, il y a, par exemple, 57,6 % des appels qui sont répondus à l'intérieur de 8,59. Alors, tous les autres sont exclus du centile. Indépendamment du temps que ça a pris pour faire l'appel, ils sont automatiquement exclus.

M. Girard: Mais ma question, là, c'est que c'est indiqué dans votre glossaire, l'annexe 1, là, il doit... Pour être considéré comme un appel priorité 1, il doit aussi avoir un délai interne inférieur à 15 minutes et un délai externe inférieur à 30 minutes. Alors, s'il y a une découverte puis ça prend plus que 30 minutes pour se rendre pour un appel urgent, ça veut dire qu'il n'est pas calculé dans vos statistiques selon l'explication que vous donnez.

M. Trahan (Louis): C'est ça. Oui, il y a effectivement...

M. Girard: C'est ce que je comprends?

M. Trahan (Louis): Absolument. Il y a un certain nombre d'appels qui sont, je dirais, épurés des statistiques pour diverses raisons, entre autres parce qu'on n'est pas capables de recréer, là, l'ensemble de la chaîne d'intervention.

M. Girard: Ça veut dire que les chiffres que nous avons, là, les données pour déterminer, bon, le taux d'appels qui se font qui respectent, là, les objectifs du ministère pour les appels de priorité 1, en bas de 8 min 59 s, il y a des appels qui sont de priorité 1 mais auxquels on n'est pas capables de répondre dans les délais qui ne sont pas calculés dans le temps réponse à la lumière de ce que vous venez de me dire.

M. Trahan (Louis): Non. Je répète, là, les objectifs du ministère sont en centiles, donc ça ne prend pas en compte le temps moyen. C'est un centile, donc, quelle que soit la durée des appels, tous ceux qui sont au-dessus de 8 min 59 s ne seront pas dans le pourcentage de l'atteinte de l'objectif.

M. Girard: Oui, mais, dans ces cas-là, ce sont des appels qui... ça devrait être des priorités 1, c'est des urgences, mais on n'est pas capables d'y répondre dans les délais prévus. Alors, selon vos critères, vous ne les intégrez pas comme des appels de priorité 1 parce qu'il y aura eu un délai externe qui va être supérieur à 30 minutes, mais, dans les faits, ce sont des appels de priorité 1. Mais, comme il y a un manque d'ambulances, il y a une découverte, vous n'êtes pas capables de le couvrir à l'intérieur du délai, donc vous ne calculez pas dans la moyenne globale. Alors, moi, je vous avoue, je suis étonné de votre réponse. Ça veut dire que les données que nous avons ne tiennent pas compte de certains appels qui auraient... se seraient faits au-delà de 30 minutes de temps réponse ou d'un délai supérieur à 15 minutes au niveau du délai interne, là.

Le Président (M. Kelley): M. Adam.

M. Adam (Daniel): M. le Président, si je peux essayer de trouver un élément de réponse, tout d'abord la question du délai interne, là, vous l'avez dans nos données de l'entente de gestion, à la fin du mémoire que nous avons présenté. On est toujours, toujours en bas de deux minutes, donc évidemment le délai interne à 15 minutes, là, ça, pour moi, là, si ça arrive, c'est absolument rarissime.

Et la question des délais externes à 30 minutes, ça aussi, à mon point de vue, c'est rarissime, ce sont probablement des accidents isolés. Mais ce que je peux faire, là, c'est qu'on va les documenter, ces cas-là, puis je les transmettrai à la commission.

M. Girard: Parfait.

M. Adam (Daniel): C'est bon?

M. Girard: Parce que, pour moi, ce n'est pas clair, là, alors...

M. Adam (Daniel): On va les documenter.

M. Girard: ...on pourra peut-être, à l'extérieur de la commission, pouvoir échanger, là, pour clarifier ce point-là. Je ne suis pas un spécialiste, mais ça suscite chez moi un certain nombre d'interrogations pour savoir si les chiffres qui nous sont fournis sont les chiffres réels ou s'il manque un certain nombre de données.

M. Adam (Daniel): Ça se peut, si vous me permettez, qu'on n'en ait pas non plus, hein? Mais on va le documenter.

Actions entreprises pour le recrutement et la rétention du personnel (suite)

M. Girard: O.K. Bon, parfait. Je veux revenir sur la question des postes vacants. J'aimerais savoir, M. Adam, quel est le nombre de postes vacants à temps plein au niveau des ambulanciers paramédics. Les postes vacants, quelles sont vos statistiques, vos données là-dessus?

M. Adam (Daniel): 33.

M. Girard: 33?

M. Adam (Daniel): Oui.

M. Girard: Comment vous expliquez un tel résultat, qu'il y ait plus d'une trentaine de postes vacants à temps plein au niveau des paramédics, alors qu'on a les chiffres, là, sur les délais de réponse... Je suis étonné qu'il y ait une trentaine de postes qui soient non comblés. Est-ce que ça illustrerait le fait que vous avez de la difficulté au niveau de la rétention de la main-d'oeuvre et que vous êtes incapables de combler les postes disponibles?

M. Adam (Daniel): Non. Bien, je vous dirais qu'au niveau de la rétention de la main-d'oeuvre, là, si je regarde 2007-2008, au niveau des paramédics, techniciens ambulanciers paramédics, nous avons procédé à 35 embauches, il en est parti 45, une variation de moins huit. Sur 825, là, c'est minime. O.K.? D'une part.

D'autre part, la convention collective faisait en sorte que nos paramédics à temps partiel ou sur la liste de rappel avaient plus d'avantages à choisir leur horaire et moins d'avantages à choisir un poste à temps complet à l'intérieur de l'organisation, ce qui amène certaines contraintes et ce qui fait en sorte que, là, bien, évidemment, on a tenté de modifier ça, là, avec la dernière convention collective, là, qui rentre en quelque sorte un peu en application. Mais, avec votre permission, là, M. Lemarier pourrait compléter ma réponse.

Le Président (M. Kelley): M. Lemarier.

M. Lemarier (Pierre): Merci. Alors, au niveau des techniciens ambulanciers paramédics, nous avons, au moment où on se parle, environ 532 titulaires de postes à temps complet, et il existe toujours historiquement certains postes à temps complet qui ne sont pas comblés pour la simple raison que les employés à temps complet abandonnent leurs postes pour se mettre sur la liste de rappel. Actuellement, nous avons environ

320 employés sur la liste de rappel. Il est prévu, dans le cadre de la prochaine convention collective, de faire un affichage des postes vacants, mais en fait ce n'est pas tellement une problématique au moment où l'on se parle, puisqu'on a beaucoup de personnes au niveau de la liste de rappel. C'est juste que les gens préfèrent ne pas avoir de poste et garder les avantages de la liste de rappel.

