



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

de la Commission spéciale sur le site du futur Centre
hospitalier de l'Université de Montréal

Le mercredi 2 mars 2005 — Vol. 38 N° 3

Consultations particulières en ce qui a trait
aux choix d'un site pour le futur Centre
hospitalier de l'Université de Montréal (3)



Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet

QUÉBEC

30 (1)

30

30

30

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 \$

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission spéciale sur le site du futur Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Le mercredi 2 mars 2005 — Vol. 38 N° 3

Table des matières

Auditions (suite)	1
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (ADRLSSSS-Montréal)	1
Ville de Montréal	11
Arrondissement de Mont-Royal de la ville de Montréal	22
Arrondissement de Ville-Marie de la ville de Montréal	29
Comité des usagers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	36
Table des chefs de département du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	46
Chercheurs de l'Université de Montréal (UdeM)	55
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CMDP du CHUM)	65

Intervenants

Mme Diane Legault, présidente

M. Philippe Couillard

M. Sylvain Simard

Mme Louise Harel

M. Pierre Marsan

Mme Yolande James

M. Daniel Turp

Mme Sylvie Roy

M. Henri-François Gautrin

M. Karl Blackburn

M. Stéphane Bédard

M. Nicolas Girard

Mme Pauline Marois

Mme Michèle Lamquin-Éthier

- * M. David Levine, ADRLSSSS-Montréal
- * M. Louis Côté, idem
- * M. Gérald Tremblay, ville de Montréal
- * Mme Suzanne Caron, arrondissement de Mont-Royal de la ville de Montréal
- * Mme Ava L. Couch, idem
- * M. Martin Lemay, arrondissement de Ville-Marie de la ville de Montréal
- * M. Robert Laramée, idem
- * Mme Louise O'Sullivan, idem
- * M. Jean-Marie Dumesnil, Comité des usagers du CHUM
- * M. Jacques Lefebvre, idem
- * M. Serge Bélisle, Table des chefs de département du CHUM
- * M. Jean-Marie Paquin, idem
- * M. François Lessard, idem
- * M. André-Pierre Contandriopoulos, chercheurs de l'UdeM
- * M. Raynald Pineault, idem
- * M. Edgard Nassif, CMDP du CHUM
- * Mme Suzanne Brissette, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 2 mars 2005 — Vol. 38 N° 3

**Consultations particulières en ce qui a trait aux choix d'un site
pour le futur Centre hospitalier de l'Université de Montréal (3)**

(Neuf heures cinq minutes)

La Présidente (Mme Legault): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, bonjour. Bonjour à tous et à toutes.

Des voix: ...

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie. Alors, bonjour à tous et à toutes à cette commission. Je vous rappelle que l'usage du téléphone cellulaire est interdit pendant nos travaux. Alors, je vous invite à les éteindre.

Je rappelle le mandat de cette commission. La Commission spéciale sur le site du futur Centre hospitalier de l'Université de Montréal est réunie afin de procéder à des consultations particulières et à tenir des auditions publiques en ce qui a trait aux choix d'un site pour le futur Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire: Non, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Alors, je vais vous faire maintenant lecture de l'ordre du jour de cette séance du mercredi 2 mars 2005: alors, à 9 heures, nous recevons les représentants de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal; suivra, à 10 heures, la ville de Montréal; à 11 heures, l'arrondissement de Mont-Royal de la ville de Montréal; à 11 h 45, l'arrondissement de Ville-Marie de la ville de Montréal; nous suspendrons nos travaux à 12 h 30; et reprendrons à 14 heures avec le Comité des usagers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal; à 15 heures, nous recevons la Table des chefs de département du Centre hospitalier de l'Université de Montréal; à 16 heures, les chercheurs de l'Université de Montréal; à 17 heures, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier de l'Université de Montréal; et il est prévu que nous ajournions nos travaux à 18 heures. Merci beaucoup.

L'ordre du jour est-il adopté?

Des voix: Adopté.

La Présidente (Mme Legault): Adopté. Merci. Alors, je constate que les représentants de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal...

M. Simard: Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): Oui.

M. Simard: Pouvez-vous me donner la parole un petit instant, de façon à assurer une cohérence absolue à nos travaux?

La Présidente (Mme Legault): Je vous en prie.

M. Simard: Vous nous avez fait adopter un ordre du jour. Nous n'avons pas adopté l'ordre du jour, il nous est imposé par la Chambre. D'ailleurs, c'est ce que vous nous avez rappelé, avant-hier, lorsque nous avons demandé à le modifier. Alors, nous prenons acte de l'ordre du jour, mais nous ne l'adoptons pas.

(Consultation)

La Présidente (Mme Legault): Je comprends qu'il est adopté à la majorité des membres.

M. Simard: S'il est adopté, il peut être modifié, et vous nous avez dit qu'il ne pouvait pas être modifié, alors... Il est là et nous en prenons acte.

La Présidente (Mme Legault): Alors, je vous ai bien entendu.

Auditions (suite)

Nous allons commencer. Je vous indique... M. Levine, je vais vous demander de vous présenter, là, de vous identifier pour la sono et de présenter les personnes qui vous accompagnent, vous dire que la commission consacrerait 60 minutes à votre organisation, et vous disposez d'une période de 20 minutes pour une présentation, et cette période de 20 minutes sera suivie d'un échange d'une durée de 40 minutes, qui est partagé à parts égales entre les collègues en tenant compte d'un cinq minutes à Mme la députée indépendante. Alors, M. Levine, je vous cède la parole. Merci.

**Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de Montréal (ADRLSSSS-Montréal)**

M. Levine (David): Merci beaucoup, Mme la Présidente. Je suis David Levine, P.D.G. de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. Je suis accompagné, ce matin, de M. Louis Côté, directeur de la planification de l'agence et de Mme Michèle Bérubé, responsable de la planification et du développement stratégique.

● (9 h 10) ●

Messieurs mesdames de la commission, ça fait un grand plaisir pour moi d'être ici, ce matin, de vous parler des préoccupations de l'agence de Montréal. C'est des préoccupations évidemment concernant l'emplacement du CHUM et l'impact de l'emplacement du CHUM; sur la cohérence avec la nouvelle organisation des services de santé et services sociaux, et là aussi l'impact de l'emplacement avec la capacité de répondre aux besoins de la population montréalaise; et, en troisième lieu, de parler de la fiabilité de validation de la

sécurité des lieux, parce que l'agence est responsable de la protection de la santé des Montréalais. Je ne parle pas, ce matin, des coûts, ni des besoins universitaires, ni de la construction, ni de l'infrastructure requis.

Pour parler de la nouvelle organisation, j'aimerais, pour un instant, faire un rappel. Le Québec, aujourd'hui, est dans un changement profond de son système de santé, un changement qui a pris des objectifs pour répondre aux besoins de la population et de vraiment changer la façon dans laquelle on offre des services à la population: nos objectifs de décentraliser le pouvoir de décision vers le niveau local, et je le souligne parce qu'il va être important lors de ma présentation; de renforcer les services de première ligne, surtout des services de l'accès à un omnipraticien proche d'où on demeure; troisième élément, de garantir l'accès aux services dans des délais requis, une garantie d'accès, et de rapprocher les services de la population et des malades.

Il y a deux principes directeurs importants, ici: le premier, c'est ce qu'on appelle une approche populationnelle, qui est tout à fait révolutionnaire — je vous dis quelque chose, qu'à travers tout le Canada il n'y a pas une autre province qui est aussi avancée que le Québec à ce sujet — et la hiérarchisation des services.

Qu'est-ce que c'est, l'approche populationnelle? L'approche populationnelle donne la responsabilité d'une population déterminée sur un territoire fixe, et cette responsabilité populationnelle est d'assurer l'accessibilité, d'assurer la prise en charge de cette population, d'assurer le suivi de chaque individu qui demeure sur le territoire. Il est important de comprendre cette notion de responsabilité parce que, pour être responsable, il faut avoir des outils, il faut avoir des outils qui vont nous permettre d'offrir ces services à la population pour laquelle, nous, on a le mandat de suivre. La majorité des centres de santé et services sociaux — il y en a 95 à travers le Québec aujourd'hui — ont un hôpital sur leur territoire, un hôpital de première et de deuxième ligne, pour les aider à offrir des soins qui sont requis par leur population. Sur l'île de Montréal, on a plusieurs CH universitaires, et alors on a plusieurs territoires qui n'ont pas un hôpital inclus dans le nouveau centre de santé et services sociaux.

Le deuxième principe, c'est la hiérarchisation des services. Et pourquoi ça, c'est important? Parce que, pour une première fois, on a pris l'activité première, deuxième ligne de l'ensemble de nos établissements et on les a consacrées vers une population du territoire local, et, pour l'activité tertiaire, on a développé des corridors de services directs entre nos hôpitaux universitaires, pour l'activité tertiaire, quaternaire et les besoins de la population. Cette division et ces corridors directs sont importants dans le développement de notre système, et ils doivent être respectés.

Si vous regardez le tableau, vous avez l'île de Montréal qui a été divisée maintenant en 12 territoires. Les 12 territoires viennent de trois mois de consultation avec l'ensemble des producteurs de services, avec les corps médicaux, avec les groupes communautaires, avec la population. Cette consultation a défini des territoires et le regroupement de la population qui est le plus cohérent pour l'offre de services qu'il doit recevoir. On voit, sur le tableau 5, les territoires qui ont des CH qui

sont déjà inclus dans leurs centres de santé et on voit les autres territoires — où il y a un CH en bleu sur votre tableau — où c'est des hôpitaux universitaires qui doivent offrir des services de première et deuxième ligne à leur territoire.

Le deuxième volet qui est la concrétisation de la hiérarchisation des services, c'était la création de deux RUIS à Montréal, quatre RUIS pour le Québec. Pour les deux RUIS de Montréal, c'est le regroupement des établissements universitaires, et le CHUM fait partie de celui de l'Université de Montréal, et vous verrez sur le tableau que l'est de Montréal est sous la responsabilité de l'Université de Montréal et l'ouest de Montréal, sous la responsabilité de McGill.

J'attire votre attention sur le prochain tableau qui est celui de la population d'expression anglaise. C'est une réalité montréalaise à laquelle on doit tenir compte. Sur votre tableau, le territoire en rouge, c'est la population de plus que 50 % d'expression anglaise. Je souligne que c'est dans ce territoire, celui du centre-ville, que se trouve la proposition du CHUM à Outremont. Vous savez, selon la Charte de la langue française, s'il y a plus de 50 % de la population d'expression anglaise, ils peuvent demander qu'un établissement sur leur territoire ait la responsabilité d'offrir l'ensemble de leurs services en langue anglaise. J'aimerais que vous preniez note de ça, ça va être un de mes commentaires plus tard.

Je veux parler maintenant de l'offre de services et surtout de l'offre de services de première et de deuxième ligne. Comment déterminer l'offre de services des Montréalais? On a regardé les données réelles, 2003-2004, de chaque hospitalisation de chaque Montréalais pendant l'année. On avait les données du lieu de domicile de chaque individu hospitalisé, on avait l'établissement qui a hospitalisé l'individu. Avec ces informations, on a déterminé la réelle distribution des soins sur l'île de Montréal et le réel besoin d'aujourd'hui.

Il y a une chose que j'aimerais vous souligner, c'est que la population de Montréal consomme 16 % de moins d'hospitalisation que le reste du Québec, que le séjour moyen à Montréal est déjà le plus bas dans nos hôpitaux que le reste du Québec. Une des choses à noter sur le tableau que vous avez devant vous, c'est qu'à Montréal le nombre de lits total disponibles pour première, deuxième ligne, c'est 5 225 lits, mais, sur l'île de Montréal, on en consomme uniquement 4 200. Il y a presque 1 000 lits, sur le territoire montréalais, consommés par la population à l'extérieur de l'île de Montréal. Puis, si on regarde la ligne du CHUM, où vous avez une étoile, qui est de notre intérêt aujourd'hui, on a 910 lits du CHUM, réels, qui sont utilisés pour la première, deuxième ligne, dont seulement 666 sur l'île de Montréal; 244 lits de première, deuxième ligne du CHUM sont de l'extérieur dont plus de la moitié, 142 lits, viennent de la Montérégie — qui n'est pas loin, on traverse le pont Jacques-Cartier et on se trouve sur le CHUM. Alors, le CHUM offre 142 de ses lits première, deuxième ligne à un service de la Montérégie.

Si on tourne la page, j'aimerais qu'on regarde maintenant c'est quoi, les dessertes dans l'est de Montréal. Les dessertes dans l'est de Montréal, vous avez les deux territoires, où les deux ronds cercles, qui couvrent quatre réseaux. Pourquoi on a choisi ces quatre réseaux? On a choisi les quatre réseaux parce que la

population réellement cherche leurs services au CHUM, de ces territoires, et, si on regarde, c'est les territoires de Petite-Patrie, Villeray, Faubourgs, Plateau Mont-Royal, Saint-Louis du Parc, Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond, Rosemont ainsi que Pointe-de-l'Île.

● (9 h 20) ●

Sur ce tableau, c'était important parce qu'on a regardé c'est quoi, le besoin de cette population. Le besoin de cette population est de 1 500 lits. Cette population, sur les quatre réseaux, a besoin de 1 500 lits réels pour combler les besoins — et, vous savez, ce besoin réel n'a pas changé depuis plusieurs années, il est assez stable, c'est pourquoi on peut utiliser ces données dans une projection future — 1 500 lits requis. Le CHUM actuellement couvre 435 de ces lits, ils utilisent 435 de leurs 910 lits, 198 lits dans le territoire où il est situé actuellement, qui couvrent 67 % des besoins de ce territoire. Et vous verrez aussi que l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Jean-Talon combler le reste des besoins, sauf que le besoin total du territoire de l'est est comblé uniquement pour 60 % localement. Ça veut dire: 40 % de cette population de l'est de Montréal a besoin de chercher leurs services ailleurs. Ça, c'était important de regarder parce que notre intérêt, c'est d'augmenter la desserte locale dans cette nouvelle philosophie qu'on est en train d'implanter.

J'aimerais que vous regardiez maintenant centre-ouest. Le centre-ouest est déterminé par deux réseaux, c'est les réseaux de Côte-des-Neiges—Parc-Extension—Métro et René-Cassin—Montréal-Ouest. Les deux réseaux ont besoin de 728 lits réels, et ils sont comblés par le consortium du CUSM, l'Hôpital juif et Sainte-Marie, qui sont regroupés ensemble pour faire un consortium de l'offre de services de première, deuxième ligne. Ils couvrent 82 % de l'ensemble des besoins de ce territoire, 82 %. On peut prendre 82 % comme notre objectif. Si on est capable d'atteindre 82 % partout dans chaque réseau, on aura vraiment réussi cette réforme.

Alors, l'important, c'est: on regarde maintenant c'est quoi, l'impact d'un hôpital de 700 lits sur le site Outremont versus 300 lits à l'Hôpital Notre-Dame ou l'hôpital complémentaire. Premièrement, il y aurait une offre excédentaire de services hospitaliers de première, deuxième ligne pour le centre-ouest, il est déjà comblé à 82 %. De mettre un hôpital sur ce territoire, il y aurait une surcapacité qui changerait le portrait de fonctionnement que la population a connu depuis des années. Deuxièmement, il y aurait un besoin non comblé dans l'est, parce qu'on vient de vous démontrer que l'est consomme 435 lits du CHUM actuel. S'il y a juste 300 lits, il manque 135 lits dans le centre-est et est de Montréal. Il y a une pression sur l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont qui sera accrue, mais comment on va payer le 135 lits? Le 135 lits qu'il faut offrir va coûter 50 millions de dollars récurrents, chaque année, additionnels, pour payer la disponibilité de ces services à la population. D'où vient ce 50 millions de dollars supplémentaire?

Il y a la probabilité de devoir désigner le CHUM pour l'accès aux services en langue anglaise qui aura un impact important sur le personnel et sur le budget de fonctionnement. Puis je termine en disant que la difficulté d'accès pour la population de Montérégie d'aller à Outremont, comparé d'aller au CHUM... Vous savez, il y a 142 lits qui sont consacrés à la population

de la Montérégie. L'impact sur le 1000 Saint-Denis: un accès préservé aux services de première, deuxième ligne de l'est, aucun rajout de budget d'opération, respect du bassin naturel de desserte du CHUM, une cohérence avec la nouvelle organisation — on respecte la vision de ce qu'on est en train de mettre en place actuellement — et une facilité maintenue d'accès pour la Montérégie.

J'aimerais parler maintenant, quelques instants, sur la question de l'accès aux urgences. Sur l'île de Montréal, il y a 685 000 visites; le CHUM tout seul, 114 000. 17 % de toutes les visites de l'urgence sont au CHUM aujourd'hui. L'élément important ici, c'est qu'il y a 34 000 ambulances, 34 000 ambulances chaque année qui utilisent trois sites du CHUM, trois lieux physiques séparés. On a 15 000 hospitalisations qui viennent de l'urgence. Ce chiffre est important parce qu'on mesure le besoin en fonction de combien de personnes arrivent à l'urgence et sont hospitalisées de l'urgence.

Si on regarde le tableau qui suit, ce qu'on a fait, on a pris un hôpital complémentaire de 300 lits, on a regardé une consommation similaire à Jean-Talon, Sainte-Marie, Verdun pour avoir le portrait pas d'un hôpital universitaire, mais d'un hôpital communautaire dont l'hospitalisation de l'urgence est plus grande. Dans ce sens-là, sur 15 000, il y a 6 300 admissions qui viennent de l'urgence, qui donnent beaucoup de lits pour l'urgence, 255 des 300, et qui gardent uniquement 45 lits pour les électifs, pour les médecins d'amener leurs patients qui ne viennent pas de l'urgence. Ça permet à l'hôpital universitaire d'avoir juste 8 700 admissions de l'urgence, qui est correct, parce que l'hôpital universitaire a besoin de beaucoup plus de lits qui viennent des électifs.

Mais l'élément important ici, c'est qu'on a pris le même pourcentage de partage pour les ambulances, et les ambulances à 34 000 donnent 14 000 à l'hôpital complémentaire. Si c'est Notre-Dame aujourd'hui, Notre-Dame reçoit 14 000 ambulances, Maisonneuve-Rosemont reçoit 14 000, c'est les deux plus grandes réceptions d'ambulances sur le territoire québécois. Mais l'hôpital universitaire aurait besoin maintenant de recevoir 20 000 ambulances, 55 ambulances par jour, chaque jour. Je vous demande d'imaginer l'arrivée de 55 ambulances, clignotant, qui arrivent à Outremont, l'infrastructure routière, les rues d'Outremont versus un centre-ville qui est habitué à un volume de trafic, et surtout par l'autoroute Ville-Marie. Je vous demande de garder ça en tête parce que, 20 000 ambulances, on ne l'a jamais vécu, et de faire le design d'un accès de cet environnement est particulièrement important.

Je veux parler deux minutes de la question de complémentarité, qui était très bien traitée, hier, par M. Denis Roy du CHUM, ou avant-hier, à laquelle on a une exigence pour nos CHU d'avoir la complémentarité. Pour nous, à l'agence, c'est la complémentarité clinique qui nous préoccupe particulièrement, et la complémentarité clinique, ça veut dire qu'on a une intégration d'un service d'oncologie, l'intégration d'un service de neurochirurgie pour être capable d'offrir à la population vraiment une intégration et surtout créer pour Montréal un des grands pôles académiques mondiaux. Pour faire ça, il faut qu'on puisse déplacer fréquemment et facilement les patients, les médecins, des fois des employés d'un environnement à l'autre pour certains services

spécialisés. Il faut aussi être capable de partager l'équipement de haute technologie.

Si on regarde simplement les cartes, notre évaluation a indiqué qu'avec l'autoroute Ville-Marie et 6 km de distance on est capable, à l'intérieur de huit minutes l'été, l'hiver, de faire un transport avec un «shuttle» facile. Si on prend Outremont sur l'autre carte, on a 11 km à traverser, on a besoin de traverser la ville au complet, et on n'était même pas capable de calculer le temps requis parce qu'il varie tellement dans la journée, dépendant du trafic. Je peux vous dire qu'une installation au site Outremont rend la complémentarité beaucoup plus difficile. Le transport des patients d'un site à l'autre, le transport des internes et résidents, le transport des médecins, ce serait beaucoup plus difficile.

Sur la question de la sécurité dont on veut toucher, il y a une étude qui a été faite justement qui est une étude probalistique... probabiliste... la probabilité de! Alors, dans cette étude, ce qu'on dit: On peut simplement réduire la probabilité qu'un événement arrive. Dans une approche déterministe, l'idée est de dire: L'événement arrive, c'est quoi, les conséquences et comment on peut diminuer les conséquences. Réponse: il faut s'éloigner de l'événement. Il est clair, avec les rails à côté d'Outremont, que l'événement est très proche. L'objectif: il faut s'éloigner le plus possible. Ça, ça a déjà été dit. Ce qui n'a pas été mentionné ici, c'est que l'approche déterministe est celle qui est utilisée par l'Environmental Protection Agency des États-Unis dans l'ensemble de leur évaluation de ce type, elle est utilisée par Environnement Canada et elle est utilisée par la ville de Montréal. Je pense que, si ces grandes agences utilisent cette méthodologie, ça devrait être la même que, nous, on utilise.

En conclusion, Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Legault): Merci, M. Levine.

M. Levine (David): ...j'espère que je vous ai indiqué comment il y aura un impact négatif de l'emplacement à Outremont sur la cohérence avec la nouvelle organisation des soins et qu'on sera capable de supporter cette organisation si on fait une installation à 1000 Saint-Denis, que la capacité de répondre aux besoins de la population est renforcée à 1000 Saint-Denis comparativement à Outremont. Et la seule chose que je peux terminer de dire: C'est à mon avis beaucoup plus important d'approcher les services de première, deuxième ligne et nos hôpitaux des malades, des besoins de notre population que de faire voyager notre population pour recevoir des services qu'ils ont besoin. Merci beaucoup, madame.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup, M. Levine. Alors, nous entamons maintenant notre période d'échange. Chaque groupe parlementaire dispose maintenant d'un temps de 17 min 30 s, en tenant compte du cinq minutes de Mme la députée indépendante. Je cède maintenant la parole à M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

● (9 h 30) ●

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Merci, M. Levine et vos collègues, pour votre présentation. Je vais tout de suite arriver sur la question fort importante

de la desserte et du nombre de lits. Je ne sais pas si vous avez suivi... probablement avez-vous suivi nos travaux depuis le début. Dans mes remarques d'introduction, j'ai noté — et je voudrais entendre vos commentaires là-dessus — que le choix d'un site unique de 700 lits fait par le CHUM et l'Université de Montréal ne relève pas d'un concept scientifiquement démontré ou d'une valeur inhérente. On sait qu'il y a d'autres organisations, comme McGill entre autres et ailleurs, qui ont choisi, par exemple, de décentrer ou de délocaliser sur deux sites leur organisation. Donc, j'analyse le fait que le besoin exprimé d'un site unique de 700 lits ne s'appuie pas sur des évidences publiées sur la façon d'organiser un hôpital, mais plutôt sur les besoins ressentis à l'intérieur de l'organisation pour les besoins académiques et également un besoin d'unification d'un milieu qui, convenons-le, a été tendu au cours des dernières années. Est-ce que vous partagez cette analyse?

M. Levine (David): Exactement. Ce n'était pas nécessaire pour les services à la population. Ça a déjà été démontré dans plusieurs établissements à travers le Canada et les États-Unis, ce n'est pas nécessaire, un regroupement d'un volume si haut de lits. Mais, pour les besoins académiques, il y a un regroupement du corps médical, comme vous l'avez mentionné, c'est la raison pour laquelle c'était proposé de la part de l'hôpital et de l'université.

M. Couillard: Donc, en conséquence, si on choisit d'implanter le centre hospitalier universitaire sur la gare de triage Outremont ou un autre site à distance du centre-ville, bien prenons le projet Acadie-Beaumont, comment est-ce qu'on protège les services à la population, une fois qu'on a pris cette décision d'installer l'hôpital universitaire à Acadie-Beaumont, nonobstant les autres questions de sécurité et de coûts qu'on a discuté hier? Comment est-ce qu'on ajuste la desserte et l'offre de soins pour protéger les services à la population?

M. Levine (David): Mais, selon nos évaluations, il y aurait un manque de 135 lits dans le territoire centre-est et est de Montréal, et on sera obligé, à presque un coût de 50 millions de dollars, de rajouter cette capacité, sinon ce sera nécessaire de faire vraiment voyager la population et changer leurs habitudes, et on va avoir une surcapacité au centre-ville parce que, comme je vous ai déjà indiqué, 82 % de l'ensemble des besoins de ces deux territoires sont déjà comblés par les hôpitaux qui sont sur ces territoires.

M. Couillard: Mais est-ce que mon analyse vous convient lorsque je dis que, si on voulait ajuster la desserte pour la localisation d'un hôpital à Acadie-Beaumont... Prenons deux hypothèses: soit qu'on s'est déjà fixé sur le fait qu'il y aura un site unique de 700 lits à Acadie-Beaumont, donc la conséquence logique, c'est de mettre 125 lits de plus et 50 millions de plus de budget de fonctionnement au centre-ville, ou on fait un choix différent, qu'ont fait d'autres organisations, on réduit le nombre de lits à Outremont autour de 525, 550 et on conserve le nombre de lits adéquats pour le centre-ville. Est-ce que mon analyse est correcte?

M. Levine (David): Votre analyse est tout à fait correcte. On l'a déjà indiqué qu'un hôpital de 450 lits au centre-ville sur le site Notre-Dame et 550 lits à Outremont pourraient répondre aux besoins et desserte de la population, mais cet argument était écarté par une orientation d'aller vers un hôpital de 700 lits pour des autres raisons que vous avez mentionnées tout à l'heure.

M. Couillard: Et là-dessus je reviens à mon principe exprimé hier, puis d'ailleurs que le député de Mercier a élégamment repris à la fin de nos débats, sur le principe de précaution. On peut, entre guillemets, prendre une chance. Moi, j'appelle ça un peu l'approche... Je ne sais pas si vous avez vu le film *Field of Dreams*, il y a une phrase célèbre dans le film qui dit: «Just build it, they will come», hein, alors mettons l'hôpital là, puis les patients, ils se rendront là où il faut.

Mais disons, là, qu'on a fait le choix de mettre 700 lits à Acadie-Beaumont et puis 300 lits au centre-ville, puis qu'on se rend compte, dans quelques années, malheureusement, qu'on s'est trompés puis qu'il y a un gros problème avec le volume d'ambulances, les urgences, etc. — vous avez fort bien démontré les besoins, là, de cette partie de la ville — donc on se trouverait dans la situation où il va falloir rétroactivement ajouter des lits et un budget de fonctionnement au centre-ville. C'est bien ça?

M. Levine (David): Mais l'élément que je veux mentionner, c'est qu'en faisant ça on manque de cohérence. J'ai 12 centres de santé, avec 12 D.G. et conseils d'administration qui travaillent très fort pour que la population reste chez eux, qui font tout le nécessaire pour être en contact avec leur population pour qu'ils puissent offrir les services directs. De vouloir transférer cette population à Outremont, c'est à l'encontre de qu'est-ce qu'on demande actuellement à nos réseaux de faire.

M. Couillard: Je ne voudrais pas être trop technique pour les citoyens puis les collègues qui nous écoutent, mais il y a un point qu'il est important de clarifier parce qu'on y reviendra plus tard dans la journée. Dans vos analyses de desserte et la détermination de nombres de lits, je comprends que vous avez inclus les activités ambulatoires dans votre évaluation, d'une part, et que, d'autre part, vous avez considéré toutes les hospitalisations. Et j'explique pourquoi je dis «toutes les hospitalisations». Sur le plan technique, dans les centres hospitaliers, on les classe en deux catégories: typiques et atypiques. Alors, les atypiques, c'est les durées de séjour prolongées, des cas plus compliqués. Est-ce que vous avez considéré l'ensemble des hospitalisations et l'ensemble des activités, y compris les services ambulatoires, dans vos calculs?

M. Levine (David): La réponse est oui parce qu'on a pris l'hospitalisation réelle. On n'a pas fait une hypothèse sur un séjour moyen où on a essayé de déterminer c'est quoi, le séjour. On prenait des cas typiques, et non pas des cas atypiques, ou on prenait une ou l'autre des catégories des cas, qui peuvent varier, de séjour. On a pris les cas réels.

Pour le volume de l'ambulatorio, on l'a inclus avec le volume total, puis on l'a partagé en fonction de la consommation des lits parce qu'on n'a pas des données précises sur chaque individu en ambulatorio.

M. Couillard: Les couronnes de Montréal, maintenant. La couronne nord est déjà desservie par l'Hôpital du Sacré-Coeur, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et d'autres centres hospitaliers. On a, d'après votre analyse, lorsqu'on déplace l'hôpital plus près du nord, donc Acadie-Beaumont, produit une sorte d'inflation en termes de besoins de lits dans cette partie de l'île de Montréal, qui, d'après d'autres analyses, vont être comblés en allant récupérer de la clientèle de la couronne nord. Mais qu'est-ce qu'il arrive avec la couronne sud? Qu'est-ce qu'il arrive avec le centre-est et la Montérégie?

M. Levine (David): Il faut souligner une chose: on vient d'ouvrir Legardeur. Il y a un très fort effort actuellement pour que, dans Lanaudière et les Laurentides, on garde la clientèle qui est là. Ce déplacement de la clientèle du nord, on ne le voit pas parce qu'on vient de rajouter une accessibilité. De la rive sud, vous avez raison, les 140 lits de la Montérégie, si proche par le pont Jacques-Cartier, devraient continuer parce qu'on n'avait pas des prévisions à une augmentation d'une façon significative du nombre de lits d'hospitalisation sur la rive sud dans l'immédiat. Ça se peut, avec le temps, il y aura un changement. Dans ce sens-là, on prive la population de la Montérégie des services en lui demandant d'aller à Outremont pour les mêmes services qu'elle reçoit facilement d'accès au CHUM actuel.

M. Couillard: Très brièvement, tantôt on va avoir la visite — plus tard mais aujourd'hui — de la ville de Montréal. Vous avez mentionné, dans la question du type d'étude de risques, l'approche déterministe par rapport à l'approche probabiliste, et vous avez mentionné que les agences et la ville de Montréal ont opté pour l'approche déterministe. Est-ce que vous parlez de la sécurité publique ou de la santé publique?

M. Levine (David): Le CREM, qui utilise cette méthodologie...

M. Couillard: Qu'est-ce que le CREM, excusez?

M. Levine (David): Je demande à mon collègue, le Centre... C'est parce que je n'ai pas mis...

M. Couillard: Centre de recherche et d'évaluation, ça doit être ça, non?

M. Levine (David): De la ville de Montréal.

M. Couillard: Oui. Enfin, c'est une agence de la ville de Montréal, on le...

Une voix: ...

M. Couillard: Environnemental. Le Centre d'évaluation environnementale, me dit-on, Centre de recherche

et d'évaluation environnementale, probablement de Montréal. Ça fait CREEM, en fait.

M. Levine (David): C'est ça. Oui.

Mme Harel: C'est le C-R-A-I-M.

M. Couillard: Ah! C'est le C-R-A-I-M.

M. Levine (David): C-R-A-I-M.

Mme Harel: Conseil pour la réduction des accidents industriels majeurs.

M. Couillard: Bon. O.K. Conseil pour la réduction des accidents industriels majeurs.

M. Levine (David): Majeurs, c'est ça.

M. Couillard: Donc, cet organisme-là, est-ce qu'il utilise l'approche déterministe?

M. Levine (David): Déterministe.

M. Couillard: Bon. Merci.

La Présidente (Mme Legault): Alors, je cède maintenant la parole à Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et de services sociaux.

Mme Harel: Merci. Merci, Mme la Présidente. Alors, je voudrais souhaiter la bienvenue à M. Levine, M. Côté et Mme Bérubé de la part de l'opposition officielle. Alors, je vais aller au plus pressé parce que le temps nous est compté, je pense, à 15 minutes, là, pour l'ensemble des questions que notre équipe veut vous poser.

Peut-être juste une remarque, M. Levine, pour qu'on ne réécrive pas l'histoire. À la page 4... — oh, attendez, est-ce qu'il s'agit de la page 4, je ne sais plus — ou page 3 de votre mémoire, vous débutez la réorganisation du réseau québécois de la santé et des services en juin 2004. Alors, je crois que ce serait faire injure à l'histoire que de nier la très importante réorganisation qui s'est réalisée, s'est déroulée durant les 10 années précédentes, surtout sur le territoire de l'île de Montréal, qui aura permis d'introduire les soins ambulatoires comme ceux que l'on connaît maintenant. Et vous-même, dans votre mémoire, mentionnez qu'il y a 80 000 personnes qui reçoivent actuellement, au CHUM, des soins ambulatoires.

● (9 h 40) ●

Alors, une première question: Comment vous interprétez le fait qu'après la décision prise par le ministre de la Santé, en juin dernier, sur l'implantation du site dans le centre-ville et ensuite après un premier mandat qui a donné lieu au rapport Johnson-Villeneuve il y ait eu un deuxième mandat? Est-ce que vous avez l'impression que ça peut saper... ou, enfin, si ce n'est l'autorité du ministre, au moins celle de l'agence?

La Présidente (Mme Legault): M. Levine.

M. Levine (David): J'ai de la difficulté, madame, de répondre. On a reçu, comme vous, l'information que cette demande a été faite. Il y avait une nouvelle donnée sur la table et, je pense, le gouvernement voulait l'investiguer, comme ils l'ont fait, pour voir sa validité.

Mme Harel: Mais je crois que le mandat de la commission Johnson-Villeneuve était justement d'investiguer sur ces deux scénarios. Alors, c'était donc une deuxième investigation sur la même question. Bon. Passons à autre chose.

Vous nous dites finalement que la desserte immédiate est celle qui concerne les populations des Faubourgs, du Plateau Mont-Royal et de Saint-Louis du Parc, pour laquelle il y a présentement 198 lits, hein, n'est-ce pas, qui desservent ces populations au CHUM actuel, mais qu'il faut aussi prendre en considération la desserte est et centre-est, où là il y a 435 lits, et ça concerne, à ce moment-là, les populations d'Hochelaga-Maisonneuve et de Pointe-de-l'Île également, mais, je crois, aussi Rosemont—Petite-Patrie.

M. Levine (David): C'est ça.

Une voix: Les Faubourgs.

Mme Harel: Non. Faubourgs, ça, c'est la desserte immédiate pour laquelle il y a 20 % finalement, ou à peu près, des lits qui s'adressent aux populations de cette desserte immédiate. Mais, si on élargit à centre-est et est, alors là on se trouve à avoir un total de 633 lits occupés, pour des populations qui sont finalement dans le bas de la ville, hein, parce que c'est comme ça que les gens qualifient là où ils habitent.

Alors, vous nous dites que... Tout repose sur la question de savoir est-ce qu'il y aurait un déplacement vers Outremont. Ça, c'est la première question. Est-ce que ces populations du bas de la ville seraient disposées à se déplacer vers Outremont? Et la question que vous posez aussi, c'est: Faut-il les déplacer ou à l'inverse renforcer l'approche populationnelle pour les desservir plus localement? Est-ce que c'est comme ça qu'on doit comprendre votre mémoire?

M. Levine (David): C'est exactement ça. C'est vraiment les orientations de desservir la population localement. L'est manque 40 % de capacité. Uniquement 60 % de la population de l'est reçoit le service localement, et ils se déplacent déjà ailleurs. L'objectif, c'est de récupérer le 40 %, pas baisser le 60 % à 50 % ou à 45 %.

Mme Harel: L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, je pense, au Canada, est celui qui est le plus achalandé, celui qui reçoit le plus grand nombre de visiteurs... pas de visiteurs, mais enfin de patients ambulatoires, ou à l'urgence ou hospitalisés. Alors, sa capacité est limitée, là, c'est ce que vous nous dites.

M. Levine (David): Complètement. À 83 000 visites par année, ce n'est pas possible pour Maisonneuve-Rosemont de recevoir plus de patients.

Mme Harel: Même avec une nouvelle agence qui est attendue impatiemment?

M. Levine (David): L'idée d'une nouvelle urgence est liée à la capacité de l'hôpital, au nombre de lits, à l'ensemble de l'infrastructure. Et, même si on agrandit l'urgence pour qu'elle devienne plus confortable pour nos bénéficiaires, on ne peut pas recevoir plus de monde.

Mme Harel: Sur la question de la durée de séjour, vous savez que les constatations que vous nous présentez, ce matin, sont contredites par un mémoire qui sera présenté, cet après-midi, du groupe de chercheurs de l'Université de Montréal. Sur la baisse de durée de séjour, est-ce qu'il n'y a pas une contradiction, dans votre mémoire, du fait que vous nous dites: Dans le centre-ville actuellement les urgences donnent lieu à plus d'hospitalisations qu'auparavant?

M. Levine (David): C'est l'hôpital complémentaire, parce que la consommation ou le nombre d'admissions de l'urgence dans un hôpital universitaire est différent à cause des spécialistes qui sont disponibles. Il reçoit des clients de l'extérieur pour leurs services. Mais, si on a un hôpital complémentaire, on va le traiter comme un hôpital communautaire, et un hôpital communautaire admet plus de monde, dans les lits, qui viennent de l'urgence que des électifs. Ils sont plus en réponse à des gestes qui arrivent immédiatement de leur population, et c'est ça qui a permis un plus grand nombre d'admissions à l'hôpital complémentaire ou maintenant communautaire et a permis plus d'électifs dans l'hôpital universitaire, qui est tout à fait normal.

Mme Harel: Mais la durée de séjour dont vous nous parlez, qui, à Montréal, est inférieure à la moyenne québécoise...

M. Levine (David): La durée de séjour est déjà inférieure, notre nombre d'hospitalisations est déjà plus bas. Et, dans l'avenir, il va y en avoir évidemment, des améliorations de performance, mais déjà Montréal a fait une grande partie de cette amélioration. Et, avec le vieillissement de la population, il faut réellement regarder la question d'une croissance de ces séjours et plus de pressions sur notre système, pas moins. Nous, on a pris les chiffres réels de la vraie consommation. On n'a pas fait une hypothèse sur le séjour moyen.

Mme Harel: Alors, sur cette question-là, je dois donc comprendre que c'est de plus en plus l'ambulatorio.

M. Levine (David): Il y a de plus en plus d'activités ambulatoires qui répondent à une bonne partie de la croissance des besoins, mais le nombre d'hospitalisations requis ne diminue pas et à notre avis ne diminuerait pas non plus. La population et ce qu'on appelle les baby-boomers, qui deviennent une population plus âgée, va mettre une pression sur notre système très réelle.

Mme Harel: Dernière question avant que mes collègues échangent sur ces questions avec vous: Qu'arrive-t-il aux 200 lits actuellement occupés par des soins de longue durée?

M. Levine (David): Il était prévu, dans notre analyse, d'avoir, à l'Hôpital Notre-Dame, un nombre de lits équivalent. Il est nécessaire pour nous d'assurer un volume d'activités en hébergement. Si on perd 200 lits d'hébergement, il faut assurer que le parc total d'hébergement est capable de répondre aux besoins de la population.

Mme Harel: Est-ce que vous avez une confirmation du ministère à cet effet?

M. Levine (David): Bien, il y a une confirmation de vouloir assurer qu'on a le nombre de lits d'hébergement requis, qu'on ne les perd pas. Cette confirmation est faite. Où on est en discussions, c'est la question: Est-ce que le coût de ces 200 lits, le coût pour les maintenir, vient du budget actuel du CHUM? Le désir du CHUM, c'est non, qu'il peut garder le budget — puis je comprends leur intérêt, pour un ancien D.G. — et qu'il veut développer l'hôpital. Est-ce qu'on va être capable de trouver un moyen de financer ces 200 lits autrement ou est-ce que ça va être nécessaire de venir du budget du CHUM? De toute façon, il est nécessaire de les avoir parce que notre population a besoin d'un certain volume de lits disponibles.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup, M. Levine. Je cède maintenant la parole au député de Robert-Baldwin, en précisant au groupe ministériel que vous disposez d'une période de 8 min 55 s.

M. Marsan: Que j'aimerais partager avec ma collègue la députée de Nelligan. Je voudrais d'abord vous saluer, M. Levine et M. Côté, Mme Bérubé, vous remercier de votre présentation. J'aimerais vous demander comment vous conciliez la dernière affirmation que vous avez faite dans votre présentation, où il faut approcher les installations des patients, et non pas le contraire, alors que le site du 1000 Saint-Denis, si on regarde autour, bien on s'aperçoit que le centre-ville, ce n'est pas un milieu où il y a beaucoup de résidences, où il y a beaucoup de personnes qui y vivent. Il y a beaucoup de gens qui vont passer, dans une journée, mais ce n'est pas nécessairement l'endroit où ils vont demeurer. Alors, comment vous pouvez concilier et dire: On rapproche les soins des patients, alors que l'endroit du 1000 Saint-Denis n'est peut-être pas l'endroit où c'est le plus peuplé, en termes de personnes résidant sur un site ou près du site?

M. Levine (David): Quand on regarde la consommation locale, on est déjà à 67 % en 198 lits. Si on veut monter à 82 %, qui est une «target», celle qu'on vise, le centre-ville de Montréal, déjà ça prend encore plus de lits, 288 local, et presque l'ensemble des 300 lits va être mangé si on laisse ça au centre-ville. Mais le CHUM, par les habitudes de consommation de la population et par les ententes... Et, parce qu'on n'a pas des hôpitaux qui sont installés dans chacun de nos réseaux actuels, tel qu'il était défini par la consultation populaire montréalaise, on arrive à être obligés de faire ce qu'on appelle des ententes, contrats de première instance. Et la population consomme actuellement au CHUM ces services avec une habitude et un échange

qui a déjà été développé avec eux autres. De le déplacer ailleurs exige évidemment plus de voyage pour la population, le changement de leur habitude.

• (9 h 50) •

M. Marsan: Merci. Deuxième question concernant les urgences, vous avez affirmé tantôt qu'il y avait l'équivalent de 55 urgences par jour lorsqu'on combine les trois sites, ce qui devrait arriver au 1000 Saint-Denis. Est-ce que ça suppose que vous gardez, à l'intérieur des 300 lits qui devraient être à l'Hôpital Notre-Dame, que vous connaissez bien, est-ce que vous gardez aussi un service d'urgence à cet endroit-là, en plus du service du...

M. Levine (David): Le service d'urgence de Notre-Dame continue à garder 14 000 ambulances, qui est le nombre d'ambulances qu'il reçoit aujourd'hui. C'est que l'ensemble des ambulances de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Luc seront regroupées ensemble, et c'est ça qui arrive à 20 000 ambulances, 55 par jour. C'est un nombre et un volume de transports que jusqu'à date on n'a pas fait une analyse comment on va le supporter.

M. Marsan: Parce qu'on va supposer que, si on choisit le 1000 Saint-Denis, on va avoir tous les services, là, pour faciliter ce... de recevoir près de 55 ambulances par jour, là, je comprends ça.

M. Levine (David): Ça, les facilités physiques, on peut les construire. Les garages, le nombre de places, ça, ce n'est pas un problème. C'est l'accès, c'est les routes et comment les ambulances peuvent venir. Quatre, cinq, six, huit ambulances qui arrivent toutes en même temps des fois, ce qui peut arriver quand vous avez 20 000... 55 par jour, c'est ça qui va être le problème, ainsi que l'encombrement de l'environnement, des rues résidentielles. Est-ce que ça va être nécessaire de passer... L'accès à Outremont, c'est par Jean-Talon, c'est L'Acadie, c'est Rockland, c'est avenue du Parc. L'accès à 1000 Saint-Denis, c'est l'autoroute Ville-Marie et les grands axes montréalais du centre-ville sud qu'on connaît.

M. Marsan: Dernière question.

La Présidente (Mme Legault): M. le député.

M. Marsan: Hier, nous avons eu ici, en commission, votre prédécesseur, qui nous a confirmé qu'il n'avait pas été impliqué dans le choix à l'époque du 6000 Saint-Denis, là, sur le site près de la rue Bellechasse. Je voudrais savoir de vous: Est-ce que vous avez été vraiment impliqué par l'actuel gouvernement dans toutes les phases pour le choix d'un éventuel site, comme agence régionale — et non pas comme régie régionale, comme agence régionale?

M. Levine (David): Le 6000 Saint-Denis était déjà sur la table à l'époque, ça avait déjà été évalué et amené par la SICHUM et le gouvernement. Et, même quand les discussions ont recommencé sur le site Saint-Denis, l'agence n'a pas reçu une demande, une nouvelle demande d'évaluation du site 6000 Saint-Denis. C'était donné à la commission Mulroney-Johnson pour faire

cette évaluation. Alors, nous, on n'avait pas fait une évaluation liée à la nouvelle desserte de la population qu'on vise actuellement.

La Présidente (Mme Legault): Merci, M. Levine. Mme la députée de Nelligan, vous avez une question?

Mme James: Oui, une question très brève.

La Présidente (Mme Legault): Alors, je vous cède la parole.

Mme James: Merci beaucoup. Bonjour, M. Levine, bienvenue et merci. J'aurais une question par rapport à la population. Dans votre présentation, vous avez parlé des régions où 50 % de la population ou plus serait de la communauté anglophone et les impacts que le choix du site auraient sur cette population-là. Alors, ma question: Est-ce que vous pouvez approfondir un peu? Et la différence entre que ce soit le site Acadie-Bromont ou Saint-Luc, sur notre communauté... ou sur la communauté anglophone?

M. Levine (David): Comme je l'ai mentionné, s'il y a un établissement sur un territoire où plus que 50 % de la population est d'expression anglaise — ça ne veut pas dire des anglophones, mais qu'ils parlent anglais, et ils indiquent que c'est ça, la langue qu'ils parlent — à ce moment-là, ce n'est pas automatique. Il peut arriver qu'on ait des établissements qui ne sont pas désignés services en langue anglaise, mais il y a une forte chance qu'un hôpital comme le CHUM, il y aura une demande, et à ce moment la demande est acceptée, et il va exiger une désignation de services en langue anglaise qui aurait un impact sur les travailleurs dans l'hôpital et sûrement un impact sur le budget de fonctionnement.

Actuellement, à 1000 Saint-Denis, ce n'est pas nécessaire, c'est dans un milieu francophone. Tel qu'il était montré, uniquement 15 % de la population est d'expression anglaise dans ce territoire, et, dans ce sens-là, c'est le statu quo.

La Présidente (Mme Legault): Merci, M. Levine. En terminant, M. le ministre de la Santé.

M. Couillard: Oui, très brièvement, sur le même thème que celui qu'a touché mon collègue de Robert-Baldwin, ce qu'on a constaté hier et ce qu'on soupçonnait, c'est qu'à l'époque le choix du 6000 a été annoncé politiquement et après coup on a demandé à la régie régionale d'alors, maintenant l'agence, de faire des travaux.

Le gouvernement n'a pas encore annoncé sa décision ni pris sa décision pour le coût... pour le site, pardon. Est-ce que l'agence a participé à des travaux d'évaluation de desserte au cours de l'évaluation des différents travaux de la commission Johnson-Villeneuve et également du ministère sur la question?

M. Levine (David): On a été consultés à ce moment-là et c'était à ce moment qu'on a fait notre évaluation de desserte dans la vision de la nouvelle

organisation. Donc, ça n'a pas été encore mis en place, on n'avait pas encore créé des réseaux, mais c'était l'intention du gouvernement de faire cette nouvelle organisation, et c'est de ce cadre-là qu'on a fait notre évaluation.

M. Côté (Louis): Un complément. On a été de fait sollicités à trois moments clés. Le premier, ça a été de proposer des bases pour l'organisation des services préalablement à la proposition qu'ont faite le Centre universitaire de santé McGill et le CHUM. Par la suite, le ministre nous a demandé d'analyser les propositions de McGill et du CHUM, où vous aviez demandé à l'époque aux deux promoteurs de proposer un site alternatif. Et on a été... Donc, on a donné notre avis à ce moment-là. Et on nous a redemandé notre avis à la fin de l'été dernier, sachant qu'il y a un nouveau projet qui est survenu, qui a été mis sur la table par l'Université de Montréal, où là, à ce moment-là, il s'agissait de réfléchir au 1000 Saint-Denis, qui avait été la recommandation de la commission Mulroney-Johnson, versus le nouveau projet, là, de la cour Outremont. Donc, on a été interpellés à trois moments.

La Présidente (Mme Legault): Alors, très court commentaire, peut-être.

M. Couillard: Oui, effectivement, parce qu'à mon arrivée au ministère j'ai bien sûr fouillé dans les tiroirs et puis je n'ai pas trouvé beaucoup de crayons, mais je n'ai trouvé non plus aucune étude détaillée sur les conséquences sur la desserte, sur le choix du 6000 Saint-Denis, aucune étude détaillée sur la sécurité des lieux. Et c'est ça, je pense, qu'il faut mettre en évidence: c'est une décision qui à l'époque était une décision politique, et on a demandé à l'administration du système de santé de s'y ajuster.

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie. Je cède maintenant la parole au député de Mercier.

M. Turp: Mme la Présidente...

Des voix: ...

La Présidente (Mme Legault): Alors...

M. Turp: Il y a juste une chose qui me surprend du propos du ministre, quand il laisse entendre que le gouvernement n'a pas annoncé la décision: c'est lui-même, le 23 juin 2004, qui avait annoncé que le CHUM serait construit sur l'emplacement de Saint-Luc. Alors là, il me semble que le gouvernement l'a annoncé, là, il y a quelques... il y a une année ou un peu moins. Mais là il nous dit qu'il ne l'a pas annoncé.

Écoutez, moi, j'ai une préoccupation avec la sécurité, M. Levinc. Vous avez présenté les méthodes, la méthodologie, mais vous vous êtes arrêté là, et c'est la même chose dans votre mémoire: approche probabiliste, déterministe. Mais qu'en est-il du site de Saint-Luc, selon vous? Est-ce que le site Saint-Luc est un site qui pose des problèmes de sécurité? Sans le comparer nécessairement à Outremont ou à Saint-Denis, est-ce

que vous pourriez nous donner l'heure juste sur la sécurité sur le site de Saint-Luc? Est-ce qu'on doit, en appliquant l'une ou l'autre des méthodes ou celle que vous préférez, avoir des préoccupations avec la sécurité sur le site Saint-Luc?

M. Levine (David): Peu importe le site qui est choisi, il y a toujours des facteurs de sécurité qu'on doit regarder. Ça, c'est évident. Il peut y avoir des événements qui arrivent puis il faut les évaluer. Nous, à l'agence, on n'a pas encore fait une évaluation de sécurité ni de 6000 Saint-Denis, ni du 1000, ni d'Outremont. Ce qu'on dit, c'est que, dans une évaluation, ce doit être une évaluation déterministe et, dans une évaluation déterministe, on doit dire: L'événement arrive, qu'est-ce qu'on peut faire, quand l'événement arrive, pour être le plus sécuritaire pour l'ensemble des personnes qui travaillent et les patients? La réponse: De s'éloigner le plus possible de l'événement. Et, dans ce sens-là, on regarde Outremont, où il y a des rails et des wagons qui passent, puis on dit: C'est logique de s'éloigner le plus possible. En appliquant la même discussion dans le 1000 Saint-Denis, il faut regarder: Est-ce qu'on est proche ou pas proche d'un événement qui peut arriver? Bien, on est moins proche que d'avoir des wagons présents. On est évidemment moins proche.

