



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de l'administration publique**

Le mercredi 15 mai 2013 — Vol. 43 N° 9

Audition du directeur général de la Corporation
d'urgences-santé concernant la gestion
administrative de l'organisme

**Président de l'Assemblée nationale :
M. Jacques Chagnon**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	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
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de l'administration publique

Le mercredi 15 mai 2013 — Vol. 43 N° 9

Table des matières

Organisation des travaux	1
Exposé du directeur général de la Corporation d'urgences-santé, M. Nicola D'Ulisse	1
Discussion générale	3

Autres intervenants

M. Yvon Marcoux, président

Mme Suzanne Proulx
M. Yves Bolduc
Mme Hélène Daneault
M. Jean Rousselle
M. Daniel Goyer
M. Robert Dutil

- * M. Louis Trahan, Corporation d'urgences-santé
- * M. Pierre Lemarier, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 15 mai 2013 — Vol. 43 N° 9

**Audition du directeur général de la Corporation d'urgences-santé
concernant la gestion administrative de l'organisme**

(Quinze heures six minutes)

Le Président (M. Marcoux) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Bienvenue à toutes et à tous. M. le secrétaire, nous avons quorum? Donc, je déclare la séance de la Commission de l'administration publique ouverte. Et puis, comme toujours, si parfois certaines ou certains d'entre vous avez oublié de fermer ou de placer votre appareil en mode silencieux, s'il vous plaît bien vouloir le faire.

Et, M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements?

Le Secrétaire : Oui, M. le Président. M. Cardin (Sherbrooke) est remplacé par M. McKay (Repentigny); M. Bonnardel (Granby) est remplacé par Mme Daneault (Groulx). Et, comme membres temporaires, nous avons M. Bolduc (Jean-Talon) et M. Rousselle (Vimont).

Organisation des travaux

Le Président (M. Marcoux) : Alors, merci, M. le secrétaire. Donc, l'objet de la séance de cet après-midi, c'est de procéder à l'audition portant sur la gestion administrative de la Corporation d'urgences-santé.

Peut-être que je pourrais, avant de céder la parole au directeur général, mettre simplement le travail de la commission, cette séance-là, en contexte. Vous savez, en vertu du règlement de l'Assemblée nationale — je pense que c'est l'article 117, M. le secrétaire — la Commission de l'administration publique exerce diverses fonctions et elle a, entre autres, pour fonction d'entendre au moins une fois à tous les quatre ans les dirigeants des ministères et des organismes pour discuter de leur gestion administrative.

La plupart du temps, la commission procède à l'examen de la gestion administrative en séance de travail à partir des rapports annuels de gestion des ministères et des organismes et suite à des analyses qui sont faites par le service de recherche de l'Assemblée nationale. Cependant, à l'occasion, la commission demande à un ministère ou à un organisme de venir en auditions publiques pour échanger avec les membres de la commission sur le rapport de gestion, le rapport annuel de gestion. Et donc aujourd'hui nous accueillons les représentants de la Corporation d'urgences-santé.

L'autre mandat principal de la commission est d'entendre les ministères et les organismes qui font l'objet de chapitres dans le rapport du Vérificateur général. Donc, c'est deux fois par année. Et, à partir des chapitres qui sont dans ces rapports-là, la commission entend un certain nombre d'organismes ou de ministères. Donc, aujourd'hui, c'est à partir du rapport annuel de gestion.

Et également, pour des membres qui sont nouveaux, également pour nos invités, je vais faire un rappel du rôle général de la Commission de l'administration publique, qui est un peu différent du rôle des autres commissions parlementaires dites sectorielles de l'Assemblée nationale.

La Commission de l'administration publique est une commission qui est chargée de l'imputabilité et de la reddition de comptes des ministères et des organismes gouvernementaux. À cette fin, donc, elle entend — comme vous le savez pour plusieurs d'entre vous, il y a des invités qui sont venus devant le commission parlementaire de l'administration publique — elle entend non pas les ministres, mais les sous-ministres ou les dirigeants des ministères ou des organismes gouvernementaux dont la gestion administrative fait l'objet de discussions avec les membres de la commission.

Et la commission, traditionnellement, a toujours fonctionné de façon non partisane. Elle ne se préoccupe pas des décisions politiques, mais de leurs effets sur la gestion de l'État. Son mandat est d'assurer, au nom des parlementaires et de la population que nous représentons comme parlementaires, que la gestion des fonds publics est faite avec rigueur, transparence, efficacité et efficience. Et les résultats des travaux de la commission sont déposés à l'Assemblée nationale à la fin de chaque session. Alors, voilà les commentaires généraux que je voulais, comme président de la commission et au nom des membres, vous faire.

• (15 h 10) •

Nous allons maintenant inviter M. Nicola D'Ulisse, qui est le directeur général de la Corporation d'urgences-santé, à nous faire son exposé, à nous présenter également les personnes qui vous accompagnent. Et subséquemment nous entamerons une discussion avec les membres de la commission. Nous procédons normalement, par des blocs d'à peu près 10 minutes, à des questions des représentants des membres du gouvernement, membres de l'opposition officielle ou deuxième groupe d'opposition, avec une certaine flexibilité pour permettre d'échanger et parfois de terminer la discussion sur un point particulier. Alors, M. D'Ulisse, je vous cède maintenant la parole.

**Exposé du directeur général de la Corporation
d'urgences-santé, M. Nicola D'Ulisse**

M. D'Ulisse (Nicola) : Merci, M. le Président. Mesdames et messieurs les élus, justement, je suis Nicola D'Ulisse, président-directeur général d'Urgences-Santé. Aujourd'hui, je suis accompagné de M. Louis Trahan, à ma gauche,

directeur général adjoint, M. Jean Girouard, directeur des finances, et M. Pierre Lemarier, directeur des ressources humaines.

C'est avec plaisir que nous sommes ici aujourd'hui pour vous présenter le bilan de gestion d'Urgences-Santé. Voici en quelques chiffres un portrait de notre organisation pour 2012-2013. Urgences-Santé a répondu à plus de 373 000 appels, et, de ce nombre, 228 000 transports ont été effectués. Nous comptons quelque 1 370 employés, dont près de 100 répartiteurs médicaux d'urgence et près de 900 paramédics, qui assurent les services à 2,3 millions de personnes sur le territoire de Montréal et Laval. Nous occupons quatre édifices, dont trois centres opérationnels. Nous assurons nous-mêmes l'entretien de notre flotte de 154 véhicules.

Notre mission consiste notamment à assurer à la population de Montréal et de Laval des services préhospitaliers d'urgence de qualité pour réduire mortalité et morbidité associées aux conditions médicales urgentes. Pour y arriver, nous devons planifier, organiser, coordonner et évaluer les services de la chaîne d'intervention préhospitalière. Cette chaîne d'intervention part d'un principe de base mondialement reconnu. Pour les appels de haute priorité, plus on intervient rapidement, plus on sauve des vies. C'est pour cette raison que la chaîne débute des citoyens et des secouristes qui pourraient être en mesure d'intervenir pour effectuer des manœuvres de réanimation.

Lorsque l'appel nous est transféré par le 9-1-1, notre centre de communication santé entre en jeu pour prioriser l'appel. S'il s'agit d'un appel critique, les premiers répondants sont déployés lorsque possible. Nos équipes de paramédics arrivent sur les lieux, interviennent auprès du patient pour ensuite le transporter vers un centre hospitalier approprié.

Comme vous le voyez, notre travail ne se limite pas à transporter un patient à l'hôpital. La Loi sur les services préhospitaliers d'urgence nous confie également le rôle d'une agence pour le volet préhospitalier. Nous veillons à l'efficacité de l'ensemble de la chaîne d'intervention. Cette vision globale intégrée nous a permis d'améliorer nos résultats.

Revenons au premier maillon, les citoyens premiers intervenants et les secouristes. Il est scientifiquement reconnu que les manœuvres de réanimation et de défibrillation débutées rapidement ont des impacts importants sur les chances de survie. En l'absence de manœuvres, les chances de survie diminuent de 7 % à 10 % par minute, et les risques de séquelles augmentent. Grâce au programme Héros en trente, nous avons formé 2 500 citoyens qui peuvent maintenant effectuer un massage cardiaque et utiliser un défibrillateur. Nous avons aussi favorisé le déploiement de défibrillateurs externes automatisés sur notre territoire, comme dans les autopatrouilles du Service de police de la ville de Laval, dans les casernes des services d'incendie de la ville de Montréal et aussi dans plusieurs endroits publics.

Le deuxième maillon, l'arrimage avec les services 9-1-1. Depuis 2007, nous avons amélioré le processus de transfert des appels entre 9-1-1 de Montréal et notre centrale. Cette initiative nous a permis de diminuer de 15 % le temps de traitement des appels. Nous poursuivons le même objectif avec Laval, tel que prévu dans notre planification stratégique 2012-2015.

Le troisième maillon, notre centre de communication santé. Nous avons comme objectif d'obtenir notre certification de centre d'excellence décernée par The National Academies of Emergency Dispatch. Cette procédure a requis une révision en profondeur de nos façons de faire, surtout pour la qualité. Nous avons donc développé de nouveaux profils de compétence, révisé la formation et les mécanismes d'assurance qualité. Ce travail a eu pour effet de retarder l'obtention de notre certification, prévue au cours de la prochaine année. Ces transformations nous ont permis de diminuer le taux de roulement de nos équipes. En 2008-2009, le taux de roulement des répondants médicaux d'urgence était de 30,2 %, alors que celui des répartiteurs était de 19,6 %. Suite à la fusion des deux types d'emploi, nos données préliminaires, pour l'année 2012-2013, qui se termine, indiquent 11,3 %.

Le quatrième maillon, les premiers répondants. En 2009, nous avons terminé la formation de 2 400 pompiers sur l'île de Montréal comme premiers répondants. Ce déploiement s'est fait en six vagues. Les résultats sont probants. Le temps d'intervention systémique s'est amélioré de plus de 30 %, comme le montrent les cartes sur l'écran. Plus les zones tendent vers le vert foncé plus elles indiquent une amélioration du temps d'intervention où les premiers répondants ont été déployés. Nous voulons reproduire ce succès à Laval, surtout pour les zones moins densément peuplées, afin de réduire les écarts de service.

Le cinquième maillon, les services ambulanciers. À partir de notre planification stratégique, nous avons développé des plans d'action avec des indicateurs. Parmi eux, certains touchent notre capacité d'intervention clinique, dont le taux de survie, le taux de conformité au protocole clinique et le temps d'intervention systémique, c'est-à-dire le moment où un appel critique entre au 9-1-1 et celui où une ressource arrive à la victime, que ça soit les premiers répondants ou une équipe d'Urgences-Santé.

Nos résultats sont probants. Sur notre territoire, le taux de survie pour les cas critiques est passé de 27,4 % à 42,6 % en quatre ans. Pour l'année 2012-2013, nos taux de conformité au protocole clinique dépassent les cibles. Nous atteignons jusqu'à 98 %. Pour la même période, le temps moyen d'intervention systémique pour les appels de priorité 1 est passé de 7,8 à 7,17 minutes, malgré une augmentation de plus de 10 000 interventions. Pour y arriver, nous avons investi des efforts importants dans notre programme d'assurance qualité des interventions des paramédics. Nous avons mis en place une approche d'amélioration continue conjointement avec le ministère.

J'aimerais souligner que le ministère de la Santé a adopté une nouvelle grille de priorisation des appels en 2011. Les priorités d'appel sont maintenant normalisées à l'échelle québécoise, autant les appels entrant au 9-1-1 que ceux en provenance des établissements de santé. Bref, les critères ont changé. Par exemple, le ministère a créé une nouvelle priorité 0, qui est... affection immédiate, urgente et prioritaire. Quant aux appels à priorité 1, 2 et 3, ils sont dorénavant considérés comme urgents, de telle sorte que 73 % des appels traités au centre de communication santé requièrent une affectation immédiate.

C'est en raison de changement que vous remarquerez des variations dans les temps de réponse cités dans notre rapport annuel. Pour l'ensemble des priorités, notons que les cibles qui y figurent avaient été établies en fonction de

l'ancienne grille, et notre défi actuel est de mettre en place des cibles qui pourront mesurer notre efficacité, autant auprès le patient que nos partenaires. Aussi, nous poursuivons nos efforts pour l'implantation plus large des soins avancés. Le travail se déroule bien, en particulier avec le Collège des médecins, qui devrait avoir adopté 27 nouveaux protocoles sous peu.

Nous collaborons au déploiement d'un programme avec l'Université de Montréal qui nous permettra d'attirer des ressources qualifiées et d'offrir à la population des soins qui seront encore mieux adaptés. À cet égard, la gestion de ressources humaines chez Urgences-Santé demeure un défi constant. L'absentéisme et les accidents de travail ont de tout temps été des préoccupations chez Urgences-Santé et ils le demeurent.

À la base, le travail de paramédic est exigeant, tant physiquement que psychologiquement. Les équipes sont sous tension et doivent composer avec des patients dans des situations complexes. Chez nous, une réalité est amplifiée en raison des contraintes urbaines. À cette réalité s'ajoute l'âge des paramédics. Chez Urgences-Santé, 243 paramédics sur 891 sont âgés de plus de 53 ans, soit 27 %. Ils ont débuté dans la profession à une époque où les méthodes et les équipements de travail étaient nettement plus rudimentaires qu'aujourd'hui. Plusieurs ont subi des lésions physiques dans le passé qui les rendent plus vulnérables aux blessures récidivantes. Lorsque cela se produit, la durée des absences est plus longue.

• (15 h 20) •

Au fil des ans, nous avons mis en place un plan de réduction des lésions professionnelles. Nous avons investi dans des équipements spécialisés et, entre autres, dans la formation sur les techniques de soulèvement de charge. 45 % des accidents de travail étaient attribuables à la manipulation des charges. Notre programme a donné des résultats, puisque nous avons observé une diminution de 34 % sur deux ans des accidents de travail liés au soulèvement de charges. Le taux de gravité des accidents de travail a diminué de plus de 25 %.

Notre taux de roulement, pour les paramédics, était de 4,5 % pour 2011-2012, et nos résultats préliminaires pour 2012-2013 indiquent un taux de 3,3 % alors que la cible était de 4,8 %. Par conséquent, notre taux d'absentéisme s'est de facto amélioré, passant de 5,9 % en 2008 à 4,4 % en 2011-2012, notre cible visant à maintenir ce taux sous la barre de 6 %.

Enfin, notre plus récente enquête de satisfaction de la clientèle montre un taux de satisfaction générale qui atteint 97 %. Nos paramédics ont reçu 348 témoignages d'appréciation de la population en 2011-2012. Cette satisfaction est attribuable à nos efforts sur la conformité aux protocoles et à nos programmes de formation sur l'éthique et les droits des usagers. Sur plus de 263 000 interventions, seulement 222 plaintes ont été reçues, dont 80 touchent l'aspect financier. Nos sondages démontrent que 55 % des citoyens ignorent que le transport ambulancier n'est pas gratuit.

Le sixième et dernier maillon, les centres hospitaliers, qui sont les établissements receveurs. Pour améliorer la rapidité des interventions, nous devons assurer une disponibilité de nos équipes. Plus les équipes sont disponibles, plus les temps de réponse sont rapides. Nous travaillons, en ce moment, avec nos partenaires pour améliorer le temps que les équipes passent au centre hospitalier. Au cours des cinq dernières années, le temps moyen en centre hospitalier est passé de 43 minutes à 50 minutes. Plusieurs pistes de solution ont été présentées, et les discussions se poursuivent.

Nous travaillons aussi pour identifier des solutions pour mieux planifier les transports interétablissements, qui représentent 20 % de nos activités. En effet, 81 % de ces transports nous sont demandés à la journée même par les établissements. Avec une meilleure planification, nous pourrions mieux prévoir les horaires de nos équipes et assurer une disponibilité optimale de nos ressources. J'aimerais ajouter que nous avons mis en place une équipe en gestion du risque, qui déploie des processus d'audit interne pour assurer un suivi régulier et contenir des risques cliniques, opérationnels et administratifs.

Enfin, abordons le volet financier. Sur le plan financier, nous avons la situation bien en main. Notons particulièrement que, suite aux audits de nos états financiers, le Vérificateur général du Québec n'a formulé aucune recommandation dans son rapport déposé à l'Assemblée nationale, et ce, depuis 10 ans. Malgré une hausse de volume de transports de près de 16 % enregistrée depuis cinq ans, nous avons su maintenir l'équilibre budgétaire en plus d'avoir respecté le plan de compression du gouvernement. Les cibles de réduction ont été atteintes.

Je rappelle que plus de 90 % de notre budget est dédié aux services à la population. Du côté des revenus, nous avons deux principales sources de financement : la subvention gouvernementale, qui représente 71 % de nos revenus; et la tarification des transports, qui représente 28 %. La tarification des transports est établie par le gouvernement du Québec, et n'a pas augmenté depuis 1997. Le coût est de 125 \$, auquel on ajoute 1,75 \$ par kilomètre parcouru. Les personnes transportées bénéficient de plusieurs programmes de gratuité. 26 % de nos transports sont facturés à des particuliers qui doivent acquitter la facture personnellement ou par l'intermédiaire de leur assurance privée. Dans ces cas, nous nous butons à des mauvaises créances de l'ordre de 1,5 million. Notre équipe déploie tous les efforts requis pour contenir nos mauvaises créances.

En terminant, notre organisation a réalisé des progrès notables au cours des dernières années, tant en termes de performance clinique qu'en matière de gestion administrative. Si nous avons pu y arriver, c'est parce que nous avons modifié nos structures et changé nos façons de faire. Nous avons su développer aussi des liens étroits avec tous nos partenaires, et en particulier avec le ministère de la Santé. Cette réorganisation s'est faite dans un contexte d'augmentation constante de la demande. Mais, aujourd'hui, les résultats sont au rendez-vous.

La prochaine étape est maintenant d'aller encore plus loin en poussant l'innovation et en améliorant notre capacité opérationnelle au bénéfice des patients. Nous avons clairement identifié nos défis dans notre planification stratégique 2012-2015. Merci, M. le Président.

Discussion générale

Le Président (M. Marcoux) : Alors, merci, M. le président-directeur général. Nous allons débiter les échanges avec les membres de la commission, comme je vous le mentionnais, par blocs d'à peu près 10 minutes. Les membres

du gouvernement disposent, d'une façon maximale, d'une heure et quelques minutes, même chose pour les membres du groupe d'opposition officielle, et d'à peu près 18 à 20 minutes pour les membres du deuxième groupe d'opposition. Donc, ce sont les règles qui s'appliquent pour une commission parlementaire comme celle-ci.

Donc, je commence avec un membre représentant le gouvernement. Est-ce que c'est... Mme la députée de Sainte-Rose, dans la belle ville de Laval, alors, territoire que vous couvrez. Donc, Mme la députée.

Mme Proulx : Merci, M. le Président. Alors, bonjour, messieurs. Ça me fait plaisir de vous rencontrer compte tenu effectivement notamment que je représente une partie du territoire que vous desservez.

Dans toute votre chaîne d'intervention... J'ai trouvé ça très intéressant, de toute façon, d'entrée de jeu, votre rapport parce que je trouve ça très instructif de voir l'organisation de tous les systèmes d'urgence, préhospitaliers d'urgence. Et, dans votre chaîne d'intervention préhospitalière, vous parlez notamment des premiers répondants. J'aimerais ça, dans un premier temps, que vous nous expliquiez un peu mieux ce que c'est que des premiers répondants par rapport à des techniciens ambulanciers standards, quel est leur mandat particulier et, en fait, quels sont les bienfaits que vous pouvez constater. Vous nous avez mentionné, là, un ordre de bonification du temps de réponse de l'ordre de 30 %, ce qui est quand même... ce qui m'apparaît important. Donc, j'aimerais ça que vous donniez un peu plus de détails, c'est qui, ces personnes-là, qu'est-ce qu'elles font et quels sont les bienfaits que vous avez pu constater, vous, chez les premiers répondants.

Le Président (M. Marcoux) : M. le président-directeur général.

M. D'Ulisse (Nicola) : Excellent, merci. Alors, je vais débiter... Peut-être de faire juste un petit survol pour avoir un comparable avec un paramédic. Là, présentement, un paramédic, c'est un professionnel qui a terminé trois ans de cégep. Il a complété un DEC. Alors, on part de là. Le contresens... on a un premier répondant. Les premiers répondants existent au Québec depuis plusieurs années. Je vous dirais, depuis environ 10 ans, la structure de qu'est-ce qui est un premier répondant a beaucoup changé. On a parti d'une personne formée... d'une formation d'environ 60 heures. Puis leur objectif, c'est d'intervenir rapidement dans les cas qui sont des cas critiques. Un exemple très concret, c'est les arrêts cardiorespiratoires, les cas de trauma, des arrêts respiratoires, des cas d'anaphylaxie, qui veut dire des chocs allergiques.

À travers les années, dernièrement, le ministère a émis plusieurs modèles de premiers répondants. Le maximum, c'est 60 heures, on appelle ça un PR3. Il faut comprendre là-dedans : ça, c'est notre top premier répondant. Et ça, la plupart des services de premiers répondants qu'on a à travers la province ont ce niveau de formation là. Après ça, on descend puis on enlève certains volets qui rendent la formation des premiers répondants plus facile. On peut avoir 40 heures de formation, jusqu'à 10 heures. Puis le niveau de base, c'est qu'est-ce qu'on appelle police défibrillation. Ça veut dire : les policiers qui ont un défibrillateur dans leur char, ils ont quelques heures de formation, ils sont en mesure de répondre à des appels d'arrêt respiratoire puis arrêt cardiorespiratoire. Alors, ça, c'est tous les niveaux de premiers répondants. Puis on voit beaucoup d'évolution dans cette expertise dernièrement.