● (12 h 20) ●

M. Girard: Mais, à partir des chiffres que vous m'avez donnés, M. Adam, là, je comprends qu'il y a eu 35 embauches puis il y en a 45 qui ont...

M. Adam (Daniel): 43.

M. Girard: Pardon?

M. Adam (Daniel): 43.

M. Girard: Excusez, 43, j'avais mal compris, 43 qui sont partis. Le ministre avait annoncé l'an dernier, là... vous avait accordé des budgets supplémentaires pour augmenter le nombre d'ambulanciers paramédics. Je comprends donc qu'on est dans le négatif, là, un an plus tard, donc il n'y a pas plus d'ambulanciers paramédics disponibles pour répondre à la demande, là, à la lumière des chiffres que vous venez de me présenter.

Et j'ajouterais en complémentaire, vous estimez, vous, M. Adam, là, qu'il en manque combien, de paramédics, à l'heure actuelle, à la Corporation d'urgences-santé, pour assurer les services à la population selon les besoins et les estimations que vous faites?

M. Adam (Daniel): Bon, je vais commencer par la fin. Nous assurons les services à la population et nous avons différentes mesures pour s'assurer que les services à la population soient rendus, même si on a eu une discussion tantôt sur la question des temps réponse, d'une part. D'autre part, nous embauchons tout ce que pouvons de la part des cégeps. Il faut savoir qu'il y a des nouvelles cohortes qui évidemment vont produire de nouveaux paramédics, techniciens ambulanciers paramédics, ce qui va faire en sorte qu'on va augmenter le nombre. Je vous ferais un parallèle, c'est comme quand le gouvernement a augmenté le nombre d'entrées en médecine ou le nombre de postes pour les étudiantes infirmières dans les facultés de sciences infirmières, là, je veux dire, au niveau des cégeps, alors ça a eu l'effet que ça a là.

Et l'autre élément — puis je vais revenir là-dessus, là — pour moi, ce qui est extrêmement important, là, c'est le fait qu'on va être capables d'attirer et de retenir notre main-d'oeuvre, entre autres avec la valorisation de la profession et, en 2009, évidemment des meilleurs salaires et des meilleures conditions de travail.

M. Girard: Je repose ma question, M. le Président, M. Adam, parce qu'on ne m'a pas répondu: Il manque combien de paramédics ambulanciers pour assurer les services à la population? Je suis convaincu que vous avez ce chiffre-là et cette donnée-là. Nous sommes en commission parlementaire, je souhaiterais que les parlementaires puissent connaître l'heure juste sur le nombre de paramédics ambulanciers qu'il manque à l'heure

actuelle puis je suis convaincu que vous connaissez la réponse.

M. Adam (Daniel): C'est 60.

Heures supplémentaires effectuées par les techniciens ambulanciers (suite)

M. Girard: 60? Merci. Ensuite, j'aimerais aborder la question des heures supplémentaires. Les heures supplémentaires ont coûté 3,6 millions en 2006-2007, le budget prévu initialement était 2,2 millions. En 2002-2003, les heures supplémentaires avaient coûté, là, 1 million de dollars. Dans les documents que j'ai consultés, que vous nous avez fournis pour cette commission parlementaire, je n'ai pas trouvé les chiffres sur quels ont été les coûts en 2007-2008 au niveau des heures supplémentaires. Je n'avais pas ces données-là, je ne sais pas si vous êtes en mesure de me fournir le chiffre pour l'année 2007-2008.

M. Adam (Daniel): On ne l'a pas malheureusement, là, mais je pourrai le transmettre à la commission également parce qu'on s'est... C'est ça, là.

M. Girard: O.K. Ce serait donc possible de me faire parvenir...

M. Adam (Daniel): Oui, oui, tout à fait. On va le prendre en note.

M. Girard: Parfait. Je vous remercie. Et est-ce qu'il est possible également d'avoir accès... J'aimerais savoir, là, en termes de milliers d'heures, là, depuis... avoir un tableau pour nous présenter l'évolution du nombre d'heures supplémentaires entre l'année 2003 et l'année 2008, annuellement. Parce que, bon, vous fonctionnez par périodes, là, il y a 13 périodes, mais j'aimerais avoir un tableau qui nous permet, sur une base annuelle, d'avoir le nombre d'heures supplémentaires en milliers entre l'année 2003 et 2008. Je ne sais pas si vous êtes en mesure de me fournir ces données-là?

M. Adam (Daniel): ...en mesure de le produire.

M. Girard: Les chiffres qu'on avait donc en 2006-2007, là, montraient qu'il y avait eu une augmentation au niveau des heures supplémentaires par rapport au budget prévu, par rapport même à 2002-2003. De votre point de vue, M. Adam, est-ce qu'il y a eu une augmentation substantielle au niveau des heures supplémentaires au cours des dernières années? Si je me fie en tout cas aux chiffres qu'on avait de 2006-2007... On n'a pas les chiffres 2007-2008, là, mais il semble y avoir eu une augmentation des coûts. Donc, j'imagine qu'il y a eu une augmentation en milliers d'heures du nombre d'heures supplémentaires.

M. Adam (Daniel): Bien, écoutez, là, je ne veux pas retourner aux chiffres que vous soumettez, là, mais, oui, il y a probablement eu une augmentation parce qu'évidemment il y a toujours, encore une fois, la pénurie de personnel qui fait en sorte que, pour offrir le service, on doit offrir plus d'heures supplémentaires.

Et je vous rappellerai également que nous avons offert... Et là ça peut peut-être avoir une influence au niveau de 2007-2008, là, même si je n'ai pas le chiffre, c'est le programme de prime que nous avons offert pour permettre à nos paramédics, là — puis ça, ça va jouer dans l'équation, évidemment; permettre à nos paramédics — de faire du temps supplémentaire bonifié, là. Il y en a eu jusqu'à 150 000 \$, ce qui n'est pas négligeable. Ça, c'est du temps supplémentaire, je vous rappelle.

Étude sur le phénomène du suicide à Urgences-Santé

M. Girard: Je veux revenir un peu sur l'étude de Mishara, à laquelle vous avez fait référence surtout dans votre présentation, une étude de 2005, vous avez mandaté un expert. J'ai eu l'occasion, là, de lire cette étude, là, il y a un certain nombre... ça me semble assez accablant et dévastateur comme analyse. On dit que 58 % des travailleurs vivent un niveau élevé de détresse psychologique, 51 % déclarent avoir vécu un événement qui les a marqués au point de nuire à leur capacité de travail, un quart ont déjà songé au suicide. M. Mishara faisait six recommandations dans le rapport, l'une d'elles, c'était l'importance de réduire les heures supplémentaires et d'alléger la charge de travail. Vous m'avez dit un petit peu plus tôt, puis selon les données que l'on a en termes... le nombre d'heures supplémentaires a augmenté. Visiblement, cette recommandation n'a pas été suivie. J'aimerais savoir, sur les six grandes recommandations soumises par le Dr Mishara, combien ont été suivies par Urgences-Santé.