M. Turp: Si je comprends bien votre vue, c'est que, si on compare les deux sites, il y a moins de problèmes de sécurité potentiellement dans votre site. Mais y en a-t-il? Ma question: Est-ce qu'il y en a? Et puis il y a une urgence en la matière. Si la décision doit être fondée, comme beaucoup de gens le pensent, sur la question de la sécurité, est-ce que se posent des problèmes de sécurité avec le site Saint-Luc?

● (10 heures) ●

M. Côté (Louis): Là-dessus... Parce qu'on souhaite rester à l'intérieur de notre mandat. Nous n'avons pas eu le mandat d'évaluer la sécurité. Ce sont d'autres... le CHUM lui-même, des firmes d'experts-conseils... Et nous, ce qu'on dit, c'est que, si vous regardez des rapports d'experts-conseils, on pense que c'est préférable de demander aux experts-conseils de faire l'évaluation en utilisant une approche déterministe et non pas en utilisant une approche probabiliste.

À date, les études qu'on a vues du 1000 Saint-Denis — parce que le rapport de la commission Mulroney-Johnson s'est penché deux fois sur le sujet et ont consulté, eux, des experts — il n'y a pas eu de risques de mentionnés par rapport au 1000 Saint-Denis de l'envergure des risques qui ont été mentionnés par rapport au 6000 et au 1000 par ceux qui avaient été mandatés pour réfléchir et évaluer cette question-là, qui était, je crois... c'était attaché au mandat de la commission Mulroney-Johnson et ça a été revisité par le comité Johnson-Villeneuve.

Nous, du point de vue de la santé publique, on pense que le «best practice», les meilleures pratiques, c'est l'approche déterministe. Donc, il ne faut pas se demander: Est-ce que la probabilité d'un événement est très, très rare? C'est: Quelles sont les conséquences de l'événement?

Je peux vous donner un exemple de l'application de ce risque-là. On a déjà eu, plusieurs années passées,

une information à l'effet qu'il pourrait y avoir un attentat dans le métro de Montréal. On a acheté des antidotes parce que, si jamais c'était survenu, malgré que les probabilités étaient très rares selon les corps policiers, ça aurait créé beaucoup de mortalités, et on n'a pas pris de chance à l'époque. Du point de vue de ce principe-là, on a acquis des antidotes, qui sont devenus périmés depuis, mais ça a été une dépense. Une chance qu'ils sont devenus périmés, d'ailleurs. Mais, s'il était arrivé ce que les policiers soupçonnaient, on aurait été évidemment blâmés très fortement par la population de ne pas avoir pris les mesures au cas où ça arriverait, même si c'était peu probable.

Donc, c'est ce principe-là dans le fond qu'on soulève, nous, du point de vue de la santé publique. Mais, nous, on n'a pas eu le mandat d'engager des firmes d'ingénieurs ou de consultants en sécurité pour évaluer par exemple le nombre de wagons avec des matières dangereuses et quelle est la nature des matières dangereuses qui passent. On n'a pas eu ce mandat-là. Donc, on ne peut pas se prononcer.

M. Turp: Mais vous avez certainement pris connaissance du rapport qui nous a été présenté hier. Puis d'ailleurs ce rapport, en appliquant l'une des approches, nous disait: Les risques sont acceptables pour l'un et l'autre des projets. Alors, nous, il faut s'y comprendre, là, et, là, vous nous dites, vous, que, bien, c'est plutôt votre... le projet de Saint-Luc qui est le plus acceptable, alors que les deux experts de SNC-Lavalin nous ont dit, hier, que les deux projets sont aussi acceptables l'un que l'autre. Alors, comment...

M. Côté (Louis): Peut-être un petit commentaire...

M. Turp: Aidez-nous donc à trancher.

La Présidente (Mme Legault): M. Côté.

M. Côté (Louis): Bien, d'abord, ce n'est pas le projet de l'agence, c'est le projet du CHUM, qui a été présenté d'ailleurs par le CHUM. Nous, on a eu à étudier les avantages et inconvénients en fonction des besoins de la population et de ce paramètre-là en particulier et de l'organisation des services, donc de regarder les mérites respectifs, mais on n'a pas eu le mandat de faire l'étude complète de tous les aspects du dossier. Donc, comme, par exemple, on n'a pas parlé, aujourd'hui, du coût et du financement.

Sur la sécurité, la seule chose qu'on peut faire pour aider, c'est de dire: Nous, avec l'expertise qu'on a de notre Direction de santé publique — et on est impliqués depuis plusieurs années dans la gestion des risques à Montréal, au niveau des mesures de santé publique — on pense que l'approche déterministe est la bonne, donc... Par contre, ceux qui doivent se rassurer là-dessus, c'est de demander à des experts: Si on utilise l'approche déterministe, est-ce que le site A est plus risqué que le site B?

Je pense que l'idée — c'est une question de précaution, là — c'est de ne pas jouer à la roulette dans ce dossier-là. Parce que c'est ça, l'approche déterministe, hein? C'est que, même si vous diminuez les risques, s'il

arrive un événement malheureux, c'est dramatique. C'est pour ça d'ailleurs... C'est un exemple qui fait comprendre le principe mathématique, là. Mais jouer à la roulette russe, c'est extrêmement dangereux. Pourquoi? Parce que l'approche déterministe... quand même que vous augmenteriez le nombre de barillets dans un... et diminuer la probabilité, si jamais le coup part, vous mourez. Donc, c'est ça qui est le problème.

Et, nous, on n'a pas l'expertise, à ce moment-ci... On n'a pas commandé d'expertise parce qu'on n'a pas eu le mandat de le faire. Ce qu'on dit, c'est que la bonne approche, c'est l'approche déterministe parce que c'est elle qui minimise les risques pour la population, d'autant plus qu'un hôpital, ça doit aider quand il arrive un sinistre et non pas le contraire; on ne doit pas venir en aide à un hôpital s'il arrive un sinistre.

La Présidente (Mme Legault): Alors, ça termine la période. Je cède maintenant la parole à Mme la députée de Lotbinière.

Mme Roy: Merci, Mme la Présidente. Alors, M. Levine, M. Côté, j'ai écouté avec attention votre présentation sur l'agencement des soins de première et de deuxième ligne dans votre agence de services locaux... de services pour Montréal. Je dois vous dire, M. Levine, que vous êtes très chanceux d'être le directeur de cette agence-là, puisque je vais vous remettre dans le contexte. Moi, je suis la députée de Lotbinière. C'est un comté de niveau trois, ça veut dire dans les plus grands comtés. Il est peuplé à peu près à toute la superficie.

Et puis je vous écoutais parler des nombreux hôpitaux que vous aviez sur l'île, puis je vous voyais aussi faire un cas comme le trajet entre la cour Glen et le 1000 Saint-Denis, 6 km; le trajet entre la cour Glen et Outremont, 11 km, pour le transport des malades d'un hôpital à l'autre.

Vous savez, pour nous, le seul point de... Il n'y a aucun lit dans mon comté, aucun lit d'hôpital. Le seul hôpital que nous avons, c'est l'Hôpital Saint-Julien. Il est vide. C'est un très bel hôpital, mais on s'apprête à le démolir. Le seul point de services, le point de services le plus près de chez moi, c'est un CLSC. C'est construit dans une ancienne école, d'ailleurs. Pour se rendre au seul hôpital du réseau, c'est 80 km. Lorsqu'une ambulance prend, de la première ligne à l'hôpital, un malade, bien, c'est... les villages de Villeroy, Manseau, Fortierville, Sainte-Sophie, Lemieux, Deschaillons et Saint-Pierre n'ont aucune ambulance pour trois heures de temps.

Je dois vous dire, quand je vous entends, que, si la construction était plus que 800 millions, était plus que ce que vous avez budgété, j'ai bien peur que, pour nous, le reste du Québec, nous continuions ce régime de pain sec là que nous vivons actuellement. Avez-vous pensé, en termes d'équité interagences, qu'il est vraiment essentiel que les coûts ne dépassent pas ce qui est estimé?

La Présidente (Mme Legault): M. Levine.

M. Levine (David): Je pense qu'il y a une détermination de la part du gouvernement, surtout le

ministre de la Santé, qu'est-ce qui devraient être les coûts et une assurance qu'il n'y ait pas de dépassement.

La question de l'équité interrégionale est particulièrement importante. On est actuellement dans un processus de budgétisation tout à fait nouveau, où, pour Montréal, pour le moment, il y a une défalcation de 212... 222 millions de dollars prévue dans le futur pour aider des régions et territoires à l'extérieur de Montréal. Une, c'est une question d'immobilisations; l'autre, c'est une question de budget d'opération à laquelle on cherche une équité, actuellement.

Sur la question d'immobilisations, je pense, les engagements du ministre et du gouvernement sont assez fermes et clairs sur le sujet, puis, je pense, c'est leur intention de les respecter.

Mme Roy: Merci.

● (10 h 10) ●

La Présidente (Mme Legault): Merci. C'est tout? Bien, je vous remercie. Alors, ceci termine notre période d'échange. M. Levine, M. Côté et Mme Bérubé, nous vous remercions beaucoup d'être venus parmi nous. Je vous souhaite un bon retour à la maison.

Et j'invite les représentants de la ville de Montréal à prendre place. Merci.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Legault): J'invite les collègues à prendre place doucement. Merci.

Alors, je vous souhaite la bienvenue à cette commission. M. le maire Tremblay, je vous invite à vous identifier pour la sono et nous présenter les personnes qui vous accompagnent; vous dire que la commission vous consacrerait une heure. Nous vous entendons pendant 20 minutes, et puis cette présentation que vous nous ferez sera suivie d'une période d'échange. Alors, je vous cède la parole.

Ville de Montréal

M. Tremblay (Gérald): Alors, très bien. Merci beaucoup, Mme la Présidente. Alors, M. le ministre, Mme la critique officielle, Mmes et MM. les députés, mon nom est Gérald Tremblay, je suis le maire de Montréal. Je suis accompagné de Marc Tremblay, qui est le directeur général adjoint, Mise en valeur du territoire et du patrimoine; Céline Topp, qui est la directrice du même département; et, avec nous, Sylvie Mercier, qui est également la directrice du projet Sciences de la vie.

La décision gouvernementale de bâtir deux hôpitaux universitaires constitue sans aucun doute une excellente nouvelle pour la métropole. La construction du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill vient concrétiser les aspirations à la fois du milieu médical, du milieu universitaire, comme de toute la population qui bénéficiera de leurs soins.

Ce sont des projets majeurs pour Montréal, mais ce sont également de véritables actifs dont les retombées se feront sentir partout au Québec. Au moment de consacrer des investissements d'une telle ampleur, il est primordial de définir précisément le type de projet que nous voulons réaliser. En d'autres mots, il faut d'abord

s'entendre sur ce que le CHUM doit être et sur le rôle qu'il devra assumer, à la fois comme institution de soins mais aussi comme institution de recherche et de formation. Le CHUM peut être plus que le CHUM. Voilà la première décision que doit prendre le gouvernement.

Cela étant, nous devons constater que, depuis un bon moment, les discussions portent dans une large mesure sur le site qui sera retenu. Ce débat est nécessaire et important, mais ce débat doit cependant demeurer tributaire de l'objectif fondamental de cette nouvelle institution, qui est d'offrir à la population des soins de grande qualité dans un environnement qui favorise l'excellence. Ne perdons pas de vue que le soin des patients demeure la mission première et fondamentale d'un hôpital et que cela demeure vrai dans le cas d'un hôpital universitaire.

Ainsi, quel que soit l'emplacement retenu, le vrai débat reste celui de définir le projet du CHUM, un projet certes qui assure la qualité de vie et la qualité des soins offerts aux citoyennes et aux citoyens, mais également un projet qui contribue à mettre en place les conditions favorables au développement social et économique de la métropole et du Québec. Nous atteindrons ces objectifs en nous donnant un projet mobilisateur, un projet qui suscite finalement l'adhésion de toutes et de tous, puisqu'il faudra bien, un jour, que les protagonistes d'un site ou de l'autre mettent fin à leurs rivalités et travaillent ensemble à la réussite de ce grand projet.

Au moment de définir le projet du CHUM, certains grands principes doivent être incontournables. Nos décisions doivent être guidées, d'abord et avant tout, par le bien-être et la qualité des soins offerts aux patients. Il nous faut aussi tenir compte d'autres préoccupations importantes: l'intégration des fonctions de santé et de savoir; l'intégration de l'ensemble des coûts au projet et leur financement à part entière par le promoteur; les enjeux reliés à la sécurité, à l'urbanisme, aux infrastructures, à la circulation et au transport en commun; et enfin la pleine collaboration de la ville de Montréal à la réalisation du projet.

Notre préoccupation pour l'intégration des fonctions de santé et de savoir reflète notre volonté de créer une véritable synergie dont le premier bénéficiaire sera le patient. La collaboration étroite entre l'hôpital universitaire, les facultés d'éducation en santé et les centres de recherche nous offre en effet une masse critique de savoir et d'équipement de haute technologie, une condition essentielle de l'innovation et de l'amélioration des soins. Il va de soi aussi que l'implantation d'un projet aussi imposant que le CHUM doit contribuer à consolider la trame urbaine et à requalifier des grands sites urbains. À ce titre, il nous apparaît que les deux sites proposés offrent des opportunités importantes.

Par ailleurs, on doit tenir compte que les retombées du CHUM dépasseront largement la seule ville de Montréal ou même la Communauté métropolitaine de Montréal. Les services et les équipements surspécialisés du CHUM sont en effet de nature à accueillir des patients en provenance de l'ensemble du Québec. Il n'appartient donc pas aux contribuables montréalais d'assumer seuls les coûts engendrés par la reconfiguration urbaine nécessaire pour accueillir les grands hôpitaux. Bien sûr, la ville entend contribuer à financer certains aménagements dans le cadre d'accords de

développement qui restent à négocier. Nous estimons néanmoins qu'il appartient au promoteur d'intégrer au projet l'ensemble des coûts qui seront générés.

De plus, en tant qu'acteur incontournable dans la réalisation des grands hôpitaux, la ville de Montréal souhaite prendre part aux étapes qui mèneront des cartons à dessin à la mise en opération. Lorsque la décision sera prise quant à l'emplacement du CHUM, nous serons en mesure d'apporter une collaboration entière, notamment en matière de sécurité, d'urbanisme, d'infrastructures, de circulation et de transport en commun, que ce soit en regard du site visé ou des impacts dans les quartiers avoisinants. Ce sont là les grands principes qui doivent guider notre action avec, en toile de fond, une préoccupation centrale et constante pour la qualité exceptionnelle des soins qui doivent être offerts aux patients.

Je prendrai maintenant quelques instants pour faire part aux membres de cette commission d'un autre aspect de l'implantation du CHUM, celui des effets structurants à l'égard du secteur des sciences de la vie. Nous croyons qu'il est possible, dans le respect des principes que nous venons d'énoncer, de faire en sorte que ce grand équipement métropolitain, en plus d'offrir des soins d'excellente qualité, contribue à positionner Montréal comme un lieu d'excellence.

Dans une économie basée sur le savoir, la concurrence entre les métropoles tient pour beaucoup à l'accès rapide et direct à de l'information hautement privilégiée. La concentration scientifique autour de pôles urbains représente donc un atout majeur. Dans ce contexte, les retombées directes et indirectes du CHUM et du CUSM représentent non seulement plusieurs milliers d'emplois, mais aussi une occasion unique de propulser Montréal en tête de peloton du secteur biopharmaceutique en Amérique du Nord où nous occupons déjà le huitième rang.

Les sciences de la vie représentent l'un des trois secteurs qui forment la locomotive du développement de la métropole en matière de haute technologie, avec l'aérospatial et les technologies de l'information et des communications. Comptant déjà plus de 37 000 emplois, le secteur des sciences de la vie peut aussi compter sur 11 établissements universitaires, dont quatre universités généralistes, ainsi que plusieurs dizaines d'entreprises oeuvrant dans le domaine des sciences de la vie.

● (10 h 20) ●

L'implantation des nouveaux CHU contribuera à mettre en place l'une des conditions essentielles de la compétitivité de Montréal, à savoir l'interaction en temps réel entre la recherche fondamentale, la recherche clinique, la recherche industrielle et le réseau de la santé. Grâce à cette interaction et à la mobilisation de tous les acteurs du réseau de la santé et des universités, nous serons en mesure de créer, d'innover et d'accélérer le rythme de la recherche fondamentale, des découvertes et également de leur commercialisation.

En fait, pour optimiser les retombées du CHUM et du CUSM en matière de santé et de savoir, ceux-ci doivent devenir de véritables points d'ancrage qui stimulent la collaboration entre les entreprises, les grands laboratoires, les institutions de recherche et les institutions d'enseignement. Ils doivent devenir de véritables cités intégrant santé et savoir.

La plupart des spécialistes en sciences de la vie identifient quatre grands critères devant permettre d'optimiser les retombées des centres hospitaliers universitaires: la proximité, la flexibilité, l'attractivité et la conformité.

Les effets de proximité, qu'il s'agisse d'une proximité physique ou technologique, entraînent des bénéfices qui proviennent des collaborations entre les différents professionnels spécialisés, du partage des équipements de pointe et du dynamisme engendré par la présence d'étudiants diplômés. Une cité intégrant santé et savoir doit pouvoir gérer sa réussite et disposer des espaces nécessaires à son expansion, quelle qu'elle soit pour les institutions de santé et d'enseignement ou pour d'éventuels laboratoires et centres de recherche. La qualité de vie fait la renommée de Montréal partout à travers le monde. Reconnue comme étant une ville sécuritaire, Montréal et la région métropolitaine comportent aussi d'importants atouts, tels que le dynamisme du milieu, la diversité des fonctions urbaines, l'aménagement urbain de qualité et l'interaction avec les fonctions connexes: congrès, hôtellerie, restauration et divertissement. Enfin, l'ensemble des institutions et entreprises oeuvrant dans le secteur des sciences de la vie sont régies par des normes et des critères extrêmement stricts, édictés par des organismes réglementaires nationaux et étrangers. C'est pourquoi elles doivent disposer des installations suffisantes pour répondre à ces normes.

L'identification du CHUM en tant que point d'ancrage du développement d'un pôle scientifique nous donne l'opportunité de répondre à tous ces critères. Déjà, plusieurs métropoles disposent d'un CHU qui travaille en partenariat avec des institutions d'enseignement et des centres d'innovation.

Les villes-régions sont en concurrence pour l'obtention des investissements dans le secteur des sciences de la vie. Au Canada, ce sont surtout le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique qui se sont positionnés favorablement, mais la concurrence demeure féroce avec les villes-régions américaines. Plusieurs d'entre elles ont déjà réussi leur positionnement en mobilisant les acteurs de la recherche et de l'enseignement, de même que les intervenants de l'entreprise privée. Et, dans tous les cas, ces villes-régions ont identifié une zone géographique délimitée au sein de laquelle elles regroupent une masse critique d'entreprises et d'institutions, créant ainsi une synergie nouvelle qui découle en partie des effets de proximité. Cette synergie constitue la pierre angulaire de la croissance et de l'innovation.

Ceux qui, comme nous, ont voulu développer le secteur des sciences de la santé dans un cadre urbain de qualité ont déjà mis en place des projets innovateurs qui les ont menés vers la réussite. Il s'agit de grandes villes-régions telles que New York-Newark, Los Angeles, Boston, Baltimore, Chicago, Philadelphie, San Francisco et Minneapolis-St. Paul. Nous disposons donc d'une série d'exemples concrets, en provenance de nos concurrents directs, de réussites liées à la création de cités intégrant santé et savoir.

En voici quelques-uns. À Toronto, le projet MaRS Discovery District est situé à proximité immédiate du CHU et des facultés de médecine. Il vise

précisément à stimuler la création d'entreprises et à accueillir des laboratoires biopharmaceutiques privés. Le Boston Medical Center est un hôpital universitaire qui se trouve au sein du BioSquare, à Boston, l'une des plus fortes concentrations d'entreprises innovantes en sciences de la vie au monde. Ce campus, qui dispose de fortes capacités d'accueil, a été planifié de façon à ce que les entreprises d'innovation soient situées à courte distance du CHU et des facultés de médecine. Le CHU et l'Hôpital pour enfants de l'Université de Pennsylvanie, à Philadelphie, jouent un rôle similaire. Ils se trouvent également à faible distance des centres de recherche universitaires et des laboratoires. Pas moins de 150 entreprises ont été créées à proximité de ces CHU depuis 1963. Le Johns Hopkins Campus, à Boston, comprend un hôpital universitaire autour duquel on retrouve une faculté de médecine ainsi que 21 centres de recherche parmi les plus avant-gardistes. Enfin, la Clinique Mayo, un hôpital universitaire situé à Rochester, au Minnesota, est au cœur de la stratégie de développement de la grappe des sciences de la vie du Minnesota du sud, notamment en raison des liens étroits qu'elle entretient avec les entreprises innovantes.

Ces exemples sont la preuve que le CHUM, qui doit d'abord assurer ses rôles de formation, de recherche, de soins spécialisés et d'évaluation des nouvelles technologies, représente aussi un tremplin formidable pour le secteur des sciences de la vie à Montréal et au Québec. Et, parce que la première vocation du CHUM est de garantir la meilleure qualité des soins offerts aux patients, il est nécessaire d'assurer l'excellence de la formation du personnel clinique ainsi que l'accès à des équipements de haute technologie, d'où la nécessité de faire du CHUM et du CUSM les véritables points d'ancrage des sciences de la vie à Montréal.

Le Montréal métropolitain dispose déjà de plusieurs facteurs de succès pour l'implantation d'une cité intégrant santé et savoir. Il existe déjà une synergie qu'on retrouve tout au long de la chaîne de création de valeur, de la recherche fondamentale à la commercialisation de produits novateurs. Cette synergie est soutenue par une grande expertise en recherche clinique ainsi que par la présence de technologies médicales avancées et d'entreprises innovatrices dans le domaine biopharmaceutique.

À preuve, la région métropolitaine comprend plusieurs pôles scientifiques consacrés aux sciences de la vie ou à la haute technologie. De plus, plusieurs pôles sont en développement, tels que la future cité scientifique spécialisée en biofabrication prévue dans le secteur Royalmount-Blue Bonnet, le pôle en développement dans l'est autour de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Institut de cardiologie de Montréal, de même que le Centre de biotechnologies Angus. Plusieurs entreprises biopharmaceutiques se retrouvent aussi dans le pôle de l'ouest, autour de l'Institut de recherche en biotechnologie, qui est également à proximité du Technoparc Saint-Laurent et de la Cité de la Biotech à Laval. Au total, le secteur métropolitain des sciences de la vie représente plus de 600 entreprises, dont plus de 400 dans le seul domaine des technologies et des équipements de santé.

En plus d'accélérer le développement du secteur, le nouveau CHUM contribuera aussi à consolider la

stratégie Montréal, ville de savoir, soutenue notamment par les autres forces métropolitaines que sont les technologies de l'information et des communications de même que l'aéronautique.

En terminant, nous tenons à réitérer la volonté de la ville de Montréal de collaborer à toutes les étapes de réalisation du projet. Nous sommes aussi conscients que le gouvernement tiendra compte du rôle moteur qui doit être assumé par le CHUM, l'un des investissements les plus structurants pour la métropole depuis plusieurs années. Nous invitons enfin le gouvernement du Québec à choisir dans les meilleurs délais l'emplacement du futur CHUM. Au-delà des divergences, il est temps de rallier tous les intervenants autour d'un projet emballant qui suscite l'adhésion et même l'enthousiasme, qui contribue à l'amélioration des soins offerts aux patients, de même qu'au développement social et à la croissance économique de la métropole.

La Présidente (Mme Legault): M. le maire Tremblay, je vous remercie beaucoup. Nous débutons maintenant notre période d'échange, qui sera d'une durée de 40 minutes, partagée également. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, je vous cède la parole.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Merci, M. le maire Tremblay, pour votre présentation. Bonjour à vos collègues.

Je dois d'abord remplir une promesse, M. le maire. J'ai un fils qui fait de la natation de compétition. Il m'a dit: Je vois que tu vois le maire Tremblay, n'oublie pas de le remercier pour avoir gardé les championnats aquatiques, cet été, à Montréal. Alors, voilà, mon devoir de père est accompli.

● (10 h 30) ●

Vous avez également souligné à juste titre que les projets devant nous sont deux grands projets extrêmement moteurs pour Montréal et le Québec, autant d'ailleurs le CHUM que le projet de l'Université McGill, le CUSM. Et d'ailleurs on a ensemble une collaboration très forte pour tout faire pour maintenir la présence de l'Hôpital des Shriners à même le campus de l'Université... du CUSM.

La première question que je vous poserais, M. Tremblay, vise à faire la conciliation entre la décision que le gouvernement a à prendre et l'évaluation que la ville de Montréal a déjà faite dans le cadre de son plan d'urbanisme, je pense, adopté au début du mois de décembre, où il est indiqué de façon assez explicite que le centre-ville est l'endroit prévu pour l'aménagement de grands hôpitaux. Est-ce que donc, dans cet axe-là ou dans ce cadre-là, l'implantation du CHUM dans une sorte de cité du savoir un peu comme Johns Hopkins — vous avez vous-même mentionné Johns Hopkins qui est en plein centre de Baltimore — est-ce que ça ne cadre pas avec le plan d'urbanisme maître de la ville de Montréal tel qu'il existe actuellement?

M. Tremblay (Gérald): Le plan d'urbanisme a été préparé à la lueur d'un projet qui avait été clairement identifié, qui était le projet Saint-Luc. Donc, c'est un plan d'urbanisme qui est évolutif et dynamique, et, si un autre site était choisi, la ville de Montréal prendra les

mesures nécessaires pour s'assurer que ce sera conforme à son plan d'urbanisme, là.

M. Couillard: Et que sont en pratique les démarches nécessaires pour changer le plan d'urbanisme?

M. Tremblay (Gérald): Bien, il faudra faire une modification au plan d'urbanisme par une consultation qui est un processus normal, tel qu'on pourra en parler, tout à l'heure, au niveau des délais.

M. Couillard: Donc, ça nécessite une consultation publique.

M. Tremblay (Gérald): Comme un CHUM quel que soit l'endroit où il sera établi. Alors, c'est une consultation publique. Alors, la décision est la même quel que soit le site qui sera choisi.

M. Couillard: Cependant, je vois une différence de degré dans le processus de consultation parce que, pour ce qui est de l'implantation au centre-ville, la consultation et la vérification par le niveau municipal tiennent essentiellement aux volumétries qui sont un peu différentes de ce qui avait été initialement prévu, pas tellement au site d'implantation lui-même. Tandis que, dans le cas de l'Acadie-Beaumont, on se trouve devant un changement assez significatif du plan d'urbanisme. Vous avez dit vous-même — vous venez de le dire — que ça peut être modifié, mais le niveau de consultation ou le niveau de commentaires des citoyens risque d'être différent. On entendra tantôt les arrondissements de Mont-Royal et Ville-Marie à cet effet-là.

Hier, M. Johnson, qui s'est présenté devant nous, a utilisé une expression que j'ai trouvée très mobilisatrice et très rassembleuse. Il nous parlait de l'idée d'aller planter — je cite ses propos de façon inexacte, je le sais, mais j'essaie de les refléter le mieux possible — planter l'étendard de la médecine en français en Amérique du Nord ou en plein centre-ville de Montréal. Est-ce que, comme maire de Montréal, ce n'est pas quelque chose qui vous emballe également?

M. Tremblay (Gérald): Je vais répondre à l'autre question que je n'ai pas eu l'occasion de répondre. Le gouvernement a prévu l'article 89 dans la Charte de la Ville de Montréal, qui nous permet justement, lorsqu'un projet transcende plusieurs arrondissements, qu'il est dans l'intérêt collectif, de pouvoir prendre une décision à la suite d'une consultation publique. Donc, que ce soit pour le plan d'urbanisme ou que ce soit pour un site quel qu'il soit, que ce soit le CUSM, le 1000 ou un autre site, notamment celui d'Outremont, l'article 89 a été clairement mis dans la loi pour nous permettre d'intervenir lorsqu'il y a une volonté politique d'intervenir.

Pour répondre à la deuxième question qui m'est posée, il faudrait qu'on réponde à la suivante: Est-ce qu'il y a une volonté gouvernementale de profiter de cet investissement important du CHUM pour en faire un centre intégré de santé et de savoir? Est-ce que le gouvernement est prêt à confirmer sa volonté d'investir dans une démarche comme celle qui est proposée par plusieurs intervenants et qui est souhaitée

depuis maintenant des décennies pour accélérer le développement de la grappe des sciences de la vie à Montréal, qui est un créneau d'excellence que nous avons investi collectivement depuis des années? Donc, question: Avant même de répondre sur un site, est-ce qu'il y a une volonté gouvernementale d'investir les sommes nécessaires pour faire un centre intégré de santé et de savoir?

M. Couillard: Bien, ça va me faire plaisir de répondre à cette question-là parce qu'un des résultats de nos débats des derniers jours et des dernières semaines, c'est le concept que d'ailleurs le recteur de l'Université de Montréal a introduit dans le débat, le concept de la technopole ou de la concentration d'un hôpital, d'une faculté de médecine au moins et d'autres installations en rapport aux activités biomédicales sur le même site. Et nous adhérons entièrement à ce concept.

Une fois qu'on a adhéré au concept, il s'agit d'en déterminer la meilleure adresse, et c'est là que mon principe de précaution entre en cause. Je le mentionne à plusieurs reprises parce que, comme vous, on est des administrateurs publics et on doit répondre de nos décisions. Le principe de précaution nous dit: Plaçons d'abord l'hôpital au bon endroit pour sa première mission, qui est les soins à la population, et par la suite assurons-nous que nous sommes sur un endroit qui peut également accueillir la progression vers une technopole qui dépend, il faut le dire de façon honnête, des moyens financiers du gouvernement, à quel moment les moyens financiers seront là pour prévoir ça. Et vous-même, comme organisation municipale, vous venez de nous mentionner que tous les coûts d'infrastructures doivent être assumés par le promoteur ou la plus grande partie des coûts d'infrastructures. Donc, il faut calculer ça. Il faut qu'on fasse ces évaluations-là.

Mais, lorsqu'on a posé la question et aux gens du CHUM et à M. Johnson, on leur a posé directement la question. Je crois que c'est mon collègue le député de Verdun qui a demandé à M. Johnson si, oui ou non, il est possible d'implanter une technopole au centre-ville à partir du site du 1000. Et sa réponse, qui n'a pas été longue à venir, a été oui, c'est absolument possible, les terrains sont là, les orientations également d'urbanisme sont là. Donc, voici comment on aborde la question.

Mais, pour revenir à votre question, donc, oui, le gouvernement adhère au concept très mobilisateur d'une technopole. Il s'agit maintenant d'en déterminer l'adresse autour du principe de précaution et de façon telle que les disponibilités de fonds publics soient respectées.

La Présidente (Mme Legault): M. le maire.

M. Tremblay (Gérald): Oui. Alors, j'ai une autre question, puis je voudrais répondre à l'affirmation qui est faite à l'effet que j'aurais dit... concernant les coûts. Est-ce que, dans le projet de 1,1 milliard sur le site de Saint-Luc, on a prévu les investissements additionnels pour un centre intégré de santé et de savoir? De façon plus précise, est-ce qu'on a prévu les investissements pour couvrir l'autoroute Ville-Marie? Est-ce qu'on a prévu les investissements requis pour préparer les terrains autour? Est-ce que c'est compris dans le 1,1 milliard de dollars?

M. Couillard: Bien sûr que non. Ça, c'est l'investissement pour l'hôpital. Et d'ailleurs — on a posé la question aux gens du CHUM — il n'est pas question de couvrir l'autoroute Ville-Marie même pour accueillir... Ce n'est pas nécessaire de le faire pour accueillir des nouveaux bâtiments. Ça peut l'être dans le futur pour d'autres développements, mais ce n'est pas nécessaire à court terme.

Et je reviens toujours à mon principe. Le projet de déménagement sur un terrain autre que le centre-ville, qui est le terrain actuellement sécuritaire et qui répond bien aux besoins de la population, ne prend tout son sens que si, immédiatement, on investit maintenant pour y construire, entre autres, une faculté de médecine, raison pour laquelle le coût minimum, tel qu'évalué par le recteur, du projet Outremont est à 1,7 milliard et que d'autres l'évaluent à plutôt 2 milliards. Alors que le coût du CHUM aménagé au centre-ville, à un endroit qui est jugé sécuritaire et correct pour la desserte clinique et qui peut par la suite avoir une expansion, est d'un ordre qui nous permet de respecter le cadre budgétaire actuel. Le cadre budgétaire actuel demeure fixé à 800 millions. Les développements successifs, autant au niveau de l'éducation que des installations de recherche et des partenaires privés, seront à venir selon, d'une part, les disponibilités financières du gouvernement et, d'autre part, les engagements confirmés, écrits et validés des partenaires qui voudront s'y intégrer.

La Présidente (Mme Legault): M. le maire.

M. Tremblay (Gérald): Je veux juste m'assurer qu'on compare des comparables, et c'est la raison pour laquelle je pose la question. Si, pour le projet, le site qui pourrait être choisi au centre-ville, on investit 1,1 milliard de dollars pour l'hôpital, je comprends qu'il n'y a pas d'évaluation encore de faite ou de montant d'investissement que le gouvernement prévoit faire pour un centre intégré de santé et de savoir.

Et je vais vous dire la raison pour laquelle je pose cette question. C'est que, collectivement, depuis des décennies, on a investi des milliards de dollars en éducation et en santé, et, lorsqu'on se compare aux grandes métropoles nord-américaines, par exemple, en éducation, notre taux de diplomation universitaire par rapport à la population est 19 % de notre population qui détient un diplôme universitaire, 38 % dans les grands centres que j'ai mentionnés tout à l'heure. Et, lorsqu'on regarde les retombées, malgré tous les efforts qui ont été faits par les gouvernements au niveau des investissements pour commercialiser le produit de la recherche fondamentale, on s'aperçoit, là, qu'on n'a pas le nombre de brevets qu'on devrait avoir avec les investissements qui sont faits.

C'est la raison pour laquelle le CHUM, c'est important pour les soins de santé, mais est-ce que le gouvernement est prêt à investir des sommes importantes — des sommes importantes — pour faire de ce CHUM justement un ancrage ou une cité de santé et de savoir? Ça, c'est la question. Pour nous, là, à Montréal, c'est la question fondamentale. Et, si on s'entend sur cette question-là et le gouvernement dit de façon très claire: Même s'il y avait, à titre d'exemple, un dépassement de coûts au 1000 Saint-Denis, il y aura toujours

des ressources financières disponibles pour investir dans le créneau d'excellence santé et savoir pour la région métropolitaine de Montréal et le Québec, si on me répond à cette question, par la suite je pourrai vous donner l'autre réponse sur les accords de développement concernant la part de la ville de Montréal dans les investissements futurs des centres, quel que soit l'endroit où ils sont situés.

Une voix: Est-ce que tu veux compléter un peu?

● (10 h 40) ●

M. Couillard: Oui, on peut compléter. Ce qui est clair, c'est que, dans le cadre budgétaire actuel, dans le cadre de l'économie la plus endettée d'Amérique du Nord, de loin, et dans le cadre de l'économie la plus endettée du Canada, autant per capita que par rapport à son produit intérieur brut, le cadre budgétaire permet aux deux endroits de construire l'hôpital et un centre de recherche. Les investissements supplémentaires doivent provenir du ministère de l'Éducation, si on veut y installer des facultés, et des partenaires qui devront confirmer la hauteur de leur engagement et leurs responsabilités pour le reste des constructions et des développements, mais ça, c'est la réalité.

Donc, je reviens toujours au principe qui doit nous guider: assurons-nous d'abord de placer l'hôpital et son centre de recherche aux standards du XXI^e siècle, au meilleur endroit en termes de précautions de desserte et de sécurité, assurons-nous d'avoir un site ou un terrain qui nous permet l'expansion sur le plan de facultés universitaires et également de partenariats avec des entreprises privées. Et pour l'instant le cadre budgétaire est ce qui a été démontré.

La Présidente (Mme Legault): Merci, M. le ministre. Je cède maintenant la parole à Mme la porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et de condition des aînés. Madame.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente. Alors, M. le maire Tremblay, M. Tremblay, Mme Topp, bienvenue de la part de l'opposition officielle.

Alors, M. le maire, évidemment le mémoire que vous nous présentez est en équilibre entre les deux sites. Même qu'ils ne sont pas mentionnés du tout. Mais j'aimerais bien que vous nous interprétiez, à la page 4, disons, la déclaration suivante, là, qui est: «La ville entend contribuer à financer certains aménagements[...]. [Néanmoins, il appartient] aux promoteurs d'intégrer au projet l'ensemble des coûts qui seront générés.» Alors, comment doit-on interpréter ce qui semble à l'évidence, là, une contradiction?

La Présidente (Mme Legault): M. le maire.

M. Tremblay (Gérald): Il n'y a pas de contradiction.

Mme Harel: Quels sont les aménagements que vous seriez prêts à financer?

M. Tremblay (Gérald): Oui, mais je vais... C'est ça. Mais il n'y a pas de contradiction dans le mémoire. Il y a un besoin d'explication. Il y a un besoin

d'explication que je vous donne immédiatement. D'ailleurs, c'était ce que je voulais faire après les derniers commentaires du ministre, mais vous m'en donnez la possibilité de le faire en rappelant au ministre que je suis bien conscient, bien conscient qu'on a un cadre budgétaire serré. Vous en avez un, on en a un à la ville. Mais peut-être qu'on devrait arrêter de considérer des investissements comme des coûts et de regarder des investissements au retour illimité, de regarder les retombées économiques qu'on peut générer comme d'autres l'ont fait. Ça, pour moi, c'est ça, la question fondamentale. C'est pour ça que le site, dans ce contexte-là, importe peu. Le site pourrait être situé à un endroit ou à un autre endroit. Ce qui est important, c'est, lorsqu'on investit des milliards de dollars dans des centres hospitaliers universitaires, est-ce qu'on peut être aussi perspicaces que d'autres villes nord-américaines qui se sont servies de cet investissement comme un levier pour générer des retombées économiques illimitées?

Sur la question précise de l'opposition, de la critique de l'opposition, voilà la réponse, je vais vous la lire, là, parce qu'elle est très claire: Dans tous les projets quels qu'ils soient, on a toujours un accord de développement. À titre d'exemple, quand on a fait le Quartier international de Montréal avec le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial, Montréal, on a eu un accord de développement. Quand on a fait la réalisation du Palais des congrès, on a eu un accord de développement. Le bureau d'affaires de la Caisse de dépôt et placement du Québec, il y a toujours eu un accord de développement.

Nous sommes présentement en discussion avec le CUSM parce que, dans le CUSM, il y a des coûts qui ne sont pas prévus dans l'investissement de 1,1 milliard de dollars. Il y a des coûts qui ne sont pas prévus, et c'est la raison pour laquelle on est en discussion présentement avec le CUSM pour un accord de développement. Ce sera possiblement le cas pour le 1000 comme ce sera possiblement le cas pour Outremont.

Donc, dans tous les projets, il y a toujours un accord de développement. Pourquoi? Alors, ce qu'on dit, nous, de façon générale: Le promoteur est responsable des coûts relatifs à la mise en valeur de son site: décontamination, aménagement des voies de circulation intérieures et infrastructures. La ville peut par ailleurs convenir de participer à l'amélioration des infrastructures hors site, comme par exemple l'élargissement de voies de circulation donnant accès au site, le remplacement des infrastructures d'aqueduc et d'égout, l'amélioration du domaine public et du mobilier urbain. Alors, la ville peut notamment également tenir compte de la désuétude des infrastructures en place et convenir d'un investissement qu'on doit faire, là, de façon...

Alors, ce qu'on dit de façon très claire: Quand on discutait du 6000, il y avait ce qu'on appelait des externalités, entre 75 et 150 millions de dollars. Quand on discute du CUSM, il y a des coûts non prévus au projet, entre 50 millions et 100 millions de dollars. Donc, à ce moment-là, on s'assoit sur une base d'affaires avec le promoteur, on regarde quelle est la part de la ville pour moderniser certaines infrastructures. Et, lorsque, par exemple, ça concerne le réseau supérieur, on ne veut pas discuter longtemps pour s'assurer que le réseau supérieur, c'est la responsabilité du ministère des Transports du Québec. Alors, dans ce cas, on a

60 personnes pour le CUSM qui, à tous les jours, discutent avec le CUSM, avec les arrondissements pour en arriver à cet accord de développement.

La Présidente (Mme Legault): Oui, madame.

Mme Harel: Le maire connaît la dictature du temps, là, qui est la nôtre durant ces travaux parlementaires. Je voudrais simplement, parce que mes collègues également veulent échanger avec lui, lui demander quels sont les coûts qu'il estime pour le site du 1000 et les coûts qu'il estime pour Outremont. Les journaux ont publié que les coûts d'Outremont pouvaient être de l'ordre de 200 millions, est-ce qu'il connaît les coûts pour le 1000 Saint-Denis?

M. Tremblay (Gérald): Je suis totalement incapable de répondre à cette question essentiellement parce que, dans un premier temps, ça prend un avant-projet, il faut qu'on ait un dépôt d'avant-projet. Si je prends l'exemple du CUSM, on a eu le dépôt d'un avant-projet et une période de 12 mois, maximum 18 mois. Après consultations publiques, après entente avec les arrondissements, on peut répondre à cette question. Je sais aujourd'hui, à la suite du dépôt de l'avant-projet... Et je sais également que, nous, lorsqu'on reçoit l'avant-projet — je sais qu'au niveau de la commission le temps est limité — ce qu'il faut regarder, par exemple, ce sont les études... On a un projet, un avant-projet qui est donné. Lorsqu'il nous est donné, avant qu'on puisse même s'entendre, il faut faire des études, la ville, d'impact sur l'ensoleillement, des études d'impact éolien, des études d'impact visuel, des études du bruit, autoroutes, chemins de fer, des études de caractérisation des sols, des relevés des arbres, des impacts commerciaux et résidentiels, des impacts sur la sécurité et la circulation.

Quand on a fini, comme on est en train de discuter avant un projet final présentement du CUSM, c'est entre 50... disons, c'est un peu plus que 50 millions présentement. Alors, pour les fins d'addition, il va y avoir des coûts qui ne sont pas prévus dans le projet. C'est sur cette base qu'on a toujours eu une entente tripartite fédérale-provinciale-municipale ou bipartite, où on s'entend pour partager ces coûts. Alors, quand vous me posez la question pour le 1000, je dois dire que, pour le 1000, on a presque l'avant-projet, presque l'avant-projet, mais on n'a pas fait, nous... Au niveau de la ville, il faut avoir un avant-projet pour pouvoir valider toutes ces informations. On en arrivera à une conclusion. Et on n'a définitivement pas d'avant-projet pour Outremont, on n'a pas d'avant-projet, donc on ne peut pas répondre.

Mme Harel: Alors, la dernière question, M. le maire. En vous écoutant dans vos remarques préliminaires, je retrouvais l'enthousiasme de l'ex-ministre de l'Industrie et du Commerce, dont j'ai été la critique durant nos vies antérieures, cet enthousiasme pour la grappe de sciences de la vie qui déjà occupe 37 000 emplois à Montréal. Et je voulais voir avec vous si les montants d'investissement que vous souhaitez de la part du gouvernement du Québec pour ce centre intégré — vous l'appelez cité de santé et de savoir — s'il vous semble que c'est réalisable sur les deux sites

La Présidente (Mme Legault): M. Tremblay.

M. Tremblay (Gérald): Oui, c'est réalisable sur les deux sites comme ça pourrait être réalisable sur d'autres sites. Ce qui est important, c'est qu'il y ait une volonté politique. Alors, c'est de dissocier, par exemple, les ajouts qu'on peut apporter, c'est-à-dire les facultés, les cliniques, les entreprises, et de comparer des comparables. Alors, si on compare des comparables, on compare un hôpital. Et, si la volonté, telle qu'elle est clairement affirmée par le ministre, c'est d'en arriver à un centre intégré de santé et de savoir, à ce moment-là, est-ce que c'est possible de le faire au centre-ville? La réponse, c'est oui. Est-ce que c'est possible de le faire à Outremont? C'est oui. Combien ça va coûter? Quelque 200 millions de dollars quand on va avoir fini, un ordre de grandeur. Mais, pour moi, à ce moment-là, on peut le regarder sur une base d'affaires et on peut s'entendre avec les partenaires pour le réaliser.

● (10 h 50) ●

Alors, pour moi, je sais très bien que c'est une question d'avenir. Notre avenir. Quand on regarde les villes nord-américaines, tout le monde veut notre aéronautique, tout le monde veut avoir les technologies de l'information, mais une chose qu'on ne pourra jamais nous enlever, c'est notre innovation puis notre créativité, puis c'est dans le milieu de l'éducation puis de la santé. Alors, tout ce que je veux, moi, c'est qu'on profite de ces investissements majeurs dans l'avenir de notre métropole et du Québec pour qu'on capitalise et qu'on considère ces projets non pas comme des coûts, mais comme des investissements au retour illimité, en autant qu'on se mobilise avec des objectifs et des indicateurs de performance au niveau, par exemple, de la commercialisation de la recherche qui doit être faite, les plateformes technologiques qui existent présentement au...

Alors, pour moi, c'est faisable sur les deux. Je veux juste m'assurer que, le jour où le gouvernement prend sa décision, il sait très bien qu'on doit arrêter de fonctionner en silo. Il faut parler aux ministères de l'Industrie et des Régions. Il faut parler au ministère de l'Éducation. Il faut s'entendre que la décision qu'on prend, c'est une décision pour faire un hôpital pour donner des bons soins, mais par la suite ça va prendre des investissements additionnels pour ne pas qu'on nous dise: Bien, on n'a peut-être pas prévu qu'il y aurait un excédent de coûts, puis, si jamais il y a un excédent de coûts, d'entendre ce qu'on entend des fois — puis, je regrette, vous l'avez dit, puis je vous comprends très bien: Mais, moi, dans ma région, je n'ai pas d'hôpital, tu sais... Puis je le comprends puis je suis très sympathique à ça, mais ce que je me dis, c'est qu'à Montréal il y a 11 universités, puis on rayonne partout à travers le Québec, et ça, c'est très, très, très important. Donc, on a une occasion unique de récolter les fruits de nos investissements. Et pour moi c'est ce que je demande à cette commission, qu'on considère, dans un premier temps, un centre intégré de santé et de savoir. Si on dit oui à ça, choisissez le site.

La Présidente (Mme Legault): M. le maire, on reconnaît votre grande éloquence. Je vais vous demander d'être bref. Je cède maintenant la parole au ministre délégué au Gouvernement en ligne. Merci.

M. Gauthrin: Je vous remercie, M. le maire. Et je comprends votre message de la manière suivante: un, il est important d'utiliser cet investissement non seulement pour créer un hôpital universitaire, mais de l'utiliser pour être un levier pour créer une technopole du savoir et une technopole de la santé. Je pense que c'est le plaidoyer qu'est venu faire ici le recteur Lacroix, et vous venez nous amener à y adhérer.

Ceci étant dit, dans ce concept de technopole, il y a bien sûr un hôpital, il y a des facultés de médecine et il y a des entreprises de biotech qui s'y greffent, si je comprends bien. Là, maintenant, on rentre sur le débat que nous avons... Une fois que nous adhérons tous à ce modèle-là, on arrive sur la question du lieu. La position de l'Université de Montréal, c'est de dire: Le seul lieu qui a suffisamment d'espace pour pouvoir développer ce projet, c'est le site Outremont.

Et alors ma question à vous qui connaissez bien la situation à Montréal et connaissez beaucoup mieux Montréal probablement qu'un certain nombre de gens ici: Est-ce qu'il est possible d'obtenir cet avantage de proximité, d'avoir à la fois l'hôpital, les facultés et du terrain pour permettre le développement des entreprises en biotechnologie, sur le site du 1000 Saint-Denis?

M. Tremblay (Gérald): Il y a des modèles différents. Alors, quand je mentionnais, tout à l'heure, le MaRS Discovery District, le BioSquare puis Johns Hopkins, les facultés de médecine sont intégrées sur les sites. Par contre, lorsqu'on regarde la Clinique Mayo ou encore le CHU de l'Hôpital pour enfants de Pennsylvanie, les facultés de médecine ne sont pas intégrées sur le site. Alors, il y a des modèles différents, et pour moi ce n'est pas une question de proximité physique uniquement, c'est également une question de proximité technologique.

Donc, c'est possible, ça va, c'est possible en autant qu'il y ait une volonté gouvernementale très claire de se dire: Si on prenait la décision ou si le ministre faisait la recommandation au Conseil des ministres, le 1000, je veux m'assurer qu'au-delà de cette décision il y a des investissements importants qui vont être faits pour accélérer le développement de la grappe des sciences de la vie pour le Québec. C'est ça, la décision fondamentale que le gouvernement doit prendre, et pas nous dire, par exemple: On a déjà mis beaucoup à Montréal et on ne peut plus donner suite à cet investissement-là. Pour moi, ce n'est plus une question... Étant bien conscient, là, de l'équilibre des finances publiques, c'est important, c'est un investissement qu'on doit faire dans notre avenir collectif, et c'est ce que je demande à cette commission de considérer.

M. Gauthrin: C'est possible sur les deux sites. C'est ça, ce que vous nous dites aujourd'hui.

M. Tremblay (Gérald): Il y a des modèles différents...

M. Gauthrin: Des modèles différents, mais c'est possible.

M. Tremblay (Gérald): ...dépendant du modèle qu'on choisit, c'est possible de le faire sur plusieurs

sites, nommément les deux qui ont été clairement identifiés présentement.

M. Gauthrin: Mme la Présidente, mon collègue de Roberval, je crois, veut continuer le...

La Présidente (Mme Legault): C'est exactement ce qu'on m'avait indiqué. Alors, M. le député de Roberval, je vous cède la parole. Merci.

M. Blackburn: Merci, Mme la Présidente. M. Tremblay, bonjour. Alors, à partir du moment où c'est possible sur les deux mêmes sites et que... Je reprends un peu des arguments que vous avez mentionnés dans votre présentation, M. le maire, qui sont à l'effet de mettre en place les conditions du succès. «Au moment de définir le projet du CHUM, certains grands principes doivent être incontournables. Nos décisions doivent être guidées, d'abord et avant tout, par le bien-être et la qualité des soins offerts aux patients.» Je pense que, ce matin, nous avons eu l'occasion avec l'agence d'avoir une présentation qui a été on ne peut plus claire à l'effet d'un site par rapport à un autre pour le bien-être et la qualité des services offerts aux patients.

«Il nous faut aussi tenir compte d'autres préoccupations importantes.» Et vous parlez, dans votre mémoire, bien sûr de l'intégration des fonctions de santé et de savoir. Je pense qu'on a eu l'occasion... avec ce qui a été mentionné au cours des derniers instants et ce qui a été aussi mentionné hier, que l'un ou l'autre des sites pouvait permettre l'intégration de ces deux secteurs extrêmement importants. Vous parlez aussi de l'intégration de l'ensemble des coûts au projet et leur financement à part entière par son promoteur. On a une bonne idée d'évaluation des coûts des deux sites, Saint-Luc et Outremont. Et la pleine collaboration de la ville de Montréal à la réalisation du projet. Parce qu'il va y avoir bien sûr des impacts importants pour la mise en application d'un site.