Évidemment, si on regarde la chaîne d'intervention, le PR, c'est un maillon en spécifique. Alors, si on manque ce maillon-là, c'est comme on manque une étape dans le déploiement dans un appel... une intervention urgente. Les premiers répondants, souvent, sont associés avec des services d'incendie. À Montréal, c'est le cas, mais, si on s'en va en région... Montérégie, c'est une région que je connais très bien, ils sont souvent associés ou en mode bénévoles ou en mode pompiers. Ils sont local, ils couvrent un terrain qui est plus restreint que le service d'ambulance va couvrir. Puis souvent ils vont arriver dans les prochaines minutes. Et c'est là qu'on a un impact majeur. Parce que de plus en plus les recherches, ça nous demande où est-ce qu'on a un impact positif mesurable. C'est dans les cas d'arrêt cardiorespiratoire. Et c'est là qu'ici on est capables d'amener quelqu'un à côté du patient.

Premier choix, c'est qu'est-ce qu'on appelle un premier intervenant, Mme et M. Tout-le-monde qui est formé. L'exemple que j'avais cité tantôt, c'est les 2 500 citoyens qu'Urgences-Santé a formés. On a essayé de créer un petit momentum : former du monde en 30 minutes, masser puis défibriller. Alors, ça, c'est notre premier intervenant. Après ça, on passe à un premier répondant qui va arriver quelques minutes après. Puis là on continue la chaîne. Les paramédics arrivent en ambulance, ils continuent le soin puis là ils transportent jusqu'à l'hôpital. Alors, la clé pour le premier répondant, c'est de vraiment arrêter l'horloge où est-ce que la personne en détresse, la personne en arrêt cardiorespiratoire, qui n'a pas de pouls, qui ne respire pas, qui n'a pas de circulation, il y a quelqu'un à côté qui crée la circulation, puis, dans des cas spécifiques, utilise le défibrillateur pour, on espère, renverser l'anomalie qui arrive dans le cœur. Alors, le premier répondant, c'est vraiment rendu une clé, une étape clé dans la chaîne de déploiement. Et le ministère a vraiment mis beaucoup d'emphasis, depuis plusieurs années, d'encourager des régions, des municipalités de le déployer.

Nous autres, j'ai fait allusion à l'effet qu'on a un rôle d'agent aussi, on comprend, ce rôle-là est limité au volet préhosp. On a un rôle et une responsabilité d'encourager et les citoyens formés, les placements de défibrillateurs, et d'encourager des régions puis des municipalités pour déployer des premiers répondants. Ça, ça complète la chaîne intervention. Après ça, on continue de renforcer avec des nouvelles techniques, des nouvelles formations, des nouvelles méthodes.

• (15 h 30) •

Le Président (M. Marcoux) : Oui, Mme la députée.

Mme Proulx : Oui. Alors, écoutez, je trouve ça fort intéressant, mais, en même temps, je suis très, très, très préoccupée d'apprendre et de voir, là, qu'il y a 2 400 pompiers qui ont eu 60 heures de formation à Montréal, mais vous desservez aussi Laval, et je comprends bien qu'il n'y a pas de service de premiers répondants à Laval. Est-ce que je comprends bien que ça n'existe pas?

Le Président (M. Marcoux) : M. le président-directeur général.

M. D'Ulisse (Nicola) : Pour l'instant, oui. Alors, Montréal a fait un choix — il me semble que c'était en 2007, si je ne me trompe pas — d'embarquer dans le programme de premiers répondants puis ils ont commencé à former leurs pompiers puis déployer les casernes. C'est ça que les cartes ont démontré, à travers trois ans, le déploiement des premiers répondants sur l'île de Montréal a été fait, puis justement on voit un temps systémique qui est à la baisse.

Laval, ils n'ont pas des premiers répondants comme tels. On les encourage toujours de regarder le dossier, expressément avec les options qu'on a aujourd'hui, qu'on n'avait pas si on recule peut-être trois, quatre, cinq ans, les options n'étant pas nécessairement le top premiers répondants à 60 heures, des options plus faciles. Et justement la ville de Laval, ils ont choisi de s'impliquer dans une de ces options-là, c'est d'installer les défibrillateurs dans les auto-patrouilles. Et ça, c'était, si je ne me trompe pas, en décembre 2011. Alors, ça fait environ un an, un an et demi qu'on voit qu'ils ont pris la première étape. Alors, les échanges qu'on a avec Laval, l'intérêt est là d'avancer. Je pense qu'il y a certaines inquiétudes. C'est quand même majeur de déployer une infrastructure de premiers répondants. Les premières étapes sont faites. Impliquer, alors, impliquer, c'est un défibrillateur dans les chars de police.

On a un autre volet qui roule présentement, c'est l'interface entre nos deux services. Je vais essayer de simplifier ça, mais leur service 9-1-1 puis notre centre de communication, il faut qu'on se parle, puis que ça se parle par ordinateur. Quand on a un système intégré, il y a beaucoup de données que le 9-1-1 Laval va ramasser de l'appelant qui est transféré automatiquement. On a ça à Montréal. On ne l'a pas encore au complet à Laval. Alors, ça c'est un autre renforcement dans la chaîne d'intervention, qu'est-ce qu'on appelle les interfaces. On espère d'avoir une solution, c'est un peu long... mais une solution informatique bientôt entre notre centre de communication puis leur centrale 9-1-1.

L'autre volet, c'est le volet interemployabilité, ça veut dire la façon qu'on interagit sur le terrain sur intervention, spécialement les accidents de la route, les incendies, où est-ce que leur sécurité publique va interfacer avec nos paramédics. Alors, la partie premiers répondants, je pense qu'au moins l'implication de la ville de Laval s'améliore. Il y a une majeure étape à faire, et c'est là qu'on va retourner à la ville de Laval avec d'autres opportunités, d'autres solutions qui deviennent de plus en plus, comme je dis, accessibles.

Mme Proulx : Parce que, là, vous avez mentionné tantôt les différents niveaux, là, de formation des premiers répondants et vous avez dit que ceux qui ont eu la formation de 60 heures, c'est comme le top, les PR3, là, premiers répondants de niveau 3, si je comprends bien. Et moi, je vous avoue, j'entends bien ce que vous dites, mais ça continue de me préoccuper quand même. Laval, on est quand même au-delà de 400 000 habitants, et il me semble qu'on devrait pouvoir compter sur des services de premiers répondants au même titre que la population de Montréal. Et j'aimerais savoir ça fait combien de temps... Est-ce que vous avez fait des approches? Premièrement, est-ce que ça relève de la municipalité, c'est une décision uniquement de la ville de se doter d'un service de premiers répondants?

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : La plupart des services, si on regarde qu'est-ce qu'ils ont comme modèle à travers la province, la plupart des services sont attachés avec les municipalités. Il y a quelques municipalités à travers le Québec qui ont «mergé» deux municipalités avec un service de premiers répondants; ça, c'est plutôt l'exception.

Je vais utiliser un vrai exemple concret sur notre territoire, celui de Montréal existe, la ville de Côte-Saint-Luc. Côte-Saint-Luc ont un service de premiers répondants depuis au moins 30 ans. C'est un service bénévole. C'est un service... il y a un maximum, c'est équivalent de PR3, top niveau. La municipalité a décidé : sur leur territoire, il va y avoir les premiers répondants même avant que les services d'incendie à Montréal sont déployés.

Normalement, c'est une décision municipale. Quand c'est un grand territoire, l'enjeu, c'est d'assurer qu'on ait un style de continuité à travers les régions, à travers le territoire. Les défis avec la ville de Montréal... ou l'île de Montréal, plutôt, puis ville de Laval, c'est toujours nos extrémités. On ne peut pas avoir une ambulance dans chaque coin. On aimerait avoir une ambulance... C'est les premiers répondants qui nous dépannent, si vous voulez, dans ces extrémités-là. Alors, j'espère qu'avec, comme je dis, les opportunités qui sont présentes, les modèles différents...

On a rencontré la ville : moi-même en 2009-2010, on a fait une autre rencontre avec les élus en 2011. Il y a des groupes externes de la ville qui ont même offert des options d'infrastructures bénévoles pour offrir ce service-là. Alors, je pense que, si vous voulez, l'énergie ou les opportunités alentour de ça sont présentes. On pense qu'on est rendus à un point que et la ville et Urgences-Santé sont en mesure de dire où est-ce qu'on peut s'aligner. Comme je dis, au moins, les premiers gestes sont faits par la ville, de dire : On s'implique avec les policiers. Quel modèle? Puis pas besoin du même modèle à travers tout le territoire de Laval non plus. La ville peut regarder une option de déployer les premiers répondants vers les extrémités, pas vers le centre. Alors, ça, c'est...

Mme Proulx : Jusqu'à date...

Le Président (M. Marcoux) : ...une dernière question? Oui. Allez-y.

Mme Proulx : Excusez-moi. Oui, dernière question. Mais, jusqu'à date, je veux comprendre c'étaient quoi, les raisons pourquoi on n'a pas encore été, à Laval, de l'avant, sauf récemment, équiper une vingtaine de voitures autopatrouilles d'un défibrillateur. Sinon, ça a été quoi, les raisons pour dire qu'on n'allait pas de l'avant là-dedans? C'est quoi, les réponses que vous aviez?

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse, rapidement.

M. D'Ulisse (Nicola) : Alors, mais c'est difficile à donner une réponse pour la ville. Quand on approche la ville — je vais retourner à notre rôle — c'est d'offrir des solutions, d'offrir des outils, offrir même des formateurs. Je fais le parallèle avec Montréal, c'est nos paramédics qui ont formé les pompiers à Montréal, c'est nos paramédics et instructeurs présentement qui forment les premiers répondants à ville de Côte-Saint-Luc. C'est nous autres qui ont fourni le défibrillateur aux autopatrouilles de la ville de Laval. On est là avec les outils, des solutions.

Je ne peux pas vous répondre. On a fait des présentations sur des options de déploiement, les types de déploiement. Il y avait une réticence... Peut-être que c'est une question de financement, peut-être que c'est une question d'inquiétude, mais certainement je ne peux pas répondre pour la ville comme telle.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, merci. Maintenant, je vais céder la parole à un membre de l'opposition officielle. M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Je voudrais saluer mes collègues puis également les gens d'Urgences-Santé, puis des gens qui sont avec eux autres, une organisation que je connais quand même assez bien parce qu'on a eu à travailler ensemble, dont le directeur général, lorsque j'étais ministre, qui a été nommé. On était très contents de notre choix, je tiens à vous le dire, on n'a pas eu l'occasion de s'en parler beaucoup, mais très contents de notre choix. Parce que c'est un gros système, comme vous le disiez, 2,4 millions de personnes, de couverture sur... en pratique, deux îles, c'est presque le tiers du Québec, ça fait que je pense que c'est quand même assez significatif.

Moi, je commencerais peut-être par ce que vous faites. C'est-à-dire, vous avez 373 000 appels, puis je crois que vous avez 228 000 transports. Je comprends bien aussi que vous faites le transport interhospitalier à partir de la maison. Est-ce qu'à Montréal il existe aussi du transport adapté qui ne dépend pas de vous, c'est-à-dire que, lorsqu'une personne n'est pas trop malade, elle a juste besoin d'aller chercher un service dans une autre établissement, est-ce qu'elle doit vous utiliser ou on peut utiliser un transport adapté?

Le Président (M. Marcoux) : Alors, M. D'Ulisse.

• (15 h 40) •

M. D'Ulisse (Nicola) : Alors, justement, tout ce qui est 9-1-1... chez nous, on appelle ça 9-1-1, ce qui veut dire les appels médicaux urgents qui entrent, tout ce qui est interétablissement, qui représente environ 40 000 transports par année. Après ça, l'autre volet, qui ne relève pas de nous, c'est le transport adapté. Le terme simple pour ça, on appelle ça «le privé». C'est des cas où est-ce que le patient ne nécessite pas d'être couché sur une civière, première chose, puis ne nécessite pas un accompagnement médical par un paramédic ou une infirmière qui va accompagner le patient. Alors, le transport adapté, c'est servi par plusieurs compagnies privées. Puis ça, c'est un choix qui relève du centre hospitalier, de quelle compagnie qu'il va utiliser. Puis ultimement ça relève de la responsabilité médicale du centre hospitalier de décider : Est-ce qu'ils ont besoin vraiment d'infrastructure, d'une ambulance d'Urgences-Santé ou un autre service privé peut fournir ce service-là?

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Vous avez 373 000 appels, 228 000 transferts, donc ça vous donne à peu près 150 000 appels qui ne nécessitent pas de transfert... de transport, pas de transfert mais de transport. Pouvez-vous nous dire c'est quoi, les motivations ou les causes de ces 150 000 appels et comment vous les traitez?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Alors, ça, c'est une excellente question. Parce que souvent, quand on décortique nos chiffres, le monde va indiquer que justement il y a une tranche qu'on n'a pas transportée. Pour nous autres, un appel représente un appel qui rentre à notre centre de communication santé. Et je vous donne un exemple très, très concret. Un accident de la route va souvent solliciter cinq, 10, 15, 20 appels qui rentrent à notre centre de communication santé pour un seul accident. Alors, c'est là qu'on voit tout de suite le grand écart entre le nombre d'appels puis le nombre d'interventions.

Suite à ça, on descend du niveau d'intervention à rendu sur les lieux, on a un patient en avant de nous. Des fois, on n'a pas de patient en avant de nous. Souvent, ça arrive au centre-ville. Le meilleur exemple : le vendredi soir, le bon citoyen appelle le 9-1-1 pour quelqu'un qui est tombé à terre, mais, les minutes qui suivent, on arrive là, il n'y a plus de patient, il n'y a plus personne. Alors, ça, c'est un exemple où est-ce qu'il y a un appel, il y a une affectation, on arrive sur les lieux : pas de patient.

Rendus sur les lieux, il y a une autre sous-étape : les patients qu'on ne transporte pas. Et c'est là la partie qui mérite un peu peut-être d'explications. De ne pas transporter un patient, ça ne fait pas partie de notre vocabulaire. Nous autres, on est là... Quand il y a un appel qui rentre puis il y a un patient sur place, notre rôle, notre responsabilité, c'est de transporter, soigner, stabiliser, transporter ce patient-là. Il y a un certain nombre de cas qui transfèrent... ou se transforment plutôt dans un refus de transport, qui veut dire... le patient même décide : Je ne veux pas être soigné, je ne veux pas être transporté. Alors, si vous me permettez, je vais vous donner un cas très simple, très facile à comprendre.

Madame appelle 9-1-1 pour son mari qui est diabétique, puis il est diabétique depuis 15 ans. Il a souvent des hausses de sucre puis des baisses de sucre. On arrive sur les lieux, puis le patient comme tel ne veut rien savoir de

nous autres, il ne veut pas être soigné. Il connaît sa situation clinique, il est en contrôle. Sa conjointe est inquiète de lui. Son sucre est élevé. Alors, est-ce qu'on voit un changement dans son comportement? Non, pas présentement. On prend ses signes vitaux, puis ça peut être stable. On prend son taux de sucre, puis ça démontre une élévation. Mais on regarde en avant de nous quelqu'un qui comprend sa situation, quelqu'un qui... On explique qu'il y a un risque, puis son taux de sucre est élevé, il a besoin de prendre son médicament. On explique qu'il y a un membre de la famille qui est très inquiet de lui.

Quand on a fait le tour de tout ça, là on commence à aligner, quand il refuse, dans un non-transport. Mais il y a un refus de transport. C'est le patient qui a décidé de ne pas être transporté. Notre rôle, c'est d'assurer qu'il a pris une décision éclairée, il a compris les enjeux, il a compris les risques. Et, si les paramédics ont besoin d'un peu plus de support, depuis quatre ans, on a mis une infrastructure en place où est-ce que le paramédic peut appeler à notre centrale, parler avec un paramédic instructeur qui va le supporter. On appelle ça des cas à risque. La personne n'est pas à risque à mourir là, mais peut-être prochainement. Il y a un filet de sécurité. Alors, les paramédics appellent s'ils ont besoin d'une consultation. Des fois, le paramédic instructeur va même parler avec le patient. Notre job, c'est de convaincre le patient, dans les cas de risque, d'aller... Et finalement, s'il comprend sa situation, il comprend le contexte, il a aussi le droit de refuser le transport. Alors, ça, c'est la dernière tranche, si vous voulez, de non-transport.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Vous êtes sûr que, dans les transports qui ont... les gens se déplacent. Il y a un appel, les gens se déplacent, ils arrivent sur place. Est-ce que ça peut arriver que des ambulanciers décident que cette personne-là n'a pas besoin d'être transportée?

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : La réponse, c'est non.

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K.

M. D'Ulisse (Nicola) : Le rôle d'un paramédic, ce n'est pas de porter diagnostic. C'est un système qui est bâti sur une infrastructure protocolaire. Il n'existe pas un protocole qui dit : On ne transporte pas. Il existe des protocoles qui parlent de diabète, qui parlent d'arrêt cardiorespiratoire, qui parlent des manoeuvres de réanimation, qui parlent même d'arrêt de manoeuvres de réanimation dans certaines circonstances. Alors, notre job, c'est certainement d'amener le patient vers le soin, en premier, sur les lieux, puis, deuxièmement, de le transporter.

Le meilleur scénario, si on ne le transporte pas, c'est un patient qui est accompagné d'un membre de sa famille qui va dire : Je vais aller aux cliniques. C'est sûr, on peut toujours offrir : On va vous transporter. Mais là, au moins, ça nous rassure un petit peu qu'il est accompagné puis il va chercher des soins médicaux. Mais ça se termine quand même dans un refus de transport que le patient a besoin de faire éclairé, informé par le paramédic.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Puis est-ce qu'à chaque fois que vous avez un transport vous l'apportez à l'urgence... chercher à la maison, ou si vous avez d'autres alternatives sur l'île de Montréal ou au niveau de Laval?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Alors, la seule et unique option qu'on a, c'est de transporter tous nos patients vers une salle d'urgence. La salle d'urgence est déterminée sur un algorithme, si vous voulez, qui est assez complexe, ce n'est pas nécessairement le centre hospitalier le plus proche. Premièrement, pour répondre à la question, la réponse, c'est oui, il faut le transporter vers une salle d'urgence. Après ça, laquelle? On rentre en jeu plusieurs des critères.

Un des plus faciles, c'est si c'est un cas pédiatrique, évidemment ça va vers un de nos deux centres pédiatriques, qui sont Sainte-Justine ou Montréal Children's. Après ça, on rentre dans un autre exemple facile à comprendre, les traumas majeurs. On a deux centres qui sont superspécialisés dans les traumas, qui est le Montréal Général puis Sacré-Coeur. Puis on continue. Alors, ça, on appelle ça les corridors de services, des patients qui ont une situation ou une condition clinique spécifique, puis on a un établissement receveur qui est spécialisé pour les soigner.

Après ça, on descend vers les cas généraux. Alors, le patient qui est tombé, ça se peut qu'il ait une fracture de jambe. Il est stable, ce n'est pas un trauma majeur. Là, on rentre dans qu'est-ce qu'on appelle plus un cas général. Et là, on va regarder qu'est-ce qu'est la disponibilité des centres hospitaliers alentour de nous autres et on va souvent choisir qu'est-ce qui est plus proche tout en respectant les quotes-parts. Les quotes-parts, ça veut dire... Il y a un système de répartition des patients à travers notre territoire. On essaie de ne pas débalancer puis envoyer trop de patients vers un centre hospitalier. Ça, c'est une infrastructure qui est en place depuis des années, conjointement avec les agences de Montréal et Laval, où est-ce qu'on essaie de balancer les bons patients aux bonnes places — finalement, c'est ça, le programme — puis, deuxièmement, d'assurer une équité à travers nos transports le plus possible. Mais, pour répondre encore à la question, il faut qu'on les transporte à une urgence.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Une question sur cet élément-là, c'est : Votre quote-part, est-ce que c'est basé sur l'occupation en temps réel des salles d'urgence ou c'est vraiment une répartition calculée avec probablement un algorithme, là, quelconque, de façon à ce que, même si une urgence est en débordement, si elle supposée de recevoir tant de patients, elle devrait recevoir tant de patients? Puis, en même temps, bien, je suppose que, si une urgence est trop, trop encombrée, il peut y avoir un code pour demander à ce que des patients n'aillent pas à cette urgence-là. Et c'est surtout la première question : Est-ce que vous faites une répartition pratiquement équitable en tenant compte que certaines urgences peuvent être en débordement, mais peuvent quand même recevoir des patients?

M. D'Ulisse (Nicola) : Alors, en l'absence de notre président, je vais répondre.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Vous êtes très discipliné, plus qu'un député.

Des voix : Ha, ha, ha!

• (15 h 50) •

M. D'Ulisse (Nicola) : Alors, oui, la quote-part, c'est basé sur nos transports vers les urgences. On n'est pas en mesure de mesurer ou savoir combien de patients sont arrivés à une salle d'urgence à pied. Quand on dit «à pied», ça veut dire pas en ambulance. Alors, exemple, on a une salle d'urgence qui normalement, dans une journée, reçoit 60 patients directs, eux-mêmes à pied, puis reçoit 15 ambulances. Ça se peut qu'il y ait un jour qu'il y ait moins de patients qui arrivent direct, ou plus. Ça, ça ne fait pas partie de nos calculs. Nos calculs, c'est basé sur le total nombre de transports qu'on effectue répartis par pourcentage, pas en nombre absolu, vers chaque centre hospitalier.