M. Adam (Daniel): Pouvez-vous... Je n'ai pas le rapport Mishara avec moi.

(Consultation)

M. Girard: Ça prendrait beaucoup de temps, je finirais mon...

M. Adam (Daniel): Peut-être demander au directeur des ressources humaines, là...

M. Girard: Oui. Parfait. Je les ai ici, là.

M. Adam (Daniel): ...qui est responsable de ce dossier-là, avec votre permission, M. le Président. M. Lemarier.

Le Président (M. Kelley): Oui, M. Lemarier.

M. Lemarier (Pierre): Oui. Alors, dans les recommandations du Dr Mishara, qui a fait l'étude chez nous à notre demande, je rappelle, comme M. Adam l'a mentionné, il y a plusieurs recommandations qui avaient été faites, qui avaient été mentionnées au groupe de travail qui s'était penché sur le volet de la détresse psychologique à la corporation, groupe de travail étant paritaire. Une des recommandations du groupe... du rapport Mishara, c'était justement de créer un comité paritaire pour élaborer un plan d'action. Alors, c'est sûr qu'à partir du moment où le groupe paritaire ou le

groupe de travail s'était penché sur ces éléments-là ce groupe-là a établi une série d'actions à mettre en place et les a priorisées. D'ailleurs, je pourrai y revenir un petit peu plus tard.

Dans un premier temps, les recommandations du rapport Mishara, c'était d'améliorer les conditions et le climat de travail. Il y a plusieurs éléments, là, qui ont été touchés concernant ces éléments-là pour améliorer et les conditions et le climat de travail au sein de la corporation. Il y avait également modifier les implications négatives de la demande d'aide et d'établir un programme intensif et préventif lié au stress au travail. En fait, ce volet-là a été un des dossiers prioritaires qui a été travaillé au niveau du comité, du groupe de travail. C'était de revoir les paramètres du programme d'aide aux employés que nous avons. Alors, il y a eu un balisage de plusieurs programmes d'aide qui existent ailleurs en province et surtout dans des organismes de sécurité ou de services à la population. Alors, le groupe de travail a déterminé les paramètres, est allé en appel d'offres, a étudié plusieurs, plusieurs soumissions par différents fournisseurs, et il y a une firme qui a été retenue. Les démarches qui en ont suivi ensuite, c'est évidemment: implantation du programme d'aide aux employés, information aux employés et suivi. D'ailleurs, le groupe paritaire maintient toujours ses travaux et s'assure de la justesse, là, du programme d'aide.

Le Président (M. Kelley): M. le député, il vous reste cinq minutes.

M. Girard: Pardon?

Le Président (M. Kelley): Cinq minutes.

Implantation du comité paritaire

M. Girard: Cinq minutes? Parfait. Pour compléter, dans ce même état d'esprit, je remarque juste que j'ai certaines inquiétudes quand l'une des demandes, là, est de réduire les heures supplémentaires, d'alléger la charge de travail. Je me rends compte que, bon, au niveau du nombre d'heures supplémentaires, ça augmente ou les budgets dévolus au niveau des heures supplémentaires, ça augmente. Et vous avez vous-même, dans votre présentation, évoqué le fait qu'on a des difficultés au niveau de la rétention de la main-d'oeuvre, j'ai copie ici, là, de la lettre d'entente n° 5, la convention collective signée où on évoque, là, qu'il faut agir sur les problèmes de ressources humaines et leur environnement en raison de certains symptômes identifiés et partagés relativement au dossier de la main-d'oeuvre. J'en cite cinq problèmes identifiés: difficultés à faire face à une augmentation constante du volume des affectations, des interventions préhospitalières, difficultés de rétention de la main-d'oeuvre, taux d'absentéisme élevé relié notamment à la maladie, aux accidents de travail, ratio important d'occasionnels dans la structure d'emploi et offre déficiente de disponibilité, défi important en matière de professionnalisation.

● (12 h 30) ●

Je comprends que le ministère de la Santé a nommé M. Larivière, je crois, pour présider ce comité.

À la fin, à la page 152 de l'entente, on indique, et je cite, là: «Le choix des membres du comité se fera dès mars 2008 afin que les travaux démarrent le plus rapidement possible. Un rapport final devra être déposé aux parties au plus tard dans les neuf mois suivant le début des travaux.» Est-ce que vous pourriez m'indiquer si les membres ont été nommés, où vous en êtes rendus au niveau des travaux?

M. Adam (Daniel): Bon, les travaux n'ont pas débuté, d'une part. Ils devraient débuter incessamment, je l'espère, une fois que je me serai entendu avec M. Larivière, là, pour dans le fond un échéancier des travaux, à l'intérieur de la période de neuf mois, ce qu'on va regarder. Et les membres du comité paritaire sont nommés à la fois pour Urgences-Santé, là, et du côté de la CSN. Du côté de la CSN, c'est le permanent de la CSN et le président du syndicat, M. Leclerc. Et, d'autre part, du côté de chez nous, c'est M. Denis Perrault, qui est directeur des services préhospitaliers, et M. Lemarier, qui est directeur des ressources humaines.

M. Girard: O.K. Mais là je comprends, là, que les travaux devraient être déposés au plus tard dans les neuf mois.

M. Adam (Daniel): À partir du moment où...

M. Girard: C'est un échéancier qui est très...

M. Adam (Daniel): Oui, oui, c'est serré.

M. Girard: ...serré. Puis je note, là, qu'il y a une reconnaissance de tous les partis d'un certain nombre de difficultés et de problèmes sur le plan de la rétention de la main-d'oeuvre.

M. Adam (Daniel): Ce que...

M. Girard: Oui.

M. Adam (Daniel): Peut-être, sans vouloir vous interrompre, ce que ça dit, l'entente, c'est qu'au point de départ il faut documenter les problèmes. Et documenter les problèmes, ça dit: Dans le fond, il faut avoir des données factuelles pour voir s'il y a, ou non, un problème. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de problème qu'on ne doit pas le mentionner. Mais, quand on parle notamment, là, de la question de la professionnalisation, bien, à mon avis, ça, c'est tout en cours, la professionnalisation, et je pense qu'en 2009, là, on aura des résultats à cet égard-là.