Et, dans ce contexte-là, sur une base d'affaires, M. le maire... Parce que vous prenez beaucoup cette expression-là, et je vous dirais que, pour quelqu'un de chez nous, l'expression est la suivante: vous êtes quelqu'un qui allez de l'avant. Alors, dans ce contexte-là, vous avez certainement dû avoir l'opportunité de faire une évaluation des deux sites. D'abord, sur l'impact qui va être très significatif au niveau social, parce que bien sûr le choix d'un site par rapport à un autre... il y a déjà du développement qui se fait dans un secteur, il y a déjà des impacts qui sont là, alors le choix du futur site... il va y avoir des impacts significatifs tant sociaux, tant économiques. Par exemple, pour le centre-ville de Montréal, il y a une activité économique qui est extrêmement présente, il y a déjà du développement qui se fait là, il y a déjà des travailleurs, des commerces qui sont en place, donc il y a aussi un impact important au niveau économique. Au niveau urbain, parce que dépendamment du site qui va être choisi, entre autres ce qu'on a eu comme présentation hier, on a eu l'occasion de regarder des cartes qui nous ont été présentées, au niveau urbain, sur le site d'Outremont, il va y avoir des chambardements majeurs à y apporter. Et bien sûr au niveau fiscal, parce que la recette première d'une municipalité, c'est la taxation. Alors, à partir du moment où

un site est privilégié par un autre, il va y avoir aussi des impacts importants sur le plan fiscal.

Alors, compte tenu de ces quatre éléments-là, entre autres, quel est le site qui va avoir les impacts les plus significatifs sur ces secteurs-là d'activité économique?

La Présidente (Mme Legault): M. le maire, vous avez tout un défi parce que vous avez 30 secondes pour répondre. Merci.

M. Tremblay (Gérald): Oui, mais c'est... Alors, à l'impossible nul n'est tenu. Mais, écoutez, tout ce que je peux dire, là — très brièvement, Mme la Présidente, avec votre compréhension, là, je vais essayer d'être le plus bref possible — à Montréal, on est très habitués à des changements majeurs. La preuve: quand on fait des projets, par exemple, à l'Université de Montréal, à l'Université McGill, à Concordia, à l'ETS, à l'Université du Québec à Montréal, ce sont des projets majeurs, et on a développé une expertise particulière au niveau de la circulation pour aider les partenaires. Alors, je veux dire, en terminant, que nous allons tout faire, à Montréal, pour aider à la réalisation d'un projet intégré de santé et de savoir. La décision du site, c'est une décision gouvernementale.

Deuxièmement, en ce qui concerne les délais, le gouvernement, dans sa sagesse, a prévu que des projets de cette envergure transcendent un arrondissement. Et, dans cette optique, il y a un article 89, et c'est en 12 mois à peu près, maximum 18 mois pour donner suite.

Et, finalement, la ville de Montréal, au même titre qu'on le fait... et je vous le donne comme exemple, nous sommes en discussion pour le CUSM présentement. Je ne peux pas répondre à votre question parce que je ne connais pas encore, premièrement, le site, puis, pour faire des études, il faut investir des sommes considérables. L'étude de circulation, ça a coûté 200 000 \$, 300 000 \$. Une fois le site décidé, on va pouvoir porter un jugement sur les coûts qui sont hors site. À titre d'exemple, avec votre permission, parce que c'est important pour la commission, quand on parle du CUSM, on va trouver la solution: l'élargissement du boulevard Décarie, le rehaussement du viaduc du Canadien Pacifique, la rue Saint-Jacques, la bretelle, l'aménagement du carrefour Upper Lachine, l'élargissement de la rue Maisonneuve, les débordements. Alors, tout ça fait partie d'un accord qu'on doit faire avec le ministère des Transports, avec le promoteur pour identifier ce qui est sur site et ce qui est hors site.

● (11 heures) ●

Alors, quand le gouvernement va prendre sa décision sur un site, on vous donne notre entière collaboration, on va évaluer toutes les conséquences, mais il se pourrait — il se pourrait — dans les coûts prévus, quel que soit le site, on le voit avec le CUSM, qu'il y ait des coûts qui concernent d'autres ministères, notamment le ministère des Transports. Et, nous, la ville, on est prêts, dans un accord, à s'entendre pour assurer le développement et la réalisation de ce site le plus rapidement possible, lorsque le gouvernement aura décidé, étant bien conscient, aujourd'hui, que je quitte cette Assemblée satisfait, satisfait de la volonté gouvernementale clairement exprimée par le ministre à l'effet que, quel que soit le site choisi, nous convenons de l'importance d'un centre intégré de santé et de savoir

pour l'avenir économique et social de Montréal, de la CMM et du Québec.

La Présidente (Mme Legault): Merci, M. le maire. Alors, par souci d'équilibre, vous disposerez maintenant d'une période de neuf minutes, et je cède la parole au député de Chicoutimi.

M. Bédard: Merci, Mme la Présidente. Alors, M. le maire, nous avons saisi votre enthousiasme, et je vous dirais que tout maire qui peut entrevoir dans un avenir rapproché un investissement d'au-delà de 3 milliards aurait, je vous dirais, le même enthousiasme, et je pense que c'est bien.

Je vais vous ramener par contre un petit peu plus dans la tuyauterie. Un des éléments qui a été soulevé concerne un élément qui peut sembler un peu anodin mais qui peut avoir un impact en termes de coûts, soit les stationnements. Et, hier, nous avons eu des experts, entre autres MM. Saint-Pierre et Couture, nous faire état des problématiques relativement à la construction d'un stationnement souterrain à Saint-Luc, relativement, bon, aux coûts qui sembleraient très élevés, et eux-mêmes entrevoyaient la possibilité ou laissent voir qu'il serait peut-être beaucoup plus réaliste, pour une question de coûts, d'entrevoir des stationnements extérieurs sur ce site. Est-ce que vous pensez, en termes d'urbanisme, qu'une telle avenue peut être réalisable sur ce site?

M. Tremblay (Gérald): On n'a aucune donnée financière sur les stationnements sur quel que soit le site. Alors, quand je parlais tout à l'heure d'un avant-projet, ce que nous avons reçu pour le 1000 Saint-Denis, c'est un avant-projet, et on n'a pas fait d'évaluation de quelque nature que ce soit sur le stationnement, sur le débordement, sur les rues, est-ce qu'il faut changer des sens uniques, est-ce qu'il faut changer la signalisation. Tout ce que j'ai mentionné tout à l'heure: Dans les études d'impact que nous devons faire, aucune de ces études n'a été faite pour le site, le 1000, qui est plus avancé, je dois l'admettre, parce qu'on a presque un avant-projet du 1000. Mais, lorsqu'on aura finalisé l'avant-projet, on sera en mesure de faire l'évaluation nécessaire pour répondre à cette question-là. Je suis totalement incapable d'y répondre aujourd'hui, mais c'est une préoccupation importante, la circulation et les stationnements.

La Présidente (Mme Legault): Merci.

M. Bédard: Est-ce que vous êtes capable de me donner des indications? Je vois que vous êtes très avancés au niveau du CUSM, mais vous avez quand même des études préliminaires. Vous me dites que le 1000 Saint-Denis est plus avancé, donc il y a quand même... Je vous dirais, vos services ont commencé à avoir un regard là-dessus. Est-ce que vous êtes capable de nous identifier des éléments sur lesquels vous pensez que ça peut avoir... ou soit votre contribution peut être apportée mais en même temps les autres éléments qui vont avoir des conséquences sur vos finances à vous, là?

M. Tremblay (Gérald): Oui. Alors, un stationnement est requis, un stationnement intérieur est requis,

2 000 places. Bon. Et là on va évaluer, à la lueur du projet, lorsqu'on connaîtra le projet, les conséquences au niveau du stationnement extérieur et des débordements que ça pourrait avoir sur des rues à proximité. Mais, aujourd'hui, tout ce qu'on sait, c'est qu'on va demander un stationnement intérieur pour 2 000 places.

M. Bédard: 2 000?

M. Tremblay (Gérald): 2 000.

M. Bédard: Merci.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Alors, je cède maintenant la parole au député de Gouin. M. le député.

M. Girard: Merci, Mme la Présidente...

Mme Harel: Excusez-moi juste une seconde, Mme la Présidente. Est-ce que je comprends que la ville ne souhaite pas de stationnement sur rue?

M. Tremblay (Gérald): Bien, la ville a toujours privilégié le transport en commun. Alors, un des arguments importants qu'on utilise beaucoup, c'est de dire: Il y a du transport en commun, alors on voudrait utiliser le transport en commun. Mais, étant donné que c'est un CHUM qui va être spécialisé, il va y avoir beaucoup de soins de proximité mais surspécialisés également, donc on comprend très bien qu'il y a des personnes qui vont venir de l'extérieur de Montréal qui vont nécessiter, là, des places de stationnement. Alors, pour nous, on privilégie le transport en commun dans cette optique-là du transport en commun pour les deux sites et on va regarder les besoins au niveau du stationnement.

Alors, quand je dis qu'on a un projet, un avant-projet qui nous est déposé, c'est toute cette démarche-là qu'on doit faire comme on fait présentement avec le CUSM. On est en train de regarder quelles vont être les conséquences tant pour Westmount que pour Notre-Dame-de-Grâce, Côte-des-Neiges, le débordement sur les rues, est-ce qu'il faut changer la signalisation, les vignettes, les espaces de stationnement réservés, les sens uniques qu'on va peut-être devoir faire. C'est dans cette optique-là que, quel que soit le projet — je le dis de façon positive — il y a toujours des coûts qui n'ont pas été prévus. C'est la raison pour laquelle la ville de Montréal signe dans tous les projets sans exception — donc ce n'est pas particulier à un centre hospitalier universitaire — des accords de développement, puis on est prêts à payer notre juste part d'investissement qu'on doit faire justement pour améliorer la qualité de vie, là. Ce n'est pas juste une question de faire un hôpital, c'est de s'assurer que ça contribue à améliorer l'environnement urbain.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Alors, M. le député de Gouin.

M. Girard: Oui. Alors, M. le maire, vous avez mentionné dans votre présentation, là, l'importance, dans le choix d'un site pour le nouveau CHUM, d'un

projet rassembleur qui rallie tous les intervenants, qui suscite l'adhésion et l'enthousiasme. De votre point de vue, est-ce qu'il n'y en avait pas un, un site, qui était le site du 6000 Saint-Denis, qui suscitait l'adhésion, qui suscitait l'enthousiasme, qui ralliait le recteur de l'Université de Montréal, M. Lacroix, qui a créé un consensus dans le milieu hospitalier et qui ralliait également l'arrondissement Rosemont—La Petite-Patrie et plusieurs partenaires?

Et vous savez que, dans le projet du 6000 Saint-Denis, il y avait le projet Sciences de la vie, et le projet Sciences de la vie a été développé en collaboration avec Montréal International, l'Université de Montréal, la Société de développement Angus et l'arrondissement Rosemont—La Petite-Patrie, et qu'on prévoyait qu'il y avait déjà cinq zones d'accueil pour réaliser le projet Sciences de la vie. On pense notamment à la Place de la mode, la zone Bellechasse—Saint-Laurent, la zone de l'édicule du métro Rosemont, la zone Marconi-Alexandra et le Technopôle Angus.

Pour réaliser justement un projet rassembleur qui va favoriser la croissance économique de Montréal, est-ce que le site de 6000 Saint-Denis n'était pas un bon endroit pour mettre de l'avant justement un projet Sciences de la vie?

M. Tremblay (Gérald): Au début de ma présentation, j'ai dit que c'est une bonne nouvelle, le CHUM et le CUSM. Bon. Puis, à la fin de ma présentation, j'ai dit: S'il vous plaît, prenez une décision le plus rapidement possible. Je comprends que ce n'est pas des décisions faciles. C'est une décision facile lorsqu'on s'entend sur un concept, mais après on s'en va sur des sites. Mais il y a eu plusieurs ministres qui ont avancé le 6000, il n'y a pas eu de décision de prise. Alors, pour moi, je transcende le site. Pour moi, le site, je vous l'ai dit tout à l'heure, importe peu parce que le projet peut se réaliser à plusieurs endroits. Mais le débat présentement semble être plus sur un site que sur un centre intégré de santé et de savoir.

Alors, ce que j'ai voulu faire, moi, c'est de relever le débat, et avec la satisfaction de la réponse du ministre et de son gouvernement qu'on s'en va vers un centre intégré de santé et de savoir. Bravo! Nous, la ville de Montréal, on va aider, on va accélérer la décision pour que, lorsque le ministre fera sa recommandation au Conseil des ministres et le gouvernement prendra sa décision, on va être prêts pour récolter, récolter pour le Québec, pour le Québec, les fruits de ces investissements importants, comme on fait présentement avec le CUSM.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Alors, Mme la députée de Taillon.

Mme Marois: Oui. Merci, Mme la Présidente. Je ne voudrais pas vous faire dire ce que vous ne voulez pas dire, mais j'ai compris, dans la réponse du ministre tout à l'heure, que, pour l'instant, la volonté politique ne semblait pas être très vigoureuse pour recevoir un projet qui s'appellerait un centre intégré de santé et de savoir. Vous, vous dites: Ce serait souhaitable pour l'avenir de Montréal et pour l'avenir du Québec, ne négligeant ni bien sûr les soins de proximité mais aussi la perspective

de développement de Montréal, de développement du savoir, entre autres. Pensons aux établissements universitaires qu'on y trouve, pensons aux gens qu'on y forme, et surtout à la recherche qu'on y fait, et aux liens nécessaires avec les entreprises.

Dans les deux sites, vous dites: L'un et l'autre, nous, on pense que c'est réalisable. Quel serait le geste qui devrait être posé par le gouvernement pour indiquer qu'il y a une volonté à moyen et à long terme de s'engager dans une telle perspective? Est-ce qu'on doit pousser plus loin les études de coûts pour qu'il y ait des comparables entre les différents sites? Parce que les gens du 1000 Saint-Denis nous ont dit oui, que c'était possible aussi de leur côté. Qu'est-ce qui devrait être envoyé comme signal pour répondre à votre attente, et à votre vision, et à votre perspective?

La Présidente (Mme Legault): M. le maire, je vous invite à être très, très bref.

M. Tremblay (Gérald): Je vais être bref, je vais être bref. Je n'ai pas dit que c'était... J'ai peut-être employé ce mot-là, que c'était souhaitable. Vous dites souhaitable, c'est plus que souhaitable, là, c'est essentiel. On ne peut pas investir des milliards de dollars sans le considérer comme un investissement, un retour illimité, puis d'aller chercher des avantages au niveau économique et au niveau social. Pour moi, ça, c'est très clair. Donc, on a une occasion unique. C'est unique. Là, qu'un gouvernement veuille investir des sommes aussi importantes.

● (11 h 10) ●

Deuxièmement, la seule façon pour nous convaincre de la certitude... Pour aider le ministre, il faudrait que j'aie un avant-projet d'un centre intégré de santé et de savoir sur le 1000 Saint-Denis, qu'on me dise: Au-delà d'un hôpital, voici ce qu'on peut faire. Et je sais qu'au niveau du 1000 ils ont cette perspective, mais on devrait parler de cette perspective et non pas juste, mettons, d'un hôpital sur un site par rapport à un autre. Si le gouvernement décidait que c'était le 1000, moi, ce que je m'attends, c'est qu'on décide qu'on fait, oui, un centre intégré de santé et de savoir, qu'on fasse le débat sur l'importance — on l'a fait, nous — l'importance de couvrir l'autoroute Ville-Marie ou pas, de revitaliser la trame urbaine, tous les stationnements qui sont là, est-ce qu'on est intéressés à en faire un pôle qui va intégrer tous les laboratoires, les centres de recherche et les entreprises qui vont créer de la valeur, créer des emplois permanents de qualité pour Montréal, pour le Québec.

Alors, pour moi, c'est le message qui serait très clair si le ministre, après cette consultation, décidait de faire la recommandation au gouvernement, de dire: Écoutez, nous, c'est le 1000 qu'on prend, mais ce n'est pas le 1000 juste parce qu'on va faire un hôpital, c'est qu'on va... oui, on va le planifier, mais on va en faire un centre intégré de santé et de savoir et on va se servir des emplacements qui sont vacants, qui sont utilisés comme des stationnements pour refaire la trame urbaine du centre-ville et d'investir des sommes additionnelles au niveau du ministère des Transports, du ministère de l'Éducation, du ministère du Développement économique pour faire de ces investissements des investissements rentables pour le Québec.

Et je veux juste répéter une chose encore une fois — puis je l'ai répétée cinq fois, je l'ai écrite cinq fois — le patient est toujours au coeur de nos préoccupations, mais le patient requiert des personnes qui sont bien formées, requiert également de la recherche et du développement, requiert des nouvelles technologies pour améliorer les soins de santé, développer des nouvelles plateformes technologiques et scientifiques qui vont nous permettre justement d'améliorer les soins aux patients. Donc, toujours le patient, oui, mais également regarder comment on peut maximiser le retour sur ces investissements pour Montréal, la Communauté métropolitaine de Montréal et le Québec.

La Présidente (Mme Legault): Merci, M. le maire. Mme la députée de Lotbinière, désirez-vous vous exprimer?

Mme Roy: Oui.

La Présidente (Mme Legault): Merci.

Mme Roy: Merci, Mme la Présidente. Nous, à l'ADQ, dans nos notes préliminaires, on disait justement qu'il était question d'une vision plutôt que d'un site. Depuis lundi, les intervenants défilent devant nous, et on sent, là... Ça se dessine très bien. Quand M. Lacroix, le recteur de l'Université de Montréal, est venu nous parler, il nous offrait un projet de technopole du savoir et de la santé. Son argument principal est le même que vous demandez, là, que la science... en étant près un de l'autre, fasse de Montréal le vaisseau amiral au niveau de la recherche en Amérique française.

Quand on entend les tenants de l'autre aspect, les tenants de Saint-Luc, ce qu'on entend surtout, on entend parler de desserte. Par exemple, tantôt l'intervention de M. Levine, on entend parler de soins de premier et deuxième niveau. Leurs arguments sont que Montréal a besoin d'un hôpital rapidement pour soigner le monde de Montréal et qu'il doit être placé à tel endroit parce que, au niveau de la disposition géographique, c'est mieux, de la concentration de la population, c'est mieux, et puis que ce site-là va se faire plus rapidement. Ce sont leurs arguments.

Je trouverais ça quand même assez curieux qu'on choisisse le site de Saint-Luc pour faire ce que prévoit le site d'Outremont. Autrement dit, les arguments d'un et les arguments de l'autre sont à des niveaux différents. Moi, je perçois que, quand on parle du site de Saint-Luc, on parle de l'hôpital de Montréal puis, quand on parle du site d'Outremont, on parle de technopole de la santé et du savoir. Ça, c'est ma première question.

Deuxièmement, un des grands argument de Saint-Luc, c'est qu'en 2009 il y aura le premier patient. Vous venez de parler, là, des études d'impact avec tous les niveaux, les négociations. Et puis, au niveau des négociations, je vais réitérer la position de l'ADQ: Ce serait le temps d'aller chercher le 1 milliard en recherche et développement d'Ottawa qui... On a un grand déficit, 1 milliard à chaque année d'investi en Ontario de plus qu'ici. Ce serait exactement le bon moment, le bon temps et le bon prétexte pour aller chercher ce milliard-là si on fait une technopole du savoir, s'il y a de la recherche et du développement sur le site.

Maintenant, bon, pour continuer dans cet ordre d'idées là, vous parlez aussi d'une consultation qui serait à peu près équivalente dans les deux sites, puis je vous ai entendu dire 12 à 18 mois. Ma dernière question: Combien de temps toute cette démarche-là, puisque vous dites être habitué aux grands changements, là? Je ne vous demande pas une estimation exacte, là, mais ce que vous envisagez comme hypothèse, là, pour partir du dépôt de l'avant-projet à la première demande de soumissions.

La Présidente (Mme Legault): Alors, M. le maire, vous disposez de deux minutes. Merci.

M. Tremblay (Gérald): Oui. Ça va être suffisant. Merci beaucoup, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): Oui. Je vous remercie de votre collaboration.

M. Tremblay (Gérald): Très bien. Alors, sur la première question, c'est deux modèles, deux modèles qui sont différents, bon, des modèles qui intègrent des facultés de médecine, des facultés dentaires ou de d'autres disciplines ou des modèles qui n'intègrent pas les facultés. Donc, c'est possible de le faire, et je suis convaincu, par exemple, que le 1000, le 1000 a déjà, le 1000 Saint-Luc a déjà... les gens, le CHUM a déjà prévu la possibilité d'en faire un centre intégré de santé et de savoir. C'est pour ça qu'il faut en discuter et il faut s'entendre sur les échéanciers. Donc, pour moi, ce n'est pas juste une question, là, d'être à proximité, distance de marche, ça peut être technologique, ça se fait, et il y a des modèles qui existent qui sont très performants.

Donc, deuxième point, quand vous parlez de la recherche et développement, la recherche et développement, je dois dire qu'au niveau universitaire et au niveau médical nous sommes les grands bénéficiaires des investissements du gouvernement canadien dans ce secteur-là. Il y a des lacunes au niveau industriel pour la recherche et le développement, mais je dois dire que, lorsqu'on regarde les statistiques et les investissements importants, nous les avons. Donc, ce qu'on doit faire davantage, et le gouvernement du Québec... Lorsque l'ancien gouvernement, à ce moment-là, a fait Valorisation Québec, c'était justement pour qu'on consolide ces investissements, pour qu'on puisse breveter et commercialiser. C'est là qu'on doit améliorer, breveter davantage, commercialiser pour aller chercher les retombées économiques, d'où l'importance d'une masse critique et la synergie.

Puis la troisième question, j'ai écrit 12. Pourquoi j'ai écrit 12? C'était...

Une voix: Le délai. Le délai de...

M. Tremblay (Gérald): Ah! Le délai. C'est ça, 12. Alors, j'ai écrit 12. Le délai, là, on a fait les délais, et c'est 12, un an, une année, là, à partir d'un avant-projet bien ficelé, là, un avant-projet bien ficelé, 12, maximum 18 mois.

Et je peux répondre juste sur une question avant avec votre... Juste une avec votre permission, parce que...

La Présidente (Mme Legault): 12 secondes.

M. Tremblay (Gérald): ...ma collègue de Mont-Royal est derrière moi, et vous allez peut-être lui poser la question. Mais je veux juste vous dire qu'en ce qui concerne une ville reconstituée, une ville reconstituée, l'article 89 ne s'appliquerait pas dans une ville reconstituée. Ça veut dire que théoriquement, s'il y avait une demande de changement du zonage, à ce moment-là il y a un registre et il y a un référendum. Mais un changement de zonage notamment, c'est quand il y a un projet. Est-ce qu'il y a un projet de construction, mettons, d'un bâtiment de densité... Et le projet, ma compréhension du projet, il est entièrement à Outremont, donc il n'y aurait pas de changement de zonage pour ce projet. Par contre, il y aurait, de la part du gouvernement, des expropriations importantes qui devraient être faites pour élargir les rues, notamment l'Acadie. Alors, je voulais juste vous donner cette information-là, et on demeure à votre entière disposition pour vous donner toutes les réponses sur la procédure qui doit être suivie pour accélérer la réalisation de ces projets.

La Présidente (Mme Legault): M. le maire...

M. Tremblay (Gérald): Merci de votre collaboration, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): Bien, je vous en prie, M. le maire. Mme Topp et M. Tremblay, je vous remercie, au nom des membres de cette commission, de votre présence et vous souhaite un bon retour à la maison.

● (11 h 20) ●

J'invite maintenant les représentants de l'arrondissement de Mont-Royal de la ville de Montréal à prendre place. Merci.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Legault): Chers collègues, je vous invite à prendre place.

Alors, chers collègues, à l'ordre, s'il vous plaît!

Alors, mesdames, au nom des membres de cette commission spéciale, je vous souhaite la bienvenue. Je vous rappelle que la commission consacrerait 45 minutes à vous entendre, à l'arrondissement. Et le temps est réparti de la façon suivante: vous disposez d'une période de 15 minutes pour une présentation, et votre présentation sera suivie d'une période d'échange entre les groupes parlementaires d'une durée de 12 minutes et demie. Alors, manifestement, je pense que ça nous impose à tous un souci de concision — à tous et à toutes — et c'est ce à quoi je vous invite éventuellement, des questions et des réponses qui soient concises. Alors, Mme Caron, je vous invite à vous identifier pour la sono et présenter la personne qui vous accompagne. Merci et bienvenue. À vous la parole.

Arrondissement de Mont-Royal de la ville de Montréal

Mme Caron (Suzanne): Bonjour. Je suis Suzanne Caron, mairesse de l'arrondissement Mont-Royal et, à

ma droite, Ava Couch, directrice de l'arrondissement Mont-Royal.

Je vous remercie de nous accueillir dans le cadre de cette commission parlementaire sur le CHUM. C'est un privilège que de pouvoir m'exprimer dans cette enceinte. J'aborderai ce dossier sous un angle municipal, et mes propos ne traiteront que du site Outremont, considérant que ville Mont-Royal est riveraine à ce site.

Le projet de cité du savoir et de la santé semble très emballant et génère beaucoup d'enthousiasme auprès de certains concitoyens. Cependant, une telle décision ne doit pas se prendre sur la base d'émotion et d'enthousiasme mais sur la base d'une analyse rigoureuse et complète de tous les éléments composant le dossier.

Trois questions majeures se posent quant au choix du site: l'accessibilité, la sécurité, les risques financiers.

Tant que l'ensemble des coûts d'un projet n'est pas bien cerné, il y a un risque financier accru. Dans le cas du site Outremont, il persiste encore beaucoup d'incertitudes, que ce soit sur la relocalisation d'une section de voie ferrée, des travaux de décontamination, des infrastructures et tout autre aspect qui n'aurait pas encore été bien évalué et inclus dans les coûts du projet. Il faudrait aussi clarifier qui paiera pour quoi en s'assurant que les fonds sont disponibles.

En ce qui concerne la sécurité, quelles seraient les répercussions en cas d'accident ferroviaire et de mesures d'urgence à prévoir? Quelles seraient la part de responsabilité dévolue à Mont-Royal et les ressources à prévoir pour fournir l'assistance qui pourrait nous être demandée? L'étude SNC-Lavalin ne semble pas avoir porté sur l'évaluation des conséquences et de la détermination des mesures à prévoir mais seulement sur la probabilité d'un sinistre.

Bien que tous les aspects de ce dossier me préoccupent, je me concentrerai sur la première des trois questions, soit celle de l'accessibilité. En effet, 30 % à 50 % des nouveaux déplacements traverseront ville Mont-Royal. Toutefois, la question d'urbanisme ne devrait pas non plus être mise de côté. Ce volet a été très peu abordé, alors qu'il s'agit d'un projet majeur avec des répercussions à très long terme pour Montréal et pour le secteur touché. Par conséquent, j'attirerai brièvement votre attention sur cet aspect avant d'aborder le sujet d'accessibilité.

C'est à la lecture d'un article de journal local que nous avons appris la possibilité d'un nouveau CHUM dans la cour de triage Outremont. Dès lors, nous avons multiplié les démarches pour nous renseigner sur ce dossier par des rencontres et correspondances reproduites en annexe. Depuis le début, notre objectif est d'obtenir des informations factuelles sur le projet, de faire part de nos préoccupations et de soulever des questions en vue de nous assurer que la décision pourra se faire sur la base de données complètes, précises et bien fondées.

En matière d'urbanisme, la création de ville Mont-Royal a fait l'objet de références multiples. Son histoire est très liée à celle du réseau ferroviaire, puisque celle-ci a été conçue et promue comme une ville modèle afin de financer l'ouverture du tunnel sous la montagne. Sa conception a été élaborée selon les

plans de Frederic Todd, à partir d'un concept de cité-jardin. Son développement a d'ailleurs bien respecté le plan d'origine, et la qualité de ses aménagements fait la fierté de ses citoyens.

Nous continuons d'accorder beaucoup d'importance à l'élaboration de visions à long terme pour encadrer notre évolution future. C'est ainsi qu'en 2003 le secteur l'Acadie-Beaumont a fait l'objet d'un exercice de planification stratégique. Nous jugeons donc opportun, légitime et essentiel d'obtenir davantage d'information sur le CHUM. Quelle serait l'envergure des immeubles construits? Combien d'étages comporteraient l'hôpital, les facultés, les résidences étudiantes, les tours d'habitation et les autres structures? Quel serait l'impact visuel de ces installations? Est-ce que ce projet pourrait s'intégrer harmonieusement dans Mont-Royal ou Outremont, milieux résidentiels déjà construits?

Je désire maintenant attirer votre attention sur le plan d'urbanisme adopté en novembre 2004 par Montréal dont plusieurs extraits sont reproduits en annexe. C'est le fruit de réflexions en profondeur, incluant la tenue de vastes consultations publiques. Montréal vient de se doter d'un nouvel outil de planification permettant de mieux encadrer des développements futurs.

En particulier, je vous incite à prendre connaissance d'un extrait qui porte sur les actions prévues visant — et je cite — à «assurer et soutenir la présence des grandes institutions d'enseignement et de santé au centre». Parmi les moyens de mise en oeuvre, «inciter les hôpitaux universitaires, ainsi que leurs centres de recherche affiliés, à consolider et développer leurs activités au centre».

Un autre extrait mentionne que «leur localisation centrale offre un net avantage par rapport à une implantation dans des secteurs périphériques, généralement moins bien pourvus en infrastructures et souvent à caractère résidentiel, où leur présence générerait de nombreux inconvénients».

On peut aussi y lire que «la ville a à coeur l'évolution sereine des grandes institutions. Leur croissance [...] représente souvent un défi d'intégration au milieu environnant. Généralement de fort gabarit, les bâtiments institutionnels sont également de grands générateurs de déplacements et peuvent avoir des impacts indésirables sur les milieux de vie avoisinants.»

Comme vous pouvez le constater, avant même que nous exprimions nos propres préoccupations, les mêmes questions ont déjà fait l'objet d'études et d'analyses approfondies par la ville de Montréal. Alors que Montréal vient de se doter de ce nouvel outil de planification, comment justifier le choix du site Outremont? Comment ignorer les principes et orientations du plan?

Bien que le volet urbanistique du dossier ait été très peu soulevé dans les débats, je me permets d'inclure quelques articles qui réfèrent aux interventions d'urbanistes reconnus, soit MM. Jean-Claude Marsan et Luc-Normand Tellier. M. Tellier se demande si l'on fera fi de la planification urbaine et M. Marsan souligne que le site Outremont ne permettrait pas de tisser des liens harmonieux avec les communautés adjacentes.

L'accessibilité. Le CHUM se situe essentiellement dans Outremont, mais l'accès au site se fera en

grande partie par Mont-Royal. Nous calculons que 30 % à 50 % des nouveaux déplacements transiteront par ville Mont-Royal, et je réfère à des données qui sont dans l'étude de CIMA pour le projet du CHUM. C'est donc dire que ville Mont-Royal sera au coeur de la question d'accessibilité du site. Quelles sont les grandes voies d'accès qui mènent à ce secteur? Il n'y a pas de lien direct nord-sud. À partir du nord via l'Acadie, l'accès se termine en T au niveau de Beaumont. Les seuls liens nord-sud se situent soit à l'ouest par Décarie et Côtedes-Neiges ou à l'est par l'avenue du Parc, des axes déjà très sollicités et congestionnés. En provenance du sud, il n'y a pas d'aménagement routier qui permette de traverser tout le territoire directement au sud, puisqu'il s'agit du quartier résidentiel d'Outremont. Quant aux accès est-ouest, la rue Jean-Talon, en provenance de l'ouest, fait déjà l'objet de fortes congestions. De plus, suite à des redéveloppements résidentiels aux abords de Jean-Talon, il y a eu l'aménagement de mesures visant à la réduction de la vitesse. En provenance de l'est, Jean-Talon et Beaumont sont aussi très problématiques.

● (11 h 30) ●

En 2003, afin de mieux encadrer le développement futur du secteur Beaumont, alors que plusieurs projets étaient proposés, nous avons mandaté la firme Daniel Arbour pour réaliser un plan stratégique, et cette firme a recouru à CIMA pour faire une étude de trafic. Deux études, la même firme, à un an de différence. À noter que nous avons alors cherché à améliorer notre réseau routier. Cependant, ceci aurait exigé, entre autres, des expropriations et des investissements majeurs par conséquent que nous n'avons pas pu considérer. Par conséquent, lorsque CIMA a procédé à sa nouvelle étude pour le CHUM en 2004, ils ont réétudié le même secteur avec les mêmes configurations routières qu'en 2003.

Mentionnons quelques-uns des constats sur les conditions de circulation tels qu'exprimés par CIMA en 2003, en annexe K, et en 2004, un an plus tard, en annexe I. Circulation du matin: en 2003, conditions de circulation difficiles; en 2004, réseau supporte adéquatement la demande. Conditions du soir: conditions critiques en 2003; en 2004, certains mouvements problématiques. Le bilan de circulation pour le matin et le soir: conditions très difficiles avec trois intersections critiques; en 2004, conditions futures acceptables, problématiques pour certaines intersections. Remarquez qu'en plus, en 2004, les données ont été recueillies en octobre, un des mois les plus forts de l'année, donc plus achalandé que décembre qui avait été utilisé en 2003. Nous sommes donc étonnés de constater que l'appréciation des problèmes de trafic semble aujourd'hui moins négative qu'il y a à peine un an, pour le même secteur, par les mêmes experts.

Les hypothèses utilisées pour répartir la circulation sont-elles réalistes? Nous remettons en question le 46 %, seulement, pour les autos. De fait, les enquêtes origine-destination montrent une proportion de 80 % de voitures dans Mont-Royal et 60 % dans Outremont. De plus, pourquoi les déplacements en taxi, inclus dans Autres modes, ne sont-ils pas ajoutés aux voitures? La plus récente enquête de l'AMT montre aussi que de façon générale 65 % des déplacements dans Montréal se font en auto. Si on appliquait une proportion de 65 % plutôt que 46 %, on augmenterait de 1 848 à 2 600 le

nombre de voitures additionnelles. À titre comparatif, une voie d'autoroute à l'heure de pointe génère en moyenne un flot de 1 200 véhicules. Or, il s'agit ici d'un réseau routier local dans des secteurs résidentiels. Le mégaprojet amènerait sur le site 20 000 nouvelles personnes. En comparaison, les futurs projets à l'étude, en 2003, pour le secteur Beaumont auraient généré à long terme 1 070 voitures. Comment une technopole de la santé et du savoir pourrait-elle ne générer que 1 848 voitures, soit à peine 700 de plus qu'un projet d'envergure locale? L'étude CIMA concluait d'ailleurs, en 2003, que les conditions actuelles de circulation démontrent que le réseau routier fonctionne présentement au seuil de la capacité.

Voyons quelles rues utiliserait ce nouveau trafic — et les schémas plus grands sont fournis en annexe I pour la situation 2004 et K pour 2003. L'examen de ces schémas soulève une question: Comment justifier que d'après eux aucun véhicule sortant du CHUM n'utiliserait Rockland vers le nord? Nous croyons qu'il y aurait un fort pourcentage qui prendrait Rockland. Nous nous appuyons sur les prévisions de déplacements par CIMA, en 2003, qui partageaient environ à parts égales les déplacements sur l'Acadie et sur Rockland. Comment alors expliquer 0 % pour Rockland dans l'étude 2004, pour le CHUM? CIMA ne prévoit que 3 % d'achalandage accru via Outremont. Pensez-vous vraiment que si peu de voitures passeront par Outremont, directement au sud du projet?

Ce sont quelques-unes des hypothèses qui soulèvent notre incrédulité face à l'étude de CIMA, laquelle conclut qu'il y aurait peu d'impact de trafic et donc pas de problème d'accessibilité. Nous en doutons fortement et nous nous inquiétons de l'impact sur la qualité de vie des milieux résidentiels voisins, sans compter l'usure plus rapide de notre réseau routier.

Il est proposé d'élargir certaines rues, d'en ouvrir de nouvelles et donc de procéder à des expropriations. Quelle largeur d'emprise sera requise? Qu'est-ce qui devra être exproprié? Il nous apparaît que notre cour de voirie serait directement touchée, en particulier à cause de l'empiètement sur notre site de dépôt à neige. En effet, l'extension de Clyde vers le sud couperait ce terrain. Nous venons de procéder à un investissement majeur de 500 000 \$ pour le mettre à niveau selon les nouvelles normes, on ne peut pas juste couper de 5 % à 10 % de terrain sans autre répercussion. L'aménagement d'un dépôt à neige doit respecter des contraintes techniques très sévères, incluant des membranes d'imperméabilisation exigées par le ministère de l'Environnement. De plus, une réduction des espaces nous amènerait à devoir recourir à d'autres sites pour disposer de notre neige, alors que plusieurs arrondissements ont déjà un problème avec leur neige usée. Finalement, cela aurait pour effet d'exproprier d'autres espaces de notre cour de voirie et occasionnerait la démolition d'un bâtiment municipal, d'autres impacts qui n'ont pas été évalués. Tout ceci implique des investissements en infrastructures ainsi que des augmentations dans notre budget d'opération.

Nous avons souhaité attirer votre attention sur des questions qui nous préoccupent et qui touchent nos responsabilités et compétences municipales: la sécurité des mesures d'urgence à prévoir pour les patients du

futur CHUM; l'intégration urbaine d'un tel mégaprojet dans un secteur résidentiel enclavé; notre questionnement sur les hypothèses et conclusions de l'étude de trafic de CIMA, qui semble sous-estimer les impacts de circulation; l'accessibilité réelle du site avec un réseau routier qui connaît déjà des conditions difficiles et même critiques, sans compter l'incertitude touchant la relocalisation de la voie ferrée au nord du site, condition essentielle pour ouvrir l'Acadie vers le CHUM; le risque financier élevé considérant les multiples volets non finalisés et leurs impacts financiers.

Comme élue, je suis imputable face aux citoyens de Mont-Royal et de Montréal. Il est de mon devoir d'identifier les problématiques potentielles et de porter à votre attention les questions qui méritent une analyse plus approfondie. Nous partageons d'ailleurs tous cette responsabilité d'assurer une saine gestion des fonds publics, que l'on soit au palier municipal ou provincial. Nous vous remercions pour l'attention que vous nous avez accordée.

La Présidente (Mme Legault): Mme Caron, je vous remercie. Nous allons maintenant aller à une période d'échange. Chacun des groupes parlementaires dispose d'une période de 12 min 30 s. Alors, comme on le disait tout à l'heure, je vous invite à des questions et à des réponses qui soient concises. Merci! Je cède la parole à M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Merci, Mme Caron et Mme Couch, pour votre visite aujourd'hui. Je dois vous dire que le tableau comparatif des études est assez spectaculaire. Je dois vous féliciter, hein, c'est quand même assez... Vous dites donc que c'est la même firme qui a fait les études sur le même site avec les mêmes volumes de circulation et avec des risques...

Mme Caron (Suzanne): ...aussi, donc une étude approfondie, parce qu'il y avait des projets majeurs, dont d'ailleurs la nouvelle pharmacie Jean Coutu au coin de Rockland et Beaumont.

M. Couillard: Oui. O.K. Il y a un point qui doit être éclairci suite à ce qu'a dit tantôt le maire de Montréal, M. Tremblay. On a parlé de l'article 89 de la Charte de la Ville de Montréal, qui permet de changer de façon autoritaire un zonage pour certaines grandes institutions, moyennant un processus de consultation, bien sûr. Mais il a semblé dire que, dans le cas d'une ville reconstituée, ce que vous allez être, je crois, à partir du 1er janvier 2006, il n'y avait pas d'impact de zonage sur Mont-Royal, donc il n'y aurait pas de consultation nécessaire à Mont-Royal pour changer le zonage. Est-ce que vous pourriez commenter cet aspect-là? Parce que ce n'est pas clair dans mon esprit, là.

La Présidente (Mme Legault): Mme Caron.

Mme Caron (Suzanne): Au départ, j'avais vu une présentation de M. Lacroix, qui m'a rencontrée au mois de novembre, et la version du 6 octobre 2004

indiquait certains bâtiments dans le secteur Beaumont, c'est-à-dire donc au nord de la voie ferrée. À ce moment-là, oui, il y aurait eu besoin de changement de zonage. Tout évolue dans le temps, alors la version finale, que j'ai consultée il y a à peine une semaine et demie, ne montre plus aucun bâtiment dans ville Mont-Royal. Effectivement, ils sont dans Outremont ou dans Parc-Extension. J'ai aussi vérifié avec un aviseur légal qu'effectivement seuls les changements de zonage par rapport à l'utilisation pour de nouvelles fonctions ou des questions de hauteur et de densité sont assujettis au registre et au référendum.

Je me questionnais quant au fait d'ouvrir de nouvelles rues dans des secteurs qui ne sont pas prévus pour de nouvelles rues. Alors, quand on ouvre la nouvelle rue Clyde, c'est-à-dire qu'on étend la rue Clyde, et qu'on passe à travers la voirie municipale, et ensuite qu'on longe la voie ferrée, et qu'on traverse des terrains actuellement de propriétés privées, j'aurais pensé que ça aurait demandé un changement d'usage, mais on m'a effectivement confirmé que, quand on parle d'une rue, on parle d'infrastructure et que ce n'est pas vraiment un changement d'usage. Donc, il ne pourrait pas y avoir de registre et de référendum malgré l'impact majeur que ceci aurait pour notre communauté. Je considère que c'est un déficit démocratique important, mais ça semble être la réalité.

M. Couillard: Mais j'allais vous poser cette question, parce que les éléments que vous avez mentionnés dans votre présentation, en termes d'impact sur la trame urbaine, autant d'ailleurs à Montréal qu'à Outremont... Parce que, pour avoir moi-même passé l'essentiel de ma jeunesse dans ce quartier-là, je connais la rue McEachran par exemple, qui arrive de l'autre côté, alors j'essaie d'imaginer la rue McEachran avec le transport ambulancier et la circulation augmentée. Du côté de Mont-Royal, bien c'est Rockland à partir des voies rapides. Quel est l'espace dont les citoyens vont pouvoir bénéficier pour se prononcer donc sur ces... Advenant que le projet serait autorisé ou annoncé par le gouvernement, quel est l'espace démocratique, là, pour les citoyens de Mont-Royal et d'Outremont pour donner leurs opinions sur ce projet-là?

• (11 h 40) •

Mme Caron (Suzanne): Du point de vue d'Outremont, la réponse est claire: à cause de l'article 89, ça constitue donc un dossier piloté par l'Office de consultation publique où il y aurait des consultations, donc les citoyens pourraient s'exprimer, mais aucun droit d'opposition, donc pas de registre ni de référendum. Dépendant si la consultation se fait avant ou après le 1er janvier 2006, officiellement je ne sais même pas si nos citoyens auront l'occasion de s'exprimer, j'espère que oui, mais ce n'est pas prévu présentement, selon les lois. Donc, ils pourraient s'exprimer en fait... Je crois qu'il est important de réaliser que les élus sont là pour représenter les citoyens. Éventuellement, si le site Outremont était choisi, il va falloir tous, comme le maire de Montréal l'a mentionné, relever les manches et collaborer, et la collaboration du conseil municipal de ville Mont-Royal va être extrêmement importante parce qu'il y aura des impacts majeurs.

Et je me pose beaucoup de questions concernant les coûts hors site. Le maire de Montréal peut bien parler d'une entente qu'il va convenir avec le CHUM pour payer pour certaines infrastructures, mais il ne parlera pas au nom de la ville de Mont-Royal, c'est nous qui allons parler au nom de la ville de Mont-Royal — assumant que je suis réélue. Et, à ce moment-là, il y aura des coûts d'infrastructures majeurs: l'Acadie, qui en est un majeur, ainsi que Clyde et l'ouverture, à ce moment-là, tout le long de la voie ferrée qui est supposée disparaître. Alors, est-ce qu'on devra absorber ces coûts-là? Ce n'est pas prévu dans nos budgets. Et les coûts d'opération? Parce que ça, ça veut dire de nouvelles rues à entretenir. Et les autres coûts, comme celui du dépôt à neige, qui pour nous est un peu un choc? Vous ne le voyez pas, le dépôt à neige, parce qu'en fait c'est un espace blanc, là, ça ne paraît pas, mais il y a un dépôt à neige qui est là, et ça va nous causer de sérieux problèmes effectivement. Et qui va nous compenser, est-ce que ça va être prévu? Donc, il va falloir être un joueur important autour de la table.

M. Couillard: Quand je suis entré en fonction, on s'était rencontrés avant et après l'élection. Je me souviens qu'une grande préoccupation des citoyens autant de Mont-Royal qu'également les citoyens d'Outremont, mais surtout de Mont-Royal à cause de la proximité, c'est les inconvénients, en termes de qualité de vie, qui viennent de la proximité de la gare de triage. Puis souvent des citoyens m'ont téléphoné ou sont venus me voir pour me demander qu'est-ce qui était possible d'aménager pour permettre le déplacement des trains. Donc, je comprends que certains citoyens de Mont-Royal peuvent saluer avec bonheur le potentiel que ces voies ferrées soient démenagées, surtout celles qui sont du côté nord du site. Cependant, on n'a pas encore de confirmation du site, de ce démenagement-là et des coûts, etc. Mais comment est-ce que vous voyez... D'après ce que les citoyens vous disent à Mont-Royal, comment est-ce que vous voyez cet aspect-là?

Mme Caron (Suzanne): Écoutez, il y a une chose qui est claire, c'est que, même dans le plan d'urbanisme de la ville de Montréal, on voit qu'il y a un plan d'affectation des sols — qui est fourni à la fin de mon annexe G — qui prévoit clairement que, pour la cour de triage, c'est une affectation propice à un développement résidentiel. On sait tous que le maire d'Outremont, M. Harbour, qui n'est pas présent ici, aujourd'hui, a favorisé et a travaillé très fort pour un changement de zonage, qui est déjà en place, pour accommoder un développement résidentiel, et c'est ça qu'on entendait dire depuis plusieurs années et c'est ce à quoi les citoyens et les élus de Mont-Royal s'attendaient. De sorte que, quand on a fait notre plan stratégique pour l'Acadie-Beaumont — je suis d'ailleurs amusée de voir que M. Lacroix l'appelle maintenant le site l'Acadie-Beaumont — à ce moment-là, on a tenu en considération les aménagements anticipés chez Outremont pour qu'il y ait une harmonie entre ce qu'on prévoyait comme aménagement urbain et ce qu'Outremont prévoyait avec le développement résidentiel.

La cour de triage, tout le monde est d'accord que ce serait très bien, pour diminuer les nuisances, si elle

était déplacée, les activités de cour de triage. Tout le monde a toujours su que par contre les voies ferrées étaient pour rester là. Alors, ça diminue les impacts, mais il va continuer à y avoir des matières qui circulent. Ça inquiète des citoyens quand on parle de matières dangereuses, mais ça, je pense que ça relève d'un autre niveau, qui est en dehors de notre compétence.

M. Couillard: En termes d'impact sur la qualité de vie des citoyens, la trame urbaine... Parce que je sais également, parce qu'on m'avait parlé à la circonscription, qu'il y avait ce projet résidentiel, là, qui évolue depuis plusieurs années. Ce projet-là, est-ce qu'il est accueilli favorablement par les citoyens autant à Mont-Royal qu'à Outremont, d'après votre...

Mme Caron (Suzanne): Je peux parler pour les citoyens de Mont-Royal, et la réponse est oui, parce que ça semble faire beaucoup de sens. Et c'est d'une envergure très raisonnable en termes des gabarits et des hauteurs, et ça s'intègre bien, d'après ce que j'en ai vu, avec la trame urbaine d'Outremont, avec une gradation de hauteurs qui faisait qu'ensuite ça s'intégrerait bien aussi avec les développements futurs du secteur Beaumont, tels qu'on les avait envisagés.

M. Couillard: Et, pour conclure, parce que je pense que je dois arriver à la fin de ma période d'échange...

La Présidente (Mme Legault): Oui, oui. Vous disposez de quatre minutes, M. le ministre.

M. Couillard: Ah, mon Dieu, quel luxe! On a parlé tantôt d'accord de développement entre la ville de Montréal et le promoteur, le gouvernement, parce que le CHUM, officiellement c'est l'argent public qui vient du gouvernement du Québec pour planifier les infrastructures, les changements de circulation, de signalisation, mais également les travaux majeurs d'infrastructures pour modifier certaines rues. J'ai compris de votre intervention que, compte tenu de votre accession au statut de ville reconstituée en janvier 2006, il faudrait qu'un plan similaire soit fait entre la municipalité de ville Mont-Royal et les promoteurs et que vous n'avez pas actuellement à l'horizon les budgets nécessaires pour faire les changements d'infrastructures, de votre côté, qui seraient requis.

Mme Caron (Suzanne): J'attends encore de connaître le budget de l'an un. Le comité de transition travaille très fort, et on sait qu'on ne récupérera pas tout à fait les mêmes marges de manoeuvre qu'avant, de sorte que déjà il y a une problématique fiscale et financière qui se pose à l'horizon. Donc, on n'aurait pas d'argent supplémentaire qui traînerait dans les tiroirs facilement accessible. Il faudrait s'asseoir, et je pense que le plus pertinent serait de s'asseoir autour de la même table que la ville de Montréal pour que tous les partenaires soient ensemble et travaillent de concert.

M. Couillard: Nous aussi, Mme la Présidente, on attend le budget de l'an un. Le député de Rousseau nous le promet pour bientôt, alors on est donc sur le même pied d'égalité. Merci.

La Présidente (Mme Legault): Je vous en prie. Alors, je cède maintenant la parole à Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve, porte-parole officielle en matière de santé et de condition des aînés. Madame.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente. Alors, Mme Caron, Mme Couch, bienvenue de la part de l'opposition officielle à cette commission. En écoutant l'échange que vous avez eu avec le ministre et député de Mont-Royal, je regrettais que le projet de CHUM au Stade olympique n'ait pas pu être inscrit à l'ordre du jour de nos travaux. Et, en tant que députée d'Hochelega-Maisonneuve, là, je...

M. Simard: Et Sorel n'a pas encore été envisagée.

Mme Harel: Je comprends qu'à titre de député de ville Mont-Royal, le ministre de la Santé a eu l'occasion de regarder de près le projet. Vous savez, incidemment ce projet qui nous a été présenté en commission parlementaire complémentaire, hier matin, ici même, dans le parlement, intéresse énormément la population. *Le Journal de Montréal* a reçu, aujourd'hui, 300 courriels qui tous étaient favorables. Et on a une avalanche de réactions de la population qui souhaiterait qu'au moins un regard soit posé — parce que ce n'est pas un canular, ce sont des gens sérieux — sur ce projet.

Alors, je reviens à votre mémoire et à votre présentation ce matin, Mme Caron. Je dois vous dire que, si j'enseignais l'administration publique, j'utiliserais l'annexe K et l'annexe I pour que les étudiants développent et affichent un certain scepticisme à l'égard des firmes de consultants, la question posée étant plus de savoir si c'est en 2003 ou en 2004 qu'ils se sont trompés, parce que finalement peut-être se sont-ils trompés en 2003, étant donnée la nature peut-être du mandat, ou, en 2004, ont-ils changé d'idée étant donnée la nature du mandat. Mais le fait est qu'on espère que ce ne soit pas le même auteur qui a rédigé l'étude, parce qu'en fait c'est une question de crédibilité et...