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Une dernière question, M. le député.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, bien, on va revenir. Mais une des raisons pour laquelle je pose ça, c'est qu'à un moment donné moi, j'étais sur le comité des experts des urgences, puis on avait décidé d'y aller en fonction de l'occupation des urgences, puis on s'était rendu compte que tu n'avais pas avantage à être performant parce que tout ce que ça faisait, c'est que tu recevais encore plus d'urgences. Ce que je voulais savoir : Est-ce que vous avez changé ce système de façon que, même si tu es engorgé, qu'est-ce que tu veux, c'est ta part que tu reçois? Sauf que j' imagine qu'il doit y avoir des protocoles d'exception, quand un hôpital est rendu dans une situation quasi dangereuse, que les autres peuvent aider. Parce qu'en gestion ça a l'air très beau de dire : On va le mettre à la bonne place, là, mais, à la fin, des gens disaient : Bien, je ne libérerai pas trop vite mon urgence — puis c'est vraiment comme ça que ça se produisait — parce que de toute façon ils vont m'en envoyer. Ça fait que, là, ça créait un autre problème.

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Vous n'étiez probablement pas là à cette époque-là, mais en avez-vous entendu parler?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Alors, justement, vous avez raison...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ça, c'est une bonne réponse, ça.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. D'Ulisse (Nicola) : D'envoyer nos ambulances dans un centre hospitalier, un CH receveur, une salle d'urgence qui est déjà débordée — puis j'ignore les raisons qu'il est débordé, est-ce que c'est nos transports ou c'est des patients qui arrivent à pied — il n'y a aucun bénéfice pour nous autres. Justement, c'est ça, notre plus grand défi, je dirais, depuis quelques années. On voit tout augmenter, on voit le nombre de transports, le nombre d'appels qui augmentent, et qu'est-ce qui nous frappe le plus qui augmente, c'est la durée de nos équipes au centre hospitalier. Et ça, c'est mortel pour nous autres. Le plus les équipes... Comme j'ai mentionné dans mon introduction, le plus les équipes sont disponibles, le mieux que c'est pour notre temps de réponse. Puis, quand je dis «disponibles», ça veut dire prêtes pour le prochain appel.

On a eu une décroissance, si vous voulez, environ 10 minutes à chaque centre hospitalier depuis quelques années. Je vais mettre ça en contexte pour vous autres. Une minute, en moyenne, par journée, une minute de plus à un centre hospitalier, ça nous coûte une équipe de 10 heures. Alors, si on me dit : À travers quelques années, on a perdu environ 10 minutes d'efficacité à l'échange de transferts de patients à l'urgence, ça veut dire : j'ai perdu l'équivalent de disponibilité de 10 ambulances pour 10 heures chaque sur la route. Alors, l'enjeu est majeur d'assurer que le transfert se fait bien.

L'agence puis Urgences-Santé, on a fait des ajustements d'un CH à l'autre, d'un centre hospitalier à l'autre — je m'excuse — ajuster des pourcentages, mais il faut regarder ça dans une vision un peu plus globale. Et, depuis le mois de janvier, on a vu des volumes record des appels puis de transports. Et, depuis janvier, on est assis avec les deux agences puis la Direction nationale des urgences du ministère aussi, pour regarder des solutions. Parce que les solutions qu'Urgences-Santé a tenté de déployer ou mis en projets pilotes depuis quelques années, c'était vraiment unilatéral. On a réalisé que ça prend vraiment les deux côtés, la salle d'urgence puis Urgences-Santé, de s'asseoir

ensemble puis regarder les modalités de réduire le transfert de patients. On a proposé au ministère trois, quatre pistes de solution côté préhospitalier.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, peut-être qu'on pourra y revenir. On pourra y revenir, je pense que c'est un sujet qui n'est pas épuisé encore. Donc, je vais céder la parole à Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Merci. Merci, M. le Président. Bien, bienvenue, merci d'être ici avec nous. Mon temps est limité, alors je vais rapidement poser mes questions.

Dans votre exposé, il y a une donnée qui m'impressionne, c'est-à-dire au niveau du taux de survie pour les cas critiques, qui est passé de 27 % à 42 % en quatre ans, ce qui est notable et louable aussi. Franchement, je peux vous féliciter à ce niveau-là. Ma question, elle est simple : Comment vous avez réussi ça et comment on réussit à faire encore mieux dans l'avenir?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : La première partie de la réponse, ça va être facile, je vous référerai la chaîne d'intervention. Je ne peux pas... notre rôle, à Urgences-Santé, c'est de continuer à renforcer cette chaîne, continuer à renforcer cette chaîne où est-ce qu'on a eu des impacts majeurs qui étaient reflétés sur le taux de survie, finalement c'est l'ultime mesure de service à la clientèle : taux de survie d'un patient en arrêt cardiorespiratoire.

Plusieurs volets. On commence au début de la chaîne, de plus en plus de monde qui masse, de plus en plus de monde qui défibrille. Les premiers répondants, c'est énorme, énorme. Le nombre de fois que les équipes, sur l'île de Montréal, Côte-Saint-Luc, les pompiers à la ville de Montréal vont mettre le moniteur défibrillateur, vont défibriller avant qu'on arrive, c'est énorme. Après ça, on a un continuum. Alors, de remplir cette «gap-là» de premiers répondants, ça aussi, c'est énorme.

Si on transfère à l'autre maillon, qui est les services ambulanciers, ça aussi, le ministère a vraiment tapé — ici, on recule d'environ deux ans, trois ans — tapé sur le clou. On a refait des formations avec des paramédics, des formations vraiment basiques. Il y avait un changement de normes dans la réanimation, et on a pris le temps avec les paramédics, en formation continue, de retourner là-dessus, améliorer les techniques, améliorer l'approche, arriver sur les lieux, attaquer, on va dire, cliniquement le patient, défibriller le plus vite possible, intuber — ça veut dire gérer ses voies respiratoires — puis l'évacuer le plus vite possible.

Alors, la dernière étape, je vous dirais, c'est les programmes d'assurance qualité. Depuis trois ans, je vous dirais, on est à jour avec nos révisions. On a toujours eu un programme d'assurance qualité chez nous pour les interventions des paramédics puis les premiers répondants. La différence, c'est que, depuis quelques années, on révise plus vite. Alors, on est en mesure de donner un feed-back plus vite aux équipes aussi, de dire : Vous avez un écart là, ou : Il n'y a pas d'écart, ça a bien été. Le concept de feed-back actif dans une haute qualité est critique. Et là on commence à voir les bénéfices, depuis quelques années, et dans la chaîne et dans le feed-back vers les équipes, d'où est-ce qu'ils peuvent améliorer, où est-ce qu'ils peuvent faire mieux. Puis, quand je dis «feed-back», c'est vraiment aux intervenants directs, et aux premiers répondants, et aux paramédics.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, Mme la députée.

Mme Daneault : L'autre volet de ma question, c'est : Comment vous allez passer... continuer cette ascension notable depuis quatre ans, comment vous allez poursuivre?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Je m'excuse, j'ai oublié la deuxième partie.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. D'Ulisse (Nicola) : Finalement, la réponse, c'est pareil. C'est sûr, de renforcer la chaîne puis — de quoi on parlé tantôt — d'amener Laval d'un service de police défibrillation à un service de premiers répondants, à un autre niveau, ça, c'est une étape majeure. Mais il ne faut pas ignorer le fait que quelqu'un... quand un patient est en arrêt cardiaque, il y a quelqu'un qui appelle, ce n'est pas le patient même. La personne qui appelle a besoin d'être outillée. Avec 30 minutes, le programme que le ministère a déployé ça fait presque deux ans, Héros en 30, si vous n'avez pas 30 minutes... Et c'est ça, notre message clé : 30 minutes de prendre un cours de RCR. Et c'est tellement facile. Je l'ai pris moi-même puis je pense que mon DGA était avec moi. Oui, on a ri, mais c'était tellement facile, puis ça a été 30 minutes.

La masse a besoin d'être formée, et les programmes... Puis là je vais retourner vers Laval. Laval a quand même fait une bonne initiative. Ils ont mis en place un programme de style de remboursement des compagnies et des endroits qu'il y aurait plus de 50 personnes, si je ne me trompe pas, de mouvement de personnes, ils ont mis un programme en place qui va défrayer une certaine partie du coût d'un défibrillateur, alors un centre d'achats, une compagnie privée. Alors, c'est ce type d'initiatives locales puis nos initiatives de formation de masse de population qui peuvent créer ce momentum-là où est-ce qu'on espère d'avoir encore une hausse. Ça ne va jamais atteindre 100 %, ça, c'est clair, mais, quand on commence à approcher le 50 %, c'est assez fort comme résultat.

Le Président (M. Marcoux) : Mme la députée.

Mme Daneault : Merci. Je voulais revenir sur le temps d'attente, effectivement. Le deuxième point que j'avais noté dans votre rapport, c'est le temps passé moyen, là, en centre hospitalier de 43 à 50 minutes qui, selon moi, est beaucoup trop long. Quelles sont les solutions que vous apportez pour résoudre ce problème-là? Parce que je pense qu'il y a un gain d'efficacité et de coût pour l'ensemble du réseau, là, à ce niveau-là, dans ce secteur-là.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

• (16 heures) •

M. D'Ulisse (Nicola) : Je vais faire une petite intro, puis après ça, je vais prendre un petit recul puis un peu de souffle. Mon directeur général adjoint était sur le comité duquel on parle qui a été créé au mois de janvier. On ne cachera pas, chaque tranche d'intervention, ils sont un peu plus longs. Je m'explique.

De se rendre sur les lieux. 30 secondes, je pense que tout le monde va être d'accord que la congestion, le trafic, la construction à Montréal, ça cause des impacts, des détours, alors on met un 30 secondes, une minute là, deux minutes là. Là, on se rend sur les lieux. Les paramédics ne sont pas outillés comme ils l'étaient ça fait 10 ans, ça fait 20 ans. On a des électrocardiogrammes qui prennent du temps pour le faire. On a d'autres sortes de techniques dans la maison; on rajoute quelques minutes là. Là on se retourne vers le centre hospitalier. On a parlé des corridors. Alors, ce n'est pas nécessairement dans l'hôpital le plus proche, on va aller vers l'hôpital qui peut mieux traiter le patient; on rajoute un autre quelques minutes. Alors, toutes les tranches s'ajoutent un petit peu, un petit peu.

Mais la pire partie, c'est l'échange de patient, puis ça, c'est un défi... Plusieurs services... On voit ça dans les municipalités vraiment urbaines. Si on fait un comparable à travers le Canada, on voit ça à Ottawa, Toronto. Les grands centres qui ont plusieurs centres hospitaliers qui gèrent beaucoup de volume, puis il y a beaucoup de «peaks» puis des bases. Et on est rendus en ligne avec toutes les autres grandes villes canadiennes avec qu'est-ce qu'eux autres ils appellent «offload», ça veut dire les délais de transfert de patient.

Alors, M. Trahan, peut-être, avec votre permission, M. le Président, peut faire un petit bout plus spécifique sur le comité de travail qui est en fonction présentement.

Le Président (M. Marcoux) : Merci, M. D'Ulisse. Alors, si vous voulez vous identifier, s'il vous plaît, pour les fins de l'enregistrement.

M. Trahan (Louis) : Oui, il n'y a pas de problème. Mon nom est Louis Trahan, directeur général adjoint d'Urgences-Santé. Alors, comme le mentionnait M. D'Ulisse, les temps en CH, ça nous préoccupe beaucoup parce que ça rend non disponible des véhicules pour répondre aux appels urgents. On a créé un comité de travail, conjointement avec le ministère, la Direction nationale des urgences, les agences de la santé de Montréal et de Laval, afin de mieux comprendre... dans un premier temps, mieux comprendre la problématique et peut-être regarder aussi, au niveau de chacun des centres hospitaliers, la problématique particulière qu'ils vivent. Parce que ce n'est pas tous les centres hospitaliers qui ont la même performance en termes de temps CH. Il y a des centres hospitaliers qui sont très performants, donc probablement une meilleure... un meilleur processus de prise en charge.

Et ça a été la première étape, en fait, de sensibiliser les agences, la Direction nationale des urgences sur cette situation-là. Donc, il y a des centres hospitaliers qui sont très performants, il y en a d'autres qui sont moins performants. Donc, on a partagé ces informations-là, c'était le premier élément, c'était de partager ces informations-là, partager ces données-là et regarder qu'est-ce qui pourrait être pris comme piste de solution.

Ce qui est à noter aussi, c'est qu'à travers les ans c'est généralement les mêmes centres hospitaliers qui ont les mêmes performances, que ce soient les bonnes, que ce soient les moins bonnes. Donc, il y a une stabilité de ce côté-là, alors, pour nous, c'était important de partager cet élément-là. Il y a un facteur qui est évident qui nous appartient, alors la gestion de notre personnel, ça nous appartient. S'il y a des comportements qui feraient en sorte que les temps sont plus longs à cause d'un comportement de nos équipes, c'est à nous à gérer cet aspect-là. Mais, outre ça, il y a certaines pistes de solution qui ont été regardées, entre autres de tout revoir la question des quotas. Les quotas ont été mis en place pour faire une répartition équitable des transports ambulanciers, c'est ce que M. D'Ulisse mentionnait tantôt.

Ceci étant dit, il y a une chose qui se produit, l'agence de Montréal, qui est aussi responsable d'établir les différents corridors de services et/ou directives particulières... Comme vous le mentionniez tantôt, si une salle d'urgence est en situation particulière ou de dangerosité, c'est l'agence de Montréal qui peut appeler Urgences-Santé pour dire : Bien, vous fermez cet hôpital-là ou cette salle d'urgence là. Le problème qu'on a vécu et qu'on a partagé avec ces gens-là... Urgences-Santé doit composer quotidiennement avec environ 140 directives particulières, soit de fermeture ou soit de transfert d'un patient vers un autre centre hospitalier, etc., ce qui complique la tâche énormément de notre personnel de répartition et ce qui fait en sorte que les quotas sont très difficiles à respecter parce que vous avez des quotas théoriques puis vous avez un paquet de directives particulières qui vient un petit peu mêler les cartes, et là on essaie d'établir une performance à travers ça, et ça devient excessivement difficile.

Alors, une fois ces informations-là partagées et, je dirais, comprises de tous et acceptées de tous aussi — parce que ce n'est pas tout de les partager, il faut qu'on ait aussi l'assurance que les gens, ils comprennent la dynamique, puis qu'on puisse se mettre en mode solution — il y a une série de pistes de solution qui ont été regardées. Là je les ai devant moi, je vais vous les dire en vrac — ça ne veut pas dire qu'elles sont toutes applicables, qu'elles sont toutes viables, mais c'est des choses qu'on peut regarder, je pense, dans un avenir rapproché.

Vous mentionniez tantôt : Est-ce que les seules destinations possibles, c'est les salles d'urgence? Bien, c'est une des pistes de solution. N'y a-t-il pas des cliniques plus grosses ou avec une capacité de réception pour des cas moins

lourds ou moins urgents? Alors, ça, c'est définitivement une piste qu'on pourrait regarder. Je crois qu'on l'avait appliquée lors du SRAS, si ma mémoire est bonne. Alors, c'est peut-être une piste de solution. Donc, étendre l'offre au niveau de la désignation, de la destination des bénéficiaires, c'est une piste qui nous semble intéressante.

Une autre piste qui nous semble intéressante, c'est de s'assurer qu'il y a une synchronisation entre l'infirmière au triage et nos équipes de paramédics qui utiliseraient une même échelle de triage. Et donc il pourrait y avoir un transfert plus rapide des données cliniques et du patient, par le fait même, au niveau des équipes de paramédics et de la salle de triage au niveau des salles d'urgence. On a regardé aussi s'il était possible de prioriser les ambulances — bien entendu, on parlait un peu de notre côté — et de voir s'il n'est pas possible de mettre du personnel dédié aux ambulances pour la réception des ambulances ou s'assurer qu'on prenne en charge le patient plus rapidement.

Une autre piste de solution, c'était regarder aussi s'il n'y avait pas moyen d'établir des périmètres de désignation plutôt que d'établir des centres hospitaliers de désignation. Donc, on irait plus par périmètres qui seraient dans la même zone, si on veut, d'intervention plutôt que d'avoir des ententes entre centres hospitaliers qui font en sorte ou qui pourraient faire en sorte, par exemple, qu'un bénéficiaire de Saint-François-de-Laval serait transporté vers Saint-Luc parce que le CH de Laval est en fermeture puis on a un débordement qui amène le patient plus vers le centre-ville de Montréal. Donc, plutôt que d'y aller de cette façon-là, donc d'établir des zones, des périmètres où on pourrait avoir une désignation et des ententes entre les centres hospitaliers.

Le Président (M. Marcoux) : ...en terminant? À moins, je ne sais pas, Mme la députée, voudriez-vous intervenir?

Mme Daneault : ...

Le Président (M. Marcoux) : Oui? Peut-être en terminant, puis on reviendra.

M. Trahan (Louis) : Oui, bien, je vais arrêter là puis, comme ça, je vais terminer rapidement. Donc, on a mis sur la table plusieurs pistes de solution. Tous se sont montrés très intéressés. Le comité se poursuit, et on espère pouvoir aboutir avec une meilleure façon, une façon plus efficace de procéder à la désignation des hôpitaux sur notre territoire.

Le Président (M. Marcoux) : Est-ce que vous avez une date cible, comme vous dites, pour arriver à mettre en oeuvre certaines de vos recommandations ou de pistes de solution?

M. D'Ulisse (Nicola) : Je peux répondre à ça. La réponse, c'est non, pas pour l'instant. Je pense qu'il faut regarder comme un petit match de tennis : on va lancer la balle avec quelques solutions, là, on attend un retour. Qu'est-ce qui est positif, par contre, c'est que les échanges se font. Puis je vais juste souligner aussi, avant qu'on regarde un délai d'implantation, si au moins on peut s'entendre de parler le même langage, ce que M. Trahan a fait allusion. Il n'y a pas le même vocabulaire nécessairement entre les équipes de paramédics puis les équipes à l'urgence. Si on peut commencer à arrimer notre langage, nos mesures ensemble, ça va être un début énorme, juste de commencer avec ça. Mais ça presse, ça, je peux vous dire.

Le Président (M. Marcoux) : Merci. Donc, est-ce que... Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx : Merci, M. le Président. Alors, M. D'Ulisse, je vais poursuivre avec Laval puisque j'ai encore quelques questions et encore beaucoup de préoccupations sur le dossier de Laval. Vous savez, j'ai aussi, aujourd'hui, fait une petite recherche, là, sur le thème et j'ai vu qu'il y a eu quand même dans le passé, il y a environ un an, un an et demi, une certaine couverture médiatique où on a adressé cette question-là soit dans le *Journal de Montréal* ou dans le journal de Laval.

Notamment, au mois de janvier 2011, il y a eu un article dans le *Journal de Montréal* qui soulignait que, depuis quelques années — je vous cite l'article, là — «les pompiers de Montréal interviennent lors des appels de priorité 1 comme un arrêt cardiorespiratoire, mais à Laval, le projet est toujours à l'étape des discussions. "Avec les pompiers premiers répondants, ça augmente les chances de survie. Ce sont souvent les quatre ou cinq premières minutes qui comptent", dit le porte-parole d'Urgences-Santé, M. Guy St-Pierre», à l'époque, qui a mentionné ça.

Quelques jours après, il y a eu un autre article où, cette fois, c'étaient probablement les gens du syndicat chez... de votre corporation qui proposaient, eux, comme premiers répondants... que le service puisse être assuré par les premiers répondants plus âgés qu'on enlèverait, de ce que j'ai compris, là, de la flotte de véhicules et qu'on pourrait utiliser... on pourrait utiliser leur expertise comme premiers répondants. Et encore là «le syndicat préhospitalier est en discussion avec Urgences-Santé depuis 2008 et tente de convaincre le maire de Laval». Et le journaliste est allé voir à la ville de Laval, et «la ville de Laval [...] répond que le dossier est à l'étude».

Et, en même temps, malheureusement, il y a un autre article qui date aussi de janvier 2011 où, là... Vous mentionniez tantôt Saint-François-de-Laval. Effectivement, c'est une extrémité de l'île qui est peut-être moins dense en population. Et il y a eu un décès. Il y a M. Étienne qui a fait un arrêt cardiorespiratoire la nuit du jour de l'An, et l'ambulance a pris 16 minutes à arriver chez lui parce que notamment l'ambulance partait, pour se rendre à Saint-François, au coin de Henri-Bourassa et Langelier à Montréal. Et en plus, comble de malchance pour M. Étienne et sa famille, il y a eu une difficulté avec le signal GPS, l'ambulance a perdu le signal GPS en arrivant dans ce coin-là, dans le bout de Saint-François.

Alors, c'est sûr qu'on ne peut pas commenter un cas particulier comme ça parce qu'on ne connaît pas la condition de santé du monsieur, sauf que ce qu'on sait, c'est que ça a pris 16 minutes. Et moi, mon questionnaire — et, plus je vous entends parler, plus ça me préoccupe : Comment se fait-il, encore une fois, qu'on n'ait pas de service de premiers répondants? Je ne connais pas l'état de santé du monsieur, mais je peux certainement présumer que, s'il y avait eu, un peu plus près de chez lui, une équipe de premiers répondants qui aurait répondu rapidement, on aurait peut-être eu des chances que quelqu'un arrive à l'intérieur de 16 minutes et peut-être même à l'intérieur de cinq, sept minutes, et peut-être qu'on aurait pu augmenter les chances de survie de ce monsieur-là. Parce qu'il est décédé, le monsieur.