Sur la question de l'absentéisme, au niveau des heures d'assurance salaire, on se compare parfaitement — puis vous avez vu les données dans l'entente de gestion — avec ce qui se passe dans le réseau, avec le plan triennal. Et, pour 2008-2009, on va s'attaquer évidemment à la question... davantage la question des accidents de travail.

Alors, je pense que la première... ce que j'ai discuté avec M. Larivière, le premier élément, c'est qu'il faut commencer par s'entendre sur la nature des problèmes reliés, là, je veux dire, aux différents éléments qui sont mentionnés là et de regarder, un, si ça représente un

problème ou pas et, si ça représente un problème, bien comment est-ce qu'on s'y attaque.

M. Girard: Il me reste combien de temps, M. le...

Le Président (M. Kelley): Moins d'une minute.

M. Girard: Moins d'une minute. Bon, je vais faire ça rapidement. Je veux aborder...

Le Président (M. Kelley): Très rapidement.

Blessures reliées à l'utilisation de la civière-chaise

M. Girard: Oui. Quand j'ai fait mon stage en ambulance, j'ai... Les civières, les civières-chaises, avez-vous des statistiques sur les accidents de travail ou, bon, les cas d'entorse ou douleurs liées à l'utilisation de cette civière-chaise? Et j'aimerais savoir, bon, en Amérique du Nord, là, si... Je sais qu'il y a eu beaucoup... dans plusieurs cas, il y a eu des... on les a remplacées et on a remplacé une civière-chaise avec chenillette. Est-ce qu'il est dans l'intention d'Urgences-Santé de procéder sur cette question-là? Puis avez-vous des statistiques sur l'impact de l'utilisation de la civière-chaise sur les accidents de travail et les... Et on sait que vous avez de la difficulté au niveau de la rétention de la main-d'oeuvre, qu'il y a quand même un tiers, là, des employés qui sont soit sur la CSST ou en congé de maladie. Alors, j'imagine que vous allez vouloir agir très rapidement dans ce dossier-là pour éviter que d'autres employés, là, soient victimes d'accidents de travail liés à l'utilisation d'un outil qui visiblement, en tout cas, semble ne pas être adapté à la réalité, là, des ambulanciers paramédics.

Une voix: Alors, M. Lemarier va répondre.

Le Président (M. Kelley): M. Lemarier.

M. Lemarier (Pierre): Merci beaucoup. Alors, de tout temps, en fait, les lésions principales au niveau des paramédics se situent principalement au niveau du dos. Ensuite, par ordre d'importance, là, c'est les épaules et les genoux. Déjà, en 1995, la corporation faisait l'acquisition de nouvelles civières ergonomiques, qu'on a appelées les civières Striker, qui venaient modifier le système de soulèvement des bénéficiaires et qui... Les anciennes civières, là, causaient des mouvements de torsion qui entraînaient beaucoup d'accidents de travail au niveau des techniciens ambulanciers et paramédics. Donc, depuis l'entrée en fonction de ces nouvelles civières là, en 1995, il y a eu quelques programmes qui sont venus améliorer les conditions de travail, à tout le moins faciliter le travail des techniciens ambulanciers paramédics, notamment une formation, qui existe déjà dans le réseau de la santé, qui s'appelle Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires, qu'on a adaptée, en collaboration avec l'ASSTSAS, l'association sectorielle, pour le travail des techniciens ambulanciers paramédics. Alors, on a des formateurs même internes.

Tout le monde a reçu cette formation-là. Donc, en plus de la nouvelle civière, les nouvelles méthodes de

travail, nous avons également adopté un nouveau type d'équipement, qui s'appelle un harnais de... de manipulation de bénéficiaires, qui était déjà implanté ailleurs en province. Alors, nous avons acquis cet équipement-là. Là, on est en train de revoir est-ce qu'il y a lieu de faire l'évaluation des nouvelles civières, les civières-chaises pour transporter les patients à bord des... surtout dans les escaliers, en fait. Alors, oui, on va regarder quels sont les points forts et les points faibles de ce nouvel équipement là, est-ce que c'est adaptable dans tous les types d'escaliers. Vous savez qu'à Montréal il y a beaucoup d'escaliers extérieurs en colimaçon, alors est-ce qu'on peut l'adapter dans ces types d'escaliers là. Alors, c'est ça qu'on va évaluer. Dans l'éventualité où l'évaluation est concluante, à ce moment-là on va faire une recommandation auprès de la corporation d'acquiescer ce nouvel outil là pour aider nos employés à effectuer leur travail convenablement.

M. Girard: ...c'est possible d'avoir accès aux données sur les accidents, là, liés à l'utilisation de la civière-chaise? C'est simplement ça que je voulais demander.

Le Président (M. Kelley): Je pense, M. Adam, me signale, oui, que c'est des renseignements qu'on peut fournir à la commission. Merci beaucoup. Je vais retourner maintenant au côté ministériel et je vais mettre de côté mon chapeau de président pour redevenir député de l'Ouest-de-l'Île de Montréal.

Temps de réponse (suite)

Juste un certain... je vais revenir toujours sur les questions de temps de réponse. Moi, j'ai eu le plaisir de présider à la Commission de l'administration publique qui a regardé un rapport du Vérificateur général il y a 11 ans. Je pense que c'est votre prédécesseur, M. Giroux, qui était à votre place, qui essaie d'expliquer les temps de réponse. Et je comprends le phénomène, dans les extrémités d'un territoire desservi, c'est plus compliqué. Au milieu, on a les nombreux hôpitaux au centre-ville de Montréal, et plus on s'éloigne, plus compliqué ça devient. Mais je regarde les deux tableaux juste pour bien expliquer à mes maires et personnes qui demeurent... J'ai cinq villes dans mon comté qui sont les villes de Baie-d'Urfé, Beaconsfield, Kirkland, Pointe-Claire et Sainte-Anne-de-Bellevue. Et M. Champagne nous a donné un tableau, la page 1, qui est une comparaison... Et je sais que c'est hasardeux de comparer 2007-2008, qui est une année complète, avec le début d'année 2008-2009, qui doit comprendre une couple de mois ou... J'essaie de voir parce que je regarde les chiffres, les temps, il y a le deuxième tableau qui est l'effet des premiers répondants — je vais revenir sur la question des premiers répondants après — qui commence à la période 1, qui est au début du mois d'avril ou...