Mme Caron (Suzanne): ...répondre juste rapidement. Il y a certaines données qui sont des hypothèses, et je suis d'accord avec vous, puis, d'une année à l'autre, certaines choses peuvent fluctuer. Moi, je le soulève simplement comme une question, parce que les gens qui pilotent le site Outremont prennent pour... ou ceux qui ont fait les analyses ont pris pour acquis que les conclusions sont valables. C'est normal, eux ne sont pas des experts. Il s'adonne qu'on a travaillé de très près sur toute cette question de problématique de circulation dans le secteur Beaumont il y a à peine un an. Donc, évidemment, que ce soit Mme Couch qui était avant responsable du département d'ingénierie, donc qui s'y connaît bien aussi en matière de circulation et d'ingénierie de structure routière, on a vraiment analysé à fond, il y a eu beaucoup d'échanges.

Et on est très conscient de la situation critique de la circulation sur ce secteur-là, et, quand je vois une hypothèse où on me dit qu'il n'y aura aucune voiture qui va sortir du CHUM en prenant Rockland, je ne comprends pas. On n'a pas eu l'occasion d'échanger avec CIMA dans le cadre de ce dossier-ci, mais ça me met la puce à l'oreille, et donc c'est pour ça que je les soulève

comme des questions. Je ne porte pas un jugement à savoir laquelle est la bonne, mais ça me permet de questionner certainement les hypothèses. Et j'encouragerais, avant de prendre une décision, que quelqu'un puisse valider ou faire répondre à ces questions-là parce que, si on prend une... si on fait une analyse et on part d'une mauvaise prémisse ou d'une mauvaise conclusion pour dire: Il n'y a pas de problème d'accessibilité...

● (11 h 50) ●

Entendons-nous, l'accessibilité, je pense, c'est un des enjeux importants. Je n'en ai cité que deux ou trois qui relevaient plus de compétences municipales. La question des patients me tient à coeur aussi, mais je me suis dit: Je vais rester dans mon domaine de compétence puis je laisserai à d'autres, comme M. Levine, vous parler de bassins de population et de patients. Alors, je connais bien le secteur, dans l'arrondissement nous connaissons très bien le secteur, Mme Couch y travaille depuis 23 ans, alors nous savons quelles sont les problématiques de trafic et nous considérons qu'elles sont sous-estimées dans le rapport de 2004.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Mme la députée.

Mme Harel: Mme la Présidente, je vous dirai que c'est la raison pour laquelle, Mme Caron, nous aurions tant souhaité obtenir au moins la copie du rapport du comité interministériel qui a pu, à partir de l'expertise gouvernementale, analyser des études totalement contradictoires et divergentes de firmes de consultants. Je comprends votre désarroi, il est le nôtre également. On se retrouve — on aura encore d'autres occasions, cet après-midi, de le constater — très souvent avec des conclusions complètement dissemblables et contradictoires finalement de personnes en autorité ou en fait considérées comme expertes et...

Mme Caron (Suzanne): Je peux peut-être rajouter un point: Notre objectif depuis le début, c'était d'aller chercher de l'information. Comme je vous dis, un petit article de journal qu'on a reproduit, comme par hasard on a appris qu'un CHUM arrivait dans le coin. Donc, tout le processus a manqué beaucoup de transparence, comme tout le monde le dit maintenant.

Mais on a cherché à avoir de l'information additionnelle — vous avez vu la liste des gens que j'ai rencontrés — et j'ai demandé formellement à l'Université de Montréal en janvier: Pouvez-vous venir faire une présentation à Mont-Royal pour qu'on vous pose ces questions que je pose aujourd'hui et donner la chance à vos experts de répondre aux questions? Je ne veux pas peindre le site Outremont comme étant complètement noir et l'autre complètement blanc, je ne peux pas porter de conclusion parce qu'il nous manque de l'information. Et je leur ai donné l'opportunité de venir nous rencontrer, on avait même une date de choisie, mais M. Lacroix a jugé que ce n'était pas opportun de nous rencontrer avant que la décision se prenne. C'est dommage parce que possiblement certaines de ces questions auraient pu être répondues, et, aujourd'hui, ce serait plus clair.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Mme la députée.

Mme Harel: Mme Caron, au moins on partage quelque chose en commun, pas l'avenir des villes, là, de la grande ville, mais au moins on partage quelque chose en commun, c'est ce souci d'avoir toute l'information. Durant tout l'automne, on a dit: Il nous faut avoir ces études et ces rapports pour qu'on puisse se faire une idée. Quand les gens nous demandaient: Lequel, site, vous choisissez?, on disait: On ne va pas tirer à pile ou face. Et c'est bien évident qu'on en a reçu beaucoup, d'information, à l'occasion, d'émise sur le site du CHUM et de l'Université vendredi dernier, mais il nous en manque encore.

Alors, je reviens aux artères l'Acadie-Clyde, qui sont celles, là, qui vous préoccupent présentement. Dois-je comprendre... L'Acadie, ça me semble être une voie artérielle, c'est-à-dire que ça relève du ministère des Transports.

Mme Caron (Suzanne): Bien, ça relève de la ville de Montréal.

Mme Harel: L'Acadie appartient à la ville de Montréal?

Mme Caron (Suzanne): Oui, et va continuer d'appartenir, si les lois ne changent pas, parce qu'on fait nos représentations au comité de transition. À l'époque de la CUM, toutes les rues appartenaient à chacune des villes, qu'elles soient artérielles ou locales. Depuis la ville de Montréal fusionnée, tout appartient à Montréal. En 2006, si les lois ne changent pas, tout le réseau artériel continuera d'appartenir à l'agglomération qui... évidemment la gestion en est assumée par la ville de Montréal, alors que le réseau local appartiendra aux villes, à chacune des villes reconstituées ou...

Mme Harel: Clyde, est-elle une...

Mme Caron (Suzanne): Ce n'est pas une artère.

Mme Harel: Non, donc c'est une rue locale?

Mme Caron (Suzanne): C'est une rue locale, et en fait Clyde qui devient Saint-Zotique le long du chemin de fer est une rue locale.

Mme Harel: Donc, de la responsabilité de l'arrondissement...

Mme Caron (Suzanne): De ville Mont-Royal.

Mme Harel: ...et de ville Mont-Royal, alors que l'Acadie va être sous la responsabilité de l'agglomération.

Mme Caron (Suzanne): C'est ça, et, à ce moment-là, oui, la ville de Montréal en assumerait les frais et procéderait aux expropriations, alors que, pour ce qui est de Clyde, qui devient Saint-Zotique, qui est un lien très important pour décongestionner l'accès à proximité du site, à ce moment-là, ça, ça va relever de ville Mont-Royal.

Mme Harel: Bon. Parce qu'il est bien évident, là, qu'à Montréal il y a un certain nombre de rues — je

pense à la rue Sherbrooke ou encore à la rue Notre-Dame — qui sont de propriété du gouvernement du Québec, en fait qui relèvent du ministère des Transports, elles sont gérées par la ville. Mais la rue Notre-Dame, ce n'est pas une rue... Oui?

Mme Caron (Suzanne): Bien, je ne partage pas votre interprétation. Toutes les rues appartiennent aux municipalités. C'est qu'il doit y avoir une entente et une carte qui soient établies à l'avance et approuvées par le ministère des Transports quant à savoir quel est le réseau artériel. Mais...

Mme Harel: Vous avez raison pour l'ensemble, mais...

Mme Caron (Suzanne): ...la propriété...

Mme Harel: ...à l'exception de... à l'exception, là... Mais ça, de toute façon, on y reviendra.

Mme Caron (Suzanne): Peut-être que je connais moins bien le territoire de Montréal, donc...

Mme Harel: C'est ça, exactement.

Mme Caron (Suzanne): C'est beau. O.K.

Mme Harel: Ce n'est pas de toute façon pertinent par rapport à notre échange.

Donc, Clyde est locale, l'Acadie est d'agglomération. Donc, l'Acadie se trouverait... C'est des travaux majeurs, hein? On pense au viaduc Rockland, ça a coûté quelques dizaines de millions, je crois, hein?

Mme Caron (Suzanne): Et d'ailleurs il est sur le point d'avoir une réfection, cette année, juste pour assurer sa sécurité.

Mme Harel: Et savez-vous le coût de cette rénovation du Rockland?

Mme Couch (Ava L.): Celle qui est prévue dans les années qui viennent, c'est plusieurs millions de dollars.

Mme Harel: Bon. Alors, écoutez, je vous remercie.

Mme Caron (Suzanne): Mais ce n'est pas prévu pour accommoder un trafic additionnel, hein, c'était simplement pour continuer à servir le trafic actuel. Vous savez, avec le temps, il y a une détérioration. On a fait faire des inspections par des ingénieurs et qui... et maintenant la ville de Montréal faisait partie des projets, là, qui étaient priorisés comme étant... Ils sont en train de faire les plans et devis, si je ne me trompe pas, pour faire faire les travaux.

Mme Couch (Ava L.): C'est ça, si je... la ville de Montréal, c'est un projet qui est inscrit, qui devrait être fait dans les années qui suivent.

Mme Harel: Merci.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup, mesdames. Mme la députée de Lotbinière, souhaitez-vous vous exprimer?

Mme Roy: Oui, oui.

La Présidente (Mme Legault): Merci.

Mme Roy: Merci, Mme la Présidente. Alors, vous vous étonnez comme moi que certains acteurs experts changent d'idée ou aient l'air de changer d'idée. On a eu ici l'occasion de voir ça quand le principal expert sur lequel M. Johnson base ses résultats, M. Villeneuve, qui, du temps qu'il y avait cinq sites en compétition, considérait... il faisait partie de l'équipe et considérait que Saint-Luc était le pire site. Par la suite, il a applaudi le site 6000 Saint-Denis, et maintenant il est venu nous dire que le site optimal était Saint-Luc. Je pense que, là, il y a plusieurs fois, dans ce dossier-ci, des experts qui ont plus qu'une position.

Il y a aussi le ministre. Comme je le vois à votre onglet C, vous avez mis un extrait authentique de votre procès-verbal qui dit, qui commence ainsi: «Attendu que le gouvernement du Québec avait identifié le 1000 Saint-Denis — à l'emplacement de l'actuel Hôpital Saint-Luc — comme site du nouveau CHUM et que le ministre Couillard en avait fait l'annonce en juin 2004...» Aujourd'hui, on nous dit que ce site n'est pas choisi et que nous ne faisons pas cette commission pour rien.

Maintenant, dans tout ce débat puis dans toute cette mouvance qui nous a amenés ici, en commission, on a entendu, par rapport à la gare de triage, des inquiétudes énormes quant à sa sécurité, on a eu des scénarios apocalyptiques. Je voudrais savoir: Vous, en tant qu'autorité concernée par la sécurité de vos résidents, quelles démarches avez-vous entreprises, parce que cette gare-là est depuis plusieurs années, voire même une centaine d'années... quelles démarches, à la suite de toutes ces annonces de danger, de perspectives de désastre, avez-vous entreprises pour sécuriser votre population?

La Présidente (Mme Legault): Mme Caron.

Mme Caron (Suzanne): En fait, il existe un plan de mesures d'urgence à l'échelle de l'île de Montréal, il y a un centre de sécurité civile, et qui était déjà en fonction avant les fusions, et qui a continué maintenant sous la ville de Montréal, et qui va continuer avec l'autorité responsable, et régulièrement on revoit le plan des mesures d'urgence. Et déjà, quoi, c'est en novembre, je crois, on s'est assis avec les gens et on a posé des questions, entre autres, sur la question des matières dangereuses sur les voies ferrées. On a demandé: Comment savoir qu'est-ce qui circule sur ces wagons?, parce que des citoyens nous l'ont mentionné. Ils nous ont dit: Le chef de train a un manifeste. Donc il sait toujours qu'est-ce qui est dans quel wagon, quel type de matière et quoi enclencher comme mesures d'urgence si effectivement il y avait une problématique. Et le maître-d'oeuvre en cas d'urgence est véritablement le Centre de sécurité civile. Donc, c'est une autorité centrale sur l'île de Montréal et avec qui automatiquement, s'il y

avait éventuellement un problème, les maires des différentes villes appropriées seraient dans la cellule de crise.

● (12 heures) ●

Je n'ai jamais fait de démarche auprès du CP pour dire: Pouvez-vous, s'il vous plaît, faire passer ailleurs vos produits chimiques?, parce qu'on m'a toujours dit que c'était un lien essentiel vers le port de Montréal et que cette ligne ne pouvait pas être... on ne pouvait pas considérer l'enlever. J'avoue que pour moi aussi c'est récent de réaliser qu'il y a aussi la ligne Québec-Gatineau qui mène aux papetières et qu'il y a donc d'autres produits. C'est évident que c'est un dossier qu'on va suivre de près, et je serais très intéressée — je pense que le CP vient plus tard aujourd'hui — à savoir quelles sont leurs explications, et est-ce qu'il y a des moyens de faire circuler ailleurs et différemment les produits chimiques. Donc, on va continuer à s'impliquer par rapport à ça. Mais ça ne relève pas vraiment de l'autorité de ville Mont-Royal, sauf que ça relève du Centre de sécurité civile et on va travailler avec eux par rapport au futur.

La Présidente (Mme Legault): Merci.

Mme Roy: Je comprends de votre réponse que vous n'avez pas réclamé de moyens nouveaux, car la situation actuelle porte questionnement, mais vous n'avez pas des inquiétudes qui permettraient, là, de réclamer des choses précises au niveau du CP?

La Présidente (Mme Legault): Mme Caron.

Mme Caron (Suzanne): Écoutez, je n'ai pas la compétence, et on n'a pas non plus en arrondissement les compétences pour être capables d'évaluer plus en profondeur les problématiques des différents types de produits qui circulent. Et c'est pour ça qu'on va devoir travailler en collaboration avec d'autres, donc au sein de l'agglomération de Montréal, pour identifier si à moyen et long terme il y a quelque chose qui peut être fait pour diminuer les risques, étant donné que ça traverse le secteur résidentiel, indépendamment du fait qu'il y aurait ou non un hôpital qui viendrait s'instaurer là.

Par contre, en éliminant les activités de cour de triage, avec, par exemple, un développement résidentiel tel que souhaité par Outremont et tel qu'indiqué dans le plan d'urbanisme, on enlève quand même une partie de la problématique de nuisances et de risques.

Mme Roy: Merci.

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie beaucoup. Alors, Mme Caron, Mme Couch, je vous remercie beaucoup de votre présence à cette commission, je vous souhaite un bon retour à la maison.

Et j'invite les représentants de l'arrondissement de Ville-Marie de la ville de Montréal à prendre place. Merci.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Legault): Bonjour. Bonjour et bienvenue à cette commission. J'invite les collègues à

prendre place. Alors, M. Lemay, je vous invite à vous identifier pour la sono, présenter les personnes qui vous accompagnent. Je vous informe que nous disposons d'une période de 45 minutes: 15 minutes vous sont allouées pour votre présentation, et c'est suivi ensuite d'une période d'échange. Alors, je vous cède la parole.

Arrondissement de Ville-Marie de la ville de Montréal

M. Lemay (Martin): Merci beaucoup. Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes et MM. les députés, permettez-moi d'entrée de jeu de vous remercier de nous avoir invités à vous présenter ce mémoire devant la commission. J'aimerais également vous présenter mes deux collègues membres du conseil d'arrondissement Ville-Marie: à ma droite, Mme Louise O'Sullivan, qui est conseillère municipale de Peter-McGill, et, comme on parle d'hôpitaux, pour se situer un petit peu, c'est le Royal Vic ou le General dans son cas; à ma gauche, M. Robert Laramée, M. Robert Laramée, conseiller municipal de Saint-Jacques et président du comité consultatif d'urbanisme, où est situé, encore une fois pour se situer, l'Hôpital Saint-Luc; et votre humble serviteur, Martin Lemay, maire de l'arrondissement, conseiller municipal de Sainte-Marie, à une rue de l'Hôpital Notre-Dame. Alors, merci encore de nous avoir invités à cette séance aujourd'hui.

Alors, l'arrondissement de Ville-Marie, c'est le centre-ville de Montréal. La population résidente est de 75 000 personnes, mais, chaque jour, plus de 500 000 travailleurs, étudiants, touristes et visiteurs le fréquentent. À l'ère de la mondialisation, vous le savez, les métropoles sont en concurrence partout dans le monde, et l'importance d'avoir un centre-ville dynamique est reconnue de tous. Rappelons rapidement quelques chiffres qui décrivent bien l'importance du centre-ville de Montréal dans notre économie. Ses activités économiques représentent plus de 10 % du PIB québécois. En plus d'être le premier pôle d'emploi du Québec avec ses 293 000 travailleurs, le centre-ville est, aujourd'hui, le cœur du savoir et de la santé à Montréal avec ses quatre universités, son cégep et ses 12 centres hospitaliers, dont les deux grands hôpitaux universitaires.

Tout au long de cette présentation, nous ferons référence au centre-ville de Montréal, car c'est bien de cela qu'il est question, c'est-à-dire l'implantation du CHUM au cœur même de la ville, au cœur même de votre métropole. Nous tenterons de démontrer que le site du 1000 Saint-Denis est le meilleur site pour implanter le CHUM, et ce, pour trois raisons principales.

Premièrement, d'une manière strictement technique, si l'on considère tous les critères de sélection importants que constituent la proximité et l'accessibilité au site pour les malades et les employés, la sécurité, le coût d'implantation, l'appui de la communauté et des citoyens, la possibilité de réaliser le projet rapidement, la présence d'infrastructures adéquates et suffisantes, la présence de services connexes de proximité, le 1000 Saint-Denis est le seul site qui selon nous est en mesure d'accueillir un centre hospitalier universitaire de classe internationale.

Deuxièmement, si on jette un regard plus large, le 1000 Saint-Denis se situe au cœur du réseau

montréalais de recherche et de soins dans le domaine de la santé. C'est donc dire que le centre-ville est également le meilleur site pour implanter ce qu'il est désormais convenu d'appeler un technopôle de la santé, avec toute la synergie et les retombées en termes économiques et scientifiques que cela implique.

Troisièmement, si on regarde le dossier avec les yeux d'un administrateur public soucieux de la rentabilité des investissements publics, ceux du gouvernement comme ceux de la ville de Montréal, le projet du centre-ville est celui dont les retombées pour la population sont les plus bénéfiques et les plus rentables.

Regardons en premier lieu les besoins des Montréalais en termes de soins de santé. Nous croyons qu'il est essentiel de considérer d'abord les malades, d'abord les citoyens dans l'implantation de ce CHUM. Or, les études démontrent que la très grande majorité des utilisateurs et des patients du CHUM vivent soit au centre, ou à l'est de l'île de Montréal, ou sur la rive sud. Ensuite, en termes d'accès, les infrastructures existantes au centre-ville, particulièrement autour du 1000 Saint-Denis, sont non seulement capables d'accueillir un grand centre hospitalier — et j'insiste là-dessus, Mmes et MM. les députés — mais elles ont été conçues pour desservir des institutions de grande envergure. C'est la nature même d'un centre-ville d'accueillir et de desservir ces institutions.

On parle, au 1000 Saint-Denis, d'un accès à deux stations de métro de grand débit sur les deux lignes principales, dont une serait intégrée au site. On parle également d'un accès direct à l'autoroute Ville-Marie qui traverse le centre-ville d'est en ouest. On parle enfin des grandes artères comme le boulevard René-Lévesque, des rues Berri, Saint-Denis, Viger et Saint-Antoine, qui sont capables d'accueillir l'important trafic automobile et piétonnier que générera le CHUM.

Si on se tourne maintenant vers la très importante question de la sécurité, il est évident que le centre-ville présente un avantage énorme. Les matières dangereuses ou explosives sont interdites sur l'autoroute Ville-Marie, et le 1000 Saint-Denis n'est pas proche des voies ferrées montréalaises. Le site ne nécessitera pas non plus une décontamination importante, puisqu'il n'a pas été le lieu d'activités industrielles soutenues dans le passé.

● (12 h 10) ●

Nous aborderons maintenant la fameuse question de la création d'un technopôle de la santé à Montréal. Il faut comprendre une chose, mesdames et messieurs: le technopôle de la santé existe à peu près déjà au Québec et il est situé au centre-ville de Montréal. Nous insistons. Avec ses 12 hôpitaux, dont le CHUM, ses centres de recherche, ses universités, ses nombreuses cliniques, polycliniques et laboratoires, ses CLSC et ses centres de soins prolongés, le centre-ville compte plus de 28 000 travailleurs de haut niveau dans le domaine de la santé et du savoir, dont près de 10 000 seulement au CHUM.

Il est évident que le centre-ville est déjà au coeur du réseau de la santé et du savoir. Alors, soyons clairs. On ne parle pas de créer un technopôle si on implante le CHUM hors du centre-ville. On parle de déplacer, de délocaliser des ressources et des activités qui y sont déjà et qui peuvent s'y développer encore plus

avantageusement. Il existe un potentiel autour du 1000 Saint-Denis, un potentiel fantastique de terrains disponibles pour poursuivre le développement de ce technopôle. C'est pour explorer cette possibilité que des études ont été réalisées depuis quelques mois.

Comme vous pouvez le constater, nous envisageons de créer autour du CHUM un véritable quartier de la santé qui s'articulerait vers le sud et vers l'ouest à partir du CHUM et de son Centre de recherche. Ce quartier de la santé accueillerait les services professionnels, comme les cabinets de médecins, les services de laboratoire et les entreprises biomédicales qui graviteront nécessairement autour du nouveau CHUM, ainsi que les services commerciaux nécessaires.

Ce quartier de la santé pourrait également accueillir les facultés de l'Université de Montréal si le gouvernement faisait ce choix. On parle de dizaines de milliers de mètres carrés disponibles pour de futurs développements. Ce quartier de la santé se situerait en pleine ville, au coeur de l'animation sociale et culturelle de Montréal. Il se situerait à côté du Palais des congrès, dont plus de la moitié des activités internationales sont dans le secteur de la santé et des sciences de la vie, donc une autre synergie tout à fait extraordinaire.

Nous vous parlons maintenant en tant qu'administrateurs publics municipaux qui doivent rentabiliser les investissements passés et futurs. Pour nous, c'est une question de développement durable dans tous les sens du terme. Ce quartier de la santé aiderait à poursuivre le développement du centre-ville de Montréal après le Quartier international voisin qui s'est articulé autour du Palais des congrès et de la Caisse de dépôt et de placement.

Ce quartier de la santé viendrait également, après des années de discussions et de débats, combler le fossé qui sépare le sud et le nord du centre-ville suite à la construction, il y a plusieurs années, de l'autoroute Ville-Marie. Enfin, il apporterait la masse critique nécessaire pour concrétiser les efforts des dernières années. En effet, de nombreux investissements publics et privés ont commencé à revitaliser cette partie de centre-ville, qu'on pense aux nouvelles facultés de l'Université du Québec, à la Grande Bibliothèque, qui sera ouverte très prochainement, et aux très nombreux projets immobiliers résidentiels.

Pourtant, le développement se heurte toujours à cette cicatrice que constitue l'autoroute Ville-Marie. Avec le quartier de la santé, il existe une opportunité de guérir cette cicatrice, si je puis dire, en mettant à profit un investissement nécessaire dans une grande institution de savoir et de santé et en l'utilisant comme levier pour poursuivre le développement de Montréal et du Québec.

Comme vous, nous sommes élus par la population. Comme vous, nous sommes soucieux de prendre des décisions dans la plus grande transparence et de gérer les fonds publics de manière rigoureuse. C'est sous cet angle que nous vous demandons d'examiner le projet d'implantation du CHUM.

Dans un contexte où les ressources financières publiques sont extrêmement limitées et alors qu'il existe une excellente option au centre-ville, il serait regrettable de disperser les investissements et de choisir le site qui coûtera des centaines de millions de dollars de plus. Il serait regrettable de choisir le site qui déplacerait les

soins de santé, les activités de recherche loin des malades et loin du centre-ville de Montréal.

Il serait regrettable de choisir, pour implanter un grand équipement public, un site situé entre deux quartiers résidentiels qui n'en veulent pas ou peu et qui ne sont pas dotés des infrastructures nécessaires pour l'accueillir. Il serait regrettable de vider le centre-ville de Montréal de tous ses hôpitaux universitaires et de plusieurs centaines de lits de soins spécialisés alors que c'est au centre-ville que se retrouvent les besoins de la population.

Il serait regrettable de créer, au centre-ville, un trou sur le site actuel de l'Hôpital Saint-Luc, un trou qui freinerait le développement de cette partie de Montréal et qui nécessiterait l'injection d'importants fonds publics additionnels pour donner une nouvelle vocation à tout ce secteur. Le centre-ville est non seulement le site qui est le plus proche des usagers et le plus accessible, mais, parce qu'il est situé au cœur de l'activité humaine de la métropole du Québec, il offre le contexte le plus stimulant pour ceux qui vont y travailler.

Nous vous demandons donc de choisir le centre-ville, de choisir le meilleur site, celui qui offre les meilleures conditions de réussite, celui qui permettra de réaliser le projet le plus rapidement, celui qui coûtera le moins cher, celui qui contribuera le plus au développement de notre collectivité.

Alors, l'arrondissement Ville-Marie, Mme la Présidente, en terminant, je peux vous dire que nous sommes disposés à accueillir le CHUM avant les travaux, pendant les travaux et après les travaux. Alors, merci beaucoup de votre attention.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup, M. Lemay. Alors, nous voici à la période d'échange. Je cède la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux, en lui rappelant qu'il dispose d'une période de 12 min 30 s. Merci.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Merci, M. Lemay et monsieur dame, pour votre présentation aujourd'hui. Vous vous ajoutez à ceux qui nous ont dit ici qu'il est possible de réaliser la technopole. C'est un concept qui est rassembleur. On se rend compte que c'est un concept qui est séduisant et rassembleur, c'est un concept de l'unité d'un hôpital, d'une installation universitaire et d'autres partenaires, tous gravitant autour des biotechnologies ou du secteur biomédical. Et effectivement vous avez illustré le fait que le centre-ville permet d'accueillir ce développement éventuel.

Maintenant, je reviens toujours à mes mêmes préoccupations, on peut se donner l'horizon de la technopole et du développement majeur que vous recommandez pour le centre-ville, ce qui serait à mon avis, et je vous demanderais de commencer à commenter sur cet aspect-là, une façon de revitaliser et de densifier une partie du centre-ville, la partie est du centre-ville, qui à mon avis en a cruellement besoin. Est-ce que vous ne pensez pas que c'est le cas?

M. Lemay (Martin): Très et c'est pour ça qu'on vous a présenté ce projet-là. Comme élus municipaux, il est de notre devoir de profiter effectivement d'un investissement comme le CHUM pour revitaliser les

secteurs qui en ont besoin. Il est très difficile pour quelqu'un qui est à l'Hôpital Saint-Luc actuellement, soit en voiture, ou autrement, ou un petit peu plus à l'ouest ou à l'est, de se rendre dans le Vieux-Montréal, à cause de cette fracture urbaine que constitue l'autoroute Ville-Marie. Donc, un projet de l'ampleur du CHUM nous permettrait — et je crois que c'est notre rôle comme administrateurs publics — dans une deuxième phase, de développer un projet encore plus grand pour le secteur.

Et permettez-moi de terminer en vous disant qu'on viendrait consolider ce qui s'est fait dans le passé avec le Quartier international de Montréal à côté. On s'en irait vers l'est. Alors, effectivement, Mme la Présidente, ce projet-là serait porteur pour le développement du centre-ville est de Montréal, et c'est la raison pour laquelle nous tenons absolument... nous pensons que ce projet-là doit être dans ce secteur-là, parce qu'il est porteur non seulement pour les élus de l'arrondissement ou pour la ville de Montréal, il est porteur pour toute la population du Québec.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Avez-vous une idée, M. Lemay, des modifications réglementaires requises pour accueillir le CHUM au centre-ville, d'une part, et, d'autre part, des investissements d'infrastructures municipales et de transport qui seraient nécessaires?

M. Lemay (Martin): D'accord. Alors, dans un premier temps, je vais répondre à votre question sur les infrastructures, et, après ça, je vais laisser la parole à mon collègue, qui est président du comité consultatif d'urbanisme. C'est ce comité qui gère des projets de cette ampleur-là.

Théoriquement, à l'heure actuelle, de façon primaire, moi, je vous dirais que l'infrastructure, elle est déjà là. La rue Saint-Denis est capable d'accepter encore la circulation piétonnière et de la voiture. Le boulevard René-Lévesque est encore capable d'accepter des milliers de voitures quotidiennement. Viger, Saint-Antoine, Berri, ce sont des accès routiers métropolitains qui sont selon nous encore capables d'augmenter, si vous voulez, de subir un débit encore plus grand du nombre de voitures. Et, au niveau des infrastructures souterraines, nous présumons, à l'heure actuelle, mais il faudra faire des études un petit peu plus poussées éventuellement, nous présumons également que les infrastructures souterraines seraient capables également d'accepter ce projet-là.

Mais il y a une chose qui est certaine, l'infrastructure routière d'accessibilité, stations de métro, autobus, pour nous, tel que c'est là, avec des petits changements qui pourraient être mineurs, selon nous on est capables d'accepter ce projet-là. Et encore une fois, parce que c'est important de le dire, on est capables de l'accepter non seulement après les travaux... Parce que c'est cinq ans de travaux à peu près. Il faut aussi gérer en plein centre-ville de Montréal des travaux de cette ampleur-là, bloquer la circulation, fermer des rues. Mais, je peux vous dire, mesdames et messieurs, on est habitués, au centre-ville, de gérer ce genre de défi là.

Alors, pour ce qui est du dossier du zonage, je vais vous référer à mon collègue Robert Laramée, président du comité consultatif d'urbanisme.

La Présidente (Mme Legault): M. Laramée.

• (12 h 20) •

M. Laramée (Robert): Oui, Mme la Présidente. Pour répondre à M. le ministre, déjà au niveau du plan d'urbanisme et des règlements de zonage de l'arrondissement Ville-Marie, les affectations de sol de tout ce secteur-là prévoient des grands équipements institutionnels et prévoient des secteurs mixtes de logements, de bureaux, d'industries légères, donc tout à fait dans notre volonté de développer et un centre hospitalier universitaire et en même temps une technopole, un campus où pourrait se greffer l'industrie en biotechnologie.

Donc, le zonage actuel est déjà permissif, il n'y aurait pas, dans ce dossier-là, des changements à faire pour tout ce secteur concerné qu'on vous présente aujourd'hui. Je vous annonce aussi que, pas plus tard qu'hier soir, on est déjà, chez nous, depuis votre annonce de juin 2004 d'ailleurs, on est déjà en travail dans Ville-Marie. Alors, pour nous, dans Ville-Marie, depuis que vous nous aviez annoncé que vous vouliez vous en venir chez nous, on a déjà amorcé le travail au niveau de la circulation, on étudie tout, tout notre règlement de zonage. Et, pas plus tard qu'hier soir, on a déjà amorcé une modification au plan d'urbanisme pour accueillir un volume plus grand sur le boulevard René-Lévesque. Il y a un autre projet d'ailleurs au coin de Saint-Laurent—René-Lévesque qui nous incite à changer toute cette zone-là.

Donc, avec l'adhésion de notre population, des commerçants et des élus et toute l'équipe de l'arrondissement, on peut se permettre d'accueillir ce projet rapidement.

La Présidente (Mme Legault): M. le ministre.

M. Couillard: Or, effectivement, en juin, le site du centre-ville a été retenu mais en laissant cependant la porte ouverte pour un partenaire du CHUM s'il désirait présenter un site autre, ce qui a été le cas avec l'Université de Montréal. Alors, je pense qu'il est important de remettre les choses en perspective. D'autre part, dans l'histoire, avant 2003, il n'y a jamais eu d'annonce confirmant la construction et donnant le signal du début des travaux du CHUM. Je pense que c'est important également de le rappeler.

Qu'est-ce que vous pourriez nous dire sur les aspects de sécurité maintenant? Parce qu'on parle... Il y a la gare de Pointe-Saint-Charles à 3,4 km, il y a la brasserie O'Keefe. J'expliquais, hier, que ce serait une catastrophe pour le Québec que les cuves de brassage rompent soudainement, mais... Un tsunami de bière, Mme la Présidente.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Mais soyons sérieux, là. L'aspect de la sécurité des substances dangereuses...

M. Lemay (Martin): Encore une fois, de niveau primaire, le site du centre-ville est beaucoup plus sécuritaire parce que, comme vous le savez, il est interdit dans le tunnel Ville-Marie... et toute matière dangereuse ne peut pénétrer dans le tunnel Ville-Marie qui est tout juste à côté.

Il faut faire une étude plus poussée. Est-ce qu'entre les deux ponts, Champlain et Jacques-Cartier, sur Viger, ou sur Notre-Dame, ou sur Saint-Antoine, est-ce qu'il circule des matières dangereuses? Personne ne le sait trop, trop à l'heure actuelle. Donc, il faudrait pousser peut-être une étude à savoir si, au niveau du camionnage, il y a des camions, dans le coin de l'Hôpital Saint-Luc, qui passent. Mais c'est clair, Mme la Présidente, que de changer une voie de camionnage est beaucoup moins complexe que de changer une voie ferrée.

La Présidente (Mme Legault): Merci, M. Lemay.

M. Couillard: Est-ce qu'il y a encore du temps?

La Présidente (Mme Legault): Il y a encore du temps, M. le ministre. Vous êtes à 7 min 30 s.

M. Couillard: Bon. À l'inverse, parce qu'on a deux scénarios sur la table, le scénario autre proposé pour le centre-ville, la partie est du centre-ville, c'est d'avoir un hôpital complémentaire de style communautaire au site actuel de l'Hôpital Notre-Dame et une vocation encore imprécise pour le bâtiment actuel de l'Hôpital Saint-Luc, on parle de résidence étudiante, par exemple. Alors, comment est-ce que vous comparez les deux alternatives pour le développement du centre-ville de Montréal?

M. Lemay (Martin): ...donner la réponse à M. Laramée.

La Présidente (Mme Legault): M. Laramée.

M. Laramée (Robert): Bien, écoutez, une résidence à Saint-Luc ne vient pas remplir le vide et le trou que causerait le départ d'un centre hospitalier en matière d'emplois, de qualité d'emplois et de tous les services connexes qui se sont greffés alentour de Saint-Luc actuel.

Alors, pourquoi nous trouvons que Saint-Luc demeure le choix que le gouvernement devrait retenir? C'est tout son effet structurant. Et, oui, de maintenir Notre-Dame à des fins d'hôpital de desserte supplémentaire va faire en sorte aussi de maintenir de façon structurante ce coin de l'arrondissement plus à l'est. Mais ce n'est pas un projet de résidence étudiante en remplacement de Saint-Luc qui va maintenir et renforcer un pôle d'emploi, un pôle d'activités sociales, touristiques et commerciales, et surtout, sur le boulevard René-Lévesque, un pôle déjà d'activités: cliniques, pharmacies, c'est impressionnant, déjà, la présence de tout ce secteur d'emploi dans le domaine de la santé, tout près de Saint-Luc. Alors...

M. Couillard: Mme la Présidente, merci. Est-ce que vous avez, comme élus de l'arrondissement Ville-Marie... Il y a de nombreux commerces et petites entreprises, là, restauration, petits services de soutien pour les milliers d'employés qui actuellement sont sur ce site, dont le nombre grossirait advenant la création d'un centre hospitalier plus volumineux. Est-ce que les

gens d'affaires du centre-ville vous ont exprimé une inquiétude ou une préoccupation quant à l'impact, sur leurs activités commerciales, du départ de l'hôpital, en termes de pertes d'emplois, par exemple?

La Présidente (Mme Legault): M. Laramée.

M. Laramée (Robert): Oui, Mme la Présidente. C'est le projet entre les deux qui regroupe la plus vaste coalition et la plus vaste adhésion de tous groupes confondus. Alors, dès l'automne dernier, avec notre corporation de développement économique Plateau Mont-Royal—Centre-Sud, nous avons amorcé toute cette mobilisation citoyenne. Et vous pouvez compter sur nous, Mme la Présidente, M. le ministre, pour vous assurer de l'adhésion de l'ensemble des associations de commerçants, de sociétés de développement commercial, quartier chinois, Vieux-Montréal, quartier latin, le village gai, la Corporation du développement du faubourg Saint-Laurent — il y a une corporation qui ne s'est pas impliquée encore, c'est Destination centre-ville, il faut le souligner — et on a aussi avec nous l'ensemble des associations de résidents, qui appuient ce projet. Donc, tout le monde accueille favorablement ce projet et tout le monde aussi dénoncerait en même temps le départ et l'effet dévastateur finalement du départ de l'hôpital et de ce projet pour l'arrondissement.

M. Lemay (Martin): Puis-je ajouter?

La Présidente (Mme Legault): Brièvement.

M. Lemay (Martin): Oui. À supposer qu'Outremont n'est pas choisi, c'est malheureux pour les gens qui poussent Outremont, mais il n'en demeure pas moins que c'est un projet qui ne se réalise pas. Si Saint-Denis n'est pas choisi, non seulement il n'est pas choisi, mais il y a des conséquences, comme on l'a dit, de dizaines de milliers d'emplois bien rémunérés, des emplois de techniciens, et tout ça. Donc, les conséquences pour le centre-ville selon nous sont pires parce que non seulement on ne le choisit pas, mais on y retire des dizaines de milliers d'emplois au courant des prochaines années. Donc, il y a une double conséquence négative pour le centre-ville de Montréal, pour nous,

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup, M. Lemay. Je cède maintenant la parole à Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et de condition des aînés. Madame.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente. Alors, bienvenue, M. Lemay, à la fois conseiller du district de Sainte-Marie...

M. Lemay (Martin): ...

Mme Harel: ... — c'est ça, j'indique immédiatement que ça fait partie du territoire du comté d'Hochelega-Maisonnette — et également maire de l'arrondissement. Bienvenue, M. Laramée, Mme O'Sullivan et Mme Pierre. Alors, je comprends qu'il y a consensus indépendamment de l'appartenance à une formation politique,

municipale ou autre. Ce consensus fait en sorte que vous vous présentez devant nous en disant: Nous sommes unanimes. C'est bien cela?

M. Lemay (Martin): Oui, tout à fait. On voulait démontrer l'unanimité du conseil d'arrondissement dans ce dossier évidemment qui est très important.

Mme Harel: Bon. Écoutez, une des difficultés qui s'est présentée certainement au cours des neuf derniers mois, c'est le fait justement que le ministre a décidé sans décider, parce que je retrouvais une déclaration, sa déclaration du 23 juin dernier, en italique, qui dit ceci: «Nous allons de l'avant avec la modernisation du CHUM et les nouvelles installations du CHUM seront construites au 1000, rue Saint-Denis, site de l'Hôpital Saint-Luc.» Il écrivait d'ailleurs au président du conseil d'administration du CHUM, Me Molinari, le 23 juin justement, et il signifiait, et je cite: «C'est donc pour moi un grand plaisir de vous informer que le gouvernement en date de ce jour — je ne sais pas si des décisions changent à chaque jour mais enfin — a accepté d'aller de l'avant avec votre projet.»

Alors, en même temps que ces décisions étaient annoncées, l'ouverture était faite qu'il puisse y avoir une décision autre, et c'est ce qui explique sans doute que le premier ministre, lui, a, dans les jours, et semaines, et mois qui suivaient, favorisé le site Outremont. Sinon, certainement que nous ne nous retrouverions pas tous ici, aujourd'hui, si la décision du 23 juin avait été prise et comme le signifie le ministre, mais en même temps c'est là certainement la difficulté qui en fait a piégé beaucoup de gens et a créé ce climat de zizanie puis de division qui finalement va être difficile à remédier.

● (12 h 30) ●

Je reviens à votre mémoire. Alors, vous nous dites, et je pense que ça, c'est un aspect important, vous êtes les premiers à nous donner cette information, à la page 10 de votre mémoire, sur l'accessibilité en transport collectif, alors vous nous dites: «Selon les chiffres les plus récents, [...]60 % des usagers, [...]75 % des employés se rendent au CHUM par les transports en commun.» Alors, je pense, ça, c'est une donnée importante sur laquelle j'aimerais vous entendre.

La Présidente (Mme Legault): Excusez-moi, M. Lemay. Avant que vous nous répondiez et compte tenu de l'heure, j'ai besoin du consentement des collègues pour que nous poursuivions pendant une dizaine, une quinzaine de minutes.

Une voix: Cinq minutes.

La Présidente (Mme Legault): Ça va?

Une voix: Oui.

La Présidente (Mme Legault): Consentement? Merci beaucoup. Merci beaucoup. Alors, M. Lemay.

M. Lemay (Martin): Merci, Mme la Présidente. Merci, Mme la députée, de cette question. Alors, effectivement, nous le disions dans notre texte, c'est desservi. Berri-UQAM est à côté. C'est des centaines de milliers

de personnes, par jour, quotidiennement, qui passent par cette station de métro là. Il y a la station de métro Champ-de-Mars qui est tout près. Je n'ai pas le chiffre exact en tête, mais il y a de huit à 10 circuits d'autobus bien organisés, bien faits. C'est au centre-ville, il y a même l'autobus, la voie réservée sur les heures de pointe sur le boulevard René-Lévesque.

M. Laramée (Robert): Il y a un projet d'agrandissement de la voie réservée jusqu'à Papineau.

M. Lemay (Martin): Exactement. Alors, il y a même un projet d'agrandissement de la voie réservée, effectivement. Donc, tout est là pour favoriser l'accès au centre-ville via le transport en commun, et je pense que c'est, pour nous, en tout cas... Et je vous remercie de l'avoir souligné, Mme la députée. Pour nous, c'est fondamental que les gens aient accès à l'hôpital en transport en commun. C'est sûr que — on va être honnête avec vous — les stationner au centre-ville, ce n'est pas simple non plus. Mais, comme les gens ont une offre autre de se rendre au travail à quelques secondes, sinon quelques minutes de leur travail ou leur rendez-vous, bien là, à ce moment-là, ça rend les choses... ça rend la pression sur le stationnement dans le secteur beaucoup plus simple.

La Présidente (Mme Legault): Madame...

Mme Harel: Oui. Mme la Présidente, je souhaiterais que la source de ces statistiques nous soit communiquée, je pense que c'est un élément extrêmement important au dossier. Parce que — tout le monde le répète, là, mais il faudra s'assurer que ça puisse se réaliser — c'est d'abord le patient, n'est-ce pas, pour lequel on veut construire cet hôpital. Alors, il doit s'y rendre, n'est-ce pas, et s'y rendre en transport collectif — ça vaut pour les employés également — s'y rendre en transport collectif de telle manière à ne pas être non plus obligé de ne prendre que le métro. Parce que vous savez très bien, pour être représentante d'une population dont nous partageons les préoccupations, que beaucoup de gens ne prennent pas le métro parce qu'ils sont trop âgés, ils ont beaucoup de problèmes de mobilité, ils ont peur de se faire bousculer, il y a trop d'escaliers. Ça n'a pas été construit au moment où la mobilité réduite amenait les pouvoirs publics à penser autrement les constructions. Alors, il faut aussi un accès par autobus. Je ne sais pas si vous partagez ce point de vue.

M. Lemay (Martin): Tout à fait. Tout à fait, madame, on ne peut que... Et, pour ce qui est des chiffres, nous convenons, Mme la Présidente, de vous faire parvenir la source, dans les plus brefs délais, là, au secrétariat de votre commission.

La Présidente (Mme Legault): Au secrétariat de la commission. Merci beaucoup.

M. Lemay (Martin): Oui.

Mme Harel: Bon. Il y a cependant toujours 40 % des usagers et 25 % des employés qui se rendent donc travailler ou encore recevoir des soins au CHUM,

donc les trois pavillons actuels, en automobile, puisqu'ils ne le font pas par transport collectif. Alors, ça devrait augmenter et être concentré sur le territoire de l'actuel Hôpital Saint-Luc, qui deviendrait — éventuellement, semble-t-il, compte tenu des remarques ministérielles, là — le territoire choisi pour y implanter le CHUM. A ce moment-là, quelle est l'offre de stationnement? Les stationnements relèvent-ils de la grande ville ou relèvent-ils de l'arrondissement? La circulation, est-ce que ça relève de la ville ou de l'arrondissement?

M. Lemay (Martin): Ça relève de l'arrondissement. La réfection majeure des grandes artères, telles que nous les avons autour du site, relève de la ville de Montréal. Mais, pour le reste — l'entretien quotidien, la réglementation sur rue — ça relève de l'arrondissement. Bon. Ça rend les choses un petit peu compliquées par moments, mais c'est la charte de la ville de Montréal qui est faite de cette façon-là pour l'instant. Donc, on se partage, si vous le voulez, les responsabilités au niveau de l'entretien et de la réfection routière des grandes artères commerciales.

Pour ce qui est du stationnement, je vais laisser la parole à M. Laramée pour qu'il puisse vous en parler un petit peu plus longuement. Parce qu'on a aussi, à l'arrondissement, une stratégie particulière en ce qui concerne le stationnement, surtout hors rue. Dans ce coin-là, vous l'avez vu probablement à maintes reprises, il y en a beaucoup.

Mme Harel: Quand vous dites hors rue, vous voulez dire sur rue? C'est le stationnement extérieur.

M. Lemay (Martin): C'est-à-dire, extérieur.

Mme Harel: C'est ça.

M. Lemay (Martin): Il y a sur rue, mais ce coin-là est déjà beaucoup congestionné au niveau de la rue. Donc, les gens vont sur des terrains privés...

Mme Harel: ...privés de stationnement.

M. Lemay (Martin): ...où, là, les gens... Des stationnements privés qui paient... on paie 10 \$, 12 \$ de l'heure ou pour la journée.

Une voix: Si on réalise ça, il n'en restera plus beaucoup, hein?

M. Laramée (Robert): C'est considéré comme des terrains vagues.

M. Lemay (Martin): Oui.

Mme Harel: Bon. Vous savez que ça devient un élément névralgique, hein...

M. Lemay (Martin): Tout à fait.

Mme Harel: ...un élément névralgique important. Certains ont prétendu, à la place que vous occupez maintenant, ils ont prétendu que le coût des stationnements souterrains serait à ce point prohibitif qu'il serait

impensable de les aménager sans un déficit annuel extrêmement élevé.

M. Lemay (Martin): Bien, ça, là-dessus...

La Présidente (Mme Legault): M. Lemay.

M. Lemay (Martin): Excusez-moi, Mme la Présidente. Ça, là-dessus, je vous dirais seulement d'entrée de jeu que tous les promoteurs privés ou publics, quand ils viennent à l'arrondissement, ils font du stationnement souterrain. Ça fait partie de leurs calculs. Selon la réglementation municipale, ils ont tant de stationnements à offrir s'ils ont tant de pieds carrés de résidentiel, par exemple, ou de commercial. Donc, il y a une règle et tout le monde est soumis à la règle de stationnement. Alors, les pouvoirs publics comme les investisseurs privés ont le devoir de donner du stationnement, souvent souterrain parce que le terrain manque souvent au centre-ville.

M. Laramée (Robert): Mais on travaille autrement, présentement...

La Présidente (Mme Legault): M. Laramée.

M. Laramée (Robert): Mme la Présidente, on travaille autrement présentement avec toute cette problématique de grands terrains qui sont des plaies pour le centre-ville, vous l'avez vu dans les médias. Alors, on a des inspecteurs, et on a un travail ardu qui se fait, depuis l'été passé, pour constituer de nouvelles règles en matière de stationnement, pour permettre à Montréal ce que Toronto, Chicago, Calgary ont déjà fait: du stationnement étagé. Et, dès la semaine prochaine, il y a un comité qui s'amorce, dans Ville-Marie, avec les grands propriétaires de ces grands lots, qui sont nos petites plaies urbanistiques de centre-ville, pour définir ensemble les paramètres de cette nouvelle réglementation de stationnement étagé pour effectivement contrer les coûts exorbitants du stationnement souterrain. Alors, autant les propriétaires privés que les institutions publiques pourront pouvoir nous présenter des projets avec des stationnements d'autres natures que du stationnement souterrain.

Mme Harel: Vous n'avez pas l'impression que ça dénature le paysage urbain, que ce...

M. Laramée (Robert): Tout est une question, Mme Harel, de traitement architectural. Alors, il y a des très beaux projets de stationnement étagé à Chicago, à Toronto... En tout cas, on n'a rien inventé, hein? On n'a pas à réinventer la roue, et on va être très soucieux de cet esthétisme-là, et on va être soucieux aussi de voir monter des projets immobiliers, tant institutionnels que privés. Donc, c'est pour donner un levier aux promoteurs et aux propriétaires de ces terrains-là au centre-ville, entre autres dans Peter-McGill, dans tout le centre-ville.

Mais tout ce qui concerne le secteur du quartier de la santé est aussi aux prises avec ce phénomène-là. Il y en a quelques-uns, que vous pouvez voir sur la carte, de ces grands terrains de stationnement, ou en partie ou

totalelement illégaux. Alors, déjà, la venue du CHUM et du quartier de la santé pourrait nous permettre de régler certaines situations d'illégalité. Mais, en périphérie, on peut en ajouter davantage. Donc, un projet comme celui-là serait un levier formidable pour voir disparaître des terrains de stationnement à aire ouverte, finalement.

La Présidente (Mme Legault): Mme la députée.

Mme Harel: Je comprends également que, dans le projet du 1000 Saint-Denis, il y a des passerelles. Et donc la ville de Montréal, étant une ville souterraine et se voulant une ville souterraine, a assez systématiquement, avec raison d'ailleurs, banni les passerelles. Est-ce que vous envisagez de faire une exception dans le cas présent?

M. Lemay (Martin): M. Laramée.

M. Laramée (Robert): Le dernier projet de passerelle, on l'a vécu avec l'ETS Notre-Dame et Peel. Il a été rejeté parce qu'il était sur deux territoires avec nos collègues du sud-ouest. L'urbanisme et le zonage étant dorénavant des pouvoirs d'arrondissement, il faut donc travailler, de temps en temps, avec d'autres arrondissements. Mais cette fois-ci ce projet de passerelle est totalement bienvenu de la part des membres. Vous savez, ce projet-là a déjà été étudié par les membres de la CCU aussi. Alors, nos membres citoyens du conseil d'urbanisme sont très impliqués dans le dossier depuis l'automne passé. Ils sont tous membres de la coalition. Donc, on le suit, et déjà le projet de passerelle, parce que ce n'est effectivement pas très à la mode à Montréal de revoir ce type d'aménagement, mais, dans ce cas-ci, reçoit l'aval et des élus et des membres du comité d'urbanisme.

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie beaucoup. Je cède maintenant la parole à Mme la députée de Lotbinière, si elle le souhaite.

● (12 h 40) ●

Mme Roy: Merci, Mme la Présidente. Alors, brièvement, j'ai bien compris de votre mémoire que ce serait assez catastrophique pour vous, votre plan d'urbanisme, votre revitalisation du centre-ville, le départ du centre hospitalier. Et le fait que le CHUM, tel qu'on le projette, arrive à cet endroit, ça aurait un effet de synergie importante avec le quartier, les quartiers environnants et le monde des affaires.