• (16 h 10) •

Et vous parliez, tantôt, justement du taux de survie qui a augmenté, en quatre ans, de 27 % à 42 %, si je ne me trompe pas, c'est les données. Et vous avez mentionné que notamment, dans la chaîne, là, les premiers répondants, c'est d'une importance quand même capitale sur le taux de survie. Et là, j'aimerais que vous me parliez, quand vous... On sait qu'il y a l'expérience avec Montréal de 2 400 pompiers qui ont eu obtenu... qui ont eu la formation. Est-ce qu'il y a d'autres façons? Il y a une proposition, là, du syndicat des anciens ambulanciers. Et moi, je pense, il y aurait peut-être lieu d'avoir aussi des propositions avec des groupes organisés.

Par exemple, je pense aux bénévoles de la Croix-Rouge à Laval, qui sont très bien organisés. J'ai eu notamment, dans le cas d'un incendie dans Sainte-Rose, là, au début de l'année, à intervenir avec eux, à les voir aller. Quand il y a une situation d'urgence, ce sont des bénévoles qui demeurent un peu partout sur l'île, qui sont formés. Dès que leur téléphone sonne, ils sont là, ils sont parmi les premiers arrivés sur les lieux de... Est-ce que ça pourrait être quelque chose de possible, ça? Est-ce que les coûts... Et j'aimerais que vous me disiez : Est-ce qu'il faut absolument que ça soit des pompiers? Est-ce qu'il faut absolument que ça soit... Comment ça peut être organisé, mettre en place un service de premiers répondants? Et qui paie quoi, là-dedans? Comment c'est organisé, la structure de coûts? Qui paierait pour ça?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse. Et peut-être aussi indiquer ailleurs, je pense, au Québec, comment c'est organisé. Parce que, si je comprends, là, et c'est important de le préciser, c'est au niveau local que la responsabilité est attribuée. Alors donc, en tenant compte de ça, mais je pense que votre question est tout à fait pertinente, mais peut-être le repreciser pour que nous comprenions bien le contexte dans lequel s'inscrit le rôle des premiers répondants et en termes de responsabilité également.

M. D'Ulisse (Nicola) : Je vais essayer, avec un survol, de prendre toutes les questions. Alors, on reprend le... Le volet premiers répondants, normalement, c'est quelque chose qui... c'est une décision municipale. Ils vont décider : On veut améliorer notre service. Le temps de réponse que vous avez mentionné, 16 minutes, c'est un cas triste. Puis, en principe, on aimerait aussi avoir une ambulance sur tous les coins de rue et un temps de réponse de deux minutes. Un temps de réponse de 16 minutes, c'est un temps de réponse de moyenne rurale. J'ai fait allusion, tantôt, à la Montérégie, où est-ce que je reste, à Saint-Lazare, le temps de réponse, ça roule aux alentours de 14, 15, 16 minutes. Alors, une extrémité de Montréal ou Laval, le temps de réponse — pour une ambulance, on parle toujours — quand on entend 10, 12, 13 minutes, c'est toujours trop long pour quelqu'un qui appelle, mais ça ressemble à des temps de réponse qui commencent à être, je dirais plus, semi-ruraux.

Alors, ça, c'est une partie quand on parle de temps de réponse. C'est quoi, les solutions... Pour répondre à votre question, l'appréhension de Laval, je pense qu'il y a quand même l'appréhension de copier le modèle de Montréal, leur appréhension de, tu sais : Est-ce que vraiment les pompiers sont la solution? Et même si 90 % des services de premiers répondants à travers le Québec, c'est des pompiers, il faut ignorer ça, il faut retourner à qu'est-ce que j'appelle le buffet. C'est quoi, les options qu'on a vers nous autres? Vous avez fait allusion à des bénévoles. Il n'y a pas énormément de services bénévoles à travers la province, mais il y en a, puis ça fonctionne très bien. Puis, je vous dirais, des fois, le niveau de «commitment» de ces gens-là, c'est aussi fort que les professionnels qui font ça comme une carrière.

Pour les Lavallois, c'est aussi facile de dire : On veut. Après ça, on commence les modèles. Les modèles de déploiement, vous avez fait aussi allusion... On a offert une solution, ça fait plusieurs années, de nos vieux paramédics. Je vais me conter parmi les vieux paramédics aussi. C'est un modèle qui est utilisé dans les grandes municipalités. On appelle ça, en anglais, des «zoom cars», puis, en français, on appelle ça des «zoom cars». Ça veut dire : on met un paramédic dans un véhicule qui n'est pas une ambulance puis, en principe, ça remplace le premier répondant. Ce n'est normalement pas un modèle qu'on déploie à travers un territoire complet. C'est un modèle qu'on va cibler une certaine région parce qu'il y a des particularités. Mais, tout pour dire, ça, ça fait partie de nos options aussi.

Est-ce qu'Urgence-Santé va assumer le rôle d'un premier répondant sur le territoire de Laval? Je pense que la réponse est non. Est-ce qu'on peut participer dans cette chaîne... maillon de la chaîne? La réponse est oui. On peut, conjointement avec la ville de Laval... Eux-autres, il y a une partie qui est couverte par les bénévoles, une autre partie par les pompiers, une autre partie par peut-être un ou deux paramédics d'un certain âge qui peuvent finir leur journée sans soulever des charges — j'y ai fait allusion tantôt. Alors, le modèle, c'est mixte.

La première chose, c'est de dire : Je suis prêt. Là, on commence à dessiner le modèle qui nous amène au volet budgétaire. Avec toute la meilleure volonté clinique qu'on a puis que Laval a aussi pour leurs citoyens, le volet financier, c'est quand même complexe. Qu'est-ce qui est disponible? C'est sûr, si on regarde Montréal puis on regarde une petite région, Montérégie, les sommes ne sont pas pareilles. Commence donc avec le modèle. Les affaires de base sont payées par le ministère qui transige via l'agence qui est nous. On les forme. On fournit un défibrillateur, les équipements périphériques de ça, les trousses. C'est sûr, le ministère puis les agences n'embarquent pas dans les volets de véhicule de réponse. Ça, ça va aller trop loin. Et c'est là qu'on commence à voir la transition vers les responsabilités municipales ou plus régionales dans ces programmes-là.

Alors, les sommes disponibles, ça va varier, basé sur le modèle. On a un grand intérêt, et nos infrastructures sont là pour supporter ces gens-là. Alors, les affaires comme j'ai mentionnées, de formation, Urgence-Santé est là pour ça. Les villes, les municipalités n'ont pas à s'inquiéter là-dessus. L'assurance qualité, on s'en occupe. Eux autres, ils tournent côté médical, sous l'égide de notre directeur médical régional. Alors, ça aussi, côté médicoclinique légal, il n'y a rien à s'inquiéter.

Je ne dirais pas que c'est un modèle clés en main, pas du tout. Nos solutions, on peut fournir clés en main, mais de le bâtir avec les municipalités puis monter les budgets en conséquence. Si une municipalité voit que ça commence à être trop cher dans un certain secteur parce que ça va engendrer des temps supplémentaires en formation pour les pompiers ou les policiers, encore une fois on peut moduler puis prendre une autre approche. À l'époque, la ville de Montréal a décidé de former en temps supplémentaire pour une petite période parce que, pour eux autres, c'était important, puis ils avaient d'autres priorités.

Alors, c'est ça. Je ramène toujours notre rôle, c'est des vendeurs de cette chaîne d'intervention. J'espère qu'on est proches, puis je crois, puis on sent, avec les questions qui viennent de Laval dernièrement, un grand intérêt d'aller à la prochaine étape.

Le Président (M. Marcoux) : Mme la députée.

Mme Proulx : Donc, si je vous ai bien compris, en fait, s'il y a une volonté politique d'y aller, il y a différentes pistes qui sont offertes, et ce n'est pas nécessairement le modèle de Montréal qui devrait être reproduit, mais il y a une possibilité d'aller de l'avant, même dans des modèles hybrides, là, qui ne soient pas uniformes sur la grandeur de l'île de Laval.

J'ai une autre question par rapport à vos données. Est-ce que vous avez des données... Parce que là, d'après ce que j'ai vu dans votre rapport, les résultats sont fondus, Laval et Montréal. Est-ce que vous avez des données spécifiques, par exemple, pour Laval, en termes de taux de survie, taux de... Toutes les données que vous nous proposez, là, c'est vraiment Montréal-Laval. Vous ne faites pas de différenciation, là, dans les données. Ça pourrait être intéressant d'avoir les données pour Laval.

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : La particularité d'Urgence-Santé, c'est qu'on a deux grandes villes, hein? Deux grandes îles, deux grandes villes. On gère une région. Alors, peu importe la gestion de notre flotte, c'est en déploiement dynamique. Ça veut dire : il n'y a pas de casernes, il n'y a pas de bases fixes. Nos véhicules, ils se promènent à travers tout notre territoire. On fait le saut vers l'assurance qualité puis les mesures de taux de survie. Tous les systèmes puis les infrastructures sont bâtis sur notre territoire au complet. Notre directeur médical régional a une responsabilité de déposer, via le système provincial de qualité, nos indicateurs, nos mesures de performance en qualité, en taux de conformité. Il n'y a pas de distinction, ni de Laval, ni de Sainte-Anne-de-Bellevue ou d'autres municipalités. C'est vraiment un tout.

Le Président (M. Marcoux) : Ça va?

Mme Proulx : Ça va.

Le Président (M. Marcoux) : Merci. Oui. Maintenant, je cède la parole à M. le député de Vimont. C'est ça? • (16 h 20) •

M. Rousselle : Merci. Merci d'ailleurs d'être ici. Vimont, en passant, c'est à Laval. Donc, pas besoin de vous dire qu'on va jaser de Laval. Écoutez, moi, de un, juste pour vous informer, moi, j'ai rentré dans la police en 1976 à Laval. Donc, on faisait des transports d'ambulance avec des «stations» puis avec des boîtes de plasteurs, c'est à peu près ça qu'on avait. Par chance que ça a évolué avec le temps, puis je suis content. Mais aussi la population, elle a augmenté, puis, comme ma collègue de Sainte-Rose l'a mentionné, on est rendus avec une population de 400 000, donc beaucoup de demandes. Puis effectivement vous parliez d'outils tantôt, effectivement les outils se sont améliorés. Par chance. Moi, je voudrais savoir... Je n'ai pas vu, dans vos chiffres, combien de fois vous avez utilisé votre plan de contingence. Je n'ai pas vu ça nulle part. Pouvez-vous m'en parler un petit peu?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Je vais juste mettre ça en perspective. Pour nous autres, un plan de contingence, c'est un outil ou, si vous voulez, c'est une mesure qu'on utilise pour gérer nos ressources pendant les «peak» puis des bases. Alors, je veux juste clarifier. On parle dans ce contexte-là?

M. Rousselle : Oui.

M. D'Ulisse (Nicola) : O.K. Alors, peut-être que je vais...

M. Rousselle : Excusez. Surtout dans Laval parce que c'est ça qui m'intéresse en plus, là..

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Même avant que j'explique le plan de contingence, plan... Il n'y en pas un pour Laval puis un pour Montréal. On en a un pour notre territoire. Il y a deux volets dans cet outil-là. Un volet préventif, ça veut dire nos gestionnaires opérationnels. Aujourd'hui, on est mardi... mercredi... mercredi, 15 mai, on regarde notre volume de paramédics pour la fin de semaine, nos quotes-parts de paramédics, puis on dit : On manque du monde. Alors, une des gestionnaires opérationnelles va dire : O.K., qu'est-ce qu'on va faire, c'est qu'on va arrêter les demandes pour les congés fériés. Alors, on est en contingence. Là, on poursuit, on approche vendredi, il manque encore du staff. Là, on commence à dire : O.K., on va serrer un petit peu là, on va serrer là. Alors, ça, c'est tout dans le mode proactif avant la journée de travail, si vous voulez.

La journée même, là on «switch» dans un autre mécanisme, dans qu'est-ce qu'on appelle encore le plan de contingence, c'est... On commence à avoir un volume, une demande plus élevée que l'offre qu'on est capables de donner. Ça veut dire : le nombre d'appels sont en croissance. Au lieu d'être un nombre... c'est 30, 40 appels à l'heure qui rentrent chez nous, on monte à 45, on monte à 50. Pas de problème, on est capables de gérer ça pour une petite période. Mais ça continue à monter ou ça reste stable, là. On mesure les pourcentages des appels qui rentrent, on mesure les disponibilités des ressources, puis là on peut...

Encore dans un mode préventif, le plan de contingence niveau 1, ça veut dire : les premières séries d'actions qu'on va déployer. Et là on va aviser les établissements : Ça se peut que vous avez des petits retards. On est supposés de ramasser votre patient pour un transfert interétablissement; «stand-by», on vous revient. On va commencer aussi de regarder les ressources qui s'en viennent lorsqu'on approche un changement de quart de travail, puis on continue à mesurer. Ça, c'est le premier niveau. Encore, on est mesure préventive.

Notre système est basé sur priorisation. On a fait allusion à des hautes priorités : c'est tous les appels urgents. Mais les appels urgents puis les affectations immédiates sont divisés en un, deux, trois, quatre niveaux. Ça, c'est notre priorité. Les appels de basse priorité, on peut moduler ça. Ça, c'est la priorisation : qu'est-ce qui est urgent vient avant; qu'est-ce qui est non urgent, ça peut attendre. Alors, à travers le plan de contingence, pour retourner à votre point, on peut aviser un patient qui est moins prioritaire, très, très bas : L'ambulance risque d'être longue. Et là on a un mécanisme aussi de rappeler cette personne-là à certaines fréquences parce que ce n'est pas prioritaire mais on veut quand même garder un lien. Là, le volume continue à augmenter.

Mettons, on était au mois de janvier 2013 cette année, on a vécu des records : appels qui rentrent, tempête de neige, tout ce qu'on peut imaginer. Horrible. On monte à niveau 2. Là, on commence à avoir des conséquences plus pour nos équipes. On dit : Il n'y a pas de lunch aujourd'hui ou pas... certainement pas pour les prochaines heures. Là, on appelle les établissements puis on dit : Ça ne sera pas aujourd'hui, votre transfert non urgent à tel établissement, on est rendus 8 heures le soir, ça va aller demain matin.

Niveau 3, depuis je suis là, ça veut dire quatre ans, on l'a déclenché une fois. Ça, on appelle ça bris de service. Puis ça... puis c'est le point où est-ce qu'on est normalement côte à côte. Ça a été dans un contexte de canicule, en 2010, si je ne me trompe pas, après 10 jours. Là, on n'est plus capables de soutenir le «beat». Les équipes sont là, on a déployé tout ce qu'on a sur le terrain, mais on n'est plus capables, et c'est normalement sous des conditions météorologiques, un événement massif qui est arrivé et qui soutient dans le temps.

Alors, ça, c'est le système de plan de contingence. Combien de fois qu'on déploie ça? C'est tout relatif. Je vais vous lancer un chiffre. Il me semble que l'année passée, on était à 5 %, niveau 1; niveau 2, très peu; niveau 3, zéro. En niveau 1, comme je dis, c'est en mode préventif. On protège nos ressources pour les appels de priorité 0, 1, 2, 3, qui sont les hautes priorités, pour assurer qu'ils sont disponibles, puis on va retarder le reste, travailler avec nos partenaires étroitement pour rebalancer. Mais on ne peut pas contrôler tous les «peaks». Alors, c'est un outil pour justement essayer de gérer, mettre un peu de contrôle dans qu'est-ce qui n'est pas contrôlable, finalement.

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

M. Rousselle : Merci. Pour continuer toujours dans le même niveau de contingence, là, au moment qu'il y a des choses, vous avez un service essentiel à maintenir, vous avez un certain nombre de staff à maintenir... de personnel — excusez l'anglicisme, là — de personnel à maintenir, est-ce que le niveau de contingence, ça s'arrime à ça ou... Je ne sais pas si vous comprenez ma question, là. Quand il arrive quelque chose, vous avez... Bien, quand il y a les services essentiels, vous avez un minimum de staff à garder en devoir. Quand il arrive la contingence, est-ce que vous vous organisez à maintenir le même niveau que le service essentiel vous demanderait en staff pour maintenir le service de qualité ou ça n'a pas rapport?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Je pense que je peux répondre. Quand on parle de services essentiels, c'est sûr, récemment, ça nous met dans le contexte de moyens de pression puis même une grève qui a été déclenchée. Alors, on peut utiliser cet exemple-là. Les services essentiels, elle dit : Regarde, on va établir un niveau de staffing, puis le staffing va être là, puis on maintient ça là. Est-ce que c'est possible qu'on utilise le plan de contingence pour augmenter les ressources parce qu'elles sont... La réponse est non, parce que les critères pour déclencher le plan de contingence, c'est basé sur, comme j'ai dit, l'offre versus la demande, puis, dans le niveau d'employés ou de staffing qui était établi par les services essentiels, pour nous, je dirais, le mois de janvier, pendant que les paramédics étaient en grève, le staffing était tout comblé. Le plan de contingence, dans cette période-là — on recule — c'était déployé dans les périodes complexes météorologiques puis une période où est-ce que — j'y ai fait allusion — c'était un nombre d'appels historique qui est rentré pour deux,

trois semaines. Alors, est-ce que c'était juste dans préhosp? Non, parce que nos partenaires sur la Rive-Sud, nos partenaires... les salles d'urgence ont toutes vécu une rehausse. Est-ce qu'une partie était liée à une rehausse de l'influenza ou d'autre chose? Peut-être une petite partie, mais pas énormément. C'était un alignement de facteurs vraiment exceptionnels, puis ça a duré une dizaine de jours. J'espère que ça répond à votre question en le mettant... une mise en contexte.

M. Rousselle : Oui. Bien...

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

M. Rousselle : Oui. Bien, merci. Non, mais c'est ça. Moi, ce n'était pas au niveau, là, du conflit de travail, mais c'était juste pour me servir d'une base, là, de personnes qui travaillent, là, c'est...

Une question. Vous allouez sûrement des ambulances, quand vous commencez un chiffre, à ville Laval, sur le territoire de Laval. Quand une ambulance sort de Laval pour effectivement faire un transport puis elle est obligée d'aller à Saint-Luc ou à un hôpital à Montréal, cette ambulance-là, on la perd parce que, bien souvent, elle est réutilisée... puis là dites-moi si je me trompe, là, à moins qu'elle ait changé avec les années, on la perd, parce que, bien souvent, elle est réutilisée à Montréal parce que, là, elle a changé de secteur. Est-ce que ça veut dire qu'à un moment donné on n'a plus d'ambulance à Laval ou il y a un processus qui fait qu'on a une ambulance qui revient de quelque part, là, tu sais?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

• (16 h 30) •

M. D'Ulisse (Nicola) : Excellente question. Ça, ça me fâche d'entrer dans la définition, l'explication d'un déploiement dynamique. On va partir de la base. J'ai expliqué tantôt, on n'a pas de casernes comme telles, on a des mégagarages. À Laval, il y en a un, il y a 26, 27 ambulances qui partent, qui se terminent là. Dans l'est, il y en a un autre avec — je ne sais même plus le décompte — 53, puis un autre, 50, 60, est, ouest de Montréal.

Alors, les équipes, elles partent le matin. Est-ce qu'elles vont partir vers le sud, traverser un pont? Fort probable. Est-ce que c'est des ambulances attribuables... qui sont attribuées à Laval? En principe oui, mais elles sont attribuables, première chose, dans leur secteur. On appelle ça le secteur nord — dans l'ancien temps, on appelait ça le secteur 2 — qui inclut une partie de Montréal, la couronne nord de Montréal. Ce qu'il faut se souvenir : Laval, ce n'est pas bien balancé, un centre hospitalier sur quand même un territoire assez important. En plus, nous autres, quand on regarde, notre territoire, c'est divisé en cinq secteurs d'activité, un qui est le secteur nord, le secteur 2. Des fois, on va dire banalement le nord Laval, et ça inclut la région couronne nord de Montréal. Alors, en principe, nos équipes aiment bien rester dans leur propre secteur.

Là, je continue avec qu'est-ce qu'un déploiement dynamique. Une équipe part le matin, elle va probablement traverser la ville de Montréal, faire un petit détour à Montréal, à Laval, descendre, remonter. Ils sont en mouvement constant. Alors, on essaie de garder nos équipes, si possible, vers leur centre d'activité. Mais une équipe — c'est un très bon exemple — une équipe qui part de Laval vers Saint-Luc parce que Laval ont reçu leur quote-part, Cité de la santé, puis Sacré-Coeur ont reçu leur quote-part, donc on continue, puis on descend, mettons, au Jewish. Mais, quand ils sortent de l'urgence de Jewish, ils sont disponibles là pour un autre appel. L'autre appel, c'est plus dans Notre-Dame-de-Grâce. Ils sont transportés vers Saint-Luc, puis là ils continuent. Puis notre équipe, là, ils ont leur petite calotte *J'aime Laval*, mais ils vont faire le tour de leur territoire. Qu'est-ce qui arrive? C'est souvent pendant leur heure de lunch, ils vont prendre une décision : Est-ce qu'on reste dans le centre-ville ou est-ce qu'on retourne vers Laval? Souvent, ils vont retourner vers le garage, manger là puis ils repartent.