M. Adam (Daniel): Oui...

Le Président (M. Kelley): Oui, exactement. Alors, c'est les quatre semaines qui commencent au 1er avril. Alors, le rouge, c'est la période dans, mettons, Baie-d'Urfé, qui est en haut. Le rouge est avant l'arrivée des

premiers répondants. Le jaune, qui doit être comme au début de juin environ 2007, on voit un impact, l'arrivée des premiers répondants, mais... À l'époque, notre standard était huit minutes, je vois maintenant c'est 8 min 59 s, une évolution depuis 1997. Mais quand même les chiffres pour les extrémités sont toujours préoccupants. Avez-vous des stratégies de réponse pour s'attaquer à ce phénomène? Parce que, comme je dis, ça fait au moins 11, 12 ans que nous avons regardé ces chiffres, et les résultats, pour les extrémités — moi, je parle comme député de l'Ouest-de-l'Île de Montréal — sont rarement au rendez-vous.

M. Adam (Daniel): Bien, j'ai expliqué, M. le Président, tantôt évidemment — puis vous l'avez souligné, là — le phénomène des extrémités ou le fait qu'on ne peut pas avoir évidemment, là, je dirais, une ressource dédiée aux extrémités, compte tenu du fait qu'évidemment, d'un point de vue efficacité, efficience, là, je veux dire, c'est à peu près nul, même si évidemment c'est la population, là, qui est... où c'est plus important. Et donc, pour les arrondissements ou villes où le nombre d'appels est faible, peut-être environ 500 et moins et où il n'y a pas de premiers répondants, donc, évidemment, les temps de réponse, là, sont plus longs.

Donc, il y a deux stratégies qu'on peut utiliser. La première, c'est les premiers répondants. Puis vous voyez que ce n'est pas parfait, j'en conviens, mais ça améliore le temps de réponse. L'autre solution, bien c'est d'avoir, ce qu'on appelle, nous autres, dans les extrémités, des «zoomcars», qui sont des autos essentiellement où nos paramédics essentiellement, là, peuvent arriver très, très rapidement sur les lieux. Mais ça, là, ça coûte à peu près un demi-million par année à opérer. Alors, vous allez comprendre que ce n'est très, très économique de procéder de cette façon-là.

● (12 h 40) ●

Donc, la stratégie, à mon point de vue, là, c'est vraiment de renforcer l'implantation des premiers répondants. Et évidemment, là, ce que vous avez là, évidemment il est peut-être un peu tôt pour mesurer l'effet complet parce qu'on ne l'a pas sur tout le territoire de l'Île de Montréal, il y a seulement quatre cohortes qui sont implantées depuis mars 2008, et ça va être terminé en décembre 2009. Mais je pense que c'est là la clé, à mon point de vue, et c'est dans ce sens-là qu'on a discuté avec le ministère et évidemment le service des incendies de Montréal pour l'implantation du service des premiers répondants qui se fait évidemment, là, à l'intérieur des délais qu'on avait prévus.

Le Président (M. Kelley): Non, non. Et ça, c'est une longue saga autour des premiers répondants. Je veux souligner de nouveau la ville de Pointe-Claire, qui était pionnière dans ce domaine. Ils ont implanté un système de premiers répondants dans les années soixante-dix. On a démantelé ça à cause de la fusion pour refaire ça après. Alors, ça devient un genre de triste histoire parce qu'il y avait beaucoup de conséquences. Et on voit dans les chiffres que Pointe-Claire est toujours... figure assez bien parce qu'il y a une longue tradition dans la ville de Pointe-Claire, avec une population qui est de plus en plus âgée. Alors, c'est un service très important pour ces personnes.

Mais comment va la coordination entre vos services et les premiers répondants? Parce que, moi, j'ai assisté parfois dans le comté où c'est vos services qui arrivent avant les premiers répondants, et il y a d'autres moments où le système marche très bien, et les premiers répondants sont effectivement... Moi, je joue très mal à la balle molle, mais on avait eu une couple d'accidents, et effectivement ce sont les pompiers qui sont arrivés quand il y avait les blessures sur le terrain de jeu, et les pompiers ont bien joué le rôle de premiers répondants. Mais il y avait d'autres incidents que, comme je dis, c'est l'ambulance qui arrivait en premier lieu. Alors, le camion d'incendie arrive avec les sirènes, et tout le reste. Et est-ce qu'il y a une meilleure coordination possible ou, avec le RAO, est-ce qu'il y a des choses qu'on peut faire pour mieux avoir la complémentarité du rôle entre les premiers répondants et l'Urgences-Santé?

M. Adam (Daniel): Bien, vous l'avez souligné, c'est un rôle de complémentarité, et les premiers répondants ne remplacent pas, là, les techniciens ambulanciers paramédics mais interviennent plus rapidement. Il y a deux éléments, là, auxquels je répondrai. Évidemment, c'est que la priorité du service des incendies de Montréal, c'est les incendies. Bon, alors, évidemment, on sait très bien, parce qu'on a des mécanismes de coordination, là, ce que je vais brosser rapidement, que la priorité, c'est aux incendies puis ce n'est pas au service des premiers répondants, ce qui fait en sorte qu'évidemment ils peuvent arriver subséquemment là-dedans. Et l'autre élément, c'est que, là, actuellement, nos premiers répondants sont appelés sur toutes les priorités de niveau 1. Toutes, là où c'est implanté, ça va de soi. Et je pense que ce qu'on doit faire pour améliorer le service, c'est de regarder, entre autres, là, où, comme on l'a fait puis comme ça a été fait à Toronto, entre autres, où n'ont-ils pas besoin d'intervenir et sur quelle sorte de déterminants, là, et puis pour ne pas rentrer dans le détail, essentiellement, là, je veux dire, les premiers répondants n'ont pas besoin d'être appelés. Alors, il nous reste évidemment, comme c'est un peu neuf, il nous reste à ajuster le système.

D'autre part, nous avons, conjointement avec le service des incendies de Montréal et le ministère de la Santé, une série de comités de travail, là, pour l'harmonisation des équipements, l'harmonisation des radio-communications, pour s'assurer qu'on utilise les mêmes équipements sur les lieux, qu'on puisse transférer rapidement, là, d'un à l'autre. Alors, je pense que déjà l'harmonisation se fait de mieux en mieux. C'était plus difficile au début évidemment, mais là ça va de mieux en mieux, là, au niveau de l'harmonisation.

Le Président (M. Kelley): Et, peut-être juste pour revenir sur le tableau, c'est hasardeux de comparer 2007-2008 avec 2008-2009, mais, dans les temps de réponse, on voit une amélioration à Baie-d'Urfé et à Pointe-Claire. Mais les trois autres, est-ce que je l'interprète bien, c'est plus long maintenant? C'est-à-dire Beaconsfield, Sainte-Anne-de-Bellevue et Kirkland, le temps de réponse... M. Champagne, je ne sais pas, pour juste mieux comprendre le tableau... Vous l'avez amené ici, j'essaie de le décoder comme bon député de mon comté.