Moi, je me dis que tant mieux si un hôpital peut générer des bénéfices collatéraux — que j'appellerais — comme ça. Mais il ne faudrait pas qu'on exerce deux poids, deux mesures puis qu'on dise, comme le disait, hier, M. Johnson... qu'on reproche à l'Université de Montréal de vouloir s'étendre, de chercher un endroit pour s'étendre et de dire qu'Outremont, pour lui, va servir l'Université de Montréal, et que dans votre cas on accepte votre argument en disant: Ça va servir votre plan d'urbanisme. Dans les deux cas, s'il y a des bénéfices collatéraux positifs pour un endroit ou pour l'autre, tant mieux, mais je pense que ça ne devrait pas être la base, là, de notre grille d'analyse pour décider où l'hôpital devrait aller.

Par contre, ma question est: Vous avez parlé d'une consultation pour un nouveau mode de stationnement étagé, c'est enclenché, combien de temps vous pensez que ça va prendre avant que vous puissiez vous entendre avec les intervenants du milieu au niveau du stationnement?

Deuxièmement, quand on regarde ce plan-là, est-ce qu'il y a des immeubles patrimoniaux qui sont susceptibles d'être expropriés, démolis, qui pourraient susciter une levée de boucliers?

La Présidente (Mme Legault): Alors, M. Laramée.

M. Laramée (Robert): Oui. Je voudrais revenir sur une première partie de votre intervention. Ce projet-là, du quartier de la santé et du CHUM au centre-ville, ne vient pas servir notre plan d'urbanisme, il vient servir nos citoyens, les patients et vient servir finalement à structurer un quartier qui en a bien besoin et vient en continuité avec des gestes importants du gouvernement et des gouvernements passés. Donc, ce projet-là ne vient pas répondre à notre plan d'urbanisme, il vient répondre à un besoin économique, social, au centre-ville.

Et, deuxièmement, pour les... vous avez mentionné, au niveau des stationnements. Vous savez, le projet d'Outremont, et on a décidé qu'on ne parlerait pas vraiment du projet d'Outremont, mais le projet d'Outremont implique énormément d'expropriations, de déstructuration d'un quartier, et il y aura des coûts énormes qui y seront associés. Ce n'est pas à moi de les chiffrer. Je peux vous dire par contre que d'exproprier des terrains considérés vagues, au niveau des certificats d'occupation, c'est des coûts beaucoup moindres. Et les citoyens sont d'accord avec nous, ça fait partie de notre stratégie, au niveau de l'urbanisme, de voir disparaître l'ensemble de ces plaies-là, de ces stationnements-là. Donc, le coût d'expropriation pour un terrain de stationnement, Viger et hôtel de ville, est 10 fois moins et même 20 fois moins que le coût d'expropriation d'une usine ou d'une entreprise sur Beaumont.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Mme O'Sullivan a un complément d'information.

Mme Roy: Ah! O.K. O.K.

Mme O'Sullivan (Louise): Oui. Merci. Je m'excuse. Moi, je viens du monde des affaires. Par contre, j'ai un grand souci pour le social. Mme Harel, vous savez très bien que j'ai vécu des peines personnelles avec mon mari en fauteuil roulant, et c'est très... j'étais porteur du dossier social. Et, pour moi aussi, la personne qui est malade n'est pas la seule victime. Il y a aussi les personnes qui les accompagnent, les proches, pas nécessairement la famille mais les proches. On veut que les gens ait un accompagnement, et, si on met trop de bâtons dans la roue, il y aura des gens qui ne vont pas accompagner ces gens. Ça va être beaucoup plus difficile pour eux.

Alors, on veut que, quand le patient doit rester plusieurs heures, la personne puisse sortir de l'hôpital. La personne qui accompagne, si elle a un besoin, elle peut sortir. La personne est hospitalisée, ils ont besoin

un nombre d'articles, c'est facile d'accès, et le centre-ville dessert ce besoin. Il ne faut jamais oublier l'aspect social.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup, Mme O'Sullivan. 1 min 30 s, madame.

Mme Roy: Oui. Oui, je vais faire une question courte, parce que cet aspect de ma question, vous ne lui avez pas répondu. Il va y avoir des expropriations pour construire tout ça. Y a-t-il des immeubles patrimoniaux?

M. Lemay (Martin): Il y a deux immeubles patrimoniaux. Il y a...

M. Laramée (Robert): Il y a une petite église qui est là, que vous voyez...

M. Lemay (Martin): Au coin de Viger.

M. Laramée (Robert): ...et qu'on considère conservable. Donc, le projet du centre universitaire pourrait être... bien, en coin, là. Merci, M. Lemay. On voudrait pouvoir la conserver, et on pourrait y retrouver un projet intéressant au niveau culturel pour les patients ou leur famille et toute la population. Et il y a quelques immeubles, sur la rue Saint-Denis, qui pourraient aussi être conservés mais utilisés à des fins de bureaux et aux fins du centre hospitalier.

La Présidente (Mme Legault): Eh bien, merci beaucoup, messieurs, mesdames. Alors, M. Lemay, Mme O'Sullivan, M. Laramée et Mme Pierre, merci de votre présence à cette commission. Je vous souhaite un bon retour à la maison.

Et j'informe mes collègues que nous suspendons jusqu'à 14 heures. Je vous souhaite à tous un bon appétit!

(Suspension de la séance à 12 h 45)

(Reprise à 14 h 3)

La Présidente (Mme Legault): J'invite les collègues à prendre place pour ce bel après-midi que nous avons devant nous. Et j'invite aussi les représentants du Comité des usagers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal à s'asseoir. Je constate que vous y êtes.

Alors, M. Dumesnil, je vous invite à vous identifier pour la sono, nous présenter la personne qui vous accompagne. Je vous souhaite la bienvenue à cette commission spéciale. La commission vous consacra une heure. Alors, vous disposez d'une période de 20 minutes pour faire votre présentation, et cette période sera suivie d'une période d'échange entre les groupes parlementaires. Alors, je vous cède la parole.

Comité des usagers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

M. Dumesnil (Jean-Marie): Merci. Alors, bonjour. Je me présente: Jean-Marie Dumesnil. Je suis

le président du Comité des usagers du CHUM et également président du Regroupement provincial des comités des usagers. Je suis accompagné de mon collègue Jacques Lefebvre, qui est vice-président du Comité des usagers du CHUM et membre du Regroupement provincial des comités des usagers.

Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes et MM. les parlementaires, nous vous remercions de nous donner l'opportunité de présenter notre mémoire.

D'entrée de jeu, il est important de préciser que nous sommes des bénévoles qui avons rédigé nous-mêmes le mémoire, sans consultation avec qui que ce soit, afin de conserver notre entière indépendance quant au sujet à aborder. Nous allons vous présenter ce mémoire avec conviction, transparence et sincérité, en laissant de côté la langue de bois. Comme nous avons eu très peu de temps pour préparer ce mémoire, nous sollicitons votre indulgence pour les coquilles et les fautes. On a terminé notre mémoire le lundi après-midi de cette semaine, pour s'en venir ici lundi soir, alors on n'a pas eu beaucoup de temps. Nos propos ne plairont sûrement pas à tous, mais il nous est important de dire les choses comme nous les percevons. Contrairement à ce que plusieurs ont écrit sur les intervenants qui favorisent le site Saint-Luc, nous ne sommes ni de gauche ni de droite, nous sommes pour les patients qui sont au centre de nos préoccupations.

Commençons par la légitimité. Une chronique publiée dans un quotidien montréalais mettait en doute la légitimité du Comité des usagers du CHUM. Il était mentionné que le comité était, et je cite, «une fiction destinée à propager l'illusion que les patients forment un groupe homogène». Nous avons eu l'impression que nos interventions publiques dérangeaient.

Je prends quelques instants pour vous rappeler que les comités des usagers sont des organismes prévus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour défendre les intérêts des usagers. Notre rôle au sein du CHUM se veut à la fois consultatif et proactif. Nous croyons que notre comité a toute la légitimité pour représenter les quelque 600 000 patients qui visitent annuellement le CHUM. Sinon, qui le ferait? Le comité des usagers est un organisme qui représente l'ensemble des patients et qui peut parler en son nom. Aucune instance démocratique ne peut prétendre parler au nom de tous ses commettants. La position adoptée unanimement par les membres du Comité des usagers du CHUM est la construction d'un hôpital de 700 lits dans un environnement sécuritaire et facilement accessible pour les usagers.

Le rapport Mulroney-Johnson. Le 16 avril, la commission d'analyse coprésidée par MM. Johnson et Brian Mulroney préconisait de retenir le site du 1000 Saint-Denis, l'Hôpital Saint-Luc, pour y construire les nouvelles installations du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, pour les raisons suivantes: le site convient à la mission suprarégionale d'un centre hospitalier universitaire; il favorise une meilleure utilisation des installations existantes; il offre un environnement déjà conforme à la vocation d'un centre hospitalier universitaire; il est situé à proximité des installations montréalaises parmi les plus grandes; c'est un site urbain stimulant et parfaitement structuré pour recevoir une institution de haut savoir — que l'on

pourrait appeler centre intégré du savoir; c'est un site qui offre aux patients et à la famille une facilité d'accès, les lignes de métro et les principaux accès routiers sont rapprochés. Est-ce que l'on ne retrouve pas tous les ingrédients d'une technopole? Enfin, se disait-on, l'on commence à voir la lumière au bout du tunnel.

Le 23 juin 2004, le ministre de la Santé et des Services sociaux donnait le feu vert au projet de construction d'installations neuves pour le CHUM sur le site du 1000 rue Saint-Denis et confirmait l'abandon du projet de construction d'un nouvel hôpital au 6000 Saint-Denis, en laissant la porte ouverte à d'autres options.

Nous avons par la suite appris qu'à l'insu de la direction du CHUM et de son conseil d'administration une démarche avait été faite au cabinet du premier ministre par le recteur de l'Université de Montréal et des gens d'affaires influents pour que soit considérée la possibilité de construire le futur CHUM à la cour de triage Outremont. Inutile de vous dire que cette démarche a été vue comme un manque de respect et de transparence par plusieurs membres du conseil d'administration du CHUM, dont je fais partie. La méfiance venait de s'installer quant à la suite des choses.

Rapidement, les premières conclusions d'une étude comparative des deux sites présentée au conseil d'administration, le 28 septembre 2004, nous ont amenés à nous intéresser davantage au projet du site Outremont.

Pour le site Saint-Luc, les risques environnementaux étaient: de faibles à modérés; la voie ferroviaire, matières dangereuses, la plus proche à 3 km; l'industrie à risques la plus proche, 750 m — c'est d'ailleurs le tsunami dont le ministre a fait allusion ce matin. Circulation: ne nécessite pas des travaux d'infrastructures routières; optimisation des feux de circulation existants. Coût du projet — et là, évidemment c'est une des coquilles: coût total du projet, c'est 1,1 milliard. Il manque trois zéros, heureusement on les a réintégrés.

● (14 h 10) ●

Pour le site Outremont, risques environnementaux: modérés à élevés; proximité de voies ferrées, matières dangereuses; présence de produits dangereux dans des industries avoisinantes. Circulation: nécessite d'importants travaux d'infrastructures routières; nécessite d'autres travaux d'infrastructures. Coût du projet: 1,3 milliard.

Débat public. Devant le mutisme et le secret entourant le projet de l'Université de Montréal, le Comité des usagers a décidé qu'il était important de faire un débat public sur le choix des deux sites. Le 16 octobre 2004, dans un article publié à la une de *La Presse*, le Comité des usagers a été le premier à dénoncer publiquement les tractations qui se faisaient en coulisses par l'Université de Montréal. Le débat était lancé, et nous pouvons affirmer sans se tromper: Mission accomplie.

Une couverture assidue des médias parlés et écrits a permis de faire ressortir les nombreuses faiblesses du projet de l'Université de Montréal, plus particulièrement en ce qui concerne la sécurité, l'accessibilité et les coûts. Nous estimons qu'il est important de souligner le travail rigoureux des journalistes du *Devoir* et de *La Presse* qui ont réellement fait du journalisme d'enquête, ce qui a permis de découvrir que la rigueur et

la transparence de l'Université de Montréal n'étaient pas au rendez-vous. Sans eux, il nous aurait été très difficile de suivre le dossier. Plusieurs personnes ont fait état que les journalistes de *La Presse* étaient biaisés. Au contraire, nous croyons qu'ils ont fait un excellent travail, et il est important de les dissocier de l'équipe éditoriale.

Sans ce débat public, il y a de fortes chances que le gouvernement aurait déjà arrêté son choix en faveur du site Outremont. D'ailleurs, le 10 novembre 2004, le Comité des usagers du CHUM a écrit une première fois au premier ministre pour lui faire part de ses inquiétudes quant au choix du site du CHUM.

Au niveau de la sécurité, lors d'une entrevue en duplex à TVA à laquelle j'ai participé avec le recteur Robert Lacroix, ce dernier a candidement répondu que le problème de la sécurité était réglé et que les informations se retrouvaient dans le rapport Couture—Saint-Pierre. Évidemment, ma réplique a été de dire que c'était complètement faux.

Vous me permettez de relever les principaux articles sur la sécurité parus dans *Le Devoir* et *La Presse*. Rapidement, *La Presse*: *Des risques élevés — Un rapport juge problématique la construction d'un hôpital près des voies ferrées d'Outremont*. Encore *La Presse*: *Outremont — Un projet en pleine zone industrielle où des matières dangereuses sont manipulées*. *La Presse*, encore une fois: *CHUM à Outremont — Le CP prêt à détourner une fraction des matières dangereuses*. À nouveau *La Presse*: *CHUM à Outremont — Déplacer des voies ferrées serait difficile*. Et également *La Presse*: *Matières dangereuses — Le CP retirera un train sur huit*. On commence à en connaître un peu plus. *Le Devoir*: *CHUM: des études sur de fausses prémisses — À la demande de l'Université de Montréal, des rails — voies ferrées — ont été sciemment ignorés*. *La Presse*: *CHUM à Outremont: divergence de vues sur la sûreté du site*. *Sécurité, selon Couture — Saint-Pierre*. Selon l'un des meilleurs spécialistes en analyse de risques du Québec, «le gouvernement ne peut "jouer à la loterie" avec la sécurité des patients d'un grand hôpital». *Le Devoir*: *CHUM: l'étude sur la sécurité est jugée déficiente — L'analyse de SNC-Lavalin ne correspond pas aux critères reconnus par le gouvernement*. Dans le même sens, *La Presse*: *CHUM-Outremont — SNC s'est basé sur une méthode non reconnue pour affirmer que le risque est «acceptable»*.

Un événement majeur est venu confirmer nos craintes. Un wagon-citerne rempli de propane a explosé, mercredi soir dernier, à la suite du déraillement d'un train du CN survenu dans la municipalité de Notre-Dame-du-Bon-conseil. La déflagration a été si violente qu'elle a provoqué l'incendie d'une meunerie locale située à proximité du point de déraillement. 10 résidences situées dans un périmètre de 1 km ont été évacuées. Quelles seraient les conséquences d'un tel déraillement à 100 m d'un hôpital qui serait construit sur le site Outremont?

Au niveau de l'accessibilité, plusieurs intervenants et experts ont fait valoir qu'il y aurait des difficultés majeures d'accès du site Outremont, que ce soit en voiture, en autobus ou en métro. *La Presse*, dans un des articles, titrait *Gare de triage Outremont — Circulation accrue et engorgement*. Les urgences et

cliniques du CHUM accueillent annuellement quelque 600 000 patients, dont plus de 60 % sont des personnes âgées pour qui l'accès aux soins et services et l'accès à l'hôpital sont des priorités que l'on ne peut ignorer. C'est sans compter les 300 000 visiteurs et plus qui fréquentent annuellement le CHUM. Presque les deux tiers des patients viennent de l'est, du sud-est de Montréal et de la rive sud de Montréal.

Il est important de souligner que le CHUM a été identifié comme étant de première instance pour le Centre de santé et des services sociaux des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc qui dessert une population de 140 000 personnes.

Vous voulez bien ignorer le paragraphe suivant? Évidemment, on sait qu'il y a des négociations actuellement pour que le nom change pour un centre de services Jeanne-Mance. Alors, on a oublié d'enlever ce paragraphe-là.

Il est important de souligner, comme l'ont fait plusieurs, que plus de 75 % des soins donnés au CHUM concernent la médecine de première et de deuxième ligne. Le directeur général du Centre hospitalier universitaire de Québec a déclaré, la semaine dernière, en commission parlementaire sur le projet de loi n° 83, que leur taux dépassait les 85 %.

Dans son rapport, M. Daniel Johnson mentionne: «La mission d'enseignement facilitée grâce à la proximité du CHUM et de la Faculté de médecine reste à être précisée; cela ne reflète pas très bien le profil d'apprentissage des étudiants, car, dans la deuxième année, ils passent plus de 30 % de leur temps à l'extérieur de la faculté, et ça va jusqu'à 100 % la troisième année.» D'ailleurs, la formation des étudiants ne se fait pas uniquement au CHUM mais également dans plusieurs hôpitaux affiliés. Les étudiants sont jeunes, généralement en santé et peuvent se déplacer facilement, ce qui est loin d'être le cas des patients qui se font soigner au CHUM.

Autre fait à souligner, le site Outremont serait situé sur une partie du territoire du Centre universitaire de santé McGill et l'Hôpital juif.

Les coûts. Dans *La Presse*: *Le CHUM à Outremont coûterait plus de 1 milliard*. *La Presse*: *Des coûts cachés dans le projet d'Outremont selon un expert*. *Le Devoir*: *Le CP n'offre aucune garantie à l'Université de Montréal — La décontamination pourrait coûter plusieurs dizaines de millions*. *La Presse* rencontre Yves Séguin — *Avec le CHUM, «on est en train de faire un futur stade»*. «La facture de la construction du CHUM [...] pourrait atteindre 2 milliards si c'est le projet de technopole à la gare de triage qui est retenu.» *Le Devoir*: *CHUM: le site d'Outremont générerait des «surcoûts de 200 millions», estime la ville — de Montréal*. Également *Le Devoir*: *Pas d'argent pour le CHUM — Montréal refuse de payer les infrastructures du site d'Outremont*. Alors, on voit toute l'évolution du dossier au fur et à mesure qu'on avance. M. Daniel Johnson a été sans équivoque, hier, en affirmant que les coûts du projet d'Outremont pourraient atteindre 2,3 milliards, et nous devons le croire.

Les gens d'affaires. *Le Devoir*: *Le lobby autour d'un hôpital — Jeux de coulisses et tractations ont pris le pas sur la raison première de la construction du CHUM: la santé*. Également *Le Devoir*: *L'élite des*

affaires menace de boycotter le CHUM — La collecte de fonds privés serait compromise si Québec implante l'hôpital au centre-ville. Le Comité des usagers a réagi en écrivant une deuxième fois au premier ministre, le 28 décembre 2004, pour lui signifier qu'il s'agissait d'un chantage inacceptable et odieux. Également *Le Devoir: Une filiale de Power intéressée par le CHUM.* Encore une fois *Le Devoir: Un silence gênant — Même les organismes chargés de promouvoir le développement du centre-ville refusent de se mouiller en faveur du site de l'Hôpital Saint-Luc.* Également dans *La Presse: Deux casquettes pour un conseiller — Le P.D.G. de la Société du Havre travaille aussi avec l'Université de Montréal pour faciliter l'implantation du CHUM à Outremont.*

Parlons maintenant du patient. Le recteur Robert Lacroix a dit un jour que l'arbre — le CHUM — devait se joindre à la forêt — la technopole. Dans une lettre publiée dans *La Presse*, Mme Gisèle Bcsner, présidente du Conseil des infirmières et infirmiers du CHUM, qui appuie le site Saint-Luc, répond bien à cette prétention: «...un hôpital doit être conçu avant tout pour les malades et que les professionnels de la santé, les chercheurs[...], les professeurs et les étudiants ont tous l'obligation de se mettre au service du patient», fin de la citation. Rappelons-nous qu'un usager ou un patient ainsi que ses proches sont des citoyens payeurs de taxes, donc des clients.

Dans une métropole comme Montréal, si le CHUM est situé au coeur de la ville, les proches d'un patient hospitalisé pourront jouir et bénéficier de tous les services, tels que la proximité de l'hébergement, une variété de restaurants et de casse-croûte, de pharmacies ainsi que du transport en commun. Gardons à l'esprit que les proches parents d'un patient hospitalisé sont souvent en état de stress, et la proximité de tous ces services devient un facteur apaisant et positif. Dans le même ordre d'idées, pour ce qui a trait au personnel hospitalier, d'être à proximité de marche de cette vitalité humaine et de tous ces services ne peut être que bénéfique pour le malade et créer un environnement sans doute beaucoup plus sain.

Nous avons de la difficulté à croire que les patients et leurs proches ainsi que le personnel ont été au coeur des démarches en proposant la construction du CHUM au milieu d'une cour de triage entourée d'un vieux parc industriel avec accès difficile. Cette cour est dans une cicatrice industrielle, et les accès ne seront jamais acceptables, même si on prétend y apporter des changements. Et le site sera toujours très isolé et non respectueux des citoyens et du personnel.

● (14 h 20) ●

Les plus récentes études démontrent que le patient et ses proches se doivent d'être à l'épicentre du design, de la planification et du choix du site d'un centre hospitalier du XXI^e siècle. C'est fini, le temps où l'hôpital est construit et situé selon les uniques besoins et exigences des professionnels de la santé. L'objectif idéal est d'atteindre l'équilibre entre les besoins et les exigences scientifiques et le respect à la clientèle.

Dans une entrevue accordée à *La Presse*, le Dr Alain Brisset, chef de l'urgence de l'Hôpital Saint-Luc, qui est le seul médecin à notre connaissance à avoir appuyé ouvertement le site Saint-Luc, déclarait: «En s'éloignant du centre-ville, le futur CHUM s'éloignera

aussi de sa principale mission qui est de soigner les gens où ils sont le plus malades. [...] "La population est de plus en plus aux prises avec la toxicomanie et la pauvreté. Si on met le CHUM sur le site d'Outremont, c'est comme si on allait l'installer dans un ghetto social, à l'abri de [tout] ce qui se passe dans la vie de tous les jours", fin de la citation.

Il y a même une étude sur les centres urbains de l'avenir qui déclare qu'une ville qui jouit d'un transport en commun souterrain et surélevé se doit de tout faire pour construire ses futures structures de service au public, tels les hôpitaux, les collèges, les cliniques, le plus près possible dudit moyen de transport et de préférence avoir un accès direct, surtout dans un climat comme le nôtre.

Les inquiétudes des régions du Québec. Permettez-moi, Mme la Présidente, de porter quelques instants notre chapeau de Regroupement provincial des comités des usagers. La majorité des maires des grandes municipalités de l'Est du Québec et de la Côte-Nord se sont rangés derrière le maire de Québec, Jean-Paul L'Allier, qui a déclaré craindre que les meilleurs hôpitaux à Montréal drainent l'argent qui aurait dû se retrouver normalement à Québec ou dans les régions. Il s'agit d'une préoccupation des plus légitimes, dont l'on devra tenir compte lorsque viendra le temps de choisir le site du CHUM, parce que la capacité d'investissement de l'État n'est pas illimitée, comme le mentionnent souvent le gouvernement et les observateurs avisés.

La question du CHUM nous préoccupe au plus haut point mais aussi la question du système de santé dans son ensemble. Voilà pourquoi, comme Regroupement provincial des comités des usagers, nous avons été écoutés en commission parlementaire sur le projet de loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, et nous le serons bientôt sur le projet de loi n° 83.

À propos d'une technopole, *Le Devoir*, le 3 décembre 2004: M. Luc-Normand Tellier, directeur du Département d'études urbaines et touristiques de l'UQAM et vice-président de l'Association pour la promotion de la recherche en aménagement et en urbanisme, disait: «Le recteur de l'Université de Montréal rêve de faire naître une cité du savoir et de la santé. Or cette cité existe déjà», en parlant du centre-ville de Montréal.

Quelques mots sur le recteur de l'Université de Montréal. Il est connu que M. Lacroix termine son mandat au mois de juin 2005. Dans une entrevue accordée au *Devoir*, le recteur mentionne: «Je pense que l'on doit évaluer le travail que je fais présentement en regardant le profil de ma carrière et non [...] comme si c'était un petit coup de tête. J'ai passé ma vie à développer la recherche au Québec, à développer l'éducation universitaire au Québec. J'ai, dans ma vie professionnelle, comme économiste, publié énormément sur l'économie du savoir.» Lors de sa présentation, le recteur a mentionné que Daniel Johnson n'était pas un économiste et de se fier davantage à lui, qui a une carrière d'économiste. Il donne l'impression d'être le seul à avoir raison.

La Présidente (Mme Legault): M. Dumesnil, je vous interromps pour vous dire qu'il vous reste à peine deux minutes, alors je vous inviterais à conclure.

M. Dumesnil (Jean-Marie): D'accord.

La Présidente (Mme Legault): Merci.

M. Dumesnil (Jean-Marie): D'accord. Alors, rapidement, je pense qu'on a publié un sondage Léger Marketing, commandé par notre comité des usagers et publié hier dans *Le Devoir*, qui démontrait que 62 % de la population se montre favorable au site Saint-Luc, alors que seulement 17 % se montre favorable au site Outremont. Nous estimons qu'il était important que la population s'exprime sur un choix aussi important que le futur CHUM.

En conclusion, j'aimerais aussi apporter peut-être un point rapide. Un représentant de l'Université de Montréal que j'ai croisé, hier matin, m'a dit: Comme ça, vous utilisez l'argent des usagers pour faire votre sondage? Je lui ai répondu qu'il serait intéressant de connaître les argents dépensés pour la promotion de leur projet. Notre sondage est un sondage omnibus qui nous a coûté exactement 2 700 \$.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup, M. Dumesnil.

M. Dumesnil (Jean-Marie): De rien.

La Présidente (Mme Legault): Alors, voici que débute la période d'échange entre les groupes parlementaires. Elle sera d'une durée de 40 minutes et elle inclura un cinq minutes à notre collègue députée indépendante. Alors, M. le ministre, si vous voulez débiter.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. M. Dumesnil, monsieur, bonjour. Vous avez parlé de la sécurité. Est-ce qu'il y a des aspects de sécurité au site du centre-ville qui vous inquiètent également?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Je pense qu'à partir de tous les rapports qu'on a obtenus sur le site centre-ville il n'y a aucun aspect de la sécurité qui nous inquiète. Je pense que c'est connu quand même depuis un certain temps. Le rapport préliminaire disait déjà que l'aspect sécurité était... les risques étaient tout à fait... très peu élevés. Alors, au niveau du site du centre-ville, nous, on n'a aucune préoccupation au niveau de la sécurité.

Si on parle au niveau de l'environnement, on sait qu'à un moment donné il y a des travaux qui vont avoir lieu. On a un comité sur l'environnement qui existe, sur lequel on participe. C'est évident que ça, c'est un dossier, pour nous, qui va devenir prioritaire évidemment si le site du 1000 Saint-Denis est choisi.

M. Couillard: Évidemment, vous vous placez de bon droit au niveau du patient et de sa famille, qui sont de plus en plus des personnes âgées, on sait, avec le vieillissement de la population. Comment est-ce que vous évaluez la question de l'accessibilité autant pour les patients que pour les membres de leur famille, dans un cas comme dans l'autre?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Je pense que ce qu'il est important de voir, au niveau des patients, c'est que la majorité des patients qui fréquentent le CHUM

ou peu importe l'hôpital sont des personnes qui vivent un stress quand même important la plupart du temps, qui sont souvent avec mobilité réduite, dont les accompagnateurs souvent aussi ne sont pas les plus aptes ou habiles à conduire une voiture. Alors, c'est évident que, pour nous, quand on parle d'un patient, il faut lui donner toutes les chances possibles d'avoir un accès facile à un hôpital. Si on regarde, avec le site de Saint-Luc, évidemment le métro est à deux pas. On arrive au métro Champ-de-Mars, on traverse la rue. Les moyens de transport sont efficaces, chaque circuit d'autobus arrête pratiquement en face de l'hôpital. Alors, pour nous, c'est évident que le choix qu'on doit faire pour le patient est un choix qui fait en sorte qu'on ne doit pas lui compliquer la vie pour se rendre à son hôpital, mais on doit lui faciliter la vie pour se rendre à l'hôpital.

M. Couillard: Un argument pour... Mme la Présidente, merci. Un argument pour pousser le concept, auquel on se rallie, d'une technopole et d'une unité, là... d'un hôpital avec éventuellement une faculté puis également des partenaires de type biotechnologies, c'est de rappeler que, pour les patients, les usagers, il y a bien sûr le bénéfice de l'accessibilité que vous expliquez très bien dans votre document, mais le fait de disposer d'une institution d'enseignement de la médecine et des sciences de la santé d'un plus haut calibre ou d'un plus haut niveau que ce qu'on a actuellement, en termes d'installations. Parce que bien sûr les personnes qu'on y a sont excellentes, mais, en termes d'installations, est-ce que ça vous semble présenter un avantage pour les patients également?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Écoutez, au niveau de l'enseignement... En passant, au niveau de l'enseignement, je pense que les structures de l'hôpital, si on regarde le 1000... celui de l'Hôpital Saint-Luc, je pense que tout va être en place pour faciliter l'enseignement, la recherche pour les patients. Est-ce qu'une faculté de médecine doit être située à côté pour faciliter le travail d'enseignement? Tant qu'à nous, ce n'est définitivement pas nécessaire, on n'en voit pas la nécessité. Parce que, dans les structures qui sont proposées, sans être un expert, ce que nous avons analysé, c'est que pour nous les patients sont à proximité, l'enseignement et la recherche doivent être facilités aussi à proximité des patients, ce qui veut dire que les patients vont être disponibles pour ce faire. Ce qui fait en sorte que, pour nous, l'enseignement, ce n'est pas une préoccupation majeure parce que c'est déjà existant, c'est une intégration additionnelle qui va se faire graduellement selon évidemment le concept qu'on va développer à Saint-Luc.

M. Couillard: À votre avis, quelle est la démarche que devrait suivre le gouvernement? Parce qu'ici on a deux façons d'aborder le problème. On peut l'aborder en disant: On commence avec le choix du meilleur site pour un centre hospitalier universitaire et un centre de recherche et par la suite on peut le bonifier avec d'autres installations, ou on commence le projet par une installation universitaire à laquelle on vient raccorder ou connecter l'hôpital. Dans quel sens il faut prendre le problème, d'après vous?

● (14 h 30) ●

M. Dumesnil (Jean-Marie): Nous, c'est le premier, définitivement. C'est que je pense qu'il faut qu'on construise un centre hospitalier dans un premier temps. Parce que notre préoccupation pour la suite des choses, si on parle du projet d'Outremont à titre d'exemple, on a beau vouloir construire un hôpital, mais personne ne connaît les tenants et aboutissants de la suite des choses. On ne sait même pas si on va être en mesure de franchir les étapes additionnelles. Alors, pour nous, notre priorité, c'est un centre hospitalier pour soigner les malades, un centre hospitalier universitaire avec une facilité d'accès et sécuritaire, ce qui fait en sorte que je ne pense pas qu'on doit prioriser l'ensemble du projet, mais on doit prioriser, dans un premier temps, la construction de l'hôpital, tel qu'on l'a mentionné dans notre rapport. Alors, pour la suite des choses, nous, on ne voit pas comment les prochaines étapes... Parce qu'évidemment il y a tellement de tenants et aboutissants qu'on ne connaît pas actuellement dans le projet d'Outremont, on ne sait pas du tout s'il y a une deuxième étape, si on construit l'hôpital, si la deuxième étape va prendre place, à cause évidemment d'un manque d'argent, par exemple, et puis de toute la complexité du zonage, etc.

M. Couillard: Ça va, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): Oui, merci beaucoup. Je cède maintenant la parole à Mme la porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et de condition des aînés.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente. Alors, bienvenue, M. Dumesnil et M. Lefebvre, de la part de l'opposition officielle. J'ai eu l'occasion, M. Dumesnil, d'échanger avec vous déjà, en commission parlementaire, je crois que c'était sur le projet de loi du Commissaire à la santé, qui est dans les limbes depuis un an et demi maintenant. Alors, je sais l'engagement que vous démontrez à l'égard de la voix qui doit être entendue des usagers. Vous êtes actif, je pense, au sein du Regroupement québécois des comités d'usagers. Est-ce que vous ne l'auriez pas d'ailleurs créé?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Oui. Disons que c'est une initiative de mon collègue Jacques et moi que le Regroupement provincial a été mis sur pied, parce qu'on trouvait que, lors des moyens de pression de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, il y a quelques années, ce que l'on trouvait, c'est que... On était le seul centre hospitalier à parler ouvertement, à dénoncer la situation. Et puis, après une bonne discussion avec Jacques, ce qu'on a convenu de faire, c'est... écoutez, je pense qu'il faut entreprendre des démarches pour voir qu'est-ce qui se passe dans les autres centres hospitaliers.

Évidemment, de fil en aiguille, la loi n° 25 est arrivée, les réseaux locaux, centres de santé et services sociaux qui sont arrivés, alors, évidemment, ça a pris une ampleur qui était peut-être insoupçonnée dès le départ, mais, je pense, aujourd'hui, qui est bien implanté, qui va prendre évidemment de l'ampleur lorsque le projet de loi va être adopté, 83. Évidemment, on va être encore plus impliqué dans le

milieu, dans les centres de santé et services sociaux, tant au niveau des agences avec qui on a déjà pris des contacts qu'avec les centres de santé et services sociaux.

On a un comité provisoire qui a été mis sur pied, sur lequel siègent actuellement 18 personnes qui viennent d'un peu partout du Québec, soit des centres jeunesse, du milieu psychiatrique, des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des centres hospitaliers, alors une bonne variété de personnes. On a aussi un représentant d'un regroupement de la vallée des Outaouais, où il y a un regroupement des comités des usagers qui est très efficace présentement, qui est là aussi pour nous épauler.

Mme Harel: M. Lefebvre, je pense, veut compléter.

M. Lefebvre (Jacques): J'aimerais rajouter. Dans ce regroupement-là, c'est important, parce que, nous, comme comité d'usagers, de temps en temps, on se sent un petit peu isolés avec tous ces experts qui nous entourent, on est dans notre petit patelin. Alors, le regroupement a cette capacité de créer de la synergie. On peut apprendre de certaines régions. Et une des choses qu'on a faites qui a été novateur, c'est qu'il y a maintenant un dialogue entre les anglos puis les francos. C'est-à-dire que, moi, personnellement, je siège sur McGill, et il y a quelqu'un de McGill qui siège chez nous, alors il y a comme un échange qui se fait. Et éventuellement ce sera le bénéfice pour le gouvernement d'avoir des patients puis des usagers qui sont un peu plus armés pour faire part des préoccupations des citoyens. Parce qu'on est des simples citoyens, puis on est des bénévoles à part ça, ça fait qu'on n'a pas toutes les ressources, nous, pour se défendre puis pour articuler nos arguments. Alors, le regroupement va accomplir un peu cet objectif-là.

Mme Harel: En fait, ce que vous nous dites, c'est que vous constituez une force en voie d'organisation qui aura un mot à dire distinct de celui des syndicats ou de celui des fédérations de médecins.

M. Lefebvre (Jacques): Puis proactif. On n'est pas là pour les plaintes, tout existe au niveau des plaintes. On est vraiment là pour contribuer positivement à des améliorations de la qualité des soins. Et, je pense, c'est un peu le rôle de l'avenir des comités des usagers, c'est de s'assurer qu'on peut contribuer intelligemment. Et puis l'échange avec la province est très bénéfique. Puis surtout maintenant qu'on a ce dialogue avec l'Hôpital juif puis McGill, c'est fantastique, c'est la première fois en réalité, les francos puis les anglos, il n'y a plus de problème de langue. On échange sur un même patron: un patient, c'est un patient.

Mme Harel: Dans quelle langue échangez-vous dans vos réunions?

M. Lefebvre (Jacques): Malheureusement, quand on va aux assemblées de McGill, même si la plupart des gens sont bilingues... C'est entendu que,

quand on veut parler d'un sujet assez personnel, les gens s'expriment mieux dans leur langue maternelle. Alors ça, on comprend ça. C'est toujours plus difficile d'avoir des rencontres uniquement en français du côté anglophone parce qu'il y a moins de facilité d'être bilingue. Mais, quand ils viennent chez nous, c'est tout en français, et les délégués de McGill sont toujours habilités à parler les deux langues.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Peut-être ajouter aussi que ce qui est intéressant au niveau du Regroupement provincial, c'est qu'on a été invités à peu près à tout ce qui est comité. Je fais partie du Comité sur la pérennité des soins de santé, on nous a approchés pour être présents. Alors, on pense, ce qui est intéressant, c'est qu'au niveau du ministère on accepte, on nous reçoit, puis on demande d'être présents pour représenter des usagers, puis ça, c'est très très bienvenu dans tous les comités auxquels on participe.

Mme Harel: Je comprends que vous serez sans doute le seul à réitérer en fait ou à reprendre à votre compte les déclarations qui ont été faites, la semaine dernière, par le maire de Québec et reprises par un certain nombre de maires de grandes municipalités, notamment de l'Est du Québec et de la Côte-Nord. Alors, ce sont là des préoccupations qui vous ont été transmises par des représentants de comités d'usagers?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Non. Je vais être honnête avec vous, c'est en lisant les journaux, parce que je pense que c'est là notre meilleure source. Comme je le disais au début, nous, ce sont les quotidiens. Et puis il y a deux articles en particulier, je pense, qui nous ont interpellés sur le sujet en question. Alors, de là notre préoccupation comme Regroupement provincial des comités des usagers.

Mme Harel: Je sais que j'ai un collègue, là, qui veut échanger avec vous. Vous êtes membre du conseil d'administration du CHUM...

M. Dumesnil (Jean-Marie): Oui.

Mme Harel: ...de l'actuel CHUM. Comment expliquez-vous que le conseil d'administration n'ait pas pris position dans le choix du site, de l'emplacement du futur CHUM?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Très bonne question. Écoutez, je pense que, nous, comme comité des usagers, on était probablement les seuls à avoir les coudées franches pour arriver à choisir un site et à le défendre. Je pense qu'au niveau du conseil d'administration, évidemment, il y avait des pour et des contre, ce qui fait en sorte évidemment que les débats quand même ont été assez animés à certains moments. Et je pense que le conseil d'administration n'est pas arrivé à conclure ou à adopter une position ferme sur le choix de l'un et des autres sites, ce qui malheureusement... Pour nous, c'est malheureux, parce que je pense que, si ça avait été fait, ça aurait été plus facile un petit peu pour tout le monde. Mais on peut comprendre, les gens qui étaient en place étaient partagés par leurs fonctions,

universitaires ou... en tout cas, par leurs croyances et leurs convictions. C'était très départagé. Alors, c'est un peu ça.

Mais, nous, comme organisme indépendant, je pense que nous avions cette facilité de nous présenter en public et de faire valoir le point du 1000 Saint-Denis, malgré que, je pense, les présentations qui ont été faites par les gens de la direction du CHUM et l'équipe du CHUM montrent clairement, je pense, la préférence pour le 1000 Saint-Denis. Ça, je pense qu'il ne faut pas se le cacher.

Mme Harel: Je comprends, M. Dumesnil, que vous continuez à pratiquer le contraire de la langue de bois. C'est ce que vous nous aviez annoncé lors de la commission parlementaire qui portait sur le Commissaire à la santé. Et cette fois-ci vous pratiquez encore cet exercice. À la page 7, vous dites, et je vous cite: Sans le débat public... dont vous avez fait mention et remercié le journalisme d'enquête, là, qui a été pratiqué. Donc, vous dites: «Sans ce débat public, il y a de fortes chances que le gouvernement aurait déjà arrêté son choix en faveur du site Outremont.» Comment pouvez-vous être si formel?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Je pense que, si l'on regarde la suite des choses, si on regarde l'évolution du dossier, à un certain moment donné, je dirais, au mois de décembre, dans la façon dont les choses se déroulaient, on sentait en tout cas que le projet, à travers toujours ce qu'on lit dans les journaux, parce que je pense que notre réseau d'influence, c'est celui-là, à travers ce qui se disait dans les journaux, on sentait que le choix du site Outremont semblait davantage être favorisé par le bureau du premier ministre. Et puis je pense que, s'il n'y avait pas eu de débat public, s'il n'y avait pas eu autant d'articles dans les journaux, au niveau des chroniqueurs, au niveau des journalistes, au niveau des opinions qui ont été exprimées par les lecteurs, j'ai l'impression que ça aurait pu se bâcler relativement rapidement au niveau du choix. Mais c'est évident. Je pense qu'on est tous conscients qu'un gouvernement est interpellé lorsque la population intervient ou lorsque les journalistes font valoir des états de choses sur la sécurité et l'accessibilité, les coûts. À un moment donné, je pense que c'est... Ça nous a amenés, nous, à penser que, si ça n'avait pas été le cas, ça aurait pu déraiper.

La Présidente (Mme Legault): Merci, M. Dumesnil.

Mme Harel: Merci. M. Dumesnil, je vous remercie. Je vérifiais si j'avais du temps encore pour échanger avec vous. J'aime vous entendre, hein, vous allez au fond des choses. Merci.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Ça me fait plaisir.

La Présidente (Mme Legault): Alors, je cède maintenant la parole à Mme la députée de Bourassa.

● (14 h 40) ●

Mme Lamquin-Éthier: Merci, Mme la Présidente. Alors, bonjour, M. Dumesnil, bonjour, M. Lefebvre. Vous avez, M. Dumesnil, lorsque vous

avez abordé la conclusion du mémoire que vous nous présentez, fait un ajout en ce qui a trait au sondage que le Comité des usagers a commandé, sondage dont les résultats ont été obtenus par le journal *Le Devoir*, qui les a d'ailleurs publiés dans son édition du 1er mars. Pourriez-vous, s'il vous plaît, lever le voile — si je peux utiliser l'expression... Comment en êtes-vous arrivé à commander ce sondage? Et pouvez-vous nous dire, en ce qui a trait aux préoccupations que vous évoquez, enfin une préoccupation dont vous parliez avec M. le ministre tout à l'heure, l'accessibilité, le point de vue du patient, j'imagine qu'on pourrait parler également des membres de la famille... Pouvez-vous nous dire ce sondage-là abordait quelles questions.

M. Dumesnil (Jean-Marie): La question, la première question qui a été abordée, c'est: A partir des connaissances de ce que des gens avaient du dossier du CHUM, quel était leur choix? La deuxième question était au niveau du choix du site en termes de sécurité, en termes d'accessibilité et en termes de coûts. Et les réponses ont été au-dessus de 54 %, 55 % jusqu'à 60 % en faveur du site Outremont, à partir des connaissances que les gens avaient du dossier. Et, nous, on croyait...

Mme Harel: En faveur du site Outremont, M. Dumesnil?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Ça va?

La Présidente (Mme Legault): Oui.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Excusez. Nous, on croyait... Bien, ce n'est pas facile toujours de... enfin, quand on entend des voix de part et d'autre.

Mme Harel: C'est parce que vous avez dit «en faveur du site Outremont», M. Dumesnil.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Pardon?

Mme Harel: Vous avez dit «en faveur du site Outremont».

M. Dumesnil (Jean-Marie): Ah! Je m'excuse. C'est gentil de nous reprendre. On parle de 62 %, bon, pour Saint-Luc et puis de 17 % pour le site Outremont. Nous, ce qu'on croyait, c'est qu'il n'y a aucun sondage... On n'avait pas obtenu du tout l'assentiment de la population, son choix, à savoir comment... Ça n'avait pas été exprimé. Alors, nous, ce qu'on s'est dit, c'est que, je pense, avant que la commission parlementaire arrive, il serait peut-être temps de faire un sondage. Et puis c'est évident que, à partir des questions qui étaient très simples — ce n'est pas des questions scientifiques — les gens ont répondu majoritairement qu'ils connaissaient bien le dossier, qu'ils semblaient bien connaître le dossier, et puis c'était facile pour eux, je pense qu'ils s'identifiaient davantage au centre-ville. Alors, nous, on voulait que la population s'exprime, c'est ce qu'elle a fait, puis on souhaite évidemment que vous en teniez compte lorsque viendra le temps de faire le choix. Je pense que la population a exprimé un choix qui est très clair.

La Présidente (Mme Legault): Merci, M. Dumesnil. Mme la députée.

Mme Lamquin-Éthier: J'aurais une dernière question, une deuxième question: Est-ce que, dans ce sondage-là, il y avait possibilité pour les répondants d'ajouter des commentaires?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Non.

Mme Lamquin-Éthier: Ah! Il n'y avait... Bon. Lorsque vous...

M. Dumesnil (Jean-Marie): On a voulu faire le plus simple possible. Peut-être que Jacques pourra ajouter, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): M. Lefebvre.

M. Lefebvre (Jacques): C'est important de comprendre que ce qu'on a fait, là... On n'aurait pas eu les moyens d'avoir un sondage auprès de 1 100 personnes, on n'a pas ce genre de budget là. On a été astucieux de se greffer à un sondage omnibus. Ça, un sondage omnibus, c'est Léger Marketing, à toutes les périodes, questionne 1 000 personnes sur les tendances générales de société. Ils vont permettre à l'occasion deux ou trois questions très pointues qu'ils vont greffer au sondage omnibus. Alors, on était limité, on ne pouvait pas explorer. Et, non, il n'y a pas de place pour que les gens puissent rajouter des commentaires, ce n'est pas cet esprit-là. On n'aurait pas eu les moyens de dépenser de l'argent pour faire un vrai sondage. Ce n'était pas pensable.

Mme Lamquin-Éthier: Je vous posais cette question-là parce que j'essaie de voir... À plusieurs endroits, vous abordez la question de l'accessibilité, qui est une préoccupation — vous l'avez mentionné à M. le ministre en ouverture — pour les patients. Et, M. Lefebvre, on se regardait tous les deux et on s'est rejoints du regard en ce qui a trait aux membres de famille. Et est-ce que les membres de la famille, l'entourage... au-delà du patient, est-ce qu'il y a d'autres personnes qui vous ont confié ou qui vous confient leurs préoccupations, notamment en ce qui a trait à l'accessibilité?

La Présidente (Mme Legault): Qui va répondre? M. Lefebvre? O.K.

M. Lefebvre (Jacques): C'est entendu que, quand on parle patients, là, c'est vaste, parce que c'est vrai que c'est tout un environnement. Dépendant des maladies qui nous affligent, là, il y a plus ou moins de désarroi pour les accompagnateurs ou la famille immédiate, les enfants. Moi, je viens d'en vivre une, crise personnelle, où le conjoint était totalement visé.

Pour revenir à votre question, je ne sais pas si c'était ça, c'est que c'est entendu que... On parle comme humains, nous autres, on parle comme citoyens, là. J'ai de la misère, moi, à voir ma femme ou mes enfants malades, et puis je suis pris, nulle part où... je n'ai pas de restaurant, puis il n'y a pas de vitalité dans mon environnement. J'aime bien mieux, moi... Les villes

américaines que j'ai fréquentées, les centres hospitaliers sont dans le centre-ville, puis il y a un dynamisme à ça. C'est important de voir de la vitalité. Puis, quand on sort d'un hôpital en plein coeur de Montréal, il y a une vitalité qu'on ne trouvera pas dans une cicatrice industrielle qu'on essaie de recycler. Ça a peut-être des bien-fondés, les cicatrices industrielles du XXe siècle, mais malheureusement les cours de triage en sont, des cicatrices industrielles. Quelquefois, elles peuvent être appropriées, mais, sur le plan humain, ça laisse un petit peu à désirer, et je pense qu'elles ont d'autres vocations que celle-là.

Moi, le centre-ville... Je suis un Montréalais de naissance, je suis un p'tit-cul du Plateau Mont-Royal, c'est entendu que ma ville, moi, elle m'est chère, puis, où est le CHUM présentement, je trouve qu'il y a une *dimension humaine* qui est inestimable. Hein, quand on est au coin de Saint-Denis puis René-Lévesque, je ne sais pas, moi, c'est là que ça se passe.

Et je revenais tantôt à ce que le ministre mentionnait, la technopole; elle est là, la technopole. Moi, je maintiens tout le temps que le CHUM existe présentement puis il est déjà une technopole. Il est sur trois sites, mais c'est un CHUM. Il existe depuis huit ans puis il fonctionne. Alors, dans cet esprit-là, moi, le CHUM au 1000 Saint-Denis, c'est comme Montréal pour moi, là, c'est là qu'il faut que ça se passe. Puis, de plus, quand j'ai écouté les commentaires de M. Levine, ce matin, là, c'était tellement clair qu'il y a quand même des déséquilibres au niveau des lits, il faut faire attention à ça. C'est quand même important que... Tout ne peut pas se passer dans l'ouest de Montréal, il y a encore des choses qui se passent un peu dans l'est de Montréal. Il y a assez qu'on est menacé de perdre un stade, il ne faudrait pas commencer à tout perdre, dans l'est de Montréal. Ça fait qu'il y a un peu tout ça que, comme citoyen un peu humain, là, moi, c'est entendu que, pour la famille, je trouve que le centre-ville est plus bénéfique que n'importe quoi.

La Présidente (Mme Legault): Merci, M. Lefebvre.

Mme Lamquin-Éthier: Merci beaucoup, M. Lefebvre.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Alors, je cède maintenant la parole à M. le député de Chicoutimi.

M. Bédard: Merci, Mme la Présidente. Alors, merci de votre présentation. Vous avez commencé en disant que vous étiez indépendants. Je vous dirais que ce qui manque un peu à cette commission, c'est peut-être cette indépendance, par rapport aux gens qui sont venus. Quand les experts se transforment en vendeurs presque, en lobbyistes, il y a quand même un problème. Quand on parle des aspects sécurité et que certains éléments nous sont représentés par des experts mais qui sont contestés, ça vient assez difficile, je vous dirais, d'avoir un oeil, comme vous dites, indépendant.

La seule certitude que j'ai acquise, je vous dirais, c'est que, de part et d'autre, on s'entend que les coûts ne sont pas ceux qui sont projetés actuellement, de part et d'autre. Et je regarde d'ailleurs... Le rapport

Couture—Saint-Pierre termine en disant que, si c'était le 1000 Saint-Denis, le gouvernement devrait réviser l'ensemble des coûts qui sont prévus parce qu'effectivement ce qui est représenté n'est pas ce qui va arriver. Ça, je vous dirais que j'ai quand même une certaine inquiétude que vous semblez partager aussi comme comité national des usagers.

Je vais tester quand même votre indépendance. Un des points en faveur du site Outremont était celui de se retrouver dans un... évidemment à échéance, lorsque c'est complété, pour les malades, de se retrouver dans un site relativement calme, beau esthétiquement, même avec des arbres, avec un environnement qui serait, je vous dirais, plus propice à la réhabilitation. Est-ce que vous pensez que cet élément est un facteur qui peut jouer en faveur de ce site?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Pas du tout. Je pense qu'on ne soigne pas les malades avec un environnement, avec des espaces verts. Je pense que, le malade, ce qu'il veut, lui, c'est d'avoir accès à un centre hospitalier qui va lui donner des soins dont il a besoin. Peut-être en abordant aussi... On parle d'un hôpital qui serait élevé en hauteur, 12, 13 étages. À Outremont, fort probablement que ce serait 12, 13 étages aussi. À l'Hôpital Notre-Dame, actuellement, au niveau du stationnement, il y a quatre souterrains, quatre sous-sols, puis je n'ai jamais vu de problèmes. Moi, je fréquente les trois hôpitaux plusieurs fois par semaine. Alors, je pense que le patient, quand il arrive à l'hôpital, ce n'est pas des espaces verts autour qu'il veut voir. Ce qu'il veut voir, c'est quelqu'un qui le reçoit puis qui est capable de lui donner les premiers soins. Ça, je pense que c'est... Pour nous, c'est... Moi, j'ai fait de l'accompagnement de malades pendant cinq ans en oncologie et puis en soins prolongés. Moi, je peux vous dire que ce que les gens cherchent le plus, c'est de recevoir les meilleurs soins possible avec un sourire, avec du personnel qualifié, qui sont là pour les rassurer, puis je pense que, ça, c'est... la démonstration a été faite clairement. Alors, moi, je ne vois pas... Ça peut être un bel environnement, là. Écoutez, je pense que, dans un monde idéal, peut-être que ce serait comme ça, mais, dans le contexte que l'on vit aujourd'hui, ce n'est pas ça du tout que l'on cherche. Jacques.