Alors ça, c'est le déploiement dynamique. C'est une force puis c'est une faiblesse. C'est une force dans le sens que le véhicule n'a pas un «flag» ou le drapeau d'un secteur ou l'autre, il va bouger où est-ce que le répartiteur va les amener. La partie négative, c'est sûr, c'est pour l'employé. Tout le monde a une préférence de secteur où est-ce qu'il veut travailler. Mais, en déploiement dynamique, pendant votre quart de huit heures, 10 heures, 12 heures, là, vous êtes là pour couvrir le territoire. Est-ce que les équipes qui partent de Laval vont découvrir Laval? Pas du tout. Le répartiteur, son job, c'est d'assurer que, quand il y a trois ambulances qui partent de Laval, il y a quelque chose qui remonte. Les points d'attente sont établis via le nombre d'ambulances qui sont disponibles. Si on en a six, voici la couverture. Si on en a sept... Puis les répartiteurs, ils savent exactement, avec les trafics, avec les fermetures, avec les activités, où est-ce qu'ils ont besoin de placer... C'est comme une tour de contrôle des avions, ils savent où est-ce qu'ils ont besoin de placer leurs ressources.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, ça va, M. le député?

M. Rousselle : Très bien.

Le Président (M. Marcoux) : Oui? D'accord. Mme la députée de Groulx, voulez-vous intervenir tout de suite?

Mme Daneault : Oui. Certainement, s'il me reste du temps.

Le Président (M. Marcoux) : Pardon? Oui.

Mme Daneault : Il me reste du temps? Oui, quand même. Je voudrais revenir. Tout à l'heure, on a parlé du taux de survie, là, et évidemment c'est le premier critère, puis ça me préoccupe, je ne vous le cacherai pas. Si je résume, là, dans le fond, le fait que vous ayez obtenu de si bons résultats, c'est : un, d'avoir plus de premiers répondants; deux, la formation; et, trois, le système de feedback qui a fait qu'on a amélioré ça.

Alors, ma question. Chez nous, dans mon comté, en fait, on a muni les policiers, les voitures de police avec des appareils défibrillateurs. Et, quand je vous entends aujourd'hui me répondre ça, est-ce qu'on devrait dorénavant, dans la formation policière et la formation de pompier, automatiquement mettre la formation de premier répondant et exiger, dans l'ensemble du Québec, l'ensemble du territoire, d'avoir des appareils défibrillateurs soit dans les véhicules de police ou dans les véhicules de pompiers?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : La réponse puriste, c'est oui, absolument, sans hésitation. La réponse réaliste, c'est plutôt : Il faut comprendre votre territoire. On ne peut pas offrir une solution n'importe où à travers la province sur c'est quoi le meilleur déploiement sans savoir c'est quoi le nombre d'appels, la densité de population, les durées de déplacement, les ressources qui sont déjà en place. C'est une analyse qui a besoin d'être faite région par région. Puis normalement vous reculez à deux, trois ans d'historique pour voir le mouvement des appels, des équipes, où est-ce qu'est placé le centre hospitalier aussi parce que l'ambulance qui se termine avec un transport, où est-ce qu'il va tourner disponible? Mais c'est au centre hospitalier. Alors là, par défaut, il couvre ce territoire pendant qu'il est en mouvement de retourner vers sa base. Alors, la réponse pure, c'est : Tous les niveaux de la chaîne d'intervention ont besoin d'être renforcés. À quel coût? À quel prix? Je pense que c'est là que ça devient une discussion, un échange qui est plus pratico-pratique pour la région en question.

Mme Daneault : Si on parle de votre dossier, entre autres, là, sur l'île de Laval, si vous aviez aujourd'hui des unités soit de pompiers ou soit de policiers qui étaient munies de défibrillateur, ce que je comprends, c'est qu'on augmenterait votre performance au niveau du taux de survie.

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Le cas qu'on a cité tantôt, avec un temps de réponse de 16 minutes, je dis que c'est très malheureux, mais, si on avait à refaire cette situation-là aujourd'hui, en 2013, il y aurait un policier là qui va masser, qui va défibriller. Alors, est-ce que ça justifie le fait que l'ambulance a pris plus longtemps? Non. Est-ce que ça va avoir un impact sur le taux de survie potentiel de ce patient-là en question? Absolument. Et c'est pour ça, dernièrement — je reviens toujours, je m'excuse si je répète — les défibrillateurs, même la SQ a annoncé, conjointement avec la Sécurité publique, Santé... Ça, c'est juste en continuité de qu'est-ce qui était déjà débuté dans les infrastructures depuis des années. On parle d'un déploiement provincial pour l'Est; après ça, municipal, où est-ce que ça existe. C'est des excellents gestes. Et, je pense, déjà on commence à mesurer les résultats.

Même à Laval, si je ne me trompe pas — je n'ai pas les chiffres en main — le défibrillateur est utilisé, en moyenne, à Laval, une fois par semaine par les policiers. Il me semble qu'ils ont défibrillé, la dernière année, une douzaine de fois, puis il y a un retour de pouls, je pense, une moitié, 50 % de ça. C'est énorme, énorme, énorme. Alors, si on regarde juste ces cas-là... On ne cachera pas, les policiers étaient déjà sur les lieux avant le déploiement de ce programme-là, ils massaient. Là, on donne la deuxième partie, l'outil qui fait le tout, le défibrillateur. Alors, avec une population de 400 000, de déployer le défibrillateur une fois par semaine, défibriller une fois par deux semaines, là, ça, c'est majeur pour nous autres à Urgences-Santé.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, Mme la députée.

Mme Daneault : Oui. Je vais changer de sujet. Dans le rapport que vous nous avez fourni, on a noté que vos effectifs ont augmenté d'environ 8,6 % entre 2008 et 2012. Par contre, votre nombre de cadres est passé de 80 en 2010-2011 à 92 en 2011-2012, donc une augmentation de 15 %. Vous justifiez ça de quelle façon?

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Je vais juste répéter les chiffres pour m'assurer que j'ai bien compris. Vous faites allusion à un 15 % d'augmentation de volume?

Mme Daneault : Non, non, du nombre de cadres, qui est passé de...

M. D'Ulisse (Nicola) : Ah, les cadres. Je m'excuse. J'ai compris quarts, quarts de travail.

Mme Daneault : Ah, non, les cadres.

M. D'Ulisse (Nicola) : Oui, O.K. Merci, j'ai bien compris. Il y a deux choses. Si on regarde le nombre d'employés à Urgences-Santé, mettons, depuis deux, trois ans, l'évolution, c'est dans deux, trois secteurs de... Un, c'est les cadres, puis je vais m'expliquer pourquoi. On a fait, ça fait environ deux ans, une restructuration spécifiquement dans la

direction des opérations, un petit peu en lien avec notre ancien plan stratégique où est-ce qu'on a une volonté de décentraliser et le contrôle et l'imputabilité. On a mis en place une infrastructure de gestion puis de support. Je dis les deux conjointement parce qu'une partie va expliquer l'ajout de 12 cadres.

Présentement, 24-7, dans nos trois centres opérationnels, qui sont vraiment les «hubs» où est-ce que les paramédics débutent puis finissent leurs quarts de travail, on a un cadre sur place avec une équipe de support. Je m'explique : l'équipe de support, on appelle ça un agent de liaison. C'est un style de chef d'équipe syndiqué qui est là pour échanger, faire des briefings avec les paramédics début de quart, fin de quart. On a un chef d'équipe pour l'équipe qui remet les ambulances en service. Alors, c'est un calcul mathématique, les 12 quarts, c'est : trois centres opérationnels, il y a quatre quarts de travail, ça fait 12 quarts.

Ça, c'est notre «commitment» de renforcer vers la première ligne, la ligne de support, la ligne de terrain. Les autres ajouts de staffing depuis deux ans, trois ans, c'est tout dans les secteurs terrain, terrain, terrain, qu'est-ce qui est plus proche aux populations : les paramédics, les répartiteurs médicaux d'urgence puis les cadres opérationnels. Les cadres administratifs, il n'y a pas d'ajout, je dirais même il y a quelques réductions des cadres administratifs.

Et on avait une grande lacune où est-ce que, sur le terrain, 24-7, les samedis et les dimanches, 2 heures le matin, il n'y en avait pas, de support pour les employés. Les employés de nuit, roulaient sur un modèle de business qui était lundi à vendredi, plus 8 à 4. Alors, ça, c'est un «commitment» qu'on a fait pour assurer qu'à n'importe quel moment il y ait quelqu'un de disponible pour les paramédics, pour les mécaniciens, pour les techniciens préposés remise en service dans leur centre opérationnel. Ce n'est pas des postes qui ont été mis en place au centre administratif, qui est effectivement fermé les soirs puis les fins de semaine.

• (16 h 40) •

Le Président (M. Marcoux) : Mme la députée.

Mme Daneault : Mais l'ajout de ces cadres-là, j'imagine, était dans un objectif de gains d'efficacité ou de fonctionnement... de meilleur fonctionnement au sein de votre organisation. Est-ce qu'il y a eu des gains d'efficacité? Puis quels sont-ils?

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : La réponse est oui. On a mentionné tantôt la disponibilité. Notre job, comme gestionnaires, oui, c'est qualité, oui, c'est taux de survie. On court la disponibilité. Une équipe qui ne part pas parce que l'ambulance n'est pas prête, l'équipe qui ne part pas parce qu'il manque une pièce d'équipement, une équipe qui ne part pas de notre centre opérationnel parce que la mise en service a eu un «backlog», ça nous coûte des minutes qui sont précieuses. Ça, c'est une partie.

L'autre partie, c'est, quand une équipe retourne vers le centre opérationnel aussi, s'il n'y a personne là pour prendre en main c'est quoi, leurs défis, leurs problèmes. Ça peut être un bris mécanique, ça peut être un besoin personnel, un défi avec la famille autant qu'une maladie. Le cadre est là pour assurer que lui, il parte. Je vais jumeler ce paramédic avec, vite, un autre paramédic qui est disponible dans une autre région pour le remettre en service le plus vite possible. Alors, ça, c'est une grande partie mesurable où est-ce qu'on a des gains d'efficacité.

L'autre partie, qui est moins tangible, c'est quand on tombe dans une culture. Est-ce que les employés, les paramédics de soir, de nuit, de fin de semaine ont droit au même niveau de support puis de service que les gens de jour? La réponse est oui. Alors, d'être à l'écoute de leurs besoins, aussi simples que, des fois, une commande d'uniforme qui n'était pas livrée, une demande d'une journée de congé, un problème de qualité, un suivi formatif, etc. Là, ces infrastructures sont là depuis deux ans, en place 24/7.

Puis je pense que l'appréciation des paramédics à tous les niveaux est très forte. Il y a des fois, on ne le cachera pas, ce n'est pas nécessairement le cadre qui est la meilleure personne avec laquelle il veut parler. L'agent de liaison, le chef d'équipe qui est là aussi peut aussi échanger sur le niveau clinique, un nouveau protocole, ou qui peut prendre leur demande, l'équipe part sur la route, qui peut faire un suivi.

Le Président (M. Marcoux) : Une dernière question, Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Oui. Vous nous avez dit que, oui, effectivement, il y a eu des gains d'efficacité puis il y a des mesures qui ont été objectivables. Est-ce que vous avez les chiffres ou les tableaux ou est-ce que...

M. D'Ulisse (Nicola) : Non, je ne l'ai pas en main. On parle vraiment, spécifiquement, les débuts de quart, les fins de quart, les périodes de 10-6. Il y a des places que c'est mesurable, il y a d'autres places que ce n'est pas mesurable. Les places où est-ce que c'est moins mesurable, c'est l'équipe qui se rapporte disponible en centre-ville, il y a un bris ou un manque d'équipement, puis il a besoin de retourner au centre opérationnel. Oui, on sait où est-ce qu'il est, on sait qu'est-ce qu'il fait, mais ce n'est pas quelque chose qu'on mesure exactement à la minute, de dire : Est-ce qu'on a sauvé du temps? Est-ce qu'on lui a amené la pièce d'équipement manquante où est-ce qu'il était versus de le forcer de retourner aux casernes? Puis il y a des parties qui sont mesurables. C'est les débuts puis les fins de quarts de travail. Je n'ai pas les chiffres, malheureusement, avec moi aujourd'hui.

Le Président (M. Marcoux) : Simplement pour faire suite à la question de la députée de Groulx. Pour ce qui est mesurable, je pense, c'est que vous mesurez... Si vous avez l'information, serait-il possible, dans le fond, de la transmettre à la commission? Je pense que ça serait intéressant pour tous les membres.

M. D'Ulisse (Nicola) : Absolument. Ça nous fera plaisir.

Le Président (M. Marcoux) : Oui? Très bien.

Mme Daneault : Merci.

Le Président (M. Marcoux) : Merci. Alors, maintenant, je cède la parole au député de Deux-Montagnes. M. le député.

M. Goyer : Oui, merci, M. le Président. J'ai envie de vous faire référence à une publicité des Hôtels Jaro, à la télévision, où il dit... quand la personne rentre dans la chambre, elle dit : Wow!

Le Président (M. Marcoux) : Bien, vous avez le député de Beauce-Sud qui est ici, voyez-vous, là.

M. Goyer : Bien, oui.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, Jaro, ça vient de la Beauce, ça.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Goyer : Ah! Bien, là, je ne le savais pas. À force de côtoyer M. Dutil, j'ai l'impression que tout vient de la Beauce, hein?

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Dutil : ...quelqu'un de sensé.

M. Goyer : Je dis «wow!» parce que, tantôt, M. le président, vous avez parlé de satisfaction générale à hauteur de 97 %, alors que vous oeuvrez dans un milieu où la vie est en danger la plupart du temps, là — c'est les cas critiques que vous traitez — et que vous n'avez aucune recommandation du vérificateur. Je n'ai pas une longue expérience parlementaire, mais entendre dire par un organisme qu'il n'y a pas eu de recommandation du vérificateur, c'est tout à votre honneur quand je compare avec les autres secteurs.

Vous avez aussi atteint les objectifs de compressions budgétaires ou de gestion financière qui est dans le rapport. Et en plus vous gérez 228 000 appels. Je vous le dis : Wow! ou chapeau à vous et à toute l'équipe d'être capables d'avoir une si belle performance. Puis inquiétez-vous pas, il n'y a pas de pot après les fleurs.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Goyer : C'est le constat que j'ai fait à lire et à vous entendre, M. le président. Par rapport à votre satisfaction générale, c'est quelle, la méthodologie du sondage? Parce que, bon, vous avez une clientèle qui est votre clientèle pour 20 minutes ou 15 minutes. Est-ce que c'est un sondage à toute la clientèle, à un échantillon? Est-ce que vous allez refaire cette étude-là ou ce sondage-là de façon annuelle ou biannuelle, à tous les cinq ans? Comment vous fonctionnez? Parce que c'est impressionnant, là. Dans le milieu, vous avez 97 % de satisfaction, là. Faites attention, le plafond, il va... il est trop haut, là. Il est trop bas, là.

M. D'Ulisse (Nicola) : ...

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : On attendait justement les résultats pour répondre à la question : Est-ce qu'on va le faire encore, le sondage? Toute blague à part, le conseil d'administration n'est qu'un sous-comité du conseil. C'est le comité de vigilance, de gouvernance. On a regardé nos façons de sonder notre clientèle qui recule à environ trois ans. On n'était pas vraiment satisfaits avec la façon qu'on faisait le sondage. C'était une enveloppe qui était envoyée à des patients qui étaient transportés sur notre territoire.

Alors, l'année passée, on a arrêté complètement de faire des sondages pour un an. On a essayé de monter une structure à l'interne, une structure de sondage qui va faire du sens. Finalement, en sous-comité du conseil, on a dit : Non, on mette ça en sous-traitance. On va aller vers les experts puis on va leur demander : Comment vous attaquez ce monstre-là? Finalement, ils ont tranché ça en plusieurs morceaux. On commence avec le premier volet du sondage, qui était fait par la firme — M. Trahan m'a transféré la fiche — Ad hoc Recherche, c'est une firme qui est connue. Suite à un appel d'offres, le plus bas soumissionnaire, on nous a proposé la méthodologie...

Des voix : ...

M. D'Ulisse (Nicola) : Les quatre actions, c'est... La première étape, c'est le répondant médical d'urgence, la prise d'appel, la personne qui répond au téléphone avec une certaine série de questions. Après ça, on parle de délai, si

je ne me trompe pas. Le troisième, c'est le transport. Alors, on parle de comportement... Si vous me permettez, je vais regarder direct la fiche, je vais être plus précis.

Une voix : On parle de civière.

M. D'Ulisse (Nicola) : Oui, justement.

Une voix : Oui?

M. D'Ulisse (Nicola) : C'était là-dessus. C'était là-dessus. Confort de la civière, confort dans l'ambulance. Il y avait même des commentaires dans la liste de... disant que vous êtes en grève. Ça, c'est 1 % de la population. Alors, le service, le véhicule comme tel, alors tout ce qui se passe dans le module de soins. Puis la dernière étape, c'est une partie qui est très sensible chez nous, c'est la facturation, et c'est là qu'on a un taux de satisfaction plus bas parce que, comme depuis des années, même avec les campagnes de sensibilisation, un transport en ambulance n'est pas gratuit. Je pense que peut-être ça a aidé un petit peu, mais il y a quand même beaucoup de monde qui ne comprend que ce n'est pas payé par la carte-soleil. Alors, c'est là qu'on a coté le moins fort. Finalement, on était contents de voir qu'il y a encore 40 % ou 50 % qui ne maîtrisent pas le modèle de facturation. C'est correct, on va continuer à travailler là-dessus.

Mais, au niveau du service, de l'appel, la prise d'appel, les soins à domicile, le transfert de patient, on a coté exceptionnellement fort. Alors, on est satisfaits avec les critères, on est certainement satisfaits. On a déposé ça la semaine passée au conseil d'administration. C'est pour ça que je veux vous partager aujourd'hui les résultats. On a partagé avec nos employés. On va retourner. Je vous dirais, probablement, côté méthodologie, il va proposer qu'on refasse le même sondage une autre fois, juste pour voir est-ce qu'il y a un changement l'hiver, l'été ou d'autres facteurs, et après ça, on va essayer de comparer avec notre commissaire aux plaintes, en discuter au comité de gouverne pour voir : Est-ce qu'il y a d'autres régions, pour le volet «prehosp», qui font des sondages puis est-ce qu'on peut commencer à comparer des affaires qui se ressemblent? Les centres de communication... CCS, centres de communication, c'est sûr, ils se comparent. Alors, s'il y a d'autres régions qui sondent, on veut le savoir puis on veut commencer à bâtir des comparables. Puis ça, la meilleure place qu'on a déterminé pour ça, c'était via... Chaque région a un commissaire aux plaintes. La table des commissaires, on va voir qu'est-ce qu'on peut faire conjointement.

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

• (16 h 50) •

M. Goyer : J'ai deux questions qui ont de l'air disparates, mais vous allez voir qu'il y a peut-être un lien. Tantôt, vous avez montré la carte de... votre carte d'opération par rapport à votre mission, Montréal, Laval. On a vu, dans Laval — vous me corrigerez — que c'était peint en rouge. Je ne sais pas... Ah! Bon, l'île de Montréal, si je comprends bien, vos actions, là, en moins de sept minutes, vous couvrez quasiment la totalité de l'île de Montréal, alors que ville de Laval, on a des points chauds et rouges. Ça explique finalement ou ça illustre toute la problématique des répondants — comment vous avez appelé ça? — ...

Une voix : ...les premiers répondants.

M. Goyer : ...les premiers répondants, là. Est-ce que ce que je comprends bien votre carte quand je regarde qu'à Laval c'est plus de 12 minutes sur 30 % du territoire? Dans le fond, c'est ce que vous nous avez démontré tantôt.

Ma sous-question à cette démonstration-là. Dans votre rapport, à la page 8, vous avez plusieurs statistiques, puis il y en a une qui m'a fait réagir : 607 interventions dans l'unité de métro. Est-ce que la carte montre le sous-sol aussi de l'île de Montréal? Elle ne montre pas le sous-sol. Donc, comment vous intervenez par rapport au métro? Est-ce que vous avez des premiers répondants dans le métro puis des gens qui travaillent pour la STM? Je veux juste essayer de comprendre, là, ce qui se passe à Laval puis comment vous pouvez résoudre un problème comme ça dans le métro.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Alors, vous avez bien compris la carte. Finalement, les cartes qu'on avait présentées, c'est les mêmes séries de cartes qu'on avait présentées à Laval en 2010 puis encore en 2012. Les extrémités, toujours les points chauds. Avant le déploiement des premiers répondants sur l'île de Montréal, les extrémités de Montréal étaient aussi rouges, aussi chaudes que les extrémités de Laval. Alors, votre compréhension, c'est précis. Alors, on voit le centre de Laval — merci, M. Lemarier — et voilà, jaunes, rouges, les extrémités de Montréal, on voit L'Île-Dorval, les quelques interventions qu'on a faites là, évidemment le temps de réponse est plus long. Alors, la seule façon d'enlever le rouge, c'est : premiers répondants, un modèle de.

Pour faire le lien avec le métro, il y a plusieurs équipes spécialisées à Urgences-Santé, on n'écarte pas... On a parlé des pompiers à Montréal, on a parlé de la ville de Côte-Saint-Luc avec leurs bénévoles premiers répondants. L'aéroport de Dorval ont des premiers répondants chez eux. C'est nous autres qui les forment, c'est nous autres qui envoient l'appel. Souvent, ils ont déjà l'appel à l'interne. Mais c'est les premiers répondants dans la petite ville qui est l'aéroport de Dorval.