M. Champagne (André): Si on regarde le tableau avec les colonnes jaunes, si on regarde dans Sainte-Anne-de-Bellevue, le temps d'Urgences-Santé, en pourcentage, sur le nombre de fois où Urgences-Santé est arrivée en 8,59 et moins, est à 9,09 percentile, et l'arrivée ici, le temps système, donc combiné les premiers répondants, on monte à 45 % ou... oui, 45,45 %. Et c'est seulement que sur 11 appels, donc vous avez...

Le Président (M. Kelley): Je sais que ça, c'est l'autre problème.

M. Champagne (André): La donnée, la moyenne sur 11 appels versus 300 appels se fait d'une façon un peu différente, et c'est la raison pour laquelle on a dressé... Ce tableau-là vous montre l'ensemble des arrondissements ou des villes défusionnées où des premiers répondants se sont implantés ou étaient déjà implantés. Donc, on voit nécessairement que le temps... la première colonne jaune, qui est le temps Urgences-Santé, et le temps système... Le temps système, c'est peu importe qui est là en premier, c'est quand on «stop the clock», c'est quand on arrête l'horloge, on arrête le chronomètre, peu importe que ce soit un véhicule d'Urgences-Santé ou du service d'incendie. Donc, on voit nécessairement que l'arrivée des premiers répondants, comme M. Adam le mentionnait, qui ne remplacent pas les paramédics, ce sont des soins complémentaires, vient bonifier nécessairement, surtout dans les zones où on a de moindres demandes. Parce que, si on regarde Sainte-Anne-de-Bellevue, Senneville, où on a un total d'appels en deçà de 300 par année cumulant les deux municipalités, ça ne justifie pas, dans un modèle de déploiement dynamique, ça ne justifie pas de laisser une ressource là quand, à Lachine, LaSalle, Verdun, Côte-des-Neiges, on a un volume d'appels qui oscille les 5 000 demandes par année. Donc, on ne peut pas justifier de laisser une ressource ambulancière, et c'est la raison pour laquelle les premiers répondants viennent tout à fait bonifier le service d'Urgences-Santé.

Le Président (M. Kelley): Alors, c'est la colonne Système, à la droite en jaune.

M. Champagne (André): C'est ça, colonne Système, ça cumule le meilleur des deux.

Le Président (M. Kelley): ...à Pointe-Claire, par exemple, au début de cette année, 87,95 %...

M. Champagne (André): En 8,59...

Le Président (M. Kelley): En bas de huit minutes, il y avait quelqu'un sur les lieux.

M. Champagne (André): Exactement. Peu importe que ce soit PR, premiers répondants, ou Urgences-Santé.

Le Président (M. Kelley): Juste une dernière question parce que mon collègue de Laurier-Dorion veut poser une question. On a fait les comparaisons avec Toronto. La population de Toronto, c'est 60 % plus ou...

M. Champagne (André): Non. C'est 3 millions, 3 millions quelques et...

Le Président (M. Kelley): La ville de Toronto comme telle.

M. Champagne (André): Oui, c'est ça.

Le Président (M. Kelley): On parle de la ville de Toronto, pas la zone métropolitaine.

M. Champagne (André): Et la grosse différence, c'est que, nous, sur notre territoire, on a l'île de Laval qui n'a pas de premiers répondants, tandis qu'à Toronto les premiers répondants sont déployés partout sur l'ensemble de la province. Donc, nécessairement, nous, sur la population qu'on dessert et le volume d'appels, qui est environ 20 % pour la ville de Laval, sur ces 20 % là, on n'a pas de premiers répondants au moment où on se parle. Donc, alors, on doit cumuler nos données sur 80 % de nos statistiques et éventuellement...

Le Président (M. Kelley): ...on a besoin de...

M. Champagne (André): ...on aurait un bon temps réponse en tout cas, puis on le cumulerait dans nos statistiques.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député de Laurier-Dorion, il vous reste environ sept minutes, et on va terminer pour 13 heures.

Administration de médicaments par les techniciens ambulanciers

M. Sklavounos: Merci, M. le Président. Permettez-moi d'abord de saluer M. Adam et son équipe qui l'accompagne. Je veux revenir sur une question qui a été mentionnée un petit peu lors de l'allocution de M. Adam, M. le Président, concernant la possibilité, pour les techniciens ambulanciers paramédics, d'administrer des médicaments lors de transports particulièrement. J'ai bien compris qu'ils sont limités quand même à cinq médicaments pour des cas très spécifiques. On a parlé d'autres certaines urgences respiratoires, cardiaques, allergiques, même diabétiques. On a dénombré, je pense, que ça donne environ 16 000 cas par année où une telle nécessité se présente et où un médicament doit être administré. J'aimerais savoir un petit peu plus précisément quels sont ces façons de faire et comment qu'on... J'imagine qu'il y a un protocole en place qui quand même détermine comment qu'on prescrit, comment qu'on décide d'utiliser des médicaments dans des situations et comment qu'on garantit également l'application sécuritaire de ces protocoles-là qui sont probablement en place.

M. Adam (Daniel): M. le Président, avec votre permission, je demanderais au directeur médical de venir répondre à la question. Dr Michel Loyer.

Le Président (M. Kelley): Parfait. Il peut peut-être prendre soin de vous en même temps. Bienvenue.

M. Loyer (Michel): M. le Président, Dr Michel Loyer, directeur de l'encadrement clinique et des affaires

médicales à Urgences-Santé. Alors, MM. les membres de la commission, essentiellement il faut comprendre que les techniciens ambulanciers paramédics ont à leur disposition des protocoles d'intervention clinique, ce qu'on appelle communément dans notre jargon des PICTA, donc protocoles d'intervention clinique des techniciens ambulanciers, et ces protocoles-là visent certaines situations cliniques très particulières. On en a fait mention de quelques-unes tantôt qui leur permettent, lorsqu'ils ont reconnu la présence de certains signes et symptômes... Et je n'entrerai pas dans la difficulté de terminologie qu'on peut avoir parfois avec la question de poser ou pas un diagnostic, donc ils ne posent pas un diagnostic. Ils font l'évaluation, ils reconnaissent une condition clinique et ils appliquent des protocoles.