M. Lefebvre (Jacques): Est-ce que je peux rajouter?

La Présidente (Mme Legault): Oui, certainement, M. Lefebvre.

M. Lefebvre (Jacques): Mme la Présidente...

M. Bédard: Il me reste combien de temps?

La Présidente (Mme Legault): Bien, il vous reste une bonne minute et...

● (14 h 50) ●

M. Bédard: Une bonne minute. Bien, avant, je vais d'abord vous poser la question à l'inverse, parce que je veux tester votre indépendance à nouveau. Un des éléments qui a été soulevé dans le rapport Couture—Saint-Pierre était au niveau des stationnements. Ça fait

plusieurs fois que je reviens, mais elle m'inquiète parce que cette question pourrait prendre des proportions quand même difficiles pour ce projet. On nous dit que le stationnement tel qu'il est prévu et au niveau de ses coûts ferait en sorte qu'il serait impossible d'en faire une exploitation commerciale rentable, autrement dit qu'il ne peut être sous-traité et qu'il devait apparaître aux coûts du projet. À l'inverse, les gens du CHUM sont venus nous voir en nous disant que, eux, au contraire, ils souhaitaient que ce stationnement soit exploité par la fondation de l'hôpital, comme il l'est actuellement.

Vous êtes un usager. Si on vous représente que ces coûts... ou plutôt l'exploitation ne peut être rentable, ou du moins qu'il y aura un risque commercial évident, est-ce que vous pensez que vous auriez tendance à recommander que la fondation prenne sous sa responsabilité l'exploitation d'un stationnement?

La Présidente (Mme Legault): M. Dumesnil, brièvement, s'il vous plaît.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Oui. Écoutez, vous abordez... Nous, tout cet aspect-là, financier, on ne le connaît pas tellement. Puis je l'ai dit au début, je pense qu'on n'est pas des experts dans le domaine, il y a des gens qui sont venus répondre aux questions. Je pense, les gens du CHUM l'ont fait; du côté d'Outremont, ils l'ont fait également. Moi, je peux difficilement répondre à cette question-là, puis ce n'est pas de jouer le rôle un peu de politicien. Les tenants et aboutissants de tout ce secteur-là, de stationnement, on ne les connaît pas, mais ce qu'on nous a présenté à date, pour nous, ça nous satisfait. Mais c'est évident qu'il y a une possibilité, là, je pense, de dépassement de coûts ou d'administration. Ça, je pense que ça demeure à être vu. Mais, même comme indépendant, je vous dirai, comme fonction indépendante, il y a des bouts, là, qu'on ne connaît pas encore. Puis je pense que ça demeure à être démontré.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup. Alors, je cède... Pardon? M. Lefebvre, vous voulez ajouter?

M. Lefebvre (Jacques): Bien, je pensais que...

Une voix: ...

La Présidente (Mme Legault): Ça va.

M. Lefebvre (Jacques): Ça va. Sur votre question, c'est qu'à un moment donné il faudrait s'entendre sur les coûts. C'est que, hier, les références que j'ai entendues, c'est qu'on parlait que, pour le stationnement, il fallait creuser très profondément. Ce n'est peut-être pas nécessairement le cas, il y a peut-être moyen de construire le stationnement dans le centre-ville sans nécessairement creuser cinq étages de profond, ou on peut encore faire des stationnements élevés qui sont harmonieux avec l'environnement. Ce n'est pas nécessairement un monstre urbain de faire un stationnement. Tout ça pour dire qu'il faudrait s'entendre sur les coûts.

Mais, pour ce qui en est d'une fondation, de s'occuper des stationnements, je pense que c'est un plus, puis, étant un ancien membre de fondation, oui, je

verrais ça d'un bon oeil, parce que ça a été une belle façon intelligente de capitaliser sur des argents que les gens sont prêts à déboursier de toute façon. Un stationnement, c'est un mal avec lequel il faut vivre.

Il y a un avantage au 1000 Saint-Denis, c'est que, dans bien des cas, je pourrais laisser tomber le stationnement parce que je peux prendre le métro, et, moi, c'est un facteur. Ça a été mentionné dans le rapport. J'ai quelque chose que j'avais lu dans *Newsweek*, c'est que toutes les villes modernes qui bénéficient d'un souterrain et un surélevé se doivent de faire un devoir de s'approcher le plus possible. C'est tellement logique de capitaliser sur un système... puis le nôtre, à ce moment-là, il est bon, ça s'adonne qu'on a un bon système de métro. Puis, dans notre climat...

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie beaucoup. Je cède maintenant la parole à la députée de Lotbinière.

Mme Roy: Merci, Mme la Présidente. Alors, on se retrouve ici, en commission, pour faire... comme M. le ministre le disait, écouter des experts, voir, débattre, essayer d'enlever l'émotivité puis d'aller asseoir nos décisions sur des faits précis.

On a eu des expertises qui ont été rendues publiques seulement vendredi dernier. Vous avez fait état d'une grande revue de presse avant cette date-là. Aussi, je voudrais souligner qu'on a vu aussi, dans *La Presse*, 450 médecins du CHUM, dans une lettre ouverte, se prononcer en faveur d'Outremont. On a aussi vu un architecte reconnu, M. Tétreault, un enseignant, il est très connaissant en matière d'hôpitaux, se prononcer en faveur d'Outremont. Vous n'en avez pas fait état.

On a aussi eu des présentations du recteur de l'université. Vous en avez fait état pour venir nous dire qu'est-ce qui n'allait pas, qu'est-ce qui a été dénoncé dans ça, mais vous ne nous avez pas présenté ce projet-là.

Vous avez balayé du revers de la main l'étude Couture—Saint-Pierre. Cette étude-là est survenue après celle que vous avez longuement citée, Johnson. L'étude de Johnson a été datée du 9 décembre; le rapport de faisabilité d'Outremont, le 9 décembre. L'étude de Couture—Saint-Pierre englobe le rapport de faisabilité d'Outremont.

Vous n'avez pas non plus fait état de l'expertise de SNC-Lavalin ou je n'ai pas l'impression que vous l'avez lu. Parce qu'on voit clairement, à la page 32, que les probabilités d'accidents ferroviaires sont très minimes. Quand on parle de trains qui roulent pas plus que 30 km/h, qu'il n'y a pas de traversées routières, qu'il n'y a pas de courbes, quand on compare à l'accident dont vous avez parlé, je pense qu'il n'y a aucune commune mesure dans la façon que ces trains-là circulaient où il y a eu l'accident.

Ensuite de ça, vous occultez carrément le fait qu'il y a des camions dangereux qui peuvent aussi circuler dans le centre-ville. Et on a eu le maire de l'arrondissement de Ville-Marie, ce matin, venir nous dire qu'on devrait tout détourner ces camions dangereux vers une artère loin du centre hospitalier, j'imagine loin des autres hôpitaux aussi. J'ai hâte de voir les voisins de cette artère-là qu'est-ce qu'ils vont venir nous dire quand on va concentrer tous les camions dangereux sur cette

artère-là. Puis j'ai hâte de voir aussi comment on va faire ça, comment on va mettre en opération cette façon de faire.

Par contre, vous nous avez parlé d'un sondage, accroché à un sondage omnibus qui se fait, la plupart du temps, à la grandeur du Québec. J'imagine mon voisin, là, dans mon village, à Sainte-Sophie-de-Lévrard, venir se commettre sur la dangerosité du site Acadie-Beaumont ou sur l'accès de l'Hôpital Saint-Luc. Je n'y arrive pas, là. J'espère que ce sondage-là n'a pas été fait à la grandeur du Québec, parce que je n'arrive pas à comprendre, là, comment on peut, de si loin, se prononcer sur ces sujets qui faisaient l'objet de débats émotifs, qui, aujourd'hui, doivent faire l'objet de débats rationnels basés sur des expertises.

Quant à votre accès, on dirait que vous oubliez complètement que, dans le plan qui s'en vient, s'il fallait que l'hôpital soit à Outremont, il y aurait 300 lits encore à Saint-Luc. L'accessibilité à Saint-Luc va demeurer. Il va rester 300 lits quand même dans cette région-là pour les soins de première et deuxième... comme vous le désirez. Et puis que la faculté de médecine ne soit pas là ou ne soit pas à côté, bien, ça fera votre affaire, vous n'en voyez pas la nécessité. Vous aurez l'hôpital, que vous avez besoin, de proximité. Et, si cela n'était pas suffisant, au moins vous avez les transports en commun; vous avez le métro, vous avez les autobus. Pour le reste du Québec, vous le savez, j'en ai fait état ce matin, de chez nous — la fin de semaine, il n'y a pas de CLSC — c'est 80 km, l'hôpital le plus proche. Il n'y a aucun transport en commun chez nous. Donc, j'aimerais vous entendre sur ces... plusieurs aspects.

La Présidente (Mme Legault): M. Dumesnil, on va vous entendre. On va vous entendre, brièvement.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Bon, brièvement. Je pense que c'est une question qui a à peu près 10 volets, là. C'est facile de poser des questions comme ça, mais ce n'est pas facile de tout y répondre.

Il y a une chose, c'est qu'au niveau du sondage ce qui est très important, c'est que, pour avoir parlé à des gens un peu partout à travers le Québec, parce que notre comité provisoire, on a des gens qui nous représentent à travers le Québec, ils nous ont dit: Écoutez, vous avez un problème à Montréal, le CHUM a un problème à Montréal. O.K. On commence à connaître un peu plus qu'est-ce qui se passe. Puis ça, ce n'est pas seulement que de nous. Je pense qu'il y a 500 personnes qui ont répondu au niveau du Québec et 600 personnes au niveau de Montréal. Je pense que, quand on fait un sondage comme celui-là, avec un dossier aussi chaud, aussi connu du public, les gens sont en mesure de fournir une explication. Les questions étaient faciles: accessibilité, les coûts et la sécurité.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup. Merci beaucoup, M. Dumesnil et M. Lefebvre, pour votre riche contribution citoyenne. Je vous souhaite un bon retour à la maison.

● (15 heures) ●

Et j'invite la Table des chefs de département du Centre hospitalier de l'Université de Montréal à prendre place. Merci.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Legault): Alors, bonjour, messieurs. Dr Bélisle, je vous invite à vous identifier pour la sono, présenter les personnes qui vous accompagnent. J'en profite pour vous dire que la commission consacrerait une heure à vous entendre. Vous bénéficiez d'une présentation d'une durée de 20 minutes, et cette présentation sera suivie d'une période d'échange. Alors, je vous cède la parole.

Table des chefs de département du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

M. Bélisle (Serge): Mme la Présidente, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. le ministre délégué au Gouvernement en ligne, membres de la commission parlementaire, mesdames et messieurs.

Je suis Serge Bélisle, médecin-chef du Département d'obstétrique-gynécologie du CHUM et porte-parole de la Table des chefs de département du CHUM pour cet exercice de consultation. Je suis accompagné, ce jour, par mes collègues le Dr Jean-Marie Paquin, chef du Service de chirurgie du CHUM, et par mon collègue le Dr François Lessard, chef du Département de biochimie du CHUM. En mon nom personnel et au nom de tous mes collègues, je vous remercie de nous avoir invités à cette commission.

La Table des chefs de département regroupe 15 médecins, un dentiste et une pharmacienne, qui dirigent l'ensemble des départements cliniques du CHUM. Elle est présidée par le directeur des services professionnels. Cette table reçoit des invités permanents, notamment les directeurs des principales divisions cliniques, les directeurs de l'enseignement et de la recherche, le directeur général adjoint ainsi que le directeur général. Y siège aussi d'office le président du comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CHUM.

La Table des chefs de département est un comité consultatif auprès de la direction générale du CHUM. Par l'entremise du directeur des services professionnels, elle est invitée à se prononcer sur des dossiers portant sur les quatre volets de la mission du CHUM — soit les soins, l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé — ainsi que sur la promotion de la santé.

Le Centre hospitalier universitaire de Montréal est le fruit de la fusion entre l'Hôtel-Dieu de Montréal, l'Hôpital Notre-Dame et l'Hôpital Saint-Luc, le 1er octobre 1996, sous la gouverne de Jean Rochon, alors ministre de la Santé et des Services sociaux. Le 25 janvier 2000, la nouvelle titulaire du ministère, Mme Pauline Marois, ici présente, annonçait que le CHUM occuperait un immeuble neuf sur un nouveau site unique. Dès cet instant, le corps médical et la Table des chefs de département ont amorcé leur réflexion sur la relocalisation du CHUM, que la Société d'implantation du CHUM avait pour mandat de réaliser en 2006: 2-0-0-6. L'essentiel de la réflexion consistait à se projeter dans l'avenir. Cet exercice avait pour but de concevoir un centre universitaire de santé à vocation nationale et internationale, axé principalement sur les soins spécialisés et ultraspecialisés ainsi que sur l'enseignement

et la recherche qui en découlent. Il s'avère important de préciser que cette démarche excluait au départ tout choix d'un emplacement spécifique, l'objectif étant de mettre l'accent sur le projet d'un centre de santé.

Parallèlement à cette démarche et en cours d'évolution de nos travaux, la Société d'implantation du CHUM publiait son plan directeur du CHUM au 6000 Saint-Denis, après avoir consulté quelque 1 200 personnes, soit près de 900 professionnels et employés du CHUM, majoritairement des cliniciens, de même que les partenaires des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation, ainsi que des conseillers spécialisés. Toutes ces personnes ont participé aux travaux de l'un ou l'autre des 65 groupes multidisciplinaires répartis par domaines et par fonctions d'intervention. C'est dire qu'il y avait là un projet rassembleur sur un nouveau site, ce qui permettrait au CHUM de réaliser pleinement sa mission et de maximiser son rayonnement.

À la suite des élections, le nouveau gouvernement a demandé à la commission Mulroney-Johnson d'étudier le dossier des centres hospitaliers universitaires. Le CHUM a alors adapté son plan directeur clinique aux besoins du 1000 Saint-Denis, dans un document intitulé *Proposition CHUM 2010*. Ce plan décrit essentiellement la volumétrie de soins et de recherche, le parc d'équipements, les infrastructures pédagogiques et tout le soutien technique requis pour l'actualisation du nouveau CHUM dès 2010, incluant les ressources informatiques. Conçu pour la desserte du centre-ville, ce plan n'est pas forcément exportable sur un autre site.

Le CHUM est actuellement dispersé sur trois sites. Un plan de transition est en cours dans le but de concentrer les activités cliniques. Toutefois, la logistique oblige souvent le CHUM à maintenir les mêmes activités dans deux hôpitaux, voire les trois, ce qui contribue à augmenter les coûts et à réduire l'efficacité.

Quelque 1 000 médecins, dentistes et pharmaciens exercent au CHUM, dont la très grande majorité détient un titre ou un poste à l'Université de Montréal. La mission clinique du CHUM s'avère prépondérante dans le réseau de la faculté de l'Université de Montréal, si bien que le CHUM est parfois désigné comme son vaisseau amiral, car plus de 500 000 patients y sont traités annuellement, plus de 40 000 chirurgies majeures et mineures y sont pratiquées tous les ans, il y a 115 000 visites par année à l'urgence et 110 personnes arrivent quotidiennement par ambulance au CHUM. Les divers organismes qui accréditent la mission hospitalière des établissements canadiens reconnaissent le très haut niveau de qualité des soins de première, deuxième, troisième et de quatrième ligne qui y sont dispensés.

Pour la gouverne des membres de cette commission, j'explique brièvement les niveaux de services.

Les services de niveau 1 nécessitent une infrastructure de base et une technologie répandue. Ils sont normalement effectués dans tous les centres hospitaliers offrant des services généraux et spécialisés, et dans certains centres de santé. Ils sont accessibles au niveau local.

Les services de niveau 2 sont des services qui, compte tenu des volumes de clientèles afférentes, doivent être regroupés pour justifier une structure hospitalière spécialisée. Ils ne requièrent cependant pas d'équipements complexes. Ces services nécessitent une gamme élargie de spécialités médicales, de professionnels cliniques et de techniciens. Ils sont accessibles au niveau régional.

Le niveau 3 regroupe les services tertiaires et quaternaires. Ce sont des services ultraspecialisés dont la rareté du besoin nécessite une planification supra-régionale. Ils se retrouvent dans un nombre restreint de régions et nécessitent généralement des installations physiques complexes, des équipements sophistiqués à la fine pointe de la technologie ainsi que des équipes médicales et professionnelles hautement spécialisées. Ces services sont accessibles au niveau suprarégional. Les établissements qui offrent ces services contribuent activement à l'enseignement et à la recherche.

Les lits de niveau 1 et 2 comptent pour 75 % au CHUM. Les lits pour soins tertiaires et quaternaires représentent donc 25 %, une proportion tout à fait comparable à celle des autres centres hospitaliers universitaires. Pourquoi faut-il malgré tout que le CHUM compte 700 lits universitaires? Afin de réunir la masse critique pour répondre aux besoins des étudiants dans toutes les disciplines. Plus de 40 % des étudiants inscrits à la Faculté de médecine passent par le CHUM. Pour une septième année consécutive, nos étudiants se sont classés au premier rang des 16 facultés de médecine au Canada lors de l'examen d'accès à la profession, comme quoi le niveau de qualité de la formation donnée au CHUM est déjà une réalité.

● (15 h 10) ●

À l'heure actuelle, l'ensemble de la recherche biomédicale est pratiquée à l'extérieur du campus de l'Université de Montréal, et principalement dans les centres et institutions qui composent son réseau. Voilà d'ailleurs une des raisons pourquoi les centres hospitaliers universitaires doivent compter une plus grande proposition de lits de niveau 1 et 2, car c'est avec cette clientèle qu'on peut effectuer de la recherche clinique. Le Centre de recherche du CHUM compte, aujourd'hui, 330 chercheurs, ce qui en fait un des plus importants au Canada. Ses fonds de recherche s'élèvent à plus de 45 millions de dollars annualisés. Plus de 1 000 personnes y travaillent, dont quelque 400 étudiants qui préparent un mémoire de maîtrise ou une thèse de doctorat ou qui complètent leur formation postdoctorale. De fait, le Centre de recherche du CHUM rassemble près de 50 % des activités de recherche dévolues à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et qui sont subventionnées par les organismes dotés d'une structure d'évaluation par des comités de pairs à l'échelle provinciale ainsi que sur les scènes nationale et internationale.

Au cours de leurs délibérations sur le CHUM 2010, les chefs de département ont constaté que certaines conditions étaient essentielles au succès de l'entreprise. Ainsi, l'établissement doit être doté d'un plan de pratique stimulant et motivant pour les médecins et professeurs qui en feront partie. Afin de maximiser la synergie hospitalière avec l'université qui en découle, il est indispensable de concentrer dans un seul et même

endroit une masse critique de lits, d'espaces, d'équipements, d'infrastructures techniques et méthodologiques ainsi que de laboratoires de recherche et d'enseignement. Ces prérequis sont très bien décrits dans le plan directeur clinique du CHUM 2010.

Une autre condition incontournable est la réalisation du Centre universitaire de santé en une seule étape, ce qui exclut tout projet en construction morcelé. Par conséquent, advenant la création d'un centre du savoir et de la santé, les facultés de sciences de la santé rattachées au CHUM, et tout particulièrement la Faculté de médecine, devraient être fonctionnelles en même temps que le centre hospitalier pour que toute la synergie proposée soit opérante, qu'il s'agisse du partage de bureaux, de salles de cours, des espaces pédagogiques et de recherche communs, de l'informatisation, de la bibliothèque des sciences de la santé et des équipements de recherche.

À la lumière de cette mise en contexte, la Table des chefs de département a convenu d'une proposition sur le devenir du CHUM 2010 à laquelle ont adhéré unanimement les chefs de département ainsi que les directeurs de l'enseignement et de la recherche. Cette proposition, jointe au présent mémoire, a été transmise à plusieurs reprises au ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, à deux reprises au premier ministre, Jean Charest, ainsi que verbalement et par écrit à la commission Johnson-Villeneuve.

Dans sa proposition, la Table des chefs de département insiste sur le contenu d'un centre hospitalier universitaire. Elle prend en compte le plan directeur déposé en décembre 2003, les divers volets de la mission du CHUM et les prérequis mentionnés plus tôt qui conditionnent le succès de cette entreprise.

La position se résume comme suit:

« Prenant acte de la décision gouvernementale de doter la population du Québec et de Montréal d'un centre universitaire de santé francophone à vocation nationale et internationale, les chefs de département souscrivent avec enthousiasme à ce projet et souhaitent appeler les principales caractéristiques incontournables qui représentent un prérequis de succès à une telle entreprise:

« 1° que le nouveau CHUM soit situé sur un seul et unique site;

« 2° que ce nouveau CHUM représente un hôpital complet pour adultes, avec toutes les spécialités requises et présentement retrouvées dans chacun de nos trois hôpitaux existants;

« 3° que ce nouveau CHUM regroupe un minimum de 700 lits nécessaires à la mission universitaire telle que définie par notre Faculté de médecine, en plus de la volumétrie et du parc d'équipements décrits dans le document *Proposition CHUM 2010* déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux;

« 4° que ce nouveau CHUM soit opérationnel en 2010 sans égard au site retenu. »

La proposition continue comme suit: « La Table des chefs de département reconnaît aussi que l'ajout des facultés des sciences de la santé à ce projet hospitalo-universitaire représente un atout majeur pour maximiser la mission universitaire du CHUM et son rayonnement. Cependant, l'élaboration de ce centre du savoir et de la santé ne devra en aucun cas compromettre les

quatre prérequis incontournables mentionnés plus tôt et qui constituent l'essence même du projet. » Fin de la proposition.

Si le site Outremont devrait être retenu, les clientèles de la psychiatrie, de la toxicomanie et de l'obstétrique devraient à notre avis rester au centre-ville. Voici pourquoi. Les taux d'incidence de toxicomanie et les cas de psychiatrie sont beaucoup plus élevés dans le centre-ville que la moyenne québécoise. Les services hospitaliers et ambulatoires pour cette clientèle sont à proximité et doivent le demeurer, car le regroupement facilite la mise en place et le suivi des groupes de thérapie, qui ont généralement une composition mixte: clientèle ambulatoire et hospitalisée. L'unité d'hospitalisation reçoit non seulement les patients en désintoxication, mais aussi les toxicomanes hospitalisés pour d'autres pathologies.

Quant à l'obstétrique, étant moi-même médecin chef du Département d'obstétrique-gynécologie du CHUM, je peux me permettre de vous préciser que les volumes en obstétrique projetés dans le plan directeur sont maintenant actualisés et que le nombre de 2 500 accouchements par année a été atteint, voire même dépassé. Dans une logique de mission de proximité, le Centre mère-enfant devrait rester au centre-ville, près de sa région de desserte, prenant en considération le fait que le secteur Outremont est déjà très bien servi par les hôpitaux Sainte-Justine, St. Mary's et Général juif, où s'effectuent déjà plus de 50 % des accouchements sur l'île de Montréal.

Ces clientèles présentant des profils particuliers, elles ont requis une méthodologie distincte dans la confection du plan directeur clinique du CHUM 2010. Si elles devaient être retranchées du Centre hospitalier universitaire à Outremont, il faudrait revoir le plan directeur clinique, avec tous les délais que cette démarche de consultation implique, ce qui, de l'avis de la Table des chefs de département, compromettrait l'ouverture du CHUM en 2010. En outre, l'absence de ces spécialités ferait en sorte que le nouveau CHUM ne constituerait plus un hôpital de soins complets pour adultes offrant toutes les spécialités requises telles qu'on les trouve actuellement dans nos hôpitaux.

Par ailleurs, comme l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal estime que 450 lits doivent rester à l'hôpital des soins généraux du centre-ville, la Table des chefs de département s'inquiète de voir compromettre le nombre de 700 lits au Centre hospitalier universitaire s'il n'était pas situé au 1000 Saint-Denis. Ceci pourrait même se traduire par la constitution d'un CHUM à deux unités.

Si la Table des chefs de département n'a pas officiellement pris position en faveur d'un site spécifique, il est certain que les chefs de départements du CHUM, Mme la Présidente, ne se rallieront au projet retenu qu'à la condition expresse qu'il tienne compte des prérequis de succès énumérés dans notre proposition.

Ils insistent sur le fait que l'absence de décision et de projet structurant constitue une entrave importante à l'accomplissement de notre mission, au recrutement et à la rétention de notre corps médical et professoral ainsi qu'à la compétitivité de notre Centre de recherche sur le plan national et sur la scène internationale. L'urgence

d'une décision cohérente ne fait aucun doute dans leur esprit. Ils attendent avec impatience la concrétisation du CHUM, qu'ils souhaitent toujours pour 2010.

Je vous remercie encore une fois de nous avoir invités à nous exprimer, et nous accueillerons avec plaisir vos questions et commentaires.

La Présidente (Mme Legault): Dr. Bélisle, je vous remercie beaucoup. Je cède maintenant la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Merci, messieurs, pour votre présentation. Plusieurs points doivent être abordés dans notre échange. D'abord, la question des délais. Je pense que vous avez épilé le chiffre 2006 parce que c'est l'année où devait ouvrir le CHUM à l'époque. On rappellera qu'encore une fois... Puis je note que certains membres de l'opposition trépignent d'allégresse dès qu'il est question du site du 6000 Saint-Denis, mais il n'y a jamais eu d'annonce confirmant, comme vous le savez, la construction de ce projet-là, ce qui fait qu'on est au point où on est actuellement. On a annoncé un site...

Des voix: ...

M. Couillard: On a annoncé un site, mais on n'a jamais annoncé... Je les mets au défi, Mme la Présidente, de nous produire une évidence de l'autorisation de construction du CHUM au 6000 Saint-Denis, autorisation concrète de construction.

● (15 h 20) ●

Maintenant, les délais, revenons aux délais. Je pense que ça vous préoccupe beaucoup. Quels seraient les impacts de délais, disons, de deux ou trois ans? On a entendu, ce matin, qu'il y a des démarches pour changer le plan de l'urbanisme de la ville de Montréal, qu'il pourrait y avoir également, hier on l'a vu, des démarches de consultation au BAPE pour les détournements de voies ferrées. Dans l'éventualité où on se retrouverait avec un déphasage de deux ou trois ans entre les deux projets, celui de McGill et celui de l'Université de Montréal, quels seraient les impacts en termes de mobilisation, de motivation et peut-être de recrutement pour votre corps médical?

La Présidente (Mme Legault): M. Bélisle.

M. Bélisle (Serge): Merci. Alors, écoutez, j'ai cité les grands succès du CHUM au point de vue soins, enseignement et recherche, mais j'ai aussi mentionné que présentement la situation était loin de pouvoir nous permettre de fonctionner avec efficacité, puisqu'on doit maintenir une duplication et une triplification.

Au cours des délais qu'on a encourus dans les dernières années, force est de constater qu'on a aussi perdu beaucoup de médecins, on a aussi été dans des grandes difficultés de recruter des cliniciens et des chercheurs prometteurs, et que ça s'est traduit par une démotivation très importante des troupes au niveau de l'équipe soignante.

Finalement, dans le plan directeur du CHUM, il est prévu aussi de se mettre au diapason du XXI^e siècle au point de vue soins, enseignement et recherche.

Présentement, nos facilités ne nous permettent pas de traiter d'une façon maximale et idéale les patientes dans un contexte... — je dis «patientes», je m'excuse, je suis gynécologue-obstétricien — les patients du CHUM dans un contexte de médecine de soins ambulatoires qui est présentement la norme en l'an 2001. Il y a aussi des améliorations importantes qui doivent être apportées au niveau du bloc opératoire, ce qui entrave actuellement notre capacité de livrer la marchandise au niveau de ce centre-là.

M. Paquin (Jean-Marie): Vous permettez? Tout simplement rajouter que...

La Présidente (Mme Legault): Dr Paquin.

M. Paquin (Jean-Marie): Pardon?

La Présidente (Mme Legault): Allez-y.

M. Paquin (Jean-Marie): J'aimerais rajouter que... puis renforcer ça. Travailler sur trois sites, c'est tout à fait difficile. C'est difficile de traiter les patients adéquatement, de maintenir trois services du même genre avec les limitations que l'on a tant au point de vue de nombre de médecins qu'on peut recruter et de la difficulté de voyager d'un site à l'autre. C'est une chose. Ça coûte énormément cher de maintenir tout ça.

Et aussi on travaille dans des conditions, dans des... Si vous avez visité nos hôpitaux, ils ne datent pas d'hier. Et je pense que, de plus en plus, avec les contaminations, tout ce qu'on peut faire en infections, ça presse qu'on ait des patients dans des chambres seules et non pas dans des chambres à deux, à trois ou à quatre, comme on a encore actuellement. Alors, c'est peut-être un autre élément en faveur que, oui, ça presse qu'on aille plus vite. Ça, je pense que...

La Présidente (Mme Legault): Merci. M. le ministre.

M. Couillard: D'ailleurs, je me souviens, j'étais à Sherbrooke surtout entre 1996 et 2003, mais, entre 2000 et 2003, on avait recruté, je dois le confesser, plusieurs membres du corps médical du CHUM qui avaient conclu qu'il n'y avait pas de volonté politique réelle de réaliser le CHUM à l'époque et qui se cherchaient d'autres horizons.

Mais venons-en maintenant à la question de la coexistence des...

Des voix: ...

M. Couillard: On va leur demander. Venons-en à la coexistence des facultés...

Une voix: Pardon?

M. Couillard: De la coexistence de la faculté et de l'hôpital. Je voudrais réconcilier deux parties de votre mémoire. D'un côté, vous nous dites: Il faudrait que ce soit construit en même temps, mais, de l'autre côté, vous dites, dans vos principes fondamentaux, que la question de la faculté ne devrait en aucun cas compromettre les

quatre éléments essentiels du centre hospitalier. J'ai de la difficulté à concilier les deux.

Ce que je crois comprendre, et vous allez me le confirmer si c'est le cas, c'est que vous voulez avant tout que l'hôpital universitaire et son centre de recherche soient construits le plus rapidement possible au meilleur site, et éventuellement la Faculté de médecine peut y être greffée mais que ce n'est pas une condition sine qua non. Est-ce que je comprends bien ce que vous...

M. Bélisle (Serge): Vous avez très bien saisi l'essence de la proposition de la Table des chefs. Pour nous, la priorisation incontournable pour la mission de soins, d'enseignement et de recherche, c'est le centre hospitalier universitaire tel que décrit dans le document CHUM 2010. C'est sûr, nous sommes tous des professeurs d'université, et c'est sûr que la technopole du savoir vient rajouter. Mais, si vous nous demandez de choisir entre une technopole et un centre hospitalier universitaire réduit et retardé, versus un centre hospitalier universitaire pleinement fonctionnel, nous optons pour la solution que vous avez décrite.

M. Couillard: Une chose qui préoccupe tout le monde maintenant, vous au premier chef comme directeur de département, c'est la capacité qu'aura l'institution de rallier autour du projet une fois qu'il sera annoncé. Et je dois dire qu'il y a des signes, de ce côté-là, qui nous inquiètent un peu, et on espère donc que ce mouvement de motivation et de concertation pourra se faire. Et vous serez certainement les leaders de l'institution qui seront appelés à faire ça.

On ne cachera pas qu'il y a un membre de votre table qui a dit, de façon très explicite, qu'il s'attendait à ce que de nombreux médecins quittent le CHUM si le site Outremont n'était pas choisi. Est-ce que c'est une position de la Table des chefs de département et comment vous interprétez ça en fonction de la nécessité de se rallier après à la décision?

M. Bélisle (Serge): Merci. Alors, écoutez, le membre de notre Table des chefs qui a été cité dans cette affirmation nous a dit, à la table des chefs, qu'il avait été cité hors contexte. Il l'a certainement fait à titre individuel et non pas comme chef de département.

Je peux vous dire qu'effectivement, avec l'apparition du technopôle de la santé et du savoir, le ralliement des troupes qui existait avant, lorsque la commission Mulroney-Johnson a déposé son rapport, s'est dissipé, et il y a eu effectivement de l'enflure verbale de part et d'autre. Et on en est réduit maintenant à un centre élitiste à Outremont et à un centre d'itinérants au centre-ville.

Je pense que vous connaissez très bien les médecins, Dr Couillard, nous sommes des alcooliques du travail; présentez-nous un projet hospitalier académique avec des soins, de l'enseignement et de la recherche du XXI^e siècle, et nous allons nous rallier, la Table des chefs vous le promet.

M. Couillard: C'est une bonne nouvelle, Mme la Présidente. Aspect de la desserte, maintenant. Parce que vous êtes vous-même obstétricien et, lorsqu'on illustre les problèmes de desserte, en général les trois secteurs

que l'on prend pour exemple sont exactement les trois secteurs que vous avez cités, c'est-à-dire l'obstétrique, avec déjà trois maternités majeures dans la région d'Outremont, la psychiatrie et la toxicomanie, dont les activités, pour répondre aux besoins de la population, doivent être près de la clientèle qui présente ces problèmes-là. Mais je suis certain que vous voulez également que l'obstétrique, la psychiatrie, la toxicomanie demeurent universitaires, qu'elles ne deviennent pas non universitaires.

Or, dans le scénario Outremont de 700 lits, il est prévu que le site complémentaire du centre-ville n'est pas universitaire. Ça devient un hôpital de style communautaire ou général. Donc, je me demande comment réconcilier ça. Et, comme je disais, ce matin, avec le P.D.G. de l'agence, il me semble que, si on veut concilier tout ça, la façon de faire, c'est de conserver l'obstétrique, la psychiatrie et la toxicomanie au centre-ville, de conserver leur caractère universitaire également, parce que, dans ces disciplines, vous le savez très bien, il existe également des niveaux de spécialisation qui ont un statut universitaire. Donc, comment est-ce qu'on concilie ça? Il me semble que ce n'est pas possible de réconcilier les deux.

M. Bélisle (Serge): Vous avez décrit la quadrature du cercle dans lequel on vit, au niveau de la table des chefs. Effectivement, M. le doyen nous a affirmé, lorsqu'il nous a présenté le technopôle de la santé et du savoir, qu'il y aura un CHU, 700 lits adultes, complet au site Outremont, et à ma question il a même spécifié, en assemblée facultaire: incluant l'obstétrique. Certains de mes collègues se sont ralliés à cette assurance-là et ont signé leurs noms dans des journaux. La majorité d'entre nous partageons votre scepticisme et ne voyons pas comment, pour des raisons de proximité de services et pour des raisons de maintien de soins de niveau 2 ou 3, on pourrait réaliser ça au site d'Outremont.

Je ne voudrais pas laisser l'esprit que la toxicomanie, la psychiatrie et l'obstétrique sont des spécialités réductrices. Par exemple, dans le réseau de l'Université de Montréal, le seul CHU adulte qui existe et qui a de l'obstétrique, c'est le CHUM. L'Hôpital Sainte-Justine a un gros bassin de desserte obstétricale, mais c'est un hôpital pédiatrique, sans médecine adulte, sans soins intensifs, et ils ne sont pas habilités à traiter la grossesse à risque élevé basée sur des complications maternelles. Je m'explique. Une femme enceinte qui est insuffisante rénale et qui a besoin de se faire hémodialyser, elle n'a pas les soins requis à Sainte-Justine, elle les a au CHUM. C'est notre mission dans le réseau.

Deuxièmement, la toxicomanie n'est pas nécessairement quelque chose de réducteur. Il faut comprendre que l'enseignement et la recherche rehaussent les soins, de la même façon que les soins alimentent l'enseignement et la recherche. Si Saint-Luc a une renommée internationale au niveau des maladies hépatiques, c'est précisément parce que la clientèle de désintox est au centre-ville et a permis l'élaboration de protocoles de soins, d'enseignement et de recherche qui ont généré une mission qui est maintenant une mission de niveau suprarégional. Ce n'est pas un centre de désintoxication local, là, le CHUM. Et on pourrait faire le même exemple à tous les niveaux.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup. Je cède maintenant la parole à Mme la porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et de condition des aînés. Madame.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente. Alors, bienvenue, Dr Bélisle, Drs Paquin et Lessard. Merci de cette expertise que vous nous apportez cet après-midi.

● (15 h 30) ●

Vous comprenez que, pour plusieurs... pour nous tous, là, du côté de l'opposition officielle, et en particulier pour ma collègue de Taillon et mon collègue de Guin, votre mémoire est de la musique à nos oreilles, puisque dans le fond ce que vous nous dites, c'est que les huit années qui ont précédé cette commission n'ont pas été perdues depuis la décision de Jean Rochon d'annoncer la mise en place d'un CHUM francophone à Montréal. Et, pour paraphraser Jacques Brel, le CHUM est vivant et il enregistre des succès importants. Vous nous en avez mentionné quelques-uns dans votre mémoire, notamment le classement des étudiants au premier rang des 16 facultés de médecine au Canada. Évidemment, c'est tout le réseau affilié qui en a la fierté, mais le CHUM en est certainement un élément névralgique important.

C'est la première fois depuis le début de nos travaux qu'on a un peu de différends sur des questions qui sont, si vous voulez, de nature plus politique que médicale. Il est bien évident qu'à plusieurs reprises le ministre a fait valoir que les 10 dernières années avaient été perdues, alors qu'on comprend bien, à la lecture de votre mémoire, qu'elles ont été mises à profit pour consulter, vous dites, 1 200 personnes, dont 900 professionnels et employés du CHUM, des cliniciens, d'autres partenaires des réseaux de santé, de l'éducation, des services sociaux, des conseillers spécialisés.

Et, Mme la Présidente, si vous me permettez, je voudrais déposer, pour les fins pédagogiques de la compréhension en fait de tous les membres de cette commission, y compris du ministre, la fiche technique qui avait été préparée par le ministère et en fait par des gens qui sont les mêmes, qui l'entourent présentement et qui vont lui décrire toutes les étapes qui auront permis, au plan fonctionnel et technique et au plan clinique, n'est-ce pas, d'être prêts en avril 2002 et ensuite qui vont lui décrire le décret gouvernemental concernant un mandat donné au Contrôleur des finances, en rappelant qu'à l'origine le projet déposé était de 1,8 milliard — ça, c'était le projet déposé en décembre 2002 — et qu'en février 2003 ce projet avait été réduit à 1,6 milliard. Et là je comprends que la communauté médicale universitaire s'est entendue pour réduire à nouveau, mais vous considérez que, là, c'est un plancher duquel on ne peut plus modifier. Est-ce que c'est bien ça qu'on doit comprendre?

M. Bélisle (Serge): Vous avez raison, Mme Harel, effectivement c'est un plancher, et, en deçà de ça, en deçà de ce plancher-là, la mission de soins pour notre clientèle, la mission d'enseignement et de recherche seront compromises.

Mme Harel: Alors, la grande question est évidemment de savoir à partir de ces prérequis que vous

décrivez, et prérequis qui, je pense, ne sont pas simplement quatre mais cinq puisque vous ajoutez à ces quatre prérequis le fait que l'obstétrique, la toxicomanie et la psychiatrie doivent rester dans le centre-ville... Est-ce que pour vous c'est un prérequis?

M. Bélisle (Serge): Ce n'est pas le prérequis de la Table des chefs, j'ai bien souligné que cette affirmation-là découlait de la proposition qui était, à ce moment-là, terminée. C'est une réflexion qui nous amène un peu à alimenter le fait qu'on voit difficilement comment on pourra réaliser ailleurs qu'au 1000 Saint-Denis les quatre prérequis de la Table des chefs. Mais je dois vous dire que le mandat qui m'est donné, c'est de vous signifier que la Table des chefs va se rallier à un projet CHU universitaire à Outremont ou à un technopôle du savoir et de la santé au 1000 Saint-Denis en autant que les quatre prérequis ci-haut mentionnés sont respectés.

Mme Harel: Je comprends donc que, dans les prérequis qui ont fait consensus parmi vous, il n'y a pas ce technopôle de la santé et du savoir.

M. Bélisle (Serge): Le technopôle de la santé et du savoir, comme Table des chefs, nous n'y avons fait aucune contribution intellectuelle. Nous avons été invités à une présentation par M. le recteur, suivi par M. le doyen Rouleau, en novembre 2004, donc hier, où on nous a présenté un projet à prendre ou à laisser. C'était un projet qui regrouperait au centre Outremont, en 2010, un hôpital adulte de 700 lits avec toutes les spécialités, un centre de recherche opérationnel et une faculté de médecine en place. On nous a aussi dit que c'était à prendre ou à laisser, puisque l'université et la faculté ne suivraient pas le CHU si le CHU était situé dans un autre site. On nous a aussi présenté, à la Table des chefs, des données, des faits, des mémoires à l'effet que le technopôle du savoir et de la santé était réalisable sur des sites autres que celui d'Outremont.

Mme Harel: Dr Bélisle, est-ce que la réflexion que vous avez poursuivie et qui vous amène à recommander que la psychiatrie, la toxicomanie et l'obstétrique restent à l'hôpital du centre-ville s'il advient que le site d'Outremont soit retenu, est-ce que votre réflexion a également porté sur les traitements en radio-oncologie? Qu'arrive-t-il, là, pour les patients de radio-oncologie — je parle évidemment surtout du centre et de l'est de Montréal — qui ont des traitements réguliers, quotidiens, parfois hebdomadaires à suivre et qui auront à se déplacer à bonne distance de leur domicile?

M. Bélisle (Serge): Évidemment, ça fait partie des réflexions, des discussions qu'on a eues entre nous et qui nous amènent à craindre que, pour des raisons pragmatiques de budget, de proximité de clientèle, de mission de soins, on aboutisse sur un CHU vraiment à deux sites. Par exemple, on pourrait concevoir qu'une situation financière imprévue empêche l'investissement promis de 800 millions et qu'on se rabatte sur l'argument de dire: Bien, on vient de rénover la radio-onco à Notre-Dame, pourquoi ne pas la laisser là? Bien, si on laisse la radio-onco à Notre-Dame, il faut laisser l'hémato-onco

qui suit avec ça et toutes les spécialités médicales et chirurgicales qui en dépendent, incluant les soins palliatifs. Et là tous les scénarios sont possibles où on a un éclatement complet du CHUM, 700 lits, site unique, fonctionnel en 2010 et opérationnel avec un centre de recherche, parce que tout ça va nécessiter une réévaluation complète du plan clinique qui, je le répète, a été basé sur une desserte de clientèle centre-ville.

Mme Harel: Je vous remercie.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Alors, je cède maintenant la parole au député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, Mme la Présidente. Et merci à vous, Dr Bélisle, Dr Paquin, Dr Lessard, de nous informer aujourd'hui. Je voudrais juste continuer sur ce qu'on vient de mentionner. Vous avez parlé de la radio-oncologie à Notre-Dame, et je pense en tout cas que c'est un fleuron, là, de Québec qui a été développé beaucoup par le Dr Audet-Lapointe il y a quelques années, et je voudrais savoir qu'est-ce qui va arriver de ça. Il y a eu des investissements qui sont majeurs, alors, là, on met la clé là-dedans? Qu'est-ce qui va arriver de l'Hôpital Notre-Dame? Est-ce que les médecins sont bien au courant que l'Hôpital Notre-Dame n'existera plus et va devenir un hôpital — dans ce qu'on nous a dit en tout cas — un hôpital communautaire qui va desservir les gens, là, la première ligne, avec une salle d'urgence, et que l'Hôtel-Dieu, l'Hôtel-Dieu, qui a rendu des services depuis la fondation de la ville de Montréal, en bien, n'aurait plus aucune vocation hospitalière? L'Hôtel-Dieu, à ce qu'on nous dit, deviendrait un lieu de bureaux pour la santé publique ou certaines organisations paramédicales. Alors, j'aimerais vous entendre sur est-ce que vos médecins sont bien au courant de ces hypothèses-là et quelle est leur réaction.

M. Bélisle (Serge): Je vais répondre et je pense que mes collègues pourront rajouter. Écoutez, c'est bien évident que chacun des trois hôpitaux qui constituent présentement le CHUM a une histoire et une contribution majeure dans l'évolution de la médecine au Québec et même en Amérique du Nord, et on ne peut pas renier ça.

Pour ce qui est du centre, hôpital résiduel, nos discussions, nos réflexions nous amènent à penser que cet hôpital-là ne devrait pas avoir une mission académique pointue, ne devrait pas dépendre du conseil d'administration du CHUM, devrait avoir son propre budget, son propre conseil d'administration et répondre à une mission de desserte prédéfinie par l'agence de développement.

Les questions que vous soulevez, le devenir de l'Hôtel-Dieu, le devenir des institutions, des bâtiments, écoutez, ce n'est pas tout à fait de notre ressort, même si on est au courant comme vous qu'il y a des scénarios qui sont étudiés, qu'il y a de la réutilisation de bâtiments qui peut être faite, il y a de la vente de bâtiments. Mais, moi, je ne suis pas capable d'aller plus loin que ça. Je ne sais pas si mes collègues ont des idées...

● (15 h 40) ●

M. Paquin (Jean-Marie): Bien, tant qu'on va rester dans l'incertitude, c'est bien évident que tout le

monde va essayer de défendre un peu ce qu'on a fait depuis le début parce qu'il n'y a rien de sécurisant, là. On n'a jamais eu de projet pour nous rassembler, pour nous dire: C'est là qu'on s'en va. Ce qu'on demande, c'est un projet, un projet qui comprend toutes les conditions qu'on a mises là, et là on va y aller, et ça ne fera pas problème. Je pense qu'au moment où on va sentir que nos patients vont être bien traités dans un environnement idéal je pense qu'on ne pensera plus à nos vieilles bâtisses.

M. Lessard (François): Ce que vous déplorez est la résultante de la mission que nous avons eue, en 1996, de faire fonctionner trois centres hospitaliers complets et totalement autonomes, de les fusionner et d'essayer d'amener ce centre hospitalier là à un site unique. C'est évident que, dans cette géographie-là, il y a des secteurs qui doivent disparaître et qui doivent être absorbés. De telle sorte que de parler de l'oncologie à Notre-Dame, il ne faut pas en parler comme étant du gaspillage. Il faut bien réaliser qu'entre 1997 et 2010 il y a de plus en plus de cancers, et il a fallu maintenir ce centre-là à la fine pointe de ce que nos patients ont droit. Et viendra un jour où il va falloir prendre une décision. Et cette décision-là, vous allez la prendre, puis, à ce moment-là, on va refaire le casse-tête, et ça va fonctionner.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Une courte minute, M. le ministre délégué au Gouvernement en ligne.

M. Gauthrin: Brièvement. Brièvement, vous êtes bien sûr la Table des chefs de département du CHUM, mais vous êtes aussi des professeurs, j'imagine, soit de cliniques soit plein temps géographique — je ne voudrais pas rentrer dans la distinction ici qui est relativement difficile pour ceux qui ne vont pas jouer dans ces domaines-là — de l'Université de Montréal. Donc, vous êtes des membres de la Faculté de médecine à l'heure actuelle. Et, comme membres de la Faculté de médecine, vous nous confirmez que la Faculté de médecine est étendue un peu partout sur le territoire de Montréal.

M. Bélisle (Serge): Effectivement, nous sommes tous professeurs à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et nous contribuons au succès de notre faculté au point de vue enseignement et recherche que je vous ai décrit ici. Dans le contrat d'engagement entre la Faculté de médecine et l'Université de Montréal, il y a des contrats d'affiliation pour les CHU et les CHA. Notre mission, si je la comprends bien, elle est de 40 % au niveau de la formation des étudiants dans le réseau. Au niveau de la recherche, le partenariat existe, mais le gros de la recherche biomédicale, il est fait dans le réseau, il n'est pas fait à l'Université de Montréal. Avec l'augmentation de la clientèle en médecine étudiante, Dieu merci, ça augmente notre tâche, mais, en termes de proportion, on va quand même rester avec une mission de 40 %. C'est pour ça que nous reconnaissons la valeur ajoutée du technopôle du savoir au CHUM, ici qu'il va être décidé.

M. Gautrin: Et est-ce que vous pouvez — vous me permettez une brève question — vous pouvez poursuivre néanmoins vos activités de recherche fondamentale dans... Je ne sais pas si vous êtes rattachés à Notre-Dame, Hôtel-Dieu ou Saint-Luc, mais y a-t-il des gens de Saint-Luc ici, dans le groupe? Est-ce que...

M. Bélisle (Serge): Nous sommes tous du CHUM, mon cher monsieur.

M. Gautrin: Du CHUM, je sais. Mais, dans le pavillon, est-ce que vous pouvez poursuivre vos activités de recherche sur ces lieux-là?

M. Bélisle (Serge): Oui. Il faut comprendre aussi que la proximité, la synergie, elle est intéressante, il y a des mètres carrés qui ont été identifiés dans tout ça. Mais, aujourd'hui, au XXI^e siècle, en recherche, la recherche se fait beaucoup plus en réseau. Il y a, au Canada, des instituts de recherche en santé qui ont créé 13 réseaux qui fonctionnent en réseau virtuel, de sorte qu'un projet de recherche émane de chercheurs de Montréal, de Vancouver, de Washington et de France.

M. Gautrin: Madame...

La Présidente (Mme Legault): ...

M. Gautrin: Bon. Alors, simplement, ça aurait été intéressant que vous expliquiez justement les réseaux virtuels de recherche.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Alors, je cède maintenant la parole à Mme la députée de Taillon.

Mme Marois: Alors, merci beaucoup, Mme la Présidente. Ça me fait plaisir de vous souhaiter la bienvenue à mon tour à notre commission. Le ministre s'inquiète toujours de nos réactions, du côté de l'opposition, et je veux le rassurer. Vous avez mentionné, en présentant votre mémoire, qu'il y avait eu la consultation de près de 1 200 personnes pour établir le plan directeur du CHUM sur le 6000 Saint-Denis. C'est de ça dont nous nous réjouissons parce que nous savions qu'il y avait eu ces consultations, et le ministre prétendait qu'il n'y avait pas eu de consultations pour le 6000 Saint-Denis et la suite.

Alors, revenons maintenant à ce que vous présentez comme proposition et ce que vous défendez. Moi, je voudrais comprendre de votre part ce que vous entendez par la technopole du savoir, parce qu'on commence à comprendre qu'il y a différentes visions, d'accord, qui nous ont été présentées. Et, ce matin, entre autres, le maire de Montréal est venu en souhaitant qu'évidemment on joigne le savoir et la santé, et avec des résultats sur l'économie, et sur le développement, et sur le progrès de Montréal et du Québec, et le ministre a semblé être un peu réticent au fait qu'on ouvre la possibilité d'implanter une technopole du savoir. Alors, commençons donc par le début, qu'entendez-vous vous-mêmes par ce que vous identifiez comme étant une technopole du savoir?