Dans le métro, c'est un projet qui roule depuis plusieurs années, c'est un projet conjoint avec la STM. Il y a chacun un intérêt d'avoir un de nos paramédics dans le métro — on appelle ça le trou. Nous autres, évidemment, c'est d'avoir un intervenant là le plus vite possible. Et souvent notre intervenant paramédic va être en mesure de dire : Il n'y en a pas,

de patient. Imagine dans le métro, un scénario : quelqu'un ne file pas, il y a un appel 9-1-1, notre paramédic arrive : Il a embarqué dans le train, il est parti. La grande partie des appels dans le métro sont annulés parce qu'il n'y a pas de patient. Alors, si on n'avait pas l'intervenant dans le trou, notre ambulance est déployée, notre équipe descend l'escalier, l'ascenseur, etc., on perd du temps, finalement il n'y a pas de patient.

Alors, si je ne me trompe pas, c'est 40 %, 50 % des appels qui sont annulés à cause de cet intervenant-là. Puis c'est un projet conjoint avec la STM, c'est payé moitié-moitié. Le bénéfice pour la STM, c'est la mesure de minutes de perte de temps avec les trains. Le chiffre, ça m'échappe, mais c'est mesuré dans des dizaines de mille de dollars par minute de perte de temps. On peut juste imaginer un train métro qui est bloqué pour 10 minutes, l'impact que ça cause... périphérique. Alors, c'est ça que chaque année on résigne l'entente avec la STM avec plaisir parce que c'est positif pour les deux parties. Nous autres, on ne perd pas notre ressource. Notre ressource est envoyée, l'ambulance, mais on ne perd pas du temps s'il n'y a pas de patient ou c'est vraiment mineur. Puis la STM, le dernier contrat, où ils ont cité je ne sais pas combien de centaines de minutes de gain ou manque de perte de minutes, disponibilité de leurs trains.

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

M. Goyer : Oui, M. le Président. Je vais parler de ressources humaines chez vous. J'ai vu que vous aviez diminué de beaucoup votre taux de roulement de la main-d'oeuvre, des travailleurs. Est-ce que vous avez des difficultés de recrutement? Parce que, si j'ai compris, des paramédics, c'est un D.E.C., c'est une technique, c'est un D.E.C. C'est quoi, le marché du travail, le marché du recrutement chez vous par rapport à... Est-ce que les collèges vous fournissent le nombre requis? Parlez-moi des ressources humaines finalement.

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Alors, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : La réponse : spécifiquement pour le paramédic, aujourd'hui, les collèges, les cégeps, oui, ils fournissent. On a vécu un moment, je vous dirais, jusqu'à 2010 peut-être le début de 2011, où on a utilisé le mot «pénurie» pour définir un petit peu ou décrire un petit peu notre capacité de recruter des paramédics chez nous. C'est que le moment où est-ce qu'il y avait un A.E.C., une attestation des études collégiales — c'est un programme de 900 heures qui dure environ neuf, 10 mois — le nombre de finissants n'était pas adéquat pour Urgences-Santé, pour certaines compagnies en région aussi. Alors, on a vécu plusieurs années assez difficiles où est-ce qu'il manque des ressources. Nos ressources étaient vraiment épuisées. On parle des paramédics. Les temps de temps supplémentaire étaient élevés.

Avec l'avenir, le D.E.C., diplôme en études collégiales, qui est un programme de trois ans, on a été chanceux parce que ça nous a amené deux choses. Une, c'est un autre niveau de scolarité pour les paramédics équivalent à un D.E.C. pour les infirmières, le même style d'infrastructure. Mais, deuxième chose, ils ont laissé les deux programmes en parallèle. Le programme de D.E.C. puis le programme d'A.E.C. ont continué à rouler en parallèle pour une certaine période de temps. Je dirais, c'est le moment où mon directeur des finances... des ressources humaines était le plus content parce qu'on avait deux sources de recrutement. Finalement, comme prévu, le ministère de l'Éducation a fermé l'A.E.C., mais il y avait assez de programmes de D.E.C. qui roulaient que notre recrutement... Il est rendu qu'on recrute entre 50 puis 100 paramédics par année.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, moi, je voudrais... Je m'excuse de vous interrompre, mais il y a des exigences à l'Assemblée nationale, et on m'informe qu'il y a un vote. Vous n'avez pas eu l'information, cette fois-ci?

Une voix : Je n'ai pas regardé mes messages, je lisais le rapport...

Le Président (M. Marcoux) : Donc, nous allons devoir suspendre la séance pour une dizaine de minutes. Nous nous excusons. Et nous allons revenir.

M. D'Ulisse (Nicola) : Merci.

(Suspension de la séance à 16 h 57)

(Reprise à 17 h 23)

Le Président (M. Marcoux) : ...

M. D'Ulisse (Nicola) : Pour terminer avec les paramédics...

Le Président (M. Marcoux) : C'est ça.

M. D'Ulisse (Nicola) : L'avenir, le D.E.C.

Le Président (M. Marcoux) : Vous avez une bonne mémoire.

M. D'Ulisse (Nicola) : L'avenir du D.E.C. a réglé une grande partie des défis de recrutement. Je dirais, il y en a un qui reste spécifiquement pour les paramédics — puis je vais terminer là-dessus — c'est les vagues de départs. On va avoir, et de plus en plus, de paramédics qui partent à la retraite. Alors, ce n'est pas nécessairement... Le taux d'embauche n'affectera pas nécessairement le manque de staff, mais aussi pour combler pour la préparation des départs à la retraite aussi.

Le Président (M. Marcoux) : Merci. Je cède la parole maintenant au député de Vimont.

M. Rousselle : Merci, M. le Président. Merci, M. le Président. Comme vous avez pu voir tantôt, qu'est-ce qui m'interpelle un petit peu, c'est le niveau d'ambulances dans Vimont. C'est sûr, le député de Vimont, il s'inquiète un petit peu de sa population. Et, quand je vous parlais justement que les ambulances sortaient, bien je vois bien qu'à ce moment-là il y en a comme moins ou pas pantoute chez nous. Je voulais juste savoir pour mon information personnelle... Pendant qu'il y a des négociations, il y a un service essentiel qui demande un plancher. En temps régulier, ce plancher-là, y est-u au moins maintenu?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Oui, quand on parle d'un plancher, il faut comprendre, nos quarts de travail sont modulés chaque jour, chaque semaine. Alors, aujourd'hui, exemple, on est mi-semaine, de jour, il y a une centaine d'ambulances qui sont disponibles. Samedi, ça va descendre à 60, 70. L'hiver, ça va monter un petit peu. Après ça, on est dans une petite période que les effectifs vont descendre un petit peu. Alors, le plancher comme tel, ça varie d'une semaine à l'autre.

Au niveau des services essentiels, qu'est-ce qu'on établit, c'est un niveau du staffing à 100 %. 100 %, en région, c'est facile parce que tu as deux quarts de travail à cette caserne-là, une là, c'est facile à mesurer. Nous autres, notre staffing, comme je dis, c'est de la modulation, qu'on appelle, ça varie d'un jour à l'autre, d'une semaine à l'autre. Alors, services essentiels, on dit 100 %. 100 % aujourd'hui, c'est 102 ambulances sur les routes. Dans deux semaines, ça peut être un changement de période où est-ce qu'on va prévoir une courbe un peu plus basse, ça va être à 98 %. Alors, il ne faut pas mêler le niveau du staffing qui est établi par les services essentiels versus notre modulation de ressources. Je ne sais pas si ça répond à votre question.

M. Rousselle : Bien, c'est que...

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

M. Rousselle : Oui, c'est que qu'est-ce j'entends, là, qu'est-ce que je comprends, c'est que le service essentiel, eux autres, ils mettent un niveau minimum, tu sais, pour que ça soit maintenu, les services, tu sais, pendant les grèves, pendant toutes ces choses-là. Mais là, moi, qu'est-ce qui m'interpelle, c'est, dans le régulier, là, vous dites que, oui, ça change, mais, là, vous êtes en train de me dire que j'ai peut-être moins de services à Laval que dans une période de grève?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : La comparable avec la grève, ce n'est pas une bonne comparable, puis on ne peut jamais décortiquer Laval versus Montréal. Notre niveau de staffing, quand j'ai donné l'exemple de dire : Il y a 102 ambulances, c'est 102 sur le territoire. Quand ça va descendre ou que ça va monter, ça monte en prorata, si vous voulez, le centre opérationnel nord, le centre opérationnel est puis le centre opérationnel ouest. On rajoute trois quarts de travail, un à chacun, on enlève... Quand on dit «enlève», il faut faire attention, on n'est pas en train d'enlever des quarts de travail, on est en train de moduler. On ne peut pas...

Si on mettrait le même niveau de staff sur les routes chaque jour, 360 jours l'année, il y a des journées où est-ce que vous allez avoir une vingtaine d'ambulances disponibles à Laval puis vous serez à moins 20, à Laval, peut-être deux semaines plus tard. Notre courbe, c'est un historique, une analyse de l'historique. On a des distributions d'appels, et là-dessus on déploie les ressources. Les temps-partiels sont là pour des petits ajouts. Les temps-pleins créent la base de notre modèle horaire. Sur la base, on rajoute. Alors, il est une partie qui est faite en planification pour l'année budgétaire, on regarde qu'est-ce qu'on a besoin pour l'année prochaine, puis il y a aussi une modulation qui est faite ponctuelle : J'espère que, d'ici la fin de semaine, on n'aura pas de neige. Mais, si les chefs de division, les cadres intermédiaires qui sont responsables pour la modulation pointue prévoient une tempête, ils vont demander au service... quatre ambulances de plus demain de jour, trois de soir, deux de nuit.

Alors ça, c'est le principe de modulation à long terme pour l'année financière puis à court terme très pointue, basée sur une petite variation. Variation très pertinente, c'était en 2012, les manifestations. C'était énorme comme impact chez nous. Alors, on a modulé à la hausse. On a sorti des équipes spécialisées pour les affecter aux manif puis on a remplacé les équipes de base sur la route. Alors ça, c'est un bon exemple de modulation, pas sur une situation climatique mais plutôt sur une menace, si vous voulez, pointue.

Le Président (M. Marcoux) : M. le député?

Une voix : ...

Le Président (M. Marcoux) : M. le député de Jean-Talon?

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, bien, je trouve ça intéressant, de la façon dont vous l'expliquez. Parce que, dans le domaine des ambulances, souvent les gens nous disent : Il manque des ambulances. Ça, c'est le commentaire qu'on entend le plus souvent. Il y a des délais, comme vous dites, où les gens... Ça n'a pas de bon sens, 16 minutes. Moi, je viens de... je suis originaire d'une région comme le Saguenay—Lac-Saint-Jean. Il faut comprendre qu'on a des territoires de couverture. Quand une ambulance fait un transfert à l'extérieur, à ce moment-là il y a un déplacement de d'autres ambulances, puis je pense que c'est comme ça dans toutes les régions.

Laval n'étant quand même pas une très grande région en termes de géographie, tu sais, ce n'est pas l'Abitibi-Témiscamingue, vous êtes capables de concentrer vos ambulances puis de les faire passer d'un territoire à l'autre selon les déplacements. Et puis, si vous faites ce principe de modulation, vous devez avoir des transferts vers Montréal, vous devez en tenir compte également. C'est-à-dire que, si une ambulance est obligée de faire un transfert ou deux transferts vers Montréal, est-ce que vous prenez une ambulance qui est sur le territoire puis, à ce moment-là, vous refaites vos déplacements?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

• (17 h 30) •

M. D'Ulisse (Nicola) : Alors, le lien entre la modulation des horaires qu'on fait le plus proactifs possible versus le mouvement, le déploiement dynamique des ambulances à travers le quart de travail, c'est deux choses complètement différentes. Le répartiteur, de sa tour de contrôle, oui, il voit les ponts, il voit la rivière, il voit les constructions, les détours. Il n'y a pas de quote-part, ou quota, ou un chiffre magique qui est déterminé, ni pour Laval ni pour Montréal. Eux autres, ils regardent le nombre de ressources disponibles puis ils vont les répartir à travers le territoire.

Pour nous autres, les ressources minimums pour faire une bonne job, c'est sept ambulances. Ce n'est pas à dire qu'à sept on est confortables, pas du tout, loin de ça, mais sept va couvrir nos points d'attente sur notre territoire global, de dire : On n'est pas loin, pas d'être optimal, pas d'être idéal non plus, raisonnable avec les temps de réponse. Je vous donne l'exemple, il y en a une à Dorval, il y en a deux à... Encore une fois, j'ai de la misère à dire «Laval»; la couronne nord, parce qu'avec les ponts on peut être sur l'île de Montréal, on traverse, on est à Laval. Eux autres, ils regardent ça par points d'attente. Ce n'est pas le répartiteur qui détermine où est-ce qu'ils sont, les points d'attente. Ça, c'est quelque chose qui est calculé mathématiquement : Où est-ce qu'on va placer nos points d'attente? Le rôle de répartiteur, c'est de remplir ses points d'attente. Si j'ai cinq ambulances, je remplis celle-là. Si j'ai 12, je remplis ces points d'attente là. Si j'ai deux, donc on commence à être en mode un peu plus complexe, mais je les place une ouest, une est.

Le Président (M. Marcoux) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je suppose que vous devez avoir de la modélisation puis vous devez avoir des logiciels pour faire ces calculs-là?

M. D'Ulisse (Nicola) : Oui. Et là, avec votre permission, je vais passer ça à l'expert, M. Trahan, qui peut vous expliquer un petit peu la façon qu'on fait l'analyse et à quelle fréquence on fait les recalculs, et les modèles horaires, et les points d'attente aussi.

Le Président (M. Marcoux) : M. Trahan.

M. Trahan (Louis) : Oui, merci. Alors, effectivement, il y a plusieurs logiciels de modélisation. On a surtout une équipe qui est experte là-dedans et qui fait ces modèles-là. Alors, le modèle horaire est révisé une fois l'an et tient compte, entre autres, de l'historique et des volumes historiques qu'on a à Urgences-Santé, également de la provenance des appels. Il tient compte également des sommes qu'on a mis au budget pour pouvoir mettre des équipes sur la route et il tient compte également des variations qu'on va avoir dans l'année.

Alors, ce qu'on expliquait tantôt, quand le service essentiel intervient, il intervient au niveau des horaires qui sont permis, alors il n'intervient pas au niveau de la modulation que nous, on fait. Alors, nous, on pourrait décider, parce qu'on est l'hiver — l'hiver, pour nous, c'est notre saison qui est haute, là, en fait, où il y a plus d'appels — on rajoute des horaires par-dessus l'horaire qui est prévu, donc on est au-delà de ce que les services essentiels pourraient nous exiger, par exemple.

Alors, ce modèle-là est fait conjointement avec les syndicats. Ça fait qu'on s'assoit avec les groupes de travail et on explique c'est quoi, les paramètres, hein? Les paramètres de temps-réponse qu'on veut obtenir font partie de ce modèle-là. Et là, à partir de là, on établit un modèle horaire qui est la meilleure adéquation entre l'offre qu'on observe ou l'offre attendue, parce que, comme je le disais, on tient compte de l'historique, et les ressources nécessaires pour combler cette offre-là. Et c'est comme ça qu'on établit le modèle horaire, donc, qui va faire la répartition des véhicules dans la journée, combien est-ce qu'on en a besoin, alors, le jour, soir et nuit. Alors, c'est comme ça, très rapidement, là, comment on procède.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Si je vous demandais aujourd'hui : Demain matin, là, on ne tient pas compte des budgets, est-ce qu'il y aurait matière à rajouter des ambulances sur le territoire de Laval ou de Montréal?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. Trahan.

M. Trahan (Louis) : C'est une bonne question. Alors, basé sur l'historique, basé sur la... Aujourd'hui, on est en mai, qui n'est pas une période occupée dans l'année, donc c'est une journée plus basse, vraisemblablement on aurait normalement le nombre suffisant d'ambulances. Cependant, on l'a dit tantôt, là, un des paramètres du modèle horaire, c'est le temps, en fait, c'est la durée de l'intervention. Et ça, ça vient un peu... comme on disait tantôt, un de nos grands défis, c'est de réduire ce temps-là. Pourquoi? Parce que ça enlève de la disponibilité des ressources.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Quand on...

Le Président (M. Marcoux) : Oui.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le... Quand, moi, j'ai fait le tour des urgences de Montréal et puis j'allais dans le garage, il y avait des ambulanciers, puis je leur posais la question, ils me disaient... puis eux autres, ils allaient dans tous les hôpitaux, puis ils me disaient qu'il y a des hôpitaux que ça allait très bien, puis qu'il y a des hôpitaux qu'ils pouvaient attendre 90 minutes, deux heures. Et souvent c'est la prise en charge par le personnel dans l'urgence. Et ça, juste pour vous dire, de mon expérience, c'est souvent juste une question de volonté, parce qu'il y en a qui, pour eux autres, si un ambulancier est là, ça ne les dérange pas qu'il attende. Et je pense qu'une des consignes qu'on avait données, puis c'était bien important : Si vous réduisez vos temps d'attente dans les urgences, vos ambulanciers retournent beaucoup plus vite sur la route.

En passant, c'est ce que les ambulanciers veulent. Attendre dans un garage, là, ou dans une salle d'urgence, ce n'est pas agréable. Puis, selon moi, le plus gros gain qu'on avait à faire dans un premier temps, c'était là. Et, une fois qu'on a fait ça, s'il y a une augmentation du volume qui est justifiée, bien on pourrait ajuster nos ambulances.

Le Président (M. Marcoux) : M. Trahan.

M. Trahan (Louis) : C'est exactement ça, en fait. Tout le défi, c'est de remettre des minutes de disponibilité, des équipes plus efficaces, en fait, si on veut, parce qu'effectivement attendre dans un garage, ce n'est pas là que c'est le plus efficace. Donc, il faut travailler à réduire ces temps-là pour pouvoir remettre des minutes de disponibilité ambulance sur le terrain. Si on ne contient pas ça, si on ne réussit pas à contenir ça, c'est évident qu'on va tomber en manque de ressources. Mais je pense que l'effort est avant tout... doit être fait là. Quand on aura fait l'effort puis qu'on aura atteint des durées souhaitées, là on pourra regarder si le volume a une influence puis qu'est-ce qu'on a à faire. Ce qui serait intéressant, je ne sais pas si...

Une voix : Oui.

M. Trahan (Louis) : Ce qui serait intéressant de regarder aussi, c'est le nombre de transports que les équipes font à travers les dernières années. Alors, normalisées sur un quart de huit heures, les équipes ambulancières font 3,25 transports par quart de huit heures, normalisées. Il y a cinq ans ils faisaient 3,25 quarts de travail, la même charge de travail en termes de transport. Donc, c'est où, la perte? C'est exactement là.

Le Président (M. Marcoux) : Dernière question, M. le député.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, bien, c'était... Je pense que vous avez terminé votre planification stratégique 2012-2013. Est-ce que ça serait possible d'avoir le document ou c'est encore secret, confidentiel, dans un coffre, caché?

Le Président (M. Marcoux) : 2012-2015, je pense...

M. D'Ulisse (Nicola) : ...alors, le dernier ministre de la Santé l'avait approuvé. Avec le changement de gouvernement, ce n'était jamais déposé à l'Assemblée nationale. Alors là, on a besoin de retourner dans cette «loop» là. Évidemment, on a une résolution au conseil d'administration. Puis, avec l'approbation du ministre, on a commencé à diffuser ça à l'interne puis on a commencé à mettre en place les plans d'action. Alors, la réponse officielle, c'est : Le document n'est pas disponible. On espère que ce soit officiellement disponible très, très bientôt.

Ça n'empêche pas que les actions en conséquence du plan sont déjà enclenchées depuis presque un an. Et c'est quelque chose de laquelle on est très fiers. Parce qu'on a appris beaucoup de notre ancien plan stratégique. Je pense que 2012-2015, comme vous le savez, attaque vraiment notre mission plus proche avec les partenaires du réseau de la santé. On sent un ton qui est plus intégré avec nos partenaires de la santé, et c'est ça qu'on ramène comme thème aussi. Il n'y a peut-être pas grand défis qu'on peut attaquer tout seuls, peu importe si c'est le délai au centre hospitalier, c'est les premiers répondants dans un certain secteur d'activité. Le nombre d'ententes qu'on veut signer, qu'on veut mettre en place, c'est une de nos mesures de succès dans notre prochaine... le plan qui est en cours présentement.

Le Président (M. Marcoux) : Merci.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...est-ce qu'il va me rester un peu de temps, tantôt...

Le Président (M. Marcoux) : Oui, il va rester quelques minutes, oui. Simplement, là-dessus, pour bien comprendre — excusez-moi, si vous me permettez, là — bien comprendre le processus d'approbation du plan stratégique.

Vous dites : Il a été préparé, il a été approuvé par votre conseil. Subséquemment, il doit être approuvé par le ministre et, après ça, il peut être rendu public, si je comprends.

M. D'Ulisse (Nicola) : ...il est déposé à l'Assemblée, qui est l'étape qui manquait. Mais, avec le changement de gouvernement, il faut redéposer pour une petite resignature du ministère.

Le Président (M. Marcoux) : Donc, ça devrait être fait normalement...

M. D'Ulisse (Nicola) : Bientôt.

Le Président (M. Marcoux) : Bientôt. Parfait, merci. Oui, M. le député de Deux-Montagnes.

M. Goyer : Oui, M. le Président. Je vais poursuivre en ressources humaines. Vous avez sûrement une politique d'embauche par rapport aux minorités visibles, les handicapés. Avez-vous des objectifs? Et est-ce que ces objectifs-là ont été atteints? Pour continuer d'être à 97 % en taux de satisfaction, M. le Président...