● (12 h 50) •

Une fois ces cas-là... Donc, on parle d'environ 16 000 cas. Ces cas-là sont révisés par un programme d'amélioration continue de la qualité par lequel on peut porter un jugement. Et c'est là qu'intervient l'encadrement clinique en partie pour d'abord évaluer si les protocoles ont été bien respectés, si, avec un certain recul, certains de ces protocoles-là ne mériteraient pas une révision, révision qui est faite de concert avec la Direction nationale des services préhospitaliers d'urgence et la Table des directeurs médicaux, qui peut amener, le cas échéant, une révision de certains ces protocoles-là si évidemment, les protocoles, il y a eu des dérogations. Or, vous avez entendu, dans le rapport, qu'on parlait d'un taux de conformité de 97 % sans dérogation majeure. Donc, s'il n'y a pas de dérogation majeure ou de dérogation mineure... On pourrait parler d'un 3 %. Donc, si on regarde le calcul global, on parle d'un taux de conformité de 94 % avec, grosso modo, 3 % de dérogations mineures et 3 % de dérogations majeures. Ces dérogations-là, évidemment les cas sont ressortis, et il y a des interventions de rétroaction qui sont faites auprès des techniciens ambulanciers paramédics, soit de révision, soit de maintien de compétence et, le cas échéant, suspension temporaire de privilèges, le temps que le technicien ambulancier paramédic puisse rencontrer les critères qui sont exigés de façon à ce qu'il puisse appliquer sécuritairement l'ensemble des protocoles.

M. Sklavounos: Question assez complète, M. le Président. Vous allez me permettre d'aborder un autre sujet avec le temps limité qu'il nous reste.

Le Président (M. Kelley): Très rapidement.

Mise en place d'un centre de recherche et de formation en services préhospitaliers à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

M. Sklavounos: Très rapidement. Concernant le centre de soins préhospitaliers d'urgence à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, qui a été discuté à un moment donné, qui était censé assumer certaines responsabilités qui auparavant étaient assumées par des médecins oeuvrant à la Corporation urgences-santé — on parlait de recherche, de formation prégraduée et du développement du programme provincial de soins avancés préhospitaliers — pouvez-vous nous dire quel est l'état de ces travaux-là pour la mise sur pied de ce centre-là et

qu'est-ce que ça va nous apporter de plus, la mise en place de ce centre?

M. Adam (Daniel): Il y a deux éléments en dessous de la désignation de l'Hôpital du Sacré-Coeur, c'est le rattachement de nos médecins au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital du Sacré-Coeur pour avoir un lien notamment au niveau, entre autres, de l'évaluation de la qualité clinique, là, des activités de nos médecins et la création d'un département de médecine préhospitalier. Pas un département d'urgence, un département de médecine préhospitalier dans lequel seraient rattachés les médecins.

Nous avons signé, en juin 2007, un protocole d'entente préliminaire avec l'Hôpital du Sacré-Coeur, et le Dr Loyer est en train d'élaborer, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Hôpital du Sacré-Coeur, un protocole d'entente final qui va être en quelque sorte un peu les règlements du département de médecine préhospitalière et qui va indiquer ça va être quoi, la relation entre la direction médicale régionale sous la responsabilité du Dr Loyer et la direction départementale à l'Hôpital du Sacré-Coeur.

Je pense qu'il y a deux éléments, il y a deux leviers extrêmement importants en dessous de cette entente-là. Il y a un levier universitaire pour le développement de la recherche — même si on en fait, de la recherche, à Urgences-Santé, là, mais ce n'est pas évidemment très, très, très développé — un levier universitaire important pour le développement de la recherche avec le Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Coeur et avec le Fonds de recherche en santé du Québec parce que c'est un centre de recherche reconnu. Donc, il y a un premier levier là. Et, deux, un levier universitaire également pour le développement de la pratique avancée avec l'Université de Montréal, qui est en train — Dr Loyer, vous me corrigerez; est en train — de développer un curriculum à cet égard-là. Alors, c'est ça, l'avantage de l'Hôpital du Sacré-Coeur, je pense que c'est un levier extrêmement important pour le développement du préhospitalier au Québec.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député de Nicolet-Yamaska, il reste environ cinq minutes.

M. Dorion: Cinq minutes?

Le Président (M. Kelley): Cinq minutes, oui.

M. Dorion: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): On veut laisser une couple de minutes pour les remarques finales.

Heures supplémentaires effectuées par les techniciens ambulanciers (suite)

M. Dorion: Très bien. M. Adam, vous m'avez mentionné tantôt, lorsqu'on a abordé le temps supplémentaire, qu'il y avait comme une sélection. Tu sais, je vous avais amené quand même l'argument que, bon... Vous me disiez que, bon, il y avait plus de personnes à partir de 45 ans, et tout ça. Vous avez dit que vous avez mis en place un processus de sélection pour déterminer

ceux qui sont en mesure de faire le temps supplémentaire puis ceux qui ont atteint... ou la limite, là. Parce que vous m'aviez dit qu'il y avait un critère, il y avait un certain critère de sélection qui avait été fait pour ceux qui font du temps supplémentaire. On avait abordé qu'il y avait une pénurie. Tu sais, je vous ramène dans le contexte de la citation dont vous m'avez faite, c'est: il y avait pénurie de main-d'oeuvre. Pour contrer cette pénurie-là, on avait fait une offre de 10 \$ de l'heure de temps supplémentaire. Je vous ai amené comme argument: Bien, il y a une pénurie de main-d'oeuvre. Si on leur demande plus, est-ce que ça peut jouer sur le taux d'assurance... tu sais, de gens qui sont sur l'assurance salaire pour l'épuisement, et tout ça? Vous m'avez mentionné: On a établi un critère de sélection. Ce n'est pas tout le monde, il y a un critère de sélection. Donc, quel est le critère de sélection pour déterminer qui peut faire du temps supplémentaire, qui ne peut pas en faire?

M. Adam (Daniel): C'est un peu comme en rétrospective, si vous voulez. O.K.? Parce que les critères de sélection vont selon la circulaire, là, qui nous avez été transmise par le ministère, qui fait en sorte qu'un paramédic qui veut faire du temps supplémentaire ne doit pas être absent le premier 14 jours avant la première période de paie et le 14 jours suivant, donc sur une période de 28 jours. Alors, tout le monde peut faire du temps supplémentaire, mais il y en a qui ne sont pas ultimement, en rétrospective, qualifiés parce qu'ils ont eu une absence, je ne sais pas, moi, une absence de courte durée ou il y en a, bon, qui ont été obligés de s'absenter, et donc ils n'étaient pas qualifiés pour recevoir la prime. Mais je ne sais pas si c'est un nombre important.

M. Lemarier (Pierre): ...je peux préciser...

Le Président (M. Kelley): M. Lemarier.