M. Bélisle (Serge): On a tout simplement repris l'expression «technopole du savoir et de la santé» du

projet déposé par le recteur Lacroix, qui essentiellement implique un centre hospitalier universitaire adulte de 700 lits sur un site unique, avec un centre de recherche opérationnel et certaines facultés de sciences de la santé à proximité géographique. Il est prévu que la Faculté de médecine soit en place et opérationnelle en 2010 avec l'hôpital et le centre de recherche et que les autres facultés soeurs qui se joindraient — je pense qu'il y a trois partenaires — se feraient par étapes. On parle ici d'art dentaire, on parle ici de l'École d'optométrie et on parle des sciences infirmières.

Il est acquis que la Faculté de pharmacie, qui a ses nouveaux locaux sur le campus, ne déménage pas. Il est acquis que l'Institut de recherche en immunologie et en cancer, qui vient d'aménager sur le campus, ne déménage pas. Et il y a aussi d'autres facultés reliées à la santé qui ne déménagent pas. On pense, par exemple, à la psychologie. On pense, par exemple, au volet génie biomédical qui effectue beaucoup de recherches à Polytech conjointement avec la Faculté de médecine. Il y a aussi, à la Faculté des arts et sciences, des départements de sciences fondamentales qui entretiennent beaucoup de collaborations d'enseignement et de recherche avec des départements de sciences fondamentales de la Faculté de médecine, et il n'est pas prévu que ces départements-là déménagent au technopôle du savoir et de la santé.

Mme Marois: Mais vous indiquez dans votre mémoire cependant que cette synergie entre les facultés et l'hôpital universitaire, tant pour le volet enseignement, recherche qu'évaluation des technologies, serait ou pourrait consister en un avantage, mais — et là je veux vous comprendre bien — vous dites: Cependant, on est prêt à renoncer à cet avantage si ça devait prendre trop de temps pour le faire ou si on devait le faire en phases. Est-ce que je me trompe ou je vous comprends bien?

M. Bélisle (Serge): Non. Et je dirais même non seulement si ça retarde ou si ça exige une construction en phases, mais si ça compromet notre mission de CHU à 700 lits qui, pour nous, est le plancher pour desservir notre clientèle de soins, sur lequel nous basons nos besoins en enseignement et en recherche.

Mme Marois: Vous dites dans votre mémoire que vous souhaitez évidemment que ce soit opérationnel en 2010. Je fais une hypothèse. Imaginons que la proposition de technopôle, telle que vous la souhaitez — que ce soit au 1000 Saint-Denis ou près de l'université, là, oublions ça, hein — imaginons que cela serait possible, mais que ça prenne deux ou trois ans de plus, parce que, ce matin, le maire de Montréal nous disait: De toute façon, avec un avant-projet présenté, on a 12 mois, pouvant aller jusqu'à 18 mois avant de procéder aux évaluations, etc., et pour donner à ce moment-là les autorisations pour procéder au développement du projet. Alors, si on vous disait: Vous avez deux ou trois ans de plus à attendre pour que cela se réalise, est-ce que pour vous, à ce moment-là, ça vaudrait la peine, sachant que l'objectif va être atteint cependant et le projet va être réellement réalisé?

M. Bélisle (Serge): Dans le mandat qui m'est donné, je vous répondrai: Un «tiens» vaut mieux que

deux «tu l'auras». Pour nous, le CHU et sa réalisation opérationnelle en 2010 avec le centre pédagogique et le centre de recherche, il est primordial. Nous avons perdu beaucoup d'effectifs, nous voulons connaître ce CHU comme médecins, comme professeurs et non pas comme patients.

Mme Marois: S'il y en a une qui était convaincue de cela, c'est bien moi, et vous savez bien que j'ai tenté, avec tous les moyens dont je disposais, d'y arriver dans les temps prévus.

● (15 h 50) ●

Revenons sur la question des réseaux de recherche et de la multidisciplinarité. Certains des intervenants qui sont venus ici nous ont dit: Il y a vraiment une plus-value très significative au fait qu'on travaille en réseau mais incluant évidemment autant des sciences qui sont peut-être davantage fondamentales, que ce soit lié à l'informatique, bioinformatique, que ce soit lié à la biologie, etc., et donc que le rapprochement de l'hôpital et des autres facultés liées à la santé amène vraiment une plus-value dans le sens d'une amélioration de la recherche et du développement et de la rétention non seulement des médecins spécialistes, mais aussi des chercheurs. J'aimerais vous entendre sur cette perspective-là.

M. Bélisle (Serge): Moi, j'ai débuté ma carrière à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke où existait ce concept de faculté de médecine intégrée à un hôpital universitaire. Maintenant, ils ont deux CHU, mais leur vaisseau amiral est quand même le CHUS et la Faculté de médecine. Il n'y a aucun doute que la synergie, que la proximité d'une faculté de médecine, avec la recherche clinique et fondamentale que ça engendre, potentialisent énormément les soins qui sont dispensés dans un hôpital universitaire. Et c'est vrai, sauf que présentement, en 2001, le réseautage exige moins de proximité géographique et beaucoup plus de réseautage en réseau. Les techniques de l'information, la technologie informatique, la multiplicité des vidéo-conférences font en sorte qu'on peut travailler en groupe tout en étant géographiquement séparés et isolés.

Si vous me posez la question: Est-ce que la Faculté de médecine au CHU 2010 va rehausser la recherche fondamentale en obstétrique? Probablement que la réponse est non. La recherche sur les brebis, elle est faite à l'extérieur et de l'hôpital et de la Faculté de médecine, de toute façon. Par contre, l'échange, la réflexion, les contacts, le questionnement que les chercheurs fondamentalistes amèneraient aux cliniciens dans les cafétérias, dans les corridors vont certainement alimenter de part et d'autre une démarche intellectuelle qui va se traduire par une amélioration et des soins et de la recherche.

Mme Marois: Je ne voudrais pas faire un mauvais parallèle, mais un peu comme vous souhaitez que soient regroupés sur un même site l'ensemble des spécialistes et de ceux qui offrent les services ultraspecialisés parce qu'il y a une certaine dynamique qui se crée et une synergie qui se vit à l'avantage évidemment des patients qui fréquentent le centre hospitalier.

M. Bélisle (Serge): Exactement.

Mme Marois: D'accord, ça va. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): Ça va. Bien, je vous remercie. J'invite maintenant la députée de Lotbinière à s'exprimer.

Mme Roy: Merci, Mme la Présidente. Je vais tenter de résumer à ma façon, moi aussi, votre raisonnement. Est-ce que j'ai bien compris? J'ai eu l'impression que votre priorité numéro un: ça prend toutes les spécialités dans votre hôpital, donc il faut absolument que l'obstétrique, la psychiatrie et la toxicomanie fassent un bloc avec les autres spécialités que vous allez avoir. L'argument qui vous amène à vous déplacer au centre-ville, c'est que l'obstétrique, la psychiatrie et la toxicomanie, c'est de la médecine de proximité un petit peu plus, il faut qu'elle soit près des patients. La prémisse à ça, c'est que l'agence de développement des réseaux locaux estime que ces 450 lits doivent rester au centre-ville. Je pense que c'est ça qui tire tout votre projet, là, vers le centre-ville, c'est le fait que vous voulez l'obstétrique et que l'obstétrique... vous voulez toutes les spécialités, et que l'obstétrique doit se faire à cet endroit-là. Je pense que je ne me trompe pas à ce niveau-là.

Si par contre cette prémisse-là, là, que la proximité... Parce qu'on a entendu les experts Couture, Saint-Pierre venir nous dire que la proximité, ce n'était plus là, que la population s'était déplacée puis que peut-être aussi va continuer à migrer, là, et qu'on aurait d'autres chercheurs... ou en tout cas, finalement, on aurait une preuve que la proximité n'est plus là. Est-ce que votre raisonnement serait changé, puisque la prémisse sur laquelle vous basez votre raisonnement s'avère non fondée?

L'autre chose aussi, est-ce que maintenant ça ne donnerait pas plus de poids à l'avantage que, dans le site Outremont, la synergie entre le milieu universitaire serait plus forte? Est-ce que ça ne donnerait pas aussi plus d'avantages au fait que ce que vous avez regretté le plus comme médecin, c'est de voyager d'un site à l'autre, et, puisque vous enseignez tous, vous allez voyager moins? Ces dépenses en temps, en énergie et en frais se trouveraient ainsi diminuées. Finalement, toutes les composantes de la décision mises en parallèle pourraient être modifiées à ce niveau-là.

M. Bélisle (Serge): Écoutez, il y a plusieurs éléments ici. Je vais essayer psychologiquement d'y aller à rebours. Si j'ai laissé comprendre à qui que ce soit ici que nous sommes préoccupés par le transport des médecins, ce n'était pas mon objectif. Nous sommes préoccupés par la mission de proximité et l'accès aux soins d'une clientèle. Quand une patiente se présente à l'urgence de Notre-Dame à deux heures du matin avec une grossesse ectopique et que je n'ai pas de gynécologue dans cet hôpital-là pour assurer les services, la patiente doit prendre l'ambulance et se rendre à l'urgence de Saint-Luc où sont les services d'obstétrique-gynécologie. La patiente se présente parce qu'elle a mal au ventre. Elle ne connaît pas son état, comprenez-vous? Et, quand on parle de déplacements, c'est à ça où on fait référence. Et présentement fonctionner sur trois sites

oblige la clientèle à se déplacer, et c'est une perte de temps et, dans certains cas, ce n'est pas à leur avantage.

Pour ce qui est du projet centre-ville, nous pensons — et c'est l'agence de développement de réseaux qui le dit — qu'il faut rester en équilibre de soins aigus au centre-ville. Connaissant et sachant que la politique est l'art du possible, il est tout à fait plausible que, pour des raisons économiques, pour des raisons de choix de société, on évolue tranquillement vers un CHU à deux sites où il y aurait un CHU centre-ville et un CHU Outremont. On aurait donc une clientèle élitiste dans un site par rapport à l'autre et toutes les difficultés que ça comporte pour les patientes, en plus du maintien d'un des prérequis qui est le plan de pratique. Alors, pour nous, on essaie de composer avec la réalité qui nous a été décrite par M. Levine à l'effet que le 450 lits du centre-ville de soins aigus, c'est un incontournable. Et on essaie de composer notre CHU autour de ça.

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie beaucoup. Avec le consentement du ministre, Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve dispose d'un 30 secondes.

Mme Harel: J'y vais tout de suite, là. Les patients étant surtout dans le centre-ville, est-ce que vous recommandez que l'université vienne dans le centre-ville ou que les patients aillent à l'université?

M. Bélisle (Serge): Pour nous, le technopôle, l'université peut aller... l'université est exportable, les patients ne le sont pas. L'histoire du CHU, des trois hôpitaux de Montréal démontre que la clientèle est d'une fidélité extraordinaire à chacun de nos trois hôpitaux et elle ne se déplace pas facilement. J'exclus ici les soins quaternaires, qui demandent un niveau d'expertise tellement pointu que, là, c'est incontournable.

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie. Mme la députée, je voulais juste que vous sachiez que je ne mets absolument pas votre parole en doute ni votre bonne foi, mais la présidence ne peut constater l'authenticité du document ni sa source à sa face même. Alors, je ne pourrai pas autoriser le dépôt. Cependant, nous en avons fait des copies, mais on...

Mme Harel: On a la première page.

La Présidente (Mme Legault): Mais ce qu'on a pensé faire, c'est faire des copies puis, pour l'information des membres, distribuer le document. D'accord? Merci. Alors, Dr Bélisle, Dr Paquin, Dr Lessard, merci beaucoup pour votre contribution. Je vous souhaite un bon retour à la maison. Merci.

• (16 heures) •

Et j'invite les chercheurs de l'Université de Montréal à s'approcher à la table.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Legault): Alors, M. Contandriopoulos et Dr Pineault, est-ce que... Bon. J'en profite en tout cas, en attendant, pour vous souhaiter la

bienvenue à cette commission spéciale, vous dire que la commission vous consacra une heure. Vous avez 20 minutes de présentation, et votre présentation sera ensuite suivie d'une période d'échange.

Alors, je vous inviterais à vous identifier, dans un premier temps, et, pour les fins d'enregistrement, présenter la personne qui vous accompagne. M. Contandriopoulos, la parole est à vous.

Chercheurs de l'Université de Montréal (UdeM)

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Mme la Présidente, M. le ministre, Mme la porte-parole de l'opposition, alors bonsoir. On arrive en fin de journée, beaucoup de choses ont été dites et on va tâcher de mettre un petit peu d'information à plat.

Alors, le travail qu'on va vous présenter va être fait conjointement avec mon collègue Raynald Pineault, qui est professeur émérite à l'Université de Montréal, Faculté de médecine, et chercheur au Centre de recherche du CHUM. Je suis moi-même M. Contandriopoulos, professeur titulaire à la Faculté de médecine et chercheur à l'Université de Montréal. Mon collègue François Champagne, lui aussi professeur titulaire et chercheur à l'université, a travaillé sur ce rapport, ainsi qu'Astrid Brousselle, qui est stagiaire postdoctorale à McGill, et Damien Contandriopoulos, qui est chercheur à l'Université de Montréal.

Le travail qu'on va essayer de vous présenter est en quelque sorte la suite, presque la suite inversée de ce que M. Levine nous a raconté ce matin. Autrement dit, nous partons, semble-t-il, avec les mêmes informations, qui sont celles du ministère, pour essayer de comprendre d'une façon aussi claire que possible qui sont, aujourd'hui, les patients qui sont traités par le CHUM, c'est-à-dire qui sont pris en charge par les trois institutions, Notre-Dame, Hôtel-Dieu et Saint-Luc, et quel serait l'impact d'un déplacement d'une partie des lits qui sont actuellement au centre-ville sur le site de l'Acadie-Beaumont, pour essayer de voir s'il y aura des populations qui vont être pénalisées, pour voir s'il y aura une perte d'accessibilité.

Alors, pour faire ce travail, nous allons essayer de contribuer au débat sur le choix du lieu d'implantation du CHUM en analysant l'impact du projet de l'Université de Montréal sur l'accès de ces différentes populations de Montréal aux lits hospitaliers, alors l'accès des populations qui utilisent aujourd'hui le CHUM, pour savoir si elles vont perdre en termes d'accessibilité si le projet de l'Université de Montréal est mis en place. Et nous proposerons des simulations sur les besoins de lits hospitaliers pour le CHUM selon différents scénarios qui vont nous permettre de dire quelques mots sur ce que l'on peut attendre dans le futur, c'est-à-dire pas aujourd'hui, mais dans 10 ans ou dans 15 ans, d'un hôpital universitaire.

La perspective générale dans laquelle nous nous plaçons est une perspective qui en fait est assez proche de celle que M. Tremblay, le maire de Montréal, a utilisée ce matin. C'est une perspective qui va consister à dire: Face à un grand projet, face à des choix qui sont des choix lourds, il faut prendre en considération trois grandes exigences collectives, qui sont elles-mêmes en contradiction les unes avec les autres.

Il faut essayer d'avoir de l'équité, c'est-à-dire d'être aussi proche que possible de tous les différents groupes de population, de l'espace de Montréal, par exemple. Mais en même temps il faut de l'efficacité. On a tous entendu, on a tous dit: Nous n'avons pas, au Québec, actuellement, des moyens illimités, il va falloir utiliser au mieux possible les moyens que l'on a pour pouvoir développer ce qui à terme serait quelque chose et d'excitant et d'important pour Montréal et pour le Québec. Et l'efficacité va exiger que l'on regroupe, que l'on atteigne des masses critiques, que l'on essaie de mettre ensemble des compétences de façon à obtenir le maximum de retombées de cette mise ensemble des compétences. Et ces compétences, pour être équitablement réparties, elles doivent être situées le plus proche possible du centre de gravité des besoins. Si on s'éloigne du centre de gravité des besoins, on aura moins d'efficacité. Le troisième élément qui est fondamental à notre société, c'est le principe de liberté. On est tous convaincus que les populations doivent continuer à pouvoir avoir accès, là où elles le désirent, à des soins de qualité et on va faire en sorte que les libertés professionnelles soient elles-mêmes respectées. Alors, ces trois exigences, d'équité, d'efficacité et de liberté, sont des exigences lourdes qu'on va essayer de manipuler, et c'est l'équilibre entre ces trois qui devrait nous guider vers un choix quant au lieu d'implantation de l'hôpital universitaire de demain.

Alors, rapidement, les éléments de méthode. Les éléments de méthode — pour être très bref — nous avons utilisé, tout comme David Levine, les dernières données disponibles, les données Med-Echo 2002-2003. Ce sont les données officielles du ministère, que tout le monde utilise, c'est celles que nous avons utilisées. Nous avons mesuré les hospitalisations par le nombre d'admissions et pas par un nombre de jours d'hospitalisation. J'y reviendrai. En termes d'éléments de méthode, c'est absolument fondamental, nous avons pris en compte toutes les admissions à l'hôpital, toutes les admissions faites, aujourd'hui, dans les hôpitaux du CHUM. Toutes, c'est-à-dire celles qui passent par l'urgence et celles qui ne passent pas par l'urgence, celles que l'on dit typiques et celles que l'on dit atypiques. Nous avons pris toutes les admissions, toutes les admissions à l'hôpital.

Les deux projets. Alors, les deux projets, pour revenir sur des choses qui sont très simples, que vous avez tous retrouvées, les deux projets partent d'un point de départ qui consiste à dire: Nous avons, aujourd'hui, en gros, 1 000 lits occupés par des patients dans le CHUM au centre-ville, c'est-à-dire que les patients qui ont été hospitalisés à l'Hôtel-Dieu, à Notre-Dame et à Saint-Luc occupent en moyenne, aujourd'hui, 1 000 lits par année. Les deux projets, le projet que je vais appeler centre-ville et le projet que je vais appeler Université de Montréal, les deux projets maintiennent ce 1 000 lits. Le projet Université de Montréal prévoit qu'il y aura 700 de ces 1 000 lits sur le site Acadie-Beaumont et 300 de ces 1 000 lits dans le centre-ville, qu'on va appeler l'hôpital complémentaire. Le projet du centre-ville, c'est le copier-coller. C'est 700 lits sur un seul site, Saint-Luc, et 300 lits dans un hôpital complémentaire. Autrement dit, on part d'une situation où on a 1 000 lits au centre-ville et on arrive à une situation où on aura soit

1 000 lits au centre-ville soit 1 000 lits qui vont être répartis: 700 à Outremont, 300 au centre-ville. On n'est pas en train de faire des miracles, on n'est pas en train de faire une révolution, on prend 1 000 lits pour faire 1 000 lits.

Alors, si on prend la carte suivante, regardez-la en détail: deux projets. Cette carte est intéressante, c'est deux projets, celui qui est en... qui est en jaune... — on ne sait même pas en quelle couleur il est — celui qui est en vert, au centre-ville, Saint-Luc, et celui qui est en jaune, au milieu de l'île de Montréal. Alors, le projet de l'Université de Montréal, Acadie-Beaumont — vous pouvez le voir sur la carte — est exactement au centre de l'île de Montréal. Il est intéressant de constater que le centre-ville n'est pas le centre de l'île. Le centre-ville est au sud de l'île de Montréal. Le centre de l'île, c'est exactement l'Acadie-Beaumont.

Il est intéressant que vous constatiez, sur cette carte, que les populations... Et la carte est grisée en fonction du pourcentage de la population des différents territoires des centres de santé et de services locaux que vous a présentés David Levine ce matin. Il faut constater que le territoire le plus peuplé est celui dans lequel sera situé Acadie-Beaumont, l'hôpital que l'on dit être l'hôpital d'Outremont. Autrement dit, Acadie-Beaumont est exactement situé là dans le territoire le plus peuplé de l'île de Montréal. Et vous pouvez constater que les territoires de la région sud, qu'on appelle le centre-ville, sont en fait moins peuplés que la grande région qui est la grande région de Côte-des-Neiges. Donc, intéressant, ce que l'on fait, c'est qu'on va déplacer une partie des lits du centre-ville, qui étaient des lits qui étaient effectivement au centre-ville il y a un certain temps, pour les déplacer vers le nord, à l'endroit où aujourd'hui réside la population, et se placer exactement au centre de l'île de Montréal.

● (16 h 10) ●

Alors, quels sont ces deux projets? Comment ils se comparent? C'est des projets qui se comparent en termes de niveaux de soins. On en a beaucoup parlé, les niveaux de soins, Dr Bétille vient de vous les décrire. Et on peut seulement remarquer qu'aujourd'hui le CHUM est un hôpital dans lequel 53,5 % des patients sont de niveau 1, donc rend des services courants, qui sont ceux d'un hôpital général habituel; 32 %, un tiers, de niveau 2; et simplement 13,2 % de niveau 3. Donc, on a un hôpital dont la pyramide de soins est relativement évasée vers le bas, beaucoup de niveau 1.

On constate aussi, en termes des types d'admissions — tableau suivant — que l'on a 55 % des hospitalisations qui sont des hospitalisations de plus d'un jour et que l'on a 10 % de médecine d'un jour et 35 % de chirurgies d'un jour, donc près de 45 % de médecines d'un jour qui sont la forme de la médecine de demain. De plus en plus, l'hôpital sera utilisé pour des séjours très courts, dans lesquels on interviendra de façon intensive sur des patients qui par la suite continueront leur convalescence hors de l'hôpital universitaire.

Alors, on va rapidement essayer de répondre à deux questions qui sont des questions factuelles. Ce qu'on a essayé de faire, c'est simplement de regarder avec les données existantes d'où viennent les patients hospitalisés au CHUM, d'une part, et, d'autre part, quelle est la proportion des patients de chaque territoire qui est hospitalisée au CHUM.

Alors, première question aujourd'hui: Maintenant, d'où viennent les patients admis au CHUM, c'est-à-dire quelle est l'attraction du CHUM? L'attraction du CHUM, on a un tableau, c'est l'attraction totale. L'attraction totale que vous avez sur la carte nous montre que, dans le grand territoire qui est le centre est, il y a 31 % de la clientèle du CHUM. Alors, ce qui est intéressant, c'est de voir qu'effectivement le CHUM attire du monde d'un peu partout, attire du monde de la rive sud, attire du monde de Laval, Laurentides, Lanaudière, 14,9 %, et qu'il a une espèce de centre de responsabilités, on peut dire, avec des patients qui sont relativement proches: un tiers des patients viennent des territoires qui sont directement à proximité du CHUM actuel.

Si maintenant on décompose cette attraction en fonction du niveau de soins, ce qui n'a pas été fait jusqu'à présent et ce qui n'a pas été montré, c'est-à-dire que les patients, le pourcentage des patients qui viennent de différents endroits n'est pas le même selon qu'on a des niveau 1, des niveau 2, des niveau 3. Nous avons les cartes suivantes, alors, niveau 1, on s'aperçoit qu'effectivement, pour les soins généraux, c'est surtout les populations locales qui y vont. Donc, les clientèles viennent d'endroits relativement proches de l'hôpital. Pour le niveau 2, on s'aperçoit que seulement 27 % vient des niveaux proches et que plus de monde viennent de plus loin: 15 % pour les territoires de Laurentides, Lanaudière et Laval; 22 % pour les territoires de la Montérégie. Niveau 3, c'est encore pire, si vous voulez, plus de 50 % viennent de l'extérieur de l'île de Montréal, ce qui est normal, et la clientèle de proximité représente, pour le niveau 3, simplement 15 % de clientèle.

Alors, qu'est-ce que tout cela nous dit? Quelle est l'implication de ce que l'on vient de voir pour le projet de l'Université de Montréal? C'est qu'on conçoit parfaitement dans ces conditions que l'hôpital complémentaire va continuer à accueillir une très large proportion de clientèles de niveau 1 et 2 de proximité, c'est-à-dire du centre est et de l'est de Montréal, qui utilisent actuellement le CHUM, et que le CHU Acadie-Beaumont va attirer les autres clientèles, qui vont aller naturellement là puisque l'hôpital sera plus proche de chez elles. Le CHU Acadie-Beaumont accueillera toutes les clientèles actuelles de niveau 3, et en particulier il se rapprochera des clientèles du nord et de Laurentides, Laval, Lanaudière. Et finalement l'accroissement de la distance de déplacement pour les patients du centre est et de la Montérégie sera très exactement compensé par un même nombre de patients qui voyageront moins longtemps, c'est-à-dire ceux qui sont actuellement à Montréal-Nord, Montréal-Est-Nord et ceux qui viennent de Laval, Laurentides et Lanaudière. Donc, il y a une espèce d'équilibre qui n'est pas perturbé par le fait que 700 lits, aujourd'hui, au centre-ville seront déplacés vers le nord.

Plus intéressantes que ces quelques statistiques, ce sont celles qui vont faire un peu une analyse de marché, c'est-à-dire qui vont essayer de connaître quelles sont les parts de marché actuelles du CHUM. Alors, les parts de marché actuelles du CHUM, c'est-à-dire, parmi tous les patients qui sont hospitalisés dans une région, quel est le pourcentage qui va au CHUM, hein, la part de marché? Donc, on est vraiment comme dans le marketing: Quelle est notre pénétration dans un

marché, quelle est la part de la population de différents endroits qui va au CHUM?

Alors, ce que l'on peut voir en termes de parts de marché totales, et c'est intéressant, si on prend alors comme la totalité de la population de proximité du CHUM actuel, il y en a 32 % qui vont au CHUM, c'est-à-dire — et on va y revenir — qu'il y en a presque les deux tiers qui vont ailleurs — et on va y revenir. Pour ce qui est des régions de Laval, du nord, Laval, Laurentides, Lanaudière, et du sud, on voit que c'est simplement à peu près 5 % de la clientèle de ces régions qui va au CHUM, c'est peu. Donc, on a une responsabilité par rapport à ces régions qui n'est bien sûr pas nulle, mais qui n'est pas considérable, seulement 5 % du marché hospitalier, si je prends ce terme, de ces régions utilise le CHUM.

Si on décompose cette part de marché par les marchés de différents niveaux, alors ce qui est intéressant, c'est de regarder le niveau 1. Le niveau 1 nous dit qu'il y a 30 % des gens qui habitent à proximité de l'Hôtel-Dieu, de Notre-Dame, de Saint-Luc, il y a seulement 30 % qui vont dans ces hôpitaux-là, ce qui veut dire qu'il y a deux tiers des gens qui habitent aux portes de ces hôpitaux qui décident d'aller ailleurs que dans ces hôpitaux. Ça veut dire quoi? Ça veut dire quelque chose que tout le monde connaît très, très bien, c'est qu'on va choisir un hôpital en fonction d'une multitude de facteurs qui ne sont pas uniquement la distance. On y va parce que notre docteur a une affiliation dans un autre hôpital. On y va parce que traditionnellement on est toujours allé au MGH, au Royal Vic, et c'est là qu'on continue à aller. On y va parce qu'on est affectivement de telle ou telle communauté et on préfère aller à Santa Cabrini ou au Jewish. On y va pour des multiples raisons. Deux tiers des patients qui habitent aux portes de l'hôpital du CHUM aujourd'hui, pour les niveau 1, c'est-à-dire ceux où naturellement on irait à l'endroit le plus proche, ne vont pas à l'endroit le plus proche.

Quand on regarde le niveau 2, c'est intéressant, niveau 2, les cas un peu plus lourds, alors ce que l'on observe, c'est qu'on va avoir une responsabilité plus lourde pour les régions de Laval, Laurentides, Lanaudière, 7 %, et pour la région de la Montérégie, 9 %, et que les gens à proximité représenteraient 38 %, à peu près, de notre responsabilité. L'est de Montréal, dont on parlait beaucoup ce matin avec David Levine, on voit que seulement 18 % de tous les gens de l'est de Montréal vont au centre-ville. En fait, ces gens-là vont à Maisonneuve-Rosemont, vont à toutes sortes d'endroits, seulement 18 % vont, aujourd'hui, au centre-ville.

Si on regarde le niveau 3, le niveau 3 qui est, on l'a dit, la justification d'être universitaire, alors on dit: Un hôpital universitaire n'est pas simplement un hôpital ultraspécialisé, mais un hôpital universitaire est universitaire parce qu'il a un niveau 3 et 4 et autrement il ne serait pas de nature universitaire. Alors, ce niveau 3, qui est l'espèce de coloration particulière, de teinture particulière qui fait la différence de l'hôpital universitaire, on constate — et c'est tout à fait fondamental — que là le CHUM a une grosse responsabilité à l'égard de deux grandes régions, c'est-à-dire la région sud de Montréal, la Montérégie, et les régions nord de Montréal, Laurentides, Laval, Lanaudière.

Dans les deux cas, 21 % — un peu plus — des patients de ces régions-là comptent sur le CHUM pour les soins ultrasécialisés, et on constate que c'est la même proportion, le même nombre de patients au sud et au nord. Et on comprend bien donc qu'il y a cette double responsabilité: passer du centre-ville, qui n'était plus proche du sud, pour aller au milieu exactement et se rapprocher du nord fait en sorte qu'en quelque sorte on équilibre notre responsabilité par rapport aux besoins de la Montérégie et les besoins de la grande région du nord de Montréal. On constate aussi que seulement 16 % des patients de l'est de Montréal utilisent le CHUM aujourd'hui. Et donc, pour le niveau 3, c'est donc dire qu'ils vont très largement utiliser d'autres ressources, près de 85 % d'autres ressources, et les autres hôpitaux qui sont autour. Autrement dit, bien sûr il y a une grosse proportion qui va au centre-ville, mais ce n'est quand même que 16 %.

● (16 h 20) ●

Alors, partant de là, on peut voir qu'est-ce qui se passe, et on va le voir dans trois transparents qui vont — avec un grand cercle rouge et un point jaune au milieu — montrer comment évolue l'espèce de bassin de responsabilités et le centre de gravité de cette responsabilité. Pour le niveau 1, on a une ellipse relativement étroite où on voit que l'hôpital actuellement du CHUM, l'hôpital universitaire du CHUM, a une responsabilité relativement locale et a une espèce de centre de gravité actuellement à peu près sur l'Hôtel-Dieu. Si on passe au niveau 2, on s'aperçoit que le cercle de responsabilités naturellement s'agrandit et qu'on se déplace un peu vers le nord. Et, si on passe au niveau 3, alors ça, c'est intéressant, on voit que le centre de gravité, lui, continue à s'élargir, et que le cercle des responsabilités s'élargit, et que le centre de gravité de ces besoins, le centre de gravité des besoins est plus au nord et naturellement vient presque correspondre au site d'Acadie-Beaumont, c'est-à-dire qu'il s'est mis là où était, je l'ai dit tout à l'heure, le gros de la population, quand on tient compte du poids démographique du nord et pas simplement celui de la Montérégie.

Alors, ces résultats, ces résultats montrent...

La Présidente (Mme Legault): Excusez-moi. Excusez-moi, M. Contandriopoulos, je veux vous informer qu'il ne reste que deux minutes à votre présentation.

M. Contandriopoulos (André-Pierre): C'est bon, on va aller vite. Alors, ces résultats nous montrent que proximité et distance sont des critères importants, mais de moins en moins importants à mesure qu'on évolue vers des soins plus lourds, et que la proximité n'est certainement pas le seul facteur à prendre en considération quand il va s'agir de choisir un lieu.

Deux questions pour l'Université de Montréal, ce qui va être ma simulation: Est-ce que l'Université de Montréal va pouvoir fonctionner adéquatement avec 300 lits au centre-ville et 700 lits sur l'Acadie-Beaumont? Alors, pour faire ça, quatre scénarios, quatre scénarios qui vont — et on va en reparler plus longtemps dans la discussion — prendre les durées moyennes de séjour actuelles, les durées moyennes de séjour moyen sur l'île de Montréal et des durées moyennes de séjour qui

diminuent. Quand on applique ces durées moyennes de séjour au nombre de cas admis, on peut déterminer le nombre de lits dont on a besoin.

Alors, je vais aller vite sur les hypothèses, on y reviendra, mais simplement vous dire que ces hypothèses reposent sur le fait qu'il y a une diminution actuellement continue de l'utilisation de l'hôpital au Québec. Il y a une diminution de près de 37 % de l'utilisation de l'hôpital de 1982 à aujourd'hui. Et donc, si on poursuit cette tendance, on aura...

La Présidente (Mme Legault): Je dois vous interrompre, là.

Des voix: ...

La Présidente (Mme Legault): O.K. Consentement?

Des voix: ...

La Présidente (Mme Legault): Consentement, d'accord. Par consentement, c'est très bien.

Une voix: ...l'importance du débat.

La Présidente (Mme Legault): Alors, allez-y.

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Très rapidement. Donc, ce que je veux vous dire — on va passer sur les résultats — selon ces scénarios, ces scénarios qui nous disent: Écoutez, si on diminue les durées moyennes des séjours pour tenir compte, dans 15 ans ou dans 20 ans, de ce que sera la nature de l'hôpital, on voit qu'au centre-ville, en termes de lits hospitaliers, et non pas d'hôpitaux, en termes de besoins pour les cliniques externes et les salles d'urgence, mais en termes de lits, les besoins seront, pour l'hôpital du centre-ville, avec les durées actuelles moyennes de séjour, de 202 lits et, à mesure que les durées moyennes de séjour diminuent, des nombres de lits qui diminuent. Autrement dit, avec 300 lits au centre-ville, nous sommes convaincus que l'hôpital complémentaire pourra accueillir sans difficulté les patients qui, aujourd'hui, sont soignés par le CHUM d'Outremont et le CHUM du centre-ville et éventuellement les populations des autres régions qui continueront, entre autres, de la Montérégie, à utiliser ces hôpitaux.

Si on fait les mêmes genres de simulations pour le 700 lits et qu'on regarde ce qui se passe, au jour d'aujourd'hui, le 700 lits, si on prévoit qu'il va attirer un peu plus de monde du nord de Montréal, un peu plus de monde des régions excentriques, Laval, Laurentides, Lanaudière, alors on aurait besoin, avec les durées moyennes de séjour, aujourd'hui, du CHUM, qui sont probablement non optimales puisque l'hôpital n'est pas optimal situé sur ces trois sites, de 712 lits; si on prend les durées moyennes actuellement à Montréal, on aurait besoin de 642 lits; et, dans le futur, vraisemblablement, il faudrait prévoir un hôpital qui puisse continuer à s'adapter et qui, au fil du temps, va tronquer de l'espace lits pour des espaces de prise en charge de patients ambulatoires. Aujourd'hui, avec 700 lits, le CHU Acadie-Beaumont pourra contribuer à réduire la pression qui

s'exerce sur les autres hôpitaux, entre autres Maisonneuve-Rosemont et éventuellement Sacré-Coeur.

Alors, en conclusion, et j'ai peu de conclusion, et je terminerai là-dessus, en conclusion, un hôpital de 300 lits au centre-ville suffit largement pour satisfaire les besoins actuels de niveau 1 et 2 des populations locales, qui ont l'habitude d'aller au centre-ville et qui vont préférer continuer à y aller. Pour ce qui est de l'hôpital de 700 lits sur l'Acadie-Beaumont, il permettra de répondre de façon plus satisfaisante aux différents besoins d'hospitalisation que le projet du centre-ville, dans le sens où il va se rapprocher des populations en termes... en besoins, qui sont celles qui se situent au centre de Montréal et éventuellement dans le nord. On n'a pas le temps de présenter les données, mais on peut dire qu'en termes de populations défavorisées il y aura probablement des gains sur le fait que l'on a et un hôpital dans des régions pauvres actuellement et un hôpital au centre-ville. Et, en termes de l'accessibilité aux populations francophones, on pourrait y revenir aussi, il y a à peu près équivalence.

Alors, en conclusion finale, le projet de l'Université de Montréal permettra d'améliorer l'accès aux services de niveau 3 pour les populations de Montréal et pour les deux populations Montérégie et nord. Et, en résumé, on peut dire qu'au mieux de nos connaissances, en termes d'accès aux lieux hospitaliers, le projet de l'Université de Montréal présente des avantages incontestables par rapport au projet du centre-ville, qui reproduit, à toutes fins pratiques, le statu quo. Vous vous souvenez que le projet qu'on va appeler centre-ville, c'est essentiellement prendre 1 000 lits actuellement au centre-ville pour mettre 1 000 lits au centre-ville. Le projet de l'Université de Montréal est un projet qui va permettre de maintenir de l'activité hospitalière au centre-ville, mais qui en même temps va permettre de redéployer de la compétence un peu plus au nord, là où sont les besoins.

La Présidente (Mme Legault): Eh bien, M. Contandriopoulos, je vous remercie beaucoup. Je cède maintenant la parole à M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Merci, M. Contandriopoulos, toujours heureux de vous revoir échanger avec nous en commission parlementaire.

C'est difficile, notre travail, hein, ici, parce qu'on a des études qui viennent à gauche et à droite, avec des conclusions qui sont souvent opposées. On a vu, ce matin, parfois même le même consultant, selon le mandataire, a des conclusions différentes. On nous a montré... Je ne parle pas de vous, là, j'ai une autre firme qui, sur le même sujet, a des opinions diamétralement opposées à quelques mois d'intervalle.

Il faut également assumer notre responsabilité d'élus. Vous savez, les études sur lesquelles on se base pour prendre des décisions politiques ont souvent eu des conséquences désagréables. Prenons, par exemple, la décision de diminuer le nombre d'entrées en médecine ou même on suggérait, à l'époque, peut-être même de fermer une faculté de médecine. On sait dans quelle situation ces études nous ont mis aujourd'hui. Alors, il faut prendre ça avec un petit grain de sel.

Et c'est là que j'arrive, moi, avec mon principe de précaution. M. Contandriopoulos, vous nous avez montré qu'on pourrait peut-être... Et on en rediscutera parce que je vois plusieurs problèmes avec votre argumentaire. Vous nous avez dit qu'on pourrait peut-être déplacer l'hôpital là, mais vous n'avez pas dit qu'on ne peut pas le laisser où il est, d'autant plus qu'on sait maintenant que le grand projet dont il est question est réalisable aux deux sites. Alors, le principe de précaution, c'est celui-là, j'y reviens continuellement, sur la base de la sécurité, de l'accessibilité, des coûts. C'est la philosophie que j'appelle *Field of dreams*: «Just build it, they will come», on décide de déplacer l'hôpital, et les patients n'auront qu'à modifier leurs habitudes et leurs habitudes de consommation de soins pour s'y adapter. Je pense que ça, c'est un problème, je dirais, assez fondamental de façon de prendre la question qui est devant nous.

Mais je voudrais aller sur certains points très spécifiques de votre argumentaire. D'abord, à la fin, vous nous faites état, dites-vous, d'hypothèses qui permettent de prévoir des diminutions supplémentaires des durées de séjour. Je me permets de contester cette affirmation parce que, si vous regardez les courbes d'évolution des durées de séjour au cours des dernières années, vous allez constater qu'au cours des trois ou quatre dernières années elles plafonnent. Il n'y a plus de gain en durée de séjour depuis deux, ou trois, ou quatre ans. Pourquoi? Parce que la clientèle s'alourdit, la clientèle est vieillissante, la pression aux salles d'urgence, en termes de personnes en perte d'autonomie, est continuellement en augmentation. Sans qu'on puisse prévoir une accentuation des durées de séjour, on ne peut certainement pas disposer d'arguments solides qui nous permettent de prévoir une diminution de la durée de séjour.

Alors, plutôt que de multiplier les points, je commencerais par ce point-là puis vous laisser répondre pour que je puisse par la suite établir les liens. Je ne comprends pas comment vous pouvez nous assurer que la durée de séjour va diminuer au cours des prochaines années.

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Alors, deux choses, première: principe de précaution. J'ai peut-être, poussé par le temps, parlé un peu vite, ce qui ne m'a pas permis d'expliquer exactement ce que j'essayais de vous expliquer. Et ce que j'essayais d'expliquer, c'est qu'on est en termes de stabilité, on part de 1 000 lits, on garde 1 000 lits, et tout ce que l'on fait, c'est qu'on déplace de quelques kilomètres exactement vers le nord 700 lits. Autrement dit, on n'est pas en train de faire une révolution majeure, on n'est pas en train de changer des habitudes énormes. On va permettre aux gens qui habitent Ahuntsic d'aller à l'hôpital à Acadie-Beaumont plutôt qu'à l'hôpital Notre-Dame. Les gens d'Ahuntsic, à mon avis ils ne vont pas faire une révolution parce qu'on leur dit: Allez à l'Acadie-Beaumont plutôt qu'à Notre-Dame; même chose pour les gens de Mile End, même chose pour les gens qui sont à Montréal-Nord.

● (16 h 30) ●

Autrement dit, tout ce que l'on fait, c'est qu'on va dire à ces personnes qui avaient l'habitude d'aller à

Notre-Dame ou à l'Hôtel-Dieu: Mais, écoutez, maintenant l'hôpital universitaire, il est à l'Acadie-Beaumont, c'est plus près de chez vous, et en plus cet hôpital, il est tout neuf, l'accueil sera bien plus agréable, vous allez aller vers ces endroits-là. Je ne vois vraiment pas quel est le risque que l'on fait prendre à la population d'Ahuntsic en lui disant: Allez à l'Acadie-Beaumont plutôt qu'à aller à Notre-Dame. Alors, voilà pour ce qui est...

M. Couillard: Madame...

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Excusez. Vous m'avez posé deux questions, là. Première question, c'est celle-là.

Deuxième question, sur les durées moyennes de séjour. Les durées moyennes de séjour, ce que l'on essaie de dire, c'est qu'on essaie d'encapsuler par la durée moyenne de séjour quelque chose qui est la simulation sur ce que sera la nature de l'hôpital demain. Alors, ce qu'on a vu, c'est que les durées moyennes de séjour — et vous connaissez les chiffres par coeur — évoluent en escalier: relativement stables de 1982 à 1985; première décroissance; stables dans les années quatre-vingt-dix; «droppe» dans le milieu des années quatre-vingt-dix; stabilisation. Aujourd'hui, quand on regarde les grandes évolutions à travers le monde, on voit que la médecine est en train de se changer encore, que la technologie va faire en sorte que la prise en charge des patients va continuer à changer, et il est vraisemblable que les façons de prendre en charge les gens vont continuer à changer.

Ce qu'on inclut dans... Les hypothèses sur la durée moyenne de séjour vont permettre de tenir compte d'une autre variable que vous n'avez pas mentionnée, c'est la décroissance continue des taux d'hospitalisation. Alors, non seulement on hospitalise moins de monde, mais les gens qu'on hospitalise, on les hospitalise un peu moins longtemps. Et, quand on réduit les durées de séjour, on tient compte simultanément de ces deux facteurs qui veulent dire en clair que, demain, pour bien soigner les gens, on va avoir besoin d'un hôpital universitaire qui aura peut-être besoin... pas demain en 2007 ou 2008, mais demain en 2015, 2020 ou 2030, on aura un hôpital universitaire qui sera suffisamment souple pour pouvoir, au cours du temps, convertir des lits en des capacités de prendre en charge de façon ambulatoire des patients. Voilà ce qu'on veut dire.

La Présidente (Mme Legault): M. le ministre.

M. Couillard: Mais le problème, c'est que ce modèle théorique qui nous amène à 2015, 2020, si on se rend compte à ce moment-là qu'on s'est trompé, c'est difficile de dire: Oups! Hein, c'est comme...

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Non. Puisqu'on construit 700 lits aujourd'hui, on ne se trompe pas. On parle de statu quo, on reste sur le statu quo. Donc, il n'est pas question de dire qu'on met moins de 700 lits. On prend le 700 lits.

M. Pineault (Raynald): Je pourrais peut-être aussi ajouter: Pour la question de la précaution, il faut quand même contextualiser Montréal. C'est-à-dire que,

depuis 1995, on a fermé, avec les hôpitaux, 1 200 lits. On a fermé encore un autre 1 200 lits dans les hôpitaux existants. Donc, c'est 2 400 lits en moins. Et ça, ça a un impact pas mal plus majeur que de passer de 1 000 lits à 1 000 lits.

Pour ce qui est des séjours moyens, effectivement, les données internationales nous fournissent cette information. Il y a des durées de séjour beaucoup plus courtes dans des systèmes qui ont mis sur pied... les systèmes intégrés de services, ce que votre réforme est en train de faire avec les centres de services de santé, les CSSS. Donc, on peut compter que, s'il y a une réforme de la première ligne, s'il y a une amélioration de l'intégration des services à ce niveau-là, on va pouvoir diminuer, prendre en charge.

Par exemple, les données nous montrent que l'hospitalisation... Le Dr Bourbeau, ici, avait fait une étude sur les maladies pulmonaires obstructives chroniques pour montrer qu'il y a une réduction de 33 % des hospitalisations pour des maladies pulmonaires obstructives chroniques, une étude très intéressante. Les données sont fortes parce que... Par exemple, des données comme dans les systèmes... C'est sûr qu'on ne se compare pas aux États-Unis, mais les Américains sont souvent à blâmer. Des systèmes comme Kaiser, par exemple, et M. Léonard Aucoin en a parlé dernièrement, ont des durées de séjour mais absolument... de six jours et pour des populations aussi lourdes.

Fait intéressant, dans les études du CUSM à McGill, du CUSM, là, du CHU McGill, on a utilisé une donnée assez conservatrice et on a utilisé 8,2 %, ce qui est beaucoup plus bas... jours. Pas 8,2 %, 8,2 jours comme durée moyenne de séjour, ce qui est beaucoup plus faible que les données de Montréal pour des centres qui sont ressemblants, comparables.

La Présidente (Mme Legault): Merci, Dr Pineault. M. le ministre.

M. Couillard: Deuxième point qui à mon avis était hautement discutable. Je comprends le calcul du centre de gravité. On prend l'île de Montréal puis on met un point dans le milieu de l'île de Montréal. Le problème, c'est que ce n'est pas par le code postal qu'on détermine ça ou par la carte de l'île, c'est par les moyens de transport et l'accessibilité. Cette affirmation-là tient en compte et pose comme prémisses que les problèmes d'accessibilité et de sécurité sont hautement réglés, que le site est aussi accessible, par exemple, à partir de la Montérégie que l'est le centre-ville actuellement, ce qui est loin d'être le cas, et, on l'a vu au cours des derniers jours, nous conduit à des dépenses absolument phénoménales en termes d'infrastructures municipales. Alors là, je sais que ce n'était pas votre mandat de regarder l'accessibilité et la sécurité, mais on ne peut pas dire que c'est correct de le mettre au centre de la carte géographique puis faire abstraction complètement des composantes d'accessibilité, de transport en commun et de voies rapides. Ça ne marche pas, ça, là. Et sans compter la sécurité. Parce qu'un modèle théorique, on ne peut pas le placer à côté d'une voie ferrée.

La Présidente (Mme Legault): M. Contandriopoulos.

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Il est absolument clair que notre analyse ne porte d'aucune façon sur la sécurité, les coûts, et ainsi de suite. On est spécifiquement dans une optique qui est celle des bassins de desserte et de l'accès physique à l'hôpital. Pour ce qui est de l'accès physique à l'hôpital, on ne doit pas non plus complètement éliminer de la carte de Montréal la Métropolitaine, le boulevard de l'Acadie, qui fait qu'il y a des gens qui peuvent se rendre à cet hôpital avec des durées de transport qui ne sont pas absolument infinies. Or, on n'a pas fait d'études fines sur les moyens de locomotion, sur les moyens de... sur les lieux et les circuits de transport, mais il est assez clair qu'il y a des voies rapides au nord, des voies rapides au sud, et que le site Acadie-Beaumont se place proche des voies d'accès du nord, et qu'en gros, si les gens de la Montérégie vont passer plus de temps depuis le pont Jacques-Cartier ou l'auto-route Bonaventure pour rejoindre l'Acadie-Beaumont, ceux qui viennent de Laval, ceux qui viennent des Laurentides et ceux qui viennent de Lanaudière passeront beaucoup moins de temps à traverser Montréal.

M. Couillard: Il y a également deux points. Tout l'aspect de la médecine ambulatoire, la clientèle ambulatoire, je ne suis pas sûr qu'il est pris en compte dans votre rapport. Vous pourrez clarifier cet élément. Tous les cabinets de médecins sont actuellement et les cliniques sont actuellement au centre-ville, la grande majorité. Ce que vous disiez tantôt sur le patient d'Ahuntsic, moi, je ne suis pas très inquiet pour le patient d'Ahuntsic, parce qu'il y a Sacré-Coeur, il y a Maisonnette-Rosemont, il y a la Cité de la santé de Laval. Je suis pas mal plus inquiet pour le patient de la Montérégie ou le patient du centre et du centre-est de Montréal parce que...

Prenons la Montérégie, par exemple, où vous-même dites qu'il y a près de 20 % ou un peu plus de 20 % de la clientèle de niveau 3 qui va au CHUM. Bien, qu'est-ce qui va arriver à ça? Je pense que logiquement, ce qui va arriver, c'est que cette clientèle va être détournée. Bien sûr, on veut la récupérer le plus possible localement, on veut développer la radiologie, par exemple, en Montérégie, mais il y a un risque important que cette clientèle soit détournée au CUSM, à l'hôpital de McGill, plutôt que de traverser l'île au complet puis la montagne. Et bien sûr Sherbrooke, l'Université de Sherbrooke est en rapport avec la Montérégie, mais ce n'est pas une institution — je la connais très bien — qui est capable de prendre plus que la partie est de la Montérégie à la rigueur. Toute la partie centrale et occidentale de la Montérégie va demeurer en contact avec le centre-ville de Montréal.

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Il y a Charles-Lemoyne, qui est quand même le pôle montréalais de l'Université de Sherbrooke.

M. Couillard: Oui, mais vous venez de voir qu'il y a 20 % de la clientèle de niveau 3 qui va au CHUM, là. Alors, cette question d'équilibrage, j'ai de la difficulté à la suivre, là. Puis, encore une fois, dans mon maintenant fameux principe de précaution, je préférerais qu'on laisse les choses comme elles sont, moi.

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Vous avez pu voir aussi qu'il y avait une même proportion des gens du nord qui allaient actuellement au centre-ville. Et on peut se demander si, dans un aspect d'équilibrage de la pénibilité, on ne ferait pas bien, maintenant qu'on a essayé pendant des dizaines d'années une espèce d'accès plus facile aux gens de la Montérégie, qu'on renverse un peu la tendance et qu'on rende plus accessible le CHUM aux gens des Laurentides, Laval et Lanaudière, ce qui serait un juste retour des choses.

M. Pineault (Raynald): Et aussi il faudrait ajouter... peut-être aussi favoriser le niveau 3 au détriment des niveaux 1 et 2, où les niveaux 1 et 2 peuvent être pris en charge beaucoup plus facilement en Montérégie, par exemple. Surtout que la Montérégie s'organise de façon modèle, aujourd'hui, avec ses réseaux intégrés. Je veux dire, ils ont comme objectif d'être autonomes par rapport aux niveaux 1 et 2, et presque au niveau 3, avec Charles-Lemoyne et aussi, comme vous le dites, le lien qu'ils ont avec la Faculté de médecine de Sherbrooke, qui est très significatif.

M. Couillard: Mais vous savez bien, vous l'avez dit vous-même dans votre introduction, qu'on ne peut pas bâtir le fonctionnement d'un hôpital universitaire, et même d'un hôpital universitaire, uniquement sur le niveau 3. Vous-même, vous dites que la grande majorité des soins qui y sont donnés sont de niveaux 1 et 2. Le niveau 3, effectivement, le niveau 3, on pourrait le mettre partout, on pourrait choisir n'importe quel hôpital, faire un agrandissement et faire tout le niveau 3 sans problème. Le problème, c'est la masse des patients de niveaux 1 et 2, et c'est eux qu'il faut continuer à servir.