M. D'Ulisse (Nicola) : M. le Président, est-ce que je peux laisser mon directeur des ressources humaines attaquer cette question-là?

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Alors, si vous voulez bien vous identifier, s'il vous plaît.

M. Lemarier (Pierre) : Oui. Mon nom est Pierre Lemarier, je suis directeur des ressources humaines à la Corporation d'urgences-santé.

Toute l'embauche et tout le volet, là, d'intégration des communautés culturelles ou encore des... soit les minorités ethniques ou encore les autochtones sont déjà indiqués dans tous nos rapports annuels. On fait beaucoup d'efforts pour essayer de recruter des gens des différentes communautés, là, qui touchent une catégorie de la population.

On essaie de donner beaucoup de priorité à la gent féminine pour venir travailler chez nous, cependant nous sommes tributaires du taux de diplomation dans les collèges d'enseignement, donc les D.E.C. Il reste que la technique ambulancière est une carrière assez difficile pour les dames compte tenu de la capacité physique qu'elles doivent déployer pour transporter des bénéficiaires. Alors, on a beau avoir des équipements, des méthodes de travail, il reste que les gens oeuvrent dans un milieu non contrôlé et non contrôlable. Et, une de ces variables-là, c'est principalement le poids du bénéficiaire. Alors, on ne peut pas... on n'a pas de moyen d'action pour être en mesure de diminuer les efforts physiques des employés qui viennent travailler chez nous. Alors, mis à part... on a déjà antérieurement acquis des équipements, on a donné de la formation sur les techniques de levage de charge, mais malheureusement on est à la limite, là, de la capacité de pouvoir de modifier ces conditions de travail là pour des gens qui oeuvrent en techniques ambulancières.

Alors, c'est sûr qu'à partir du moment où le taux de diplomation est diminué au niveau des différentes communautés, alors c'est difficile pour nous de les embaucher, puisque, le critère, il faut d'abord et avant tout qu'ils soient inscrits au registre national pour les techniciens ambulanciers. Alors, ils ont certains critères à faire. Alors, c'est pour ça que c'est un peu plus difficile.

Par contre, d'un autre côté, on va permettre et on va accentuer nos efforts pour être capables de faire... de procéder à l'embauche au niveau du personnel administratif et/ou au niveau du centre de communication santé ou notre centrale d'appels, par exemple, où un des critères, entre autres, c'est d'avoir une connaissance, je veux dire, assez approfondie d'autres langues que le français, compte tenu qu'on fait affaire avec une communauté allophone, surtout sur le territoire de Montréal. Alors, une deuxième langue, l'anglais, est obligatoire, mais également il y a plusieurs personnes qui arrivent avec une troisième langue. Donc, c'est des gens de communautés culturelles différentes qui viennent postuler chez nous. On est très heureux, à ce moment-là, de les compter parmi nous.

• (17 h 40) •

M. Goyer : ...il y a une statistique, j'ai resté surpris, dans votre rapport, page 8 : 453 sorties des patrouilles en vélo. Là, j'imaginai le paramédic avec tous ses outils sur son vélo. J'ai dit : Là, il va falloir qu'il m'explique... qu'il nous explique la mission, tu sais. Est-ce qu'ils font de la prévention? Je ne le sais pas. C'est peut-être mon ignorance à moi, là, mais j'ai été très grandement surpris de voir ça, 453 sorties. Et c'est beaucoup plus que l'année précédente, hein, c'est... On parle d'augmentation trois fois l'année précédente. Donc, il doit y avoir un besoin. Comment... la mission de cette patrouille?

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse, oui.

M. D'Ulisse (Nicola) : Alors, comme j'ai mentionné tantôt, on a beaucoup des équipes spécialisées avec des missions, évidemment, puis des formations, puis des équipements adaptés pour leur rôle. L'équipe vélo, oui, on peut imaginer deux paramédics sur un vélo avec beaucoup d'équipement, pas de civière, pas de planche dorsale. Leur modèle de déploiement a changé à travers les années. Il y avait un moment où est-ce que leurs responsabilités avaient une certaine partie de prévention. On a converti ça, je dirais, depuis un à deux ans. Puis on voit ça dans les chiffres.

Ils sont déployés à deux places : un événement où est-ce qu'il y a un risque élevé; ou une densité de population regroupée pour un événement, qui est élevée. Là il y a plusieurs... On peut mettre des ressources sur place. Une ambulance, ça ne se déplace pas bien au JazzFest dans le centre-ville. Alors, c'est un bel exemple d'où est-ce qu'on va placer les vélos.

Alors, tout le canal, quand il y a des activités, des feux d'artifices, alors on peut déployer un paramédic vite pour commencer à soigner. Et ça va même être plus vite puis plus efficace, nos premiers répondants. Les pompiers se déplacent vite en autopompe, mais pas dans les foules.

L'autre mission pour le vélo... Et c'est là qu'on voit l'augmentation, le nombre d'appels, c'est génial. Un de nos cadres intermédiaires, qui est ici aujourd'hui avec nous, a décidé de faire un petit essai, l'été passé, de dire : Centre-ville, Montréal, pas vendredi soir, le matin, midi, minuit, 1 heure, 2 heures, 3 heures, le trafic est jammé — on peut juste imaginer le boulevard Saint-Laurent, entre René-Lévesque puis Nord, ça ne bouge pas — on fait un essai. Puis je n'étais pas convaincu. Ils étaient capables de me convaincre avec les chiffres. Les vélos ont répondu, pas juste aux autres priorités mais les deuxièmes niveaux de priorités aussi, plus vite que les premiers répondants, évidemment les ambulances. Puis encore une fois je reviens à qu'est-ce que je disais tantôt, des fois on arrive là : pas de patients. C'est des appels souvent dehors, post la petite période breuvages alcoolisés. Alors, c'était un grand succès l'été passé. Il me semble que c'était le mois d'août puis le mois de septembre. Alors, on va retourner à ce modèle-là cette année.

Encore une fois, les critères : événement spécial, dense population, risque élevé pour le déplacement des véhicules d'urgence; puis, le deuxième scénario, les «hot spots» de notre ville. C'est positif puis négatif pour les paramédics. Ils travaillent les fins de semaine, mais, en même temps, pour eux autres, c'est un plaisir parce qu'il y a une certaine charge de travail dans une période très, très courte.

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

M. Goyer : M. le Président, j'écoutais tantôt, dans une autre vie, la députée de Groulx, en tant que mairesse de Rosemère, où, dans sa municipalité, ils avaient fourni des défibrillateurs dans les autopatrouilles. Moi aussi, dans une autre de mes vies, à Saint-Eustache, on avait mis un programme d'implantation de défibrillateurs dans les autopatrouilles, les arénas, centres sportifs. Si je comprends bien, pour Montréal et Laval, c'est le gouvernement du Québec qui les paie, là?

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : La réponse, c'est noui.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. D'Ulisse (Nicola) : Il y a certains programmes. Les programmes sont clairement définis. Alors, les défibrillateurs dans les autopatrouilles à Laval étaient fournis justement par le ministère de la Santé, avec grand plaisir, parce que c'est quand même toute une initiative. Les compagnies privées, on entend beaucoup les arénas, les organisations comme ça, c'est à leurs frais. Le programme que la ville de Laval a mis en place, où est-ce qu'il y avait une partie qui était payée ou offerte par la ville — puis les montants, ça m'échappe, mais c'est environ une moitié — ça, c'est génial.

Finalement, le rôle du ministère, à mon sens, puis le rôle d'Urgences-Santé là-dedans, c'est d'encourager, autant que les 2 500 personnes qu'on a formées, Héros en trente, où on n'a pas chargé, on n'a pas facturé. On a mis une cible. On a eu un programme monté par le ministère conjointement avec la Fondation des maladies du cœur, Urgences-Santé. Le programme est là. Notre but, ce n'est pas de faire des revenus. Notre but, c'est de créer un momentum. Avec 2 500 — notre cible, c'est 5 000 d'ici la fin de l'année — c'est de créer l'intérêt. Après ça, est-ce que les instructeurs privés quelque part vont charger 20 \$? Tant mieux. Si on donne, nous autres, quelques défibrillateurs, encore une fois, c'est de créer un momentum. Mais ce n'est pas du tout la responsabilité du ministère de la Santé de fournir la province au complet avec des défibrillateurs.

Des voix : Ha, ha, ha!

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

M. Goyer : J'essayais d'avoir un remboursement pour la ville de Saint-Eustache.

Le Président (M. Marcoux) : Vous allez devoir vous reprendre.

Mme Daneault : Moi aussi, je pourrais essayer.

M. Goyer : Je pensais à vous, Mme la députée de Groulx. Dernière petite question. Vous avez... Et ça m'a frappé. J'ai compris que tout le système, là, les ambulances comme telles, elles se promènent sur le territoire, hein, elles ont des zones, chacune leur zone, là. C'est quoi, votre budget en consommation d'essence? Puis on a-tu, dans un proche avenir, des ambulances hybrides? Parce que, j'imagine, en plein hiver, là, 154 — potentiel — ambulances chez vous que vous avez comme propriétés, ça doit être considérable comme facture pour une année.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Alors, M. Trahan a été vite pour sortir les chiffres, parce que justement ça fait partie de nos discussions depuis un an. Peut-être que je vais commencer un peu plus macro. On a mis en place, ça fait environ

un an à 18 mois, une politique à l'interne de quelle sorte de véhicules puis, plus important, quelle sorte de moteurs vont être dans nos véhicules. Alors, en ambulance, malheureusement on ne peut pas rouler à deux cylindres, ça prend quand même un seuil. Alors, on a fixé un maximum de capacité. Les véhicules de service, quand on fait des petites livraisons, etc., c'est tous des quatre cylindres. Les véhicules d'intervention ont certains critères, ça avec une volonté d'assurer que, oui, il y a assez de puissance pour faire la job, mais avec une sensibilité sur la consommation.

Si vous me permettez de consulter mes fiches, je vais vous donner une idée. Diesel, on roule 2,1 millions de litres — est-ce que c'est bien ça? — ...

Une voix : Oui.

M. D'Ulisse (Nicola) : ...par année en diesel. C'est énorme. Petite augmentation : 100 000 litres depuis l'année avant. Après ça, les coûts associés avec ça, on parle de 2,3, 2,5 millions juste en diesel.

Une voix : ...

M. D'Ulisse (Nicola) : Ça doit exister quelque part, ce qui m'amène à : Qui qui détermine c'est quoi, une ambulance? Les ambulances, il faut que ça soit fabriqué puis certifié par le BNQ, le Bureau de normalisation du Québec. Alors, le standard qui existe existe depuis un bout de temps. Il ne détermine pas l'ampleur du moteur, mais, quand il détermine tout ce qui est alentour de ça, par défaut on va définir qu'est-ce qu'il a besoin de propulser. On a été mandatés, ça fait environ un an, un an et demi, par le ministère de la Santé de faire un projet pilote sur qu'est-ce qui peut être les nouvelles normes du BNQ. Alors, présentement, on met en mode test sur le terrain, deux types d'ambulance, pour nous aider ou aider le ministère à donner des réponses pour qu'est-ce qui vont être les nouvelles normes.

À contresens, il y a un projet pilote qui est sur la Rive-Sud, à Beloeil, si je ne me trompe pas, sur un véhicule urbain qui est plus petit, le module est plus petit, consommation... qui est promettant. Alors, je pense que c'est quand même très positif que le ministère donne les mandats, quelques-uns à nous autres, les autres régions, de dire qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer. Alors, dans le contexte de réduction, ça, c'est quelque chose qui nous intéresse beaucoup parce que ça fait une bonne partie de notre budget opérationnel.

• (17 h 50) •

M. Goyer : Merci, M. le Président. J'ai pris mon temps.

Le Président (M. Marcoux) : Non, mais, écoutez, nous avons beaucoup de flexibilité.

M. Goyer : Alors, vous êtes bien gentil, je vous remercie.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, maintenant, M. le député de Vimont.

M. Rousselle : Oui. Merci, M. le Président. Pour faire suite à M. Trahan, tout à l'heure, vous avez parlé comme quoi que vous allez par modulation. Je reviens toujours avec le staff puis... bon. Vous avez parlé, à un moment donné, que, dans des périodes comme en mai — vous avez parlé de mai — à un moment donné ça semblait, si j'ai bien compris, là, que la demande baissait. Ça, ça veut-u dire que le nombre d'ambulances va baisser itou?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Je vais laisser M. Trahan poursuivre la question.

Le Président (M. Marcoux) : M. Trahan.

M. Trahan (Louis) : Oui, effectivement, au cours de l'année, en fonction des prévisions.... Et puis, quand on dit «prévisions», ce n'est pas uniquement météorologique. Vous savez, à Montréal, il y a plusieurs festivals, etc., donc il y a une demande qui se déplace dans la journée, dans le mois et dans la semaine. Et nous, on doit ajuster les ressources en fonction de prévisions de cette demande-là, cette planification-là, tout en respectant les budgets qu'on a à la corporation, donc s'assurer de dépenser les sommes à la bonne place, là où on en a besoin, là où la population en a besoin, en fait, là. Et effectivement, dans l'année, il y a des moments où c'est plus facile de circuler, le temps de réponse est meilleur, la demande est moins élevée. Et, à ce moment-là, bien, on en profite, là, pour, je dirais, engranger des sommes qu'on va dépenser quand l'hiver arrive, par exemple, ou qu'il y a des périodes où il y a plus de demandes.

Maintenant, ce qu'il faut comprendre aussi, c'est que les heures travaillées au cours des années, au cours des dernières années, ont constamment augmenté, là. Donc, on n'a pas diminué le nombre d'heures travaillées. Depuis quatre ans, ça a continuellement augmenté, la demande a augmenté. Depuis cinq ans, la demande a augmenté de 15 %, alors qu'on a augmenté le budget d'heures travaillées, paramédics, de 18 %. Donc, on n'est pas resté stagnants face à ça, on a augmenté, on a ajusté le budget dédié aux ressources ambulancières en fonction de cette variation-là. Et là, à partir de là, bien on la met à la bonne place en fonction de l'expertise qu'on a, ce qui nous permet d'avoir des belles performances, des bonnes performances, ce qui assure la population d'avoir les ressources au bon moment, lorsqu'ils en ont besoin.

Le Président (M. Marcoux) : M. le député de Vimont.

M. Rousselle : Merci. Je comprends que c'est une question de budget. À un moment donné, là, il faut placer... il faut y aller, comme vous dites... Puis je comprends votre système de modulation, là. À un moment donné, il faut suivre la demande, puis ça, je comprends bien ça. Mais est-ce que vous allez, à ce moment-là, à un niveau... est-ce que vous mettez une barre, là, comme un niveau maximum de services, ou vous allez comme à un 80 % de services? En tout cas, comprenez-vous, là? Parce que, tout à l'heure, on parlait, à un moment donné, de... On parle de performance, mais c'est sûr qu'on peut donner un service maximal, mais on peut aussi en donner un moins... toujours en considérant les budgets, là, pour les garder dans des périodes plus demandantes.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. Trahan.

M. Trahan (Louis) : Bien, effectivement, on ne va pas dans un niveau dangereux, là, de ressources, là. Cette variation-là, on parle d'une variation... un écart peut-être de 5 % par rapport à la planification. On ne parle pas d'un écart de 20 %, là, de la variation des heures. Il faut comprendre aussi qu'on a un autre phénomène qui est, par exemple, les absences, les absences de dernière minute. Il faut gérer ces absences-là. Et là, ça, ça vient faire une variation dans l'offre. Donc, c'est tout ça qu'il faut prévoir, qu'il faut... C'est un peu comme une boule de cristal, puis essayer d'être... d'offrir le meilleur service à la population avec les contraintes et les différents paramètres qui fluctuent aussi dans le temps, qui fluctuent aussi au quotidien, là.

Bon, j'imagine que tout le monde a le même problème, là. Les premières fins de semaine de beau temps, là, on a plus d'absences, là, qui arrivent à la dernière minute. Donc, comme voilà deux semaines, bien, la première belle fin de semaine, on a un taux d'absence qui a doublé, le taux d'absence de dernière minute qui a doublé. Ça fait que c'est sûr que, là, pour ajuster ça, on n'a pas beaucoup de choix. Et on ne peut pas prévoir cette variation-là non plus. Et ça cause... ça peut causer des pénuries, cette absence-là. C'est un des paramètres, là, avec lesquels on doit... on doit faire face. Puis, je vous dis, c'est tout un enjeu, là.

M. Rousselle : Merci.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, une question. C'est sûr, là, on regardait l'offre par rapport à la demande puis on a tendance à dire : Si la demande augmente, il faut augmenter l'offre. Est-ce qu'il y a eu des études pour voir comment on pourrait peut-être mieux contrôler la demande? Et, sur le nombre de cas que vous avez, y a-tu d'autres stratégies qui pourraient être employées, que, plutôt que de prendre une ambulance, on va prendre d'autres moyens de transport ou on va travailler dans la prévention?

Un exemple, quand les gens se promènent à bicyclette puis ils arrivent qu'il n'y a pas quelqu'un, bien ça empêche une ambulance de se rendre, donc ça nous permet de rendre une ambulance disponible. Est-ce qu'il y a eu des études de faites là-dessus?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Alors, il y a deux, trois facteurs, deux, trois segments dans votre question. Des modes de déploiement différents, ça, c'est une partie. Alors, je pense qu'on a démontré une capacité d'être créatifs et dans le métro, à vélo, etc. Alors, ça, c'est une partie.

L'autre partie de votre question, c'est : Est-ce qu'on peut amener notre personne qui appelle pour un service ailleurs? Puis il y a une partie de cette réponse qu'on fait déjà. On a qu'est-ce qui s'appelle des appels Oméga, c'est le non-envoi de ressources. Ça veut dire, après qu'on suive le protocole, on est capables de dire : Cette personne-là n'a pas besoin d'une ambulance aujourd'hui, probablement ni demain, elle a besoin d'être déplacée ailleurs. Et c'est là qu'on voit une tendance à travers les autres grands services. Puis là on est en échange avec Toronto, avec Niagara, d'autres places où est-ce qu'ils veulent aller faire du pouce là-dessus, et je pense que c'est...

Là, vous faites allusion : Est-ce qu'on peut référer nos patients à une autre ressource? On est chanceux, ici, au Québec, on a Info-Santé, qui est quand même une ressource qui est capable d'aider, supporter et guider qu'est-ce qui peut devenir un patient ou tout simplement quelqu'un qui appelle. Notre interface, à Urgences-Santé et à Info-Santé, a besoin d'être renforcée, où est-ce qu'avec les priorités des appels, les basses priorités, les non-envois de ressources, oui, on les transfère souvent à Info-Santé, mais je pense qu'on peut faire du pouce là-dessus aussi et les envoyer vers d'autres centres que les centres d'urgence. Ça, je pense que c'est les grandes opportunités à court terme — puis, court terme, je parle d'à l'intérieur d'un an ou deux ans — sans faire des changements majeurs dans les façons de faire des paramédics dans les protocoles cliniques s'il y a une meilleure interface avec le réseau.

Le Président (M. Marcoux) : Oui.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Une autre question. Puis c'est que, là, on gère et Montréal et Laval ensemble. Je suppose que c'est parce qu'il doit y avoir un avantage. Mais est-ce qu'il y a des inconvénients à gérer deux régions, même si elles sont très proches l'une de l'autre, par la même organisation?

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Excellente question. On se pose des questions chaque année en planification budgétaire : Est-ce qu'on coupe les ponts? C'est plus en lien avec le territoire, là, le «layout» physique du territoire; ça, c'est un facteur à considérer. Un exemple concret, c'est le nouveau pont...

Une voix : ...

M. D'Ulisse (Nicola) : ...25, merci. Ça ouvre une autre voie de services entre les deux extrémités. On a eu cette discussion-là avec le ministère, ça fait quelques années : C'est quoi, l'impact? Bien, l'impact est énorme, côté temps de réponse, mouvement des ressources.

L'autre facteur à considérer, c'est l'emplacement des centres hospitaliers; ça, c'est majeur. Alors, quand on regarde Laval, est-ce qu'Urgences-Santé serait mieux de laisser Laval toute seule? Ça veut dire : Les patients vont aller où? Le centre de communication qui va exister uniquement pour Laval va appeler le centre de communication à Montréal puis il va dire : Tu ne traverses pas les ponts, on a assez de patients.

Alors, il y a une question de coordination : territoire, c'est une, physique, géographique; l'autre, c'est coordination avec les centres hospitaliers. Autant que la couronne nord est achalandée par les Lavalais, la couronne nord de Laval puis les services de santé prennent des patients, leur couronne nord, puis, la même chose, la couronne sud de Montréal, qui a un certain «overlap» à travers les ponts.

Alors, je pense qu'on peut pousser la réflexion assez loin. Est-ce qu'il y a un bénéfice de séparer les deux régions? Je dirais non, ça va être plus désavantageux. L'avantage va être plutôt d'avoir une meilleure coordination avec le Centre de communication santé Laurentides-Lanaudières puis celui de la Montérégie, qui est à Urgences-Santé, d'assurer que, quand les ambulances traversent les ponts puis les liens qui se font entre un centre hospitalier sur la Rive-Sud puis celui sur l'île de Montréal, c'est coordonné pour le bénéfice de tout le monde, incluant les ambulances, incluant les corridors de services, etc. Alors, je ne pense pas que de commencer à réduire puis de couper des régions, ça va nous aider. C'est plutôt d'aller dans l'autre sens, une meilleure coordination. Je ne dis pas nécessairement centralisation, mais certainement une meilleure coordination.