M. Lemarier (Pierre): Oui. Merci beaucoup. En fait, le critère de sélection, c'est pour l'application de la prime sur le temps supplémentaire, non pas pour octroyer le temps supplémentaire. Tout le monde était éligible à faire du temps supplémentaire, mais l'application de la prime comme telle, lorsqu'on parlait de 10 \$ de l'heure pour l'application de la prime, tel qu'il est prévu dans le réseau, ça ne s'appliquait pas à tout le monde qui faisait du temps supplémentaire, il fallait que l'employé n'ait pas d'absence au cours de la période précédente et de la période subséquente.

M. Dorion: O.K. Donc, M. le Président, dans la situation du moins ou le portrait dont vous nous dressez, ce que je peux en comprendre, c'est que, pour contrer une pénurie de main-d'oeuvre, on applique une bonification pour rendre plus attrayant le temps supplémentaire, pour contrer des effectifs qui sont plus réduits.

Tantôt, vous m'avez dit: Il y a quand même une baisse observée sur ceux qui sont sur l'assurance salaire, qu'il y avait eu une baisse. Est-ce qu'elle est importante? Ou du moins il y avait une légère baisse, est-ce que théoriquement... Mon inquiétude, est-ce qu'on n'est pas en train... Et, je veux dire, les commentaires que j'avais, qui datent non pas de loin, dont le 28 mars 2008: «Nos

ambulanciers sont brûlés, car ils travaillent comme des fous, et les gens prennent beaucoup de congés de maladie en raison de surplus de travail.» Surplus de travail, j'imagine que c'est le temps supplémentaire. Je veux dire, c'est des travailleurs, là...

M. Adam (Daniel): D'abord, là...

M. Dorion: Je veux dire, c'est des...

M. Adam (Daniel): ...juste un point, juste...

M. Dorion: Mais je veux juste éclaircir une situation, est-ce qu'on n'est pas en train théoriquement, vu le fait du manque d'effectif, de brûler ceux qui ont une capacité plus élevée? Est-ce qu'on n'est pas en train de les brûler puis, l'année prochaine, se ramasser avec un rapport où on va voir que finalement le taux de gens sur l'assurance salaire va avoir augmenté dans son pourcentage?

M. Adam (Daniel): Est-ce que je peux demander à M. Lemarier de me soulager?

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Kelley): Oui. M. Lemarier.

M. Lemarier (Pierre): Merci.

Le Président (M. Kelley): Dernière réponse.

M. Lemarier (Pierre): En fait, si je prends l'exemple de l'application de la prime que nous avons eue lors de l'été 2007, en fait ce n'est pas tellement plus les personnes qui faisaient déjà du temps supplémentaire qu'on a été rejoindre, mais plus des gens qui ne voulaient pas faire de temps supplémentaire pour différentes raisons, parce qu'ils ont soit des... un choix personnel. Mais la prime a permis d'élargir le bassin de personnes qui voulaient faire du temps supplémentaire. Alors, par le fait même, ça venait soulager un peu les personnes qui en faisaient déjà beaucoup.

Pour répondre à votre question concernant les commentaires que vous avez entendus au 31 mars 2008, c'est vrai que nous sommes en pénurie de personnel. Je rappelle que le temps supplémentaire est offert sur une base volontaire, alors c'est les employés qui désirent en faire, on n'oblige pas personne à faire du temps supplémentaire. Occasionnellement, il y a des appels qui se finalisent un peu plus tard que le... un peu ou beaucoup plus tard que la fin normale du quart de travail, mais ça, on ne peut pas demander: O.K. La personne finit à 16 heures, tu peux terminer ton quart, alors qu'il est encore avec le patient. Alors, on ne peut pas faire ça. Il y a du temps supplémentaire que je vais dire systémique, compte tenu de l'intervention des paramédics, des techniciens ambulanciers paramédics.

Alors, c'est sûr qu'avec l'avancée en âge de nos ressources, la pénurie de personnel, on va mettre beaucoup d'efforts, un, pour embaucher tout le personnel nécessaire pour être capables de réduire ce temps supplémentaire là, puis on va octroyer d'autres programmes... on

va faire d'autres programmes pour essayer de réduire la charge de travail au niveau des paramédics.

Remarques finales

Le Président (M. Kelley): Sur ce, je vais mettre fin aux échanges avec les députés. Je ne sais pas, messieurs dames, si votre voix le permet puis je ne sais pas si, en guise de conclusion, vous avez quelques courts commentaires à formuler.

● (13 heures) ●

M. Adam (Daniel): Merci, M. le Président. Alors, je tiens à vous remercier, M. le Président, ainsi que les membres de la commission d'avoir pris le temps de nous entendre. Je pense que je vous dirais en conclusion qu'Urgences-Santé est une organisation efficace au-delà des problèmes qu'on peut constater, comme dans n'importe quelle organisation. Et, pour moi, il y avait trois priorités, quand je suis arrivé à Urgences-Santé, que j'ai mises de l'avant, à savoir améliorer, à la suite de ce qu'on a connu dans le passé, nos relations avec le ministère de la Santé et des Services sociaux — la relation va bien, et on suit les orientations ministérielles — améliorer, on l'a souligné tantôt, nos liens avec les agences et améliorer nos processus de gestion, et je peux dire aujourd'hui, bien, à toutes fins pratiques, c'est mission accomplie.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Et, au nom des membres de la commission, merci beaucoup pour vous, la qualité de l'information, des réponses fournies aux membres de la commission. Moi, je peux ajouter mon témoignage personnel. Avant le décès de mon père récemment, on a dû prendre une de vos ambulances pour le rendre de Beaconsfield, à l'Hôpital général, à l'heure de pointe, et je peux témoigner personnellement de la qualité des soins, l'effet rassurant des personnes avec une personne âgée qui était en très grande difficulté. Alors, je pense que l'intérêt, les questions qui sont posées par les membres de la commission, c'est la preuve qu'on croit fermement dans votre mission, on est très conscient de l'importance de votre mission et de l'accompagnement que vous faites avant tout pour les patients et également pour les membres de la famille des proches de ces personnes. Alors, merci beaucoup pour votre audience ici. Ça fait 11 ans, on me dit, la dernière fois qu'on a fait un mandat de surveillance avec Urgences-Santé. Alors, merci beaucoup.

Et finalement je dois remercier M. Samuel Houngué, de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale, qui a fourni les documents de soutien pour les membres de la commission.

Documents déposés

J'ai un petit peu d'intendance à faire, je dois faire le dépôt de deux documents: le mémoire en vue d'une audition d'Urgences-Santé devant la Commission des affaires sociales et le document intitulé *Présentation orale du président et directeur général de la Corporation d'urgences-santé*.

Sur ce, j'ajourne nos travaux sine die. Merci beaucoup, tout le monde.

(Fin de la séance à 13 h 2)