Le Président (M. Marcoux) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : J'aime beaucoup votre réponse. Parce que, quand vous regardez les données, le plus gros hôpital pour hospitaliser les gens de Laval, c'est Sacré-Coeur, et Cité de la santé est un plus gros hôpital parce qu'il va chercher les gens du côté encore plus loin de la couronne nord, entre autres dans les Laurentides. Donc, c'est... Puis l'approche, c'est vraiment d'avoir une approche géographique.

L'autre élément, en tout cas, moi je crois encore que ça prend un hôpital dans l'est de Montréal, à Rivière-des-Prairies, où, là, vous seriez près du pont de la 25. Puis ça, ça vous permettrait d'avoir une meilleure desserte et faciliter les transports ambulanciers. M. le Président, il doit me rester juste 30 secondes?

• (18 heures) •

Le Président (M. Marcoux) : Bien, oui. D'abord, je demanderais le consentement des membres pour prolonger au-delà de 6 heures, de 18 heures. Évidemment, nous avons perdu une vingtaine de minutes pour le vote. Alors, si les membres de la commission y consentent, on peut prolonger. Donc...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, moi... M. le Président, là, on prolongerait de combien de temps? Parce qu'on a un petit rapport à faire aussi, hein?

Le Président (M. Marcoux) : Oui. On peut prolonger d'une quinzaine de minutes. Puis, après ça, nous allons suspendre et prendre une dizaine de minutes pour faire la conclusion. Alors, c'est comme vous voudrez.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je suis un petit peu hésitant parce qu'il y avait d'autres choses de prévues ce soir, là. Mais, moi, je proposerais peut-être un 10 minutes, maximum.

Le Président (M. Marcoux) : Est-ce que vous êtes d'accord avec une dizaine... 10 ou 15 minutes max?

Mme Daneault : Dans 10 minutes, moi, j'ai-tu droit à un droit de parole?

Le Président (M. Marcoux) : De consentement des membres, Mme la députée de Groulx, on peut le faire.

Mme Daneault : O.K. Un trois minutes.

Une voix : Voilà.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, moi, je proposerais, si on pouvait se partager le temps, là... Il est 6 heures. Moi, je prendrais peut-être quatre, cinq minutes, puis on vous laisserait le temps... aux autres, O.K., pour ne pas avoir à revenir...

Mme Daneault : Donc, ça revient à 13, 14 minutes.

Le Président (M. Marcoux) : Trois, quatre minutes chaque. Parfait.

Mme Daneault : On ne s'obstinera pas pour...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Trois, quatre minutes chaque? Parfait. Parfait. Ça fait que, c'est ça, je trouvais ça intéressant parce que, quand vous regardez, la première chose dans une organisation de services, c'est la géographie, et, comme de fait, avant de penser à quelle région ça appartient, il faut savoir c'est quoi, la meilleure desserte qu'on doit avoir. Et, si on se donne également une autre organisation au niveau des centres hospitaliers, dont, entre autres... ça peut prendre encore plusieurs années, mais un hôpital à Rivière-des-Prairies, à ce moment-là vous couvrez tout l'est de Montréal, qui est très dépourvu en termes de centres hospitaliers, et également vous pouvez couvrir une partie peut-être de Laval, puis ce serait peut-être plus facile de couvrir... et, à ce moment-là, vous dégagéz aussi les autres centres hospitaliers. Donc, il y a une facilité, à ce moment-là, de communication.

Moi, M. le Président, je voudrais juste... je ne prendrai pas mes quatre, cinq minutes. Je voudrais juste vous remercier puis vous dire que vous avez fait un excellent travail au cours des dernières années. Et moi, je me souviens, quand je suis arrivé en poste, on avait beaucoup, beaucoup de commentaires par rapport au transport ambulancier sur... autant à Laval qu'à Montréal, et puis, dans les deux, trois dernières années, ça s'était beaucoup amélioré. Je sais qu'il y a encore beaucoup de travail à faire, mais je peux vous dire qu'on était très, très satisfaits de votre travail. M. le Président.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Merci! Merci de me laisser...

Le Président (M. Marcoux) : Bien, écoutez, vous remerciez vos collègues?

Mme Daneault : Oui, je remercie mes collègues grandement de m'accorder un petit deux minutes. J'avais juste une question supplémentaire. Parce que je pense encore à votre délai dans les centres hospitaliers, bon, qui tourne autour du 50 minutes. Et, dans votre rapport, vous avez mentionné qu'en 2011-2012 la corporation entame la planification stratégique de ses ressources informationnelles. Est-ce que, dans cette planification-là, il y a un volet qui peut se relier aux hôpitaux ou qui pourrait optimiser le temps d'attente? Tu sais, de nos jours, on est connectés avec nos textos : On s'en vient dans 10 minutes. Est-ce qu'il n'y a pas moyen, avec la technologie 2013, qu'il y ait un meilleur arrimage puis une meilleure efficacité entre vous et les centres hospitaliers?

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Merci. Je vais vous avouer, c'est que, chaque fois que je demande aux gens en informatique de trouver une solution informatique pour les opérations, ils sont un peu découragés. Mais, on ne le cachera pas, une partie de la réponse est toujours liée avec l'informatique. Est-ce que c'est dans l'amélioration des processus ou la compréhension?

Puis je vais donner un exemple de compréhension. Quand on parle de transfert d'un patient dans un centre hospitalier, c'est une des données qu'il nous manque, autant pour Urgences-Santé que pour le centre et pour les agences : Quand est-ce qu'on l'a transféré? Comment on peut mesurer l'efficacité si on n'est pas capables de mettre un «stamp» pour dire : C'était à telle heure? Ça, ça devient ma partie de la responsabilité et votre responsabilité. Alors, la solution informatique, je dirais, ça peut être une partie de la réponse.

Qu'est-ce qui est prévu, je dirais, plus à court terme, c'est un environnement intégré sans papier. Et on voit ça déployé de plus en plus, les iPad, que je vois, quelques-uns ici, les paramédics qui vont documenter leur intervention préhospitalière là-dessus au fur et à mesure. Alors, ça évite une documentation papier vers la fin d'un quart ou de l'appel, première chose. Deuxième chose, on va être capables de transférer des données aux centres hospitaliers, centre de communication vers les partenaires entre les équipes.

Alors, deux volets là-dedans : comprendre où est-ce qu'on est quand on transfère puis aussi de documenter au fur et à mesure avec les étapes de validation de la qualité dans le rapport. Si le paramédic, il rentre «120 ans», mais le système va dire : Êtes-vous sûr que le patient est vraiment... Oups! Excuse, c'est «12 ans». Alors, le côté qualité, il y a un avantage. Côté efficacité, performance, il y a un avantage aussi. Ça, c'est ce qui est prévu à court terme. On appelle ça l'environnement sans papier ou environnement intégré. Puis, je vous dirais...

Mme Proulx : ...de données. Ce que je comprends, ce que vous voulez dire, c'est des entrées de données déjà...

M. D'Ulisse (Nicola) : ...données «live», «live» qui sont là.

Mme Proulx : O.K. Ça existe, les programmes?

M. D'Ulisse (Nicola) : Oui, ça existe, et il y a plusieurs fournisseurs. L'alignement qu'on attend c'est vraiment... Puis on a déjà fait une grande partie de l'analyse à Urgence-Santé sur ce projet-là pour voir c'est quoi, les besoins. Je vous dirais, de plus en plus, notre directrice médicale nationale, là, que la chaîne... est très, très, très encouragée par ça,

elle est très pour, l'autonomisation aussi puis l'environnement sans papier. Et on a beaucoup de clients en arrière de ça, les gens de qualité, les médecins qui surveillent la qualité aussi, les analystes qui vont être capables d'extraire des informations pour voir comment qu'on fonctionne. Alors, il y a plusieurs volets. Mais, on comprend, déployer à travers 154 ambulances puis 900 paramédics, il faut que ça soit bien rodé avant qu'on se mette en mode déploiement. Mais ça, c'est quelque chose qu'on prévoit de déployer à court terme.

Mme Proulx : Merci. Merci, mes collègues.

Le Président (M. Marcoux) : Merci. Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx : Alors, écoutez, M. D'Ulisse, il y a une dernière question, là, sur un thème qui m'intéresse particulièrement. Pour une corporation qui gère 1 400 employés, si je ne me trompe pas, autour de 1 300, 1 400 employés... Ma question, elle tourne autour des relations de travail et du climat de travail. J'aimerais ça avoir votre analyse. Comment vous analysez, comment vous évaluez la qualité des relations de travail actuellement dans votre corporation? Comment vous faites pour la mesurer? Est-ce que vous vous êtes donné des outils pour mesurer le niveau de qualité?

Et vous avez mentionné rapidement tantôt, quand vous avez parlé de votre sondage, là, 1 % de réponses qui disaient : Enlevez les auto-collants «En grève» sur les ambulances. Mais, n'empêche, cette question-là, elle est quand même importante pour une corporation comme la vôtre pour pouvoir avoir le soutien, et l'engagement, et la collaboration de tout le monde. Et est-ce que vous avez... Parce que c'est peut-être une perception totalement subjective, mais j'ai l'impression qu'il y a une amélioration depuis quelques années. J'ai l'impression qu'on n'a pas toujours eu la perception que les relations de travail étaient optimales, disons, à Urgence-Santé. Comment vous l'évaluez maintenant et qu'est-ce que vous avez mis en place?

Le Président (M. Marcoux) : M. D'Ulisse.

M. D'Ulisse (Nicola) : Merci. C'est une question facile à répondre puis aussi difficile. Quand on parle de mesurer la culture, c'est un des items qui étaient dans la planification stratégique 2008-2011 qui nous a vraiment chicoté parce que c'est difficile à mesurer, les cultures. En 2009, on a parti avec plusieurs défis, et c'est là que la planification stratégique puis le volet de dire «il faut qu'on attaque la culture» a commencé.

Avant qu'on améliore la culture, il faut établir des points de base. Il faut qu'on ait assez de staff. Les paramédics, il y a un taux d'overtime qui est élevé, difficulté de recrutement, rajouté sur la complexité de la job des RMU qui parlent direct aux patients, les paramédics... Alors, on a attaqué ça au début puis en plein milieu d'une petite crise de qualité en 2009-2010.

Il faut mettre en place les principes de base. Si on n'a pas assez de staff, si ce n'est pas du staff qui sont visés vers la qualité parce que les cibles de qualité ne sont pas claires, si on a une obligation de faire de la formation puis qu'on ne l'a pas faite, la formation, ça revient sur la qualité, ça revient d'avoir du plaisir purement au travail.

Alors, je vous dirais, de 2009 à 2011, les grands axes qu'on a attaqués, c'est tout ce qui touche alentour des ressources humaines : staff adéquat. On regarde le nombre d'embauches des paramédics, là, c'est énorme. Est-ce que c'est trop? Absolument pas. Est-ce qu'on commence à être en contrôle? La réponse est oui. 2009, on était un an et demi en retard avec notre formation continue, qui est obligatoire, qui est exigée. On a rattrapé ça dans une période record, dans un an. Chaque année, depuis deux ans et demi, la formation continue est à jour.

J'ai fait allusion tantôt à l'assurance qualité. Moi, comme paramédic, je n'aimerais pas avoir un feed-back d'un appel que j'ai fait ça fait quatre mois puis mon supérieur immédiat va me dire : Tu as fait une mauvaise job. Je fais trois point quelque interventions par jour, je travaille cinq jours semaine, tu me parles d'un cas qui date de quatre mois. Ça ne m'aide pas à améliorer. En plus, ça me frustre. D'avoir un feed-back plus immédiat.

• (18 h 10) •

Alors, la culture, c'est plusieurs facteurs, mettre les principes de base en place, notre responsabilité comme gestionnaires. Après ça, on a monté à l'autre niveau puis on a dit : O.K., on a un code d'éthique qui était en stand-by. Quand j'ai arrivé, en 2009, le code d'éthique était prêt. On a dit : Ce n'est pas un moment de déployer un code d'éthique pendant un manque de staff, une petite crise de qualité, un taux de transport qui vient juste d'arriver, etc. On a déployé le code d'éthique, on a fait ça à travers un an, on a mis en place une équipe. Mais ma job, c'est de fournir l'outil qu'est le code d'éthique, les six valeurs. Il y en a trois là-dedans, pour moi, c'est plus fort; certainement, pour un autre employé, deux; un autre, c'est quatre. L'outil est là. Est-ce qu'ils vont l'utiliser? Mais ça, ce n'est pas notre responsabilité comme gestionnaires, c'est la responsabilité de 1 370 employés.

Alors, on est passés, je pense, à la prochaine étape de culture, de commencer à dire c'est quoi, notre valeur de base. Sur notre valeur de base, sur notre code d'éthique, on a bâti notre plan stratégique 2012-2015. On a parti de là. On a regardé nos chiffres. Si on dérape quelque part, c'est sûr, il y a un impact sur la culture. Quand on est en négociation de convention collective et l'exécutif, comité des élections et l'exécutif syndical, ce n'est pas dans un moment plaisant. On a tous hâte de signer, de fermer nos conventions pour qu'on peut retourner en mode amélioration. Puis, je vous dirais même, avec les paramédics, le syndicat, c'est déjà commencé, on a signé une entente ministérielle, provinciale et locale avec les paramédics ça fait deux, trois semaines, puis déjà les équipes de travail ont déjà reparti.

Alors, il faut voir ça comme un... Le minimum est là : le staff, la qualité, la formation, notre... Là, il faut mettre ça en place. Je dirais, la seule chose qui manque... pas manque, qui est à améliorer pour vraiment avoir une culture un peu plus performante — ça veut dire on peut la mesurer, mais on peut la sentir aussi, cette mesure — c'est la façon

de communiquer. On est multisites, on est 24-7, on a des employés à temps plein, on a des employés à temps partiel qu'on voit deux fois aux deux semaines, puis c'est la fin de semaine. Ça, je pense, ça peut être un peu plus fluide, la diffusion d'information.

On était toujours réticents de faire une rencontre en assemblée générale avec les employés parce qu'on dit : Personne ne va se présenter, tout le monde travaille 24-7 tout partout. On va faire une assemblée. Ça fait trois ans que je dis : Non, non, non. Finalement, mon équipe m'a convaincu d'en faire une. On en a fait une l'année passée au mois de novembre. On a eu 300 personnes présentes. Pour nous autres, 24-7, multisites, ça, c'est énorme. Le taux de présence était énorme, les félicitations, les échanges. Puis on a mieux appris aussi qu'est-ce qu'ils veulent savoir, quand ils veulent savoir, les employés, puis par quels moyens.

Alors, une partie des communications, c'est «top down» et on revient au code d'éthique. Ce n'est pas tout aux cadres puis aux gestionnaires. Le syndicat a été impliqué avec le code d'éthique. Il a quoi? L'outil est là, il faut le rayonner. Les méthodes d'échange sont là, il faut les rayonner, il faut l'améliorer. Avec toutes les informatiques qui sont en place, communication, c'est juste différent. Ce n'est pas un enjeu, il faut juste changer nos méthodes, de *Twitter*, de *Facebook*, de courriels. On a même des paramédics de 55 ans qui ont des téléphones intelligents, qui regardent le courriel d'Urgences-Santé le soir. J'étais étonné l'année passée. Alors, pour répondre, la culture, je pense qu'on est dans une bonne voie, je crois qu'on est dans une bonne voie, mais il ne faut pas enlever le pied de la pédale, pas du tout.

Le Président (M. Marcoux) : Merci bien.

Alors, merci, M. D'Ulisse. Peut-être, si vous me permettez une dernière question. Si nous vous demandions, pour la prochaine année et demie, sur le plan de la gestion et de l'amélioration de l'efficacité, quels sont vos trois grands défis, est-ce que vous pourriez nous résumer ça en l'espace de quelques secondes?

M. D'Ulisse (Nicola) : Le défi, ça va être de limiter ça à trois.

Le Président (M. Marcoux) : À trois. Non, mais les trois principaux, j'ai bien dit, là, les trois plus importants que vous considérez comme gestionnaires, là, pour la Corporation d'urgences-Santé.

M. D'Ulisse (Nicola) : Merci, M. le Président. Il faut toucher tous les axes. On aimerait certainement prioriser les affaires plus technos parce que c'est intéressant puis c'est le fun.

Dans l'axe de qualité, soins au patient, on commence à mesurer les bonnes choses. Performance, ce n'est pas juste en temps de réponse, on parle de taux de survie, taux de conformité au protocole, taux de formation continue et réussite. Alors, cet axe... secteur d'activité là, c'est la première fois qu'on sent... et le directeur médical, le comité de direction, les membres du conseil, on commence à se sentir en contrôle. La prochaine année, c'est d'assurer qu'on peut garder la barre au même niveau. Alors, ça, c'est tout ce qui touche côté soins, côté qualité.

Côté technique, on a encore des petits enjeux qui traînent, que j'aimerais quand même finir : d'avoir un centre de communication conforme, d'avoir des bâtisses qui sont confortables, qui sont fonctionnelles. Il reste un peu de travail qui... Puis c'est des dossiers qui traînent, qu'on espère, d'ici un an, on va être capables d'attaquer.

Le dernier volet qu'on ne peut jamais ignorer, c'est performance. Et on a passé beaucoup de temps à parler de deux volets aujourd'hui. C'est Laval, premiers répondants, on a un manque dans la chaîne d'intervention, une lacune, quelque chose qu'on peut renforcer, puis aussi avec nos partenaires de l'autre côté. On a répété souvent, alors je pense que c'est facile à répondre. L'interface avec les CH. Si on n'attaque pas, on va continuer à augmenter les heures travaillées. Les paramédics vont finir à faire moins de transports par quart de travail, mais ils vont être occupés plus long parce qu'ils sont dans le garage. Puis, comme le député a mentionné, les paramédics ne veulent pas être dans le garage, là, ils ne sont pas contents, ils veulent être dehors, ils veulent gérer des appels.

Alors, je pense que ça, à court terme, c'est les trois choses qu'on a besoin vraiment de mettre le focus. Puis on voit ça ressortir. J'ai bien hâte de partager avec vous le plan stratégique 2012-2015, parce que, comme j'ai dit, on a appris beaucoup. On a changé nos façons de mesurer. Puis des fois on met un peu plus... trop d'énergie puis on dit : On veut tout faire. On a aussi appris à dire : Il faut étalonner un petit peu les défis avec le temps. Avec la meilleure volonté, il y a des défis qui se présentent, qui nous font un petit «bypass and sidetrack» pour un petit bout puis on ramène... Avec ces facteurs-là, pour les prochains 12 ans, si on est capables de maintenir la cadence, je pense que ça va être une mesure de succès.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, merci, M. D'Ulisse. Est-ce que vous auriez un autre commentaire à ajouter avant de terminer?

M. D'Ulisse (Nicola) : Premièrement, j'aimerais vous remercier. C'était vraiment un échange intéressant, plaisant, très humain. On parle des patients, on parle des soins, puis c'est vraiment plaisant de ramener des discussions à ce niveau-là. Alors, merci pour votre temps puis merci pour intérêt dans les affaires qui nous regardent, qui nous touchent très proche.

Puis il faut absolument que je remercie mes directeurs, mon équipe de gestion, mes équipes de support. La préparation pour la journée d'aujourd'hui, c'était quelque chose de très stressant, je ne le cacherai pas, mais on a appris beaucoup, on a appris beaucoup, avec nos chiffres, avec nos données. Puis c'est quelque chose... On a fait le «commitment» parmi nous de faire un petit «refresh» sur nos données, la plupart qu'on a quotidiennement, mais

quelques-unes, comme le DSL, qu'on regarde moins souvent, de garder ça dans nos indicateurs, nos mesures avant que ça devienne problématique. Alors, merci à mon équipe. Puis je vous remercie pour votre temps, votre attention.

Le Président (M. Marcoux) : Bien, écoutez, bien, merci beaucoup, M. D'Ulisse. Et je voudrais simplement peut-être... puis je pense bien me faire la porte-parole des membres de la commission pour vous dire que les échanges, quant à nous, ont été très constructifs également. Nous vous remercions pour, je dirais, la franchise et la transparence avec lesquelles vous avez répondu aux questions.

Dans le passé, il est arrivé — et peut-être pas un passé si lointain — que la Corporation d'urgences-santé semblait refléter... ou y avoir beaucoup de problèmes. Je pense que l'impression que nous avons, en tout cas, c'est que vous êtes en contrôle. Il y a eu beaucoup d'amélioration depuis quelques années. En tout cas, je pense que c'est ce que je ressens. Donc, on vous encourage à continuer.

Merci également pour être venu devant la commission. Comme vous avez mentionné, nous savons que c'est beaucoup de travail de préparation pour une rencontre comme celle d'aujourd'hui. Je pense que, si, pour nous, nous le faisons parce qu'à titre de représentants de nos citoyens... Et vous jouez un rôle majeur dans notre système de santé et services hospitaliers. Vous êtes en contact avec nos citoyens. Je pense que ça peut également, pour la Corporation d'urgences-santé, être positif, je pense, une rencontre comme celle-là. Et donc, nous vous remercions et vous souhaitons une belle fin de journée. Merci beaucoup.

Et nous allons déposer un rapport à l'Assemblée nationale. Mais je pense que ce que vous avez démontré, c'est vraiment une amélioration importante par rapport à la situation qui pouvait prévaloir il y a quelques années. Il y a encore des défis qui demeurent; heureusement, d'ailleurs. Alors, merci beaucoup.

Des voix : Merci.

(Fin de la séance à 18 h 19)