M. Pineault (Raynald): Non, mais ça...

La Présidente (Mme Legault): Excusez-moi. M. Pineault.

M. Pineault (Raynald): Excusez. C'est la population plus locale. Moi, je parlais de la population de la Montérégie où les niveaux 1 et 2 peuvent être pris en charge en Montérégie. C'est sûr que les territoires adjacents, les niveaux... au CHUM étaient... les niveaux 1 et 2 continuent à être pris en charge. Mais ça, il y a une capacité, je pense, pour le faire, je pense qu'on l'a démontré d'ailleurs.

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Il est clair que le scénario, le fait de laisser 300 lits dans l'hôpital complémentaire du centre-ville est bien une exigence de continuer à donner aux patients de proximité des soins de niveaux 1 et 2. Puis, comme vous le dites vous-même, pour les soins de niveau 3, il peut être raisonnable de les mettre là où ils sont le plus proches du centre de gravité des besoins, de façon à ce que tout le monde ait le moins de distance possible à faire pour y avoir accès. Donc, on n'est pas en train d'enlever tous les hôpitaux de... Le projet, les deux projets prévoient cet hôpital complémentaire qui va permettre à la sous-région 9 d'être beaucoup plus efficace dans l'offre locale, utilisant les cliniques qui sont nombreuses sur le

territoire, les services de première ligne, créer un véritable réseau avec le nouvel hôpital qui va pouvoir satisfaire de façon adéquate et de façon moderne les besoins de cette région.

• (16 h 40) •

M. Couillard: Et, toujours dans cette question de prévoir pour l'avenir mais toujours avec la précaution essentielle, dans l'éventualité, quelle que soit la valeur de vos arguments et la façon dont vous y parvenez, où on se rend compte, dans quelques années, que le 300 lits prévu au centre-ville est insuffisant, bien il va falloir ajouter 125, 150 lits, comme le prévoit l'agence régionale, avec des coûts de fonctionnement d'au moins 50 millions de plus, ce qui équivaut, en termes de coûts, à l'ajout d'une immobilisation de 500, 600 millions. Alors, vous comprenez, moi, ça m'inquiète un peu, ça m'inquiète un peu d'avoir à corriger une erreur dans quelques années sans l'avoir prévue au départ.

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Je pense que l'erreur...

La Présidente (Mme Legault): Très brièvement, s'il vous plaît.

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Très brièvement. Le 150 lits dont parlait M. Levine ce matin, il provient d'une démonstration dont la clarté n'est pas évidente. C'est-à-dire que, si on met 1 000 lits au centre-ville, on a besoin de 1 000 lits; si on prend 700 lits du centre-ville pour les mettre un peu plus au nord, il y aura d'un seul coup un besoin additionnel de 150 lits. Ce besoin additionnel, il ne repose pas sur l'analyse des données existantes. Il repose sur d'autres critères, entre autres les simulations sur l'urgence. Il ne repose pas sur l'analyse de l'utilisation actuelle des services hospitaliers.

Alors, la question que vous posez, elle est toute simple. Si, dans le temps, on a besoin de plus de lits au centre-ville, je ne vois vraiment pas quels grands investissements cela pourra occasionner que de rajouter une aile à l'hôpital du centre-ville, ce qui n'est pas incorrigible. Par contre, ce qui serait difficilement corrigible, ce serait le fait d'installer, dans un endroit qui manque de capacité de développement, le 700 lits.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup. Je cède maintenant la parole à Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et de condition des aînés. Madame.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente. M. Contandriopoulos, Dr Pineault, alors bienvenue de la part de l'opposition officielle.

Je reprends d'abord votre formulation de centre-ville et de centre de l'île. Je ne vois pas vraiment en quoi cela apporte, si vous voulez, à toute cette problématique de savoir que l'Acadie-Beaumont est au centre de l'île, puisque le centre-ville — on en a vu la démonstration, ce matin, par l'arrondissement de Ville-Marie — est le territoire sur l'île où on retrouve 600 000 personnes chaque jour, et il y a donc une assez grande population qui va chercher des soins non pas où elle réside, mais où elle travaille. Ça, je ne sais pas si vous l'avez pris en

compte, mais ce que je sais des chiffres qui nous ont été communiqués, ce matin, par l'agence, c'est que le secteur que vous dite le plus peuplé, n'est-ce pas, Côte-des-Neiges, Parc-Extension, Notre-Dame-de-Grâce voient leur population desservie à 82 %, nous a-t-on dit, par le consortium McGill.

Alors, la question inévitablement qu'on se pose maintenant avec les chiffres qui nous ont été communiqués, c'est: Faut-il à nouveau favoriser une offre de soins sur ce territoire qui semble, en tout cas du moins à partir des chiffres qui nous sont fournis, très bien desservi? Alors ça, c'est vraiment la première question. Pourquoi desservir une population qui le serait déjà? D'une part.

D'autre part, moi, je n'ai aucune prétention, mais j'ai une certitude. Je suis résidente du quartier Hochelega-Maisonneuve depuis 24 ans, et cela me donne une expérience concrète. Et l'expérience concrète que j'ai est la suivante: cela prend, en autobus... Parce qu'on parle d'axes routiers. 69 % de la population que je représente, moi, aux dernières statistiques du recensement, n'ont pas d'auto. Ils se déplacent en transport collectif. Et on nous a dit — à vérifier cependant — que 60 % des usagers du CHUM actuel se déplacent en transport collectif. Ça correspond, je pense, aux statistiques de recensement.

Alors donc, beaucoup ne se déplacent pas en métro. Vous savez que les personnes à mobilité réduite, puisqu'elles sont une partie importante des usagères et usagers, ne se déplacent pas en métro, parce qu'il y a des escaliers, parce qu'il y a souvent de la bousculade. Elles vont préférer, même si ça prend plus de temps, le faire en autobus. À ce que je sache, c'est au moins deux heures de déplacement en autobus de Pie-IX—Ontario, où se trouve la majorité de la population, à Acadie-Beaumont. Ça prend à peu près une demi-heure Maisonneuve—Rosemont, à peu près une demi-heure, et à peu près une demi-heure, disons, Notre-Dame—Saint-Luc. Il faut le faire, là... pour le vivre. Parce qu'il faut monter Pie-IX jusqu'à Jean-Talon et ensuite prendre Jean-Talon, puis, là, on ne file pas à la vitesse de l'auto. Là, on file à la vitesse des arrêts d'autobus... et là traverser la ville de Pie-IX jusqu'à l'Acadie. Alors, écoutez... Puis deux heures, là, je pense que c'est une moyenne. Moi, j'ai une adjointe qui habite à cinq minutes en voiture et, en autobus, ça lui prend trois quarts d'heure. Bien, ça, qu'est-ce que vous voulez, peut-être qu'on pourrait tout réorganiser le système de transport, mais c'est une autre dimension, là.

Alors, la vraie question que je me pose, c'est: Dans vos conclusions... C'est sûr que la première chose que j'ai regardée, ça concernait la population d'Hochelega-Maisonneuve et un peu d'Olivier-Guimond, parce qu'on est dans le même arrondissement puis on développe une appartenance commune. Alors, vous dites: 50 % des admissions pour les niveaux 1 et 2 vont rester au centre-ville, à l'hôpital complémentaire. L'autre 50 %, est-ce que vous croyez qu'il va se déplacer à l'Acadie-Beaumont? Il va plutôt chercher à aller à Maisonneuve-Rosemont, qui est, m'a dit la directrice générale, à la limite de ce qui est possible actuellement d'offrir comme soins. Alors, que va-t-il se passer?

En radio-oncologie, est-ce que les personnes qui... Bon. Je voudrais vous entendre sur la toxicologie,

l'obstétrique, la psychiatrie. Est-ce que ça doit être déplacé au site de l'Acadie-Beaumont? Et la radio-oncologie. J'ai, dans mon propre environnement, deux personnes qui suivent des traitements en radio-oncologie. Devraient-elles se déplacer? Elles ne sont pas en auto. Vont-elles devoir se déplacer à l'Acadie-Beaumont? C'est très trivial, là, mais c'est la vie.

La Présidente (Mme Legault): Alors, M. Contandriopoulos.

M. Contandriopoulos (André-Pierre): On va, je pense, se partager les réponses. Première observation, c'est que généralement... Les 600 000 personnes qui travaillent au centre-ville, exact. Généralement, quand on est malade au point de devoir aller à l'hôpital, on n'est pas en situation de travail, mais on est plus proche de son domicile que de sa situation de travail. Et c'est important que l'hôpital ne soit pas trop loin du domicile, même si, quand on n'est pas malade, on va au centre-ville.

Pour ce qui est, alors, de toute cette rhétorique sur qu'est-ce qui va se passer pour les patients sur les transports en autobus, pas en autobus, moi, je pense qu'il y a des statistiques un peu plus récentes sur quels moyens sont utilisés comme moyens de déplacement pour aller à l'hôpital.

M. Pineault (Raynald): Je peux vous donner cette... On a des données préliminaires pour Montréal et la Montérégie pour les soins de première ligne. Autrement dit, quel moyen de transport vous prenez quand vous allez chez votre médecin de famille? Et 75 % répondent: L'automobile. Ça veut dire que, quand on va à l'hôpital ou que l'on va... on se fait accompagner. Donc, il faudrait prévoir à mon avis beaucoup, beaucoup d'installations dans le contexte actuel pour ce qui est du transport par automobile. Et ça, c'est le choix des individus.

Maintenant, pour ce qui est des populations à desservir, je pense qu'il y a quelque chose qui a été mentionné, ce matin, sur lequel il faut revenir. C'est que, dans le quartier Côte-des-Neiges, Côte-des-Neiges et métro, effectivement une majorité de la population est anglophone, puis on ne rentrera pas dans les discussions parlant... ou parlant français, ou... mais disons la majorité, sauf que, dans Côte-des-Neiges, c'est quand même... qui est le quartier le plus peuplé, c'est 54 % de francophones. On nous a dit que les hôpitaux désignés étaient trois hôpitaux, le consortium anglophone. Et en même temps que je me soucie, et je pense qu'il n'y a pas grand monde qui... Il n'y a pas beaucoup d'anglophones qui se plaignent des services qu'ils reçoivent à Montréal, ils reçoivent de bons services, et c'est accessible. Mais par ailleurs on pourrait se préoccuper de la population francophone qui va résider dans ces réseaux-là. Or, le CHUM Acadie-Beaumont pourrait accueillir cette partie de la population.

C'est clair qu'il va y avoir des réajustements et des changements, mais je pense que, dans un contexte — et on l'a dit au début — des régions urbaines, les gens sont prêts à franchir des distances quand même raisonnables, les distances ne sont pas énormes. Et je prends le commentaire de la députée de Lotbinière qui raconte sa

situation et avec laquelle je sympathise, il reste que quand même les distances demeurent raisonnables. On ne déménage pas à des kilomètres et des kilomètres. Donc, dans l'ensemble, je crois qu'il y a des phénomènes de compensation qui vont bien régler ce problème-là.

● (16 h 50) ●

Mme Harel: Je n'arrive pas à comprendre, Mme la Présidente. Peut-on revenir, là, sur les traitements, par exemple, toxicologie, obstétrique, psychiatrie? Est-ce que ça doit quitter le centre-ville? Vous avez peut-être entendu ce que la Table des chefs de département disait sur ces domaines-là d'intervention. Moi, je pose la question en radio-oncologie. Ça ne préjuge pas d'où doit être l'hôpital universitaire, ça dit simplement que, dans un scénario, on doit tenir compte des déplacements de la population. Et je crois que, comme... Je le répète, ça ne préjuge pas d'où doit être l'hôpital universitaire, mais, moi, ce qui m'importe, c'est où vont être les traitements de radio-oncologie. Et, si ça prend deux heures pour y avoir accès parce que... Peut-être 75 %, je ne sais d'où sont ces chiffres, mais je ne vois pas comment une population qui, à 69 %, n'a pas d'auto, avec 40 % des ménages constitués d'une personne seule, s'en va à sa clinique médicale en auto.

M. Pineault (Raynald): On ne s'est pas penché sur chacun de ces cas-là, puis je pense qu'on...

Mme Harel: Ce ne sont pas des cas, c'est la réalité de l'ancienne ville de Montréal.

M. Pineault (Raynald): Non, non, pas chacun de ces cas-là, mais chacune de ces situations-là. Autrement dit, on n'a pas fait l'étude par département, oncologie, obstétrique, et tout ça, on a regardé globalement. Pour ce qui est de l'oncologie, effectivement — et là peut-être... je suis sûr que vous pouvez mieux répondre que nous — l'oncologie, il y a une tendance. On voit, en Montérégie par exemple, comment on est en train d'organiser l'oncologie pour donner accès, un accès à des soins. Et la façon qu'on s'y prend, c'est que... L'hôpital est plus ou moins important là où il est, mais c'est le réseau intégré, le réseau qui est autour de l'hôpital qui est important. Montérégie, c'est un bon exemple. On est en train de créer, avec Charles-Lemoyne, et les autres hôpitaux, et les unités de première ligne, tout un système intégré. Moi, je pense que les solutions sont beaucoup moins vers l'hôpital que vers les régimes intégrés de services pour le suivi des patients en oncologie.

Mme Harel: Comment le voyez-vous dans les sept centres de santé et de services sociaux sur 12 à Montréal qui n'ont pas d'hôpital sur leur territoire?

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Ce qui est intéressant... Alors, de un, et David Levine en avait un peu parlé, la réforme du ministre Couillard est une réforme qui a comme objet de révolutionner la façon de prendre en charge les soins, les soins ambulatoires et les relations avec l'hôpital pour les niveaux 1 et 2. Et effectivement on va essayer de mettre en place des formes beaucoup plus intégrées de prise en charge qui devraient permettre de rassurer toutes les populations

qui ont ces besoins-là, rassurer les populations qui ont ces besoins.

M. Pineault (Raynald): Et de fait hôpital ou pas hôpital à l'intérieur d'un CSSS, au fond... Et je vais vous dire quelque chose qui va peut-être vous choquer: Moi, je pense que les CSSS vont être beaucoup plus faciles à s'organiser s'ils n'ont pas d'hôpitaux sur leur territoire parce qu'ils vont pouvoir négocier avec d'autres hôpitaux. Vous savez, c'est bien beau, c'est une vue de l'esprit de dire qu'il va y avoir un hôpital dans un CSSS, puis qu'il va être désigné, puis que tout le monde va aller dans cet hôpital-là. Les gens vont rester libres d'aller à l'hôpital et les médecins vont rester libres de référer là où ils veulent. Donc, ce qui va être important, c'est que la direction ou en tout cas les réseaux, les CSSS s'entendent avec des hôpitaux pour offrir des services à leur population et organisent les services en conséquence.

La Présidente (Mme Legault): Alors, madame.

Mme Harel: On a un point d'accord, là, puisque ce territoire que je vous décris comme étant celui de l'arrondissement Rosemont—Hochelega-Maisonnette—Mercier n'a pas d'hôpital, mais les chiffres de l'agence nous indiquent que 50 % de la population va chercher des services à Maisonnette-Rosemont et autour de 50 % au CHUM, n'est-ce pas? Donc, il y a des ententes que le CSSS prendra avec le CHUM et avec Maisonnette-Rosemont. Moi, il m'importe de savoir où est le CHUM, au moins pour des traitements que les gens doivent suivre. Alors, est-ce que le CHUM sera Acadie-Beaumont pour la population d'Hochelega-Maisonnette? Dans votre document, vous dites: Oui, pour la moitié de la population. Alors, je vous dis que, pour cette partie-là, je ne préjuge pas du reste, mais, pour cette partie-là de la population, ils n'iront pas à Acadie-Beaumont. Écoutez, je vais vous raconter: Députée d'Hochelega-Maisonnette, il y a 24 ans, les gens me regardaient avec des yeux ronds quand je leur proposais de faire une assemblée au cégep qui était en haut de la côte. Alors, est-ce que vous pensez qu'ils vont traverser la ville?

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Ce qui est quand même intéressant à garder en tête, c'est le chiffre sur lequel on a insisté un peu tout à l'heure. Aujourd'hui, deux tiers des patients de cette région, cette grande région qui inclut celle dont vous parlez, deux tiers des patients vont ailleurs, ne vont pas au CHUM, c'est-à-dire qu'il y a des habitudes de consommation qui sont inscrites dans toutes sortes de traditions et qu'il va falloir prendre en compte. Il va y avoir une recomposition. C'est évident que, si on crée un hôpital neuf de 700 lits à l'Acadie-Beaumont, qu'il y a un autre hôpital neuf qui est sur la cour, sur la gare de triage à l'ouest pour McGill, on va avoir une reconfiguration des allégeances, une reconfiguration des habitudes. C'est évident qu'il y a des gens d'Ahuntsic qui allaient à Maisonnette qui vont aller au nouvel hôpital. C'est évident qu'il y a des gens qui étaient plus dans l'ouest, qui avaient l'habitude d'aller... qui vont changer. On va avoir une reconfiguration.

Ce qui est important de comprendre, et pour répondre au principe de précaution du ministre de la Santé, ce qui est important, c'est qu'on ne fait pas quelque chose qui est inconsidéré: on prend 1 000 lits, on garde 1 000 lits. On n'est pas en train de soumettre la population de Montréal à une révolution importante, on est juste en train d'essayer de mieux utiliser nos ressources et de mieux les déployer en fonction de l'endroit où habitent les gens.

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie beaucoup. Je cède maintenant la parole à Mme la députée de Lotbinière.

Mme Roy: Merci, Mme la Présidente. Alors, on vient d'entendre deux présentations... plusieurs présentations dans la journée et des points diamétralement opposés. Au niveau de la proximité, selon votre étude, la proximité ou... finalement, le nombre requis de patients dont le CHUM a besoin pour continuer sa mission, bien ça favoriserait le site Outremont. Par contre, cet argument-là est, la plupart du temps, utilisé par les tenants de la thèse Saint-Luc: la proximité puis le volume de patients requis pour faire l'étude, avec les médecins, avec les chercheurs, avec les étudiants.

Je trouve ça excessivement important d'éclaircir ce point-là avant d'aller plus loin, parce qu'on a juste à regarder à la dernière page du dernier mémoire, celui de la Table des chefs de département du CHUM, eux autres basent leur décision sur les visions de l'agence régionale et des 450 lits du centre-ville. Vous dites: Ce n'est pas nécessaire. Là, on a deux experts qui se contredisent. Comment on peut départir ces deux opinions-là?

La Présidente (Mme Legault): M. Contandriopoulos.

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Oui. Alors, très brièvement encore, on ne va pas refaire tous les calculs. Brièvement. Les données de base de nos analyses sont les mêmes, ce sont les données d'Adecco, c'est-à-dire les données d'hospitalisation. Pour l'agence comme pour nous, on n'a pas explicitement tenu compte des données ambulatoires, parce que les données existantes ne permettent pas de le mesurer de façon adéquate.

Ce qui nous distingue, c'est que, nous, nous avons considéré les hospitalisations actuelles et nous avons essayé de comprendre d'où provenaient les patients qui, aujourd'hui, utilisent le CHUM du centre-ville et quelle était la proportion des patients de chaque territoire qui allaient au centre-ville aujourd'hui. Et on s'était dit, en fonction de l'endroit où ils habitaient: Est-ce qu'ils seraient mieux desservis si l'hôpital était plus proche ou moins bien desservis si l'hôpital était plus lointain? Et on a essayé de voir qui en gros serait défavorisé et qui serait avantagé. Donc, on a pris l'utilisation actuelle et on a scénarisé le déplacement d'une partie des lits vers l'Acadie-Beaumont.

Ce que fait l'agence régionale, au mieux de ma compréhension, et vous avez pu, comme moi, entendre M. Levine tout à l'heure, et vous avez probablement compris, probablement mieux que moi, d'où provenait le 450 lits qu'il essaie de nous dire indispensable pour la

région... Essentiellement, le 450 lits, c'est un autre calcul. Autrement dit, on ne part plus de l'actuel, on fait une simulation sur le nombre d'urgences qui vont circuler dans Montréal, et on va prendre pour... en faire des hypothèses sur le pourcentage de patients qui arrivent par l'urgence et qui sont hospitalisés. Et donc on simule quel sera le nombre d'urgences qui vont rester au centre-ville par rapport à celles qui vont aller à l'Acadie-Beaumont. Puis il suffit de dire qu'il y aura deux tiers des urgences qui vont aller au centre-ville, en prenant pour acquis que 13 % des urgences vont être hospitalisées, alors il faudrait tant de lits pour le centre-ville.

Le 450 lits du centre-ville résulte de cette simulation-là sur les urgences. Il ne résulte pas d'une analyse de l'existant d'aujourd'hui. Il résulte d'une simulation sur le partage des urgences entre Acadie-Beaumont et le centre-ville. Alors, on peut être d'accord avec le partage, on peut ne pas être d'accord avec le partage, on n'a pas fait, nous, d'hypothèses sur le partage des admissions par l'urgence entre l'Acadie-Beaumont et le centre-ville. On a pris pour acquis qu'il y aurait le même nombre de patients admis sur les étages qui arrivent par l'urgence qu'aujourd'hui.

● (17 heures) ●

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie beaucoup. Alors, M. Contandriopoulos, Dr Pineault, au nom des membres de cette commission, je vous remercie beaucoup de votre présence ici, aujourd'hui, parmi nous.

Et j'invite les représentants du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier de l'Université de Montréal à se joindre à nous. Merci.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Legault): Bon. Alors, chers collègues, je vous invite à reprendre vos places.

Alors, Dre Brissette, Dr Nassif, au nom de cette commission, je vous souhaite la bienvenue parmi nous. Dre Brissette, j'aimerais que vous vous identifiez pour la sono et que vous présentiez la personne qui vous accompagne. Je vous rappelle que la commission vous consacrerait une heure. Donc, vous disposez d'une période de 20 minutes pour votre présentation et cette présentation sera suivie d'une période d'échange. Alors, c'est Dr Nassif qui va présenter?

M. Nassif (Edgard): Oui.

La Présidente (Mme Legault): Alors, Dr Nassif, nous vous écoutons, je vous cède la parole.

**Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
du Centre hospitalier de l'Université
de Montréal (CMDP du CHUM)**

M. Nassif (Edgard): Mme la Présidente, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. le ministre délégué au Gouvernement en ligne, membres de la commission parlementaire, mesdames et messieurs, je suis Edgard Nassif, président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et chirurgien oncologue à l'Hôpital

Notre-Dame du CHUM. Je suis accompagné de la vice-présidente du CMDP, le Dre Suzanne Brissette, médecin au Service de toxicomanie à l'Hôpital Saint-Luc du CHUM. En mon nom personnel et au nom de tous mes collègues, je vous remercie de nous avoir invités à cette commission.

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens existe en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Celui du CHUM représente les quelque 1 000 médecins, dentistes et pharmaciens qui y exercent. Le CMDP a pour principal mandat de contrôler et d'apprécier la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans l'établissement.

Le CHUM est un grand centre hospitalier universitaire. Dans le respect des différents volets de sa mission, on y soigne des malades, et des prouesses médicales sont souvent réalisées. Des milliers d'étudiants sont formés chaque année, et la recherche effectuée dans son Centre de recherche mène à des découvertes importantes.

Tous les médecins qui exercent au CHUM participent aux différentes activités d'un CHU, soit les soins cliniques, l'enseignement et la recherche. Certains sont davantage des cliniciens, c'est-à-dire qu'ils passent la majeure partie de leur temps à soigner des patients. D'autres ont choisi de se consacrer davantage à l'enseignement afin d'assurer une relève de haut calibre. D'autres encore effectuent de la recherche, soit de la recherche clinique ou appliquée auprès des patients, soit de la recherche fondamentale en laboratoire, soit les deux. Il est évident que tous ces médecins font partie d'un tout indissociable pour la mission d'un CHU.

Quelle que soit leur sphère d'activité, les médecins du CHUM travaillent en étroite collaboration avec plus de 4 200 infirmières et autre personnel infirmier, 1 500 professionnels de la santé dans une quarantaine de disciplines et des chercheurs médecins ou titulaires de doctorats en santé publique, biologie, biochimie, microbiologie, pathologie ou en chimie, sans oublier les professionnels qui ont fait leurs études en travail social, en soins infirmiers, en psychologie, et d'autres encore.

Parmi les prouesses médicales réalisées au CHUM, la plus récente est sans contredit la greffe hépatique à partir d'un donneur vivant, une première au Québec, réalisée en décembre dernier. Au Centre de la main, les chirurgiens ont effectué plus de 4 000 interventions, dont des réimplantations, avant même son inauguration officielle en mai 2004. Le Département de radio-oncologie reçoit près du tiers des patients du Québec qui requièrent de la radiothérapie, ce qui le place au troisième rang au Canada relativement au volume d'activité. Le CHUM est également un chef de file en échographie, et ce ne sont que quelques-uns des nombreux exemples de soins spécialisés qui répondent aux besoins de la population venue des quatre coins du Québec.

Le CHUM reçoit aussi et surtout la clientèle qui habite les quartiers avoisinants. De fait, 75 % de ses lits sont consacrés aux soins de première et deuxième ligne. Les multiples cliniques ambulatoires traitent également la clientèle de proximité. Par exemple, environ 6 000 patients effectuent plus de 20 000 visites par

année à la clinique de médecine familiale rattachée au CHUM, devenue officiellement un groupe de médecine familiale en mars 2003. C'est un milieu d'apprentissage avant-gardiste pour 20 % de nos résidents. La clinique de grossesses à risque élevé de l'Hôpital Saint-Luc a enregistré plus de 3 700 visites en 2003-2004. Sa clientèle est constituée de femmes enceintes atteintes d'insuffisance rénale, de lupus ou de diabète types 1 et 2, infectées au VIH ou portant des jumeaux. Enfin, une expertise de pointe a pu se développer en santé mentale, en toxicomanie et sur l'infection au VIH, en grande partie grâce aux soins dispensés à la clientèle locale.

Pour continuer d'être un établissement à la fine pointe et ainsi répondre aux besoins du XXI^e siècle, le CHUM a besoin d'un édifice moderne, conçu pour installer de nouveaux équipements et de nouvelles technologies, dans un environnement qui favorise la collaboration entre les professionnels de la santé et encourage chacun à poursuivre son travail d'excellence. Lorsque les trois hôpitaux seront réunis sur un seul et même toit, le CHUM devra continuer à donner toute la gamme des services actuellement offerte à notre clientèle dans les 35 spécialités médicales, quel que soit l'emplacement. C'est une condition sine qua non de la réussite de la relocalisation.

Et, pour continuer d'offrir des soins dans les 35 spécialités médicales, le nouveau centre hospitalier devra contenir un minimum de 700 lits. Le CHUM compte actuellement plus de 1 000 lits. Ce nombre a pu être réduit en partie parce que la science et la technologie permettent, aujourd'hui, de soigner autrement. Ainsi, les services ambulatoires, la chirurgie d'un jour et les interventions par laparoscopie ont considérablement raccourci la durée de séjour à l'hôpital. Il y a cependant un minimum au-dessous duquel un centre hospitalier universitaire n'est plus viable. Ce minimum se situe à 700 lits.

Le premier ministre a annoncé que ce minimum serait respecté, mais les médecins craignent de voir ce nombre réduit en cours de travaux si on se rendait compte qu'il y aurait dépassement de coûts. Retrancher des lits ou des spécialités à mi-chemin serait irrecevable. Il ne faudrait pas non plus que le budget des travaux de construction d'un immense complexe hypothèque le budget d'opération du futur centre hospitalier. Il ne faut pas investir dans la brique et le béton au détriment de l'acquisition d'équipements de pointe. Le CHUM doit être un hôpital universitaire du XXI^e siècle.

Les médecins sont catégoriques: le CHUM est et doit continuer d'être un hôpital complet pour adultes. Cette condition n'est pas négociable.

La prestation des soins est sans contredit l'essence même d'un hôpital, mais elle prend plus de force encore grâce à l'enseignement donné aux futurs médecins et autres professionnels, au chevet même des patients. D'aucuns ont prétendu que la Faculté de médecine et les autres facultés de la santé devaient être à proximité. Bien sûr que la présence des facultés de la santé sur le site du CHUM pourrait être un atout, mais la preuve est faite qu'elle n'est pas indispensable.

● (17 h 10) ●

Le CHUM compte 700 professeurs qui enseignent la médecine, les sciences infirmières, la biochimie,

l'ergothérapie, l'inhalothérapie, les techniques de laboratoire, la nutrition, la diététique et bien d'autres disciplines à 5 000 étudiants et stagiaires. En matière d'enseignement, le CHUM a innové dans plusieurs domaines. Ainsi, des stages ont été offerts, dans diverses cliniques du CHUM, à des étudiants inscrits en quatrième année de médecine à l'Université de Montréal afin de les familiariser avec les soins ambulatoires. Le CHUM a aussi encouragé la création d'un programme de physique médicale afin que des physiciens biomédicaux soient formés en français pour répondre aux besoins en médecine nucléaire, en radio-oncologie et en radiologie. La première cohorte est arrivée en 2002.

Il ne faut pas oublier non plus le télé-enseignement, qui ne relève pas du domaine de la science fiction. Au CHUM, les visioconférences permettent de faire de l'enseignement interactif et remportent un succès au-delà de toute espérance.

À l'heure actuelle, plus de 40 % des étudiants inscrits à la Faculté de médecine passent par le CHUM. Ils se sont classés au premier rang des 16 facultés de médecine au Canada pour une septième année consécutive lors de l'examen d'accès à la profession. C'est bien la preuve que ce n'est pas le site mais la qualité des professeurs qui permet d'atteindre semblables résultats. Le principe d'un campus à proximité du centre hospitalier universitaire ne constitue donc pas un argument irréfutable. C'est la vocation hospitalière qui doit faire pencher la balance.

Le Centre de recherche du CHUM compte 330 chercheurs, ce qui en fait un des plus importants au Canada. Le financement qu'il obtient ne cesse d'augmenter. Il était de 36 millions en 2001-2002, 41 millions de dollars en 2002-2003 et 46 en 2003-2004. Ces chercheurs travaillent en collaboration avec des chercheurs d'un peu partout sur la planète. Il accueille aussi des chercheurs du monde entier qui s'intéressent à ce qui est fait au CHUM, parce que le Centre de recherche a déjà une réputation internationale.

On lui doit des grandes découvertes, par exemple, l'utilisation des filaments radioactifs pour prévenir la réapparition de l'anévrisme cérébral après un traitement endovasculaire. C'est le fruit de la recherche de l'équipe du Dr Jean Raymond, directeur du laboratoire de neuro-radiologie interventionnelle à l'Hôpital Notre-Dame, en collaboration avec une équipe du Département de physique de l'Université de Montréal. Il y a aussi les travaux sur la névrite héréditaire sensitive, auxquels a contribué le Dr Bernard Brais, neurogénéticien au Centre de recherche du CHUM. Cette étude a permis de découvrir le gène responsable de cette maladie héréditaire. Elle a été menée conjointement avec une entreprise de Vancouver et une équipe de l'Université Memorial, à Terre-Neuve. Enfin, un chercheur du CHUM, le Dr Jean-Marie Ékoé, a publié un livre sur le diabète en collaboration avec un médecin australien et un autre d'Angleterre. Ces exemples démontrent qu'aujourd'hui les distances n'empêchent pas la collaboration.

Il est important de se rappeler que la recherche a pour but de faire avancer les connaissances et de découvrir des moyens de soigner nos patients. Les patients ont toujours été la priorité absolue au CHUM.

Lorsque les médecins doivent analyser deux traitements possibles pour un malade, ils se fondent sur

les évidences médicales probantes pour déterminer lequel des deux traitements est le plus approprié. Leur expertise médicale leur a permis d'arriver à une conclusion tout en prenant en compte les bénéfices et les inconvénients pour le patient à court et à long terme.

Trop d'éléments à étudier ne sont pas de la compétence des médecins dans le présent dossier, c'est-à-dire le choix du projet qui permettrait le mieux d'offrir à la population de Montréal et du Québec un centre universitaire de santé à vocation nationale et internationale, axé principalement sur les soins spécialisés et ultrasécialisés ainsi que sur l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention qui en découlent. Parmi ces éléments, il y a notamment le problème lié aux coûts, à l'urbanisme et à la sécurité, pour lesquels les médecins ne peuvent exprimer leur avis, car ils ne sont ni économistes, ni urbanistes, ni architectes, ni ingénieurs.

Le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CHUM n'a donc pas reçu le mandat de se prononcer sur le choix d'un site mais sur un concept. Il a le mandat de rappeler à la commission que le nouveau centre hospitalier doit comporter au moins 700 lits concentrés sur un seul et même site. Ces lits doivent impérativement permettre d'offrir des soins dans les 35 spécialités médicales actuellement offertes au CHUM, et ce, d'ici 2010. Les médecins n'accepteront pas un CHUM morcelé. Il doit offrir à ses patients toute la gamme de soins et de services aux adultes d'un centre hospitalier universitaire du XXI^e siècle. L'ajout des facultés des sciences de la santé représenterait un atout majeur pour optimiser la mission universitaire du CHUM, mais cet ajout ne devrait en aucun temps retarder la réalisation du projet.

Les médecins et les autres professionnels du CHUM ont déjà investi des milliers d'heures dans les tables de concertation qui ont conduit à l'élaboration d'un plan directeur clinique qui permet de respecter à la fois les coûts et l'échéancier. Ce plan sert, entre autres, à déterminer la masse critique pour traiter les patients, faire de l'enseignement et effectuer de la recherche. Les médecins ne veulent pas que la confection des nouveaux plans directeurs cliniques et toutes les autres étapes qui en découlent retardent ce projet. Ils attendent ce nouveau CHUM depuis 10 ans. Ils ont toujours confiance que le CHUM ouvre ses portes en 2010, tel que prévu. Il est urgent qu'une décision soit prise et que les travaux commencent.

Je vous remercie encore une fois de nous avoir permis de nous exprimer, et j'accueillerai avec plaisir vos commentaires et questions.

La Présidente (Mme Legault): Dr Nassif, je vous remercie beaucoup. Je cède maintenant la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux... Oh! Excusez-moi. Je cède plutôt la parole au ministre délégué au Gouvernement en ligne.

M. Gautrin: Je vous remercie, Mme la Présidente. Je vais être très bref, mais j'aurais eu une petite question à vous poser. Pour moi, la qualité d'une université, c'est, d'abord et avant tout, son corps professoral. Ce n'est pas ses bâtisses, ce n'est pas... C'est le corps professoral qui fait la qualité d'une université.

De la même manière, la qualité d'un hôpital et un hôpital universitaire, c'est la qualité de ses médecins. Je suis interpellé lorsque 435 des membres... des professeurs, dont nous respectons la qualité actuellement et nous reconnaissons la qualité, signent un document disant: Nous souhaitons que le CHUM se trouve sur le site Outremont. C'est, dans le fond, eux qui sont les premiers concernés. Est-ce que ça correspond à l'opinion des médecins actuellement? Vous êtes le président du CMDP, vous êtes un peu le porte-parole des médecins. Est-ce que les médecins du CHUM choisissent Outremont ou Beaumont... l'Acadie-Beaumont — excusez-moi, il faut que je devienne «politically correct»?

La Présidente (Mme Legault): Dr Nassif.

M. Nassif (Edgard): Je respecte aussi ces 435 médecins qui ont signé cette lettre. Il faut voir qui a signé cette lettre. Là-dedans, à peu près la moitié sont des chercheurs et la moitié, c'est des cliniciens, et ces 435 médecins qui ont signé, c'est sur à peu près 1 000 médecins.

Le choix qui avait été donné, à ce moment-là, c'était à savoir: Voulez-vous un CHUM avec la technopole? C'est le choix qu'ils avaient. Ils n'avaient pas dit: Voulez-vous un CHUM, indépendamment où est situé le CHUM, et la technopole va suivre? Ils avaient juste un choix, et c'est pour ça qu'ils se sont prononcés sur le site. Est-ce qu'ils se sont réellement prononcés sur le site ou est-ce qu'ils se sont prononcés sur un concept? La Table des chefs... et je le dis: L'ajout des facultés est un atout, est un atout majeur, on l'a dit, on l'a répété, mais je ne pense pas que cet atout devrait amputer la priorité aux patients, c'est-à-dire le 700 lits, le délai, les 35 spécialités.

M. Gautrin: Je vous remercie. Je pense que mon collègue, le député... le ministre de la Santé avait une question.

La Présidente (Mme Legault): Alors, je vais lui céder la parole.

M. Couillard: Mais également député de Mont-Royal.

M. Gautrin: C'est ce que j'allais dire.

M. Couillard: Oui. On va rester un peu sur le même thème, Dr Nassif et Dre Brissette, sur la question du corps médical du CHUM. Je posais la même question à votre collègue, tantôt, de la Table des chefs quant à la capacité du corps médical de se rallier autour du site lorsqu'il sera annoncé. Et j'évoquais l'inquiétude qui nous a tous traversés lorsqu'on a vu les propos d'un de vos collègues qui disait qu'il y aurait un départ massif des médecins si le site Outremont n'était pas retenu.

M. Nassif (Edgard): Je pense que vous avez plus d'inquiétudes que nous autres. C'est clair que les médecins vont se rallier. C'est clair que, dès qu'il y a une annonce, et j'espère que l'annonce se fait le plus rapidement possible, tous les médecins vont se rallier à ça.

M. Couillard: O.K. C'est une bonne nouvelle, deux bonnes nouvelles dans la même journée, parce que votre collègue, tantôt, à la Table des chefs, nous a dit exactement la même chose.

On va parler du concept de l'organisation, puis vous avez bien expliqué que vous ne voulez pas refaire le plan directeur clinique. Vous avez fait ça, ça a pris plusieurs années, et vous ne voulez pas recommencer une autre fois, puis je vous comprends.

M. Nassif (Edgard): Ça a pris à peu près deux ans ou plus, là.

● (17 h 20) ●

M. Couillard: C'est des exercices d'arbitrage, des exercices d'arbitrage qui sont difficiles. Mais on a discuté, ce matin, avec le président de la Table des chefs, qui est lui-même obstétricien. Ça adonne bien, parce que votre vice-présidente est...

M. Nassif (Edgard): Toxicomane...

Mme Brissette (Suzanne): Toxicomane!

M. Couillard: ...en tout cas, spécialiste en toxicomanie.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Hein? Bien oui, spécialiste en... C'est quoi, le problème?

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: ...

M. Couillard: Non. Spécialiste en toxicomanie. C'est ce que j'ai dit. Il faut être spécialiste de la toxicomanie. C'est très noble. Il n'y a rien de...

M. Gaurin: Elle n'est pas toxicomane.

M. Couillard: Elle n'est pas toxicomane, j'en suis certain.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Donc, cessons de plaisanter. Trois spécialités sont mentionnées quant à la difficulté de desserte et d'organisation: l'obstétrique, la psychiatrie et les soins pour les toxicomanes, qui sont des activités universitaires. Je ne pense pas que la Dre Brissette accepterait de dire que, s'il y a un hôpital non universitaire, on va y mettre la psychiatrie et la toxicomanie. Est-ce que c'est quelque chose qui vous sourirait?

Mme Brissette (Suzanne): C'est à moi?

M. Couillard: Oui.

La Présidente (Mme Legault): Oui. Dre Brissette.

Mme Brissette (Suzanne): Merci. Alors, ce que je vous dirais, c'est que les médecins du service se sont évidemment penchés sur la question. Et ce qui était clair

et le consensus là-dessus, c'est que les médecins du service de toxicomanie, de par les activités de niveaux secondaire et tertiaire, désiraient ardemment aller dans le CHUM, peu importe sa localisation.

Par ailleurs, depuis très longtemps, notre service s'est préoccupé des problèmes d'accessibilité aux soins pour une clientèle qui est très marginalisée et qui a énormément de problèmes d'accès et de services en soins de niveaux primaire et secondaire. Et il est clair qu'advenant que le CHUM ne soit pas au centre-ville il faudrait penser à une organisation de services qui requerrait le maintien de certains niveaux de soins.

Donc, ça voudrait dire, en ce qui nous concerne, un morcellement du service et une réorganisation qui n'a pas encore évidemment été planifiée comme telle. Mais il est évident que nos activités, en particulier en recherche et en enseignement, requièrent que l'on se joigne au CHUM — si le CHUM veut bien de nous, bien entendu — et aussi les activités connexes qu'on a avec d'autres départements et d'autres services. Et je pense, entre autres, à l'hépatologie, aux services de microbiologie et de maladies infectieuses, entre autres, pour tout ce qui est des questions d'hépatite C et de VIH dans ces clientèles-là.

La Présidente (Mme Legault): Merci. M. le ministre.

M. Couillard: Comme vos collègues, vous avez insisté sur les délais. La perspective d'un déphasage entre le CHUM et l'Hôpital de McGill, quelle est la limite? Est-ce que vous avez une évaluation de votre tolérance, à ce niveau-là?

M. Nassif (Edgard): On n'a pas de tolérance.

M. Couillard: Donc, vous voulez que...

M. Nassif (Edgard): Mon mandat est très clair: c'est 2010. C'est un incontournable.

M. Couillard: O.K. Donc, s'il y avait des délais associés à l'un des sites de deux, trois ans pour plusieurs raisons...

M. Nassif (Edgard): Deux, trois ans: irrecevable.

M. Couillard: O.K. C'est bien. Merci.

La Présidente (Mme Legault): Alors, je cède maintenant la parole à Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et de condition des aînés. Madame.

Mme Harel: Merci. Merci, Mme la Présidente. Dr Nassif et Dre Brissette, bienvenue à cette commission, au nom de l'opposition officielle.

Vous décrivez, à la page 3 du mémoire que vous présentez, ce matin... cet après-midi — en fait, je ne sais plus quelle heure de la journée il est — les cliniques qui... par exemple la clinique de médecine familiale qui, dites-vous, a attiré 6 000 patients qui ont effectué plus de 20 000 visites par année. Et vous ajoutez: Cette clinique de médecine familiale qui est rattachée

au CHUM est devenue un groupe de médecine familiale en mars 2003. C'est un milieu d'apprentissage avant-gardiste pour 20 % de nos résidents. Est-ce que vous prenez pour acquis que cette clinique de médecine familiale va demeurer dans le centre-ville, quel que soit le site choisi pour l'emplacement du CHUM?

M. Nassif (Edgard): Suzanne.

Mme Brissette (Suzanne): Écoutez, je pense qu'il y a encore beaucoup de questions qui n'ont pas encore été répondues de façon spécifique, mais, étant donné la vocation de cette clinique-là, il est probable qu'elle resterait en partie ou en totalité, ce n'est pas à nous de... les décisions n'ont pas été prises définitivement, mais ils desservent une clientèle qui est très locale, et ce serait difficile, en tant que groupe de médecins en médecine de famille, de s'expatrier.

Mme Harel: À ce moment-là, l'apprentissage se ferait dans cet hôpital complémentaire, si tant est que le choix du site d'Outremont était retenu pour l'hôpital universitaire.

Mme Brissette (Suzanne): Tout va dépendre du niveau d'organisation, au niveau de l'enseignement, qui va être choisi pour ce qui est de la médecine familiale.

Mme Harel: Ce qui signifie, en termes... Non?

Mme Brissette (Suzanne): Ce qui signifie qu'ils vont devoir évaluer les besoins en termes de volumes de patients et de résidents et de voir quelle est la proportion qui devra rester au centre-ville pour desservir la population locale.

Mme Harel: On voit bien que, s'il advient que le site retenu soit celui d'Outremont, il va devoir, dans le centre-ville, demeurer un enseignement universitaire en matière de médecine de famille, ou en matière de psychiatrie, ou encore de toxicomanie, ou peut-être même d'obstétrique.

On dit que le secteur Acadie-Beaumont est quand même bien desservi. On a parlé du Jewish, du St. Mary's et puis du CUSM...

Une voix: De Sainte-Justine.

Mme Harel: ...de Sainte-Justine, effectivement. Et qu'est-ce qu'il en est en matière de radio-oncologie?

M. Nassif (Edgard): La radio-oncologie...

Mme Harel: Je sais que vous êtes radio-oncologue, Dr Nassif.

M. Nassif (Edgard): Chirurgien-oncologue. Mais évidemment j'ai beaucoup affaire avec les radio-oncologues.

Une voix: ...

M. Nassif (Edgard): C'est clair que la radio-oncologie et les patients qui nécessitent la radio-oncologie

vont probablement augmenter. Il y a eu des investissements qui ont été faits dernièrement à Notre-Dame. Ça aussi, la demi-vie des machines en radio-oncologie est aux alentours de 10 ans. Si, à ce moment-là, il faudrait remplacer, si vous voulez, ces machines-là, c'est sûr qu'on peut les amener dans un site ou dans l'autre.

Maintenant, vous avez soulevé tantôt qu'est-ce qu'on ferait avec ces patients au point de vue de l'accessibilité. C'est sûr que ça augmente de plus en plus, c'est sûr que ce sont des patients qui ne sont pas nécessairement en excellent état pour voyager d'un bord ou de l'autre. Et, qu'ils aillent effectivement... Si on prend le côté patient, le côté accessibilité, le côté sécurité pour ces patients-là, que, lorsque ça fait trois semaines qu'ils reçoivent la radiothérapie ou quatre semaines qu'ils sont en radiothérapie, ce n'est pas le temps d'attendre au coin pour l'autobus, ce n'est pas le temps d'attendre au coin pour le métro et voyager pendant deux heures de temps. Je pense que, oui, effectivement, c'est un fait que ces patients-là en ont besoin. Qu'est-ce qui va être fait? Est-ce que ça devrait rester au centre-ville? Probablement.

La Présidente (Mme Legault): Mme la députée.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): Bon. Bien, alors, je cède la parole au député de Chicoutimi.

M. Bédard: Très brièvement. Vous nous avez indiqué vos craintes quant à l'augmentation des coûts par rapport à la diminution possible... pas possible mais qui pourrait survenir quant au nombre de lits, là. Et vous dites: Bon, 700 lits, c'est le minimum et peu important les dépassements. Et vous avez aussi indiqué vos craintes quant aux coûts par rapport même... qui pourraient voir amputer le budget de fonctionnement du nouveau CHUM. J'aimerais peut-être avoir une petite indication. Comme vous êtes au niveau du CMDP, que représente, en termes d'augmentation du coût de fonctionnement, suite... et là on parle à échéance, là, combien vous pensez que peut se voir augmenter ou... le financement quand on parle d'hôpital universitaire avec l'ampleur dont on parle, là?

M. Nassif (Edgard): Bien, c'est évident que la technologie s'améliore d'année en année. Les médicaments coûtent de plus en plus cher. C'est sûr que, pour traiter un patient actuellement avec la même pathologie qu'il y a 20 ans, ça a augmenté probablement du double ou du triple. Je ne peux pas vous dire exactement les chiffres. L'étude, personnellement, je ne l'ai pas faite, combien ça augmente. Mais, oui, ça augmente. La chimiothérapie, je vous parle de chimiothérapie — quand même ça reste dans mon domaine — la chimiothérapie coûte beaucoup plus cher actuellement qu'il y a 10 ou 15 ans.

M. Bédard: Oui, oui.

M. Nassif (Edgard): L'investigation qui est faite en radiologie, en médecine nucléaire avec le PETscan, en résonnance, effectivement toute l'investigation actuellement qu'on fait ne se faisait pas il y a peut-être 10 ou 15 ans. Alors, c'est quand même un horizon qui n'est pas si loin. Lorsqu'on parle de projeter ça dans l'avenir, avec des

horizons de 10 ans, on ne peut pas prévoir qu'est-ce que ça va arriver dans 10 ans. C'est beaucoup plus facile de planifier dans cinq ans ou dans quatre ans que de planifier dans 10 ou 15 ans. Les besoins actuels, on les connaît assez bien. Dans 15 ans, qu'est-ce qui va arriver? Je ne le sais pas, je peux vous dire une chose, c'est évident. Si vous me dites: Demain ou dans trois ans, là, on découvre le traitement pour le cancer du sein avec une pilule magique, ça va couper beaucoup la radio-oncologie. Mais, pour l'instant, ce n'est pas ça.

M. Bédard: C'est difficile de vous... Merci.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Alors, je cède maintenant la parole au député de Richelieu.

● (17 h 30) ●

M. Simard: Et je vais essayer de faire rapidement. Mais vous avez beaucoup insisté, vous n'êtes pas le premier — et là je sors du choix du site parce que c'est vrai pour toutes les situations — sur la question de 2010. Je voudrais juste avec vous, et j'espère que le ministre peut-être pourra me corriger après si je me trompe, mais je vais le faire — on en a parlé un petit peu ma collègue députée de Taillon et moi, là — un scénario rapide, là, de ce que ça pourrait ressembler dans le temps.

Donc, que la décision se prenne dans les trois prochains mois, je ne ferai pas d'ironie, tout le monde est d'accord. Il n'y a pas un quatrième site qui sort. Bon. La décision est prise d'ici, disons, dans les trois prochains mois. On a une décision. La ville de Montréal nous a dit, ce matin, que le plus rapide, hein, pour une fois qu'elle a un dépôt de projet, c'est 12 mois. Il a dit: Dès que ça se complique un peu, c'est plutôt 18 mois, là, mais minimum, on va être optimiste, 12 mois. Alors, ça nous met en juin 2006 pour l'autorisation de la ville de Montréal, minimum, minimum. Ensuite, il y a... plan fonctionnel et technique. C'est un hôpital extrêmement complexe, on le sait, là, puis, avant de donner des contrats, là, on tombe dans le détail. 18 mois? Ça prend bien un minimum de 18 mois. Ça pourrait prendre 24 mois?

Une voix: Deux ans, hein?

M. Simard: Oui, oui, c'est ça.

Une voix: Deux ans, deux ans même.

M. Simard: Non, non, elle consulte sur... pas sur... le plan fonctionnel et technique final. Ensuite, la construction de la première phase. Parce qu'on dit qu'on construit une première phase dans le cas du 1000 Saint-Denis, où ensuite on placera tous les patients. Construction, mettons deux ans, hein, le temps de creuser et de construire, il y a bien un deux ans, là. On est déjà en juin 2006... 2010 et il n'y a toujours pas la deuxième phase avec toutes les surprises que peuvent réserver des bâtiments qu'il faut recycler.

Moi, je n'ai pas mis là-dedans ce que le premier ministre nous dit qu'il va falloir mettre aussi, la négociation d'un contrat en PPP. Notre collègue sait très bien que c'est un deux ans de travail, hein, s'il n'y a pas d'expérience au Québec là-dedans. Si jamais on décidait d'aller dans le sens que la présidente du Conseil du trésor et le premier ministre nous ont donné, là, il y a une possibilité encore de retard majeur.

Moi, j'ai l'impression que 2010, ça va être coton. C'est même à peu près impossible. Vous dites, votre condition primordiale, là, vous dites: Il faut que ce soit prêt pour 2010. Moi, je veux bien, là, mais ça demande des compressions. Le temps, ça ne se comprime pas, il y a des délais qui ne sont pas compressibles. Vous ne pouvez pas construire une tour de 14 étages en trois mois et demi. La réalité, il faut bien se le dire entre nous, là, c'est beaucoup plus entre 2012 et 2014.

La Présidente (Mme Legault): Alors, Dr Nassif.

M. Nassif (Edgard): Comme je l'ai mentionné, je ne suis pas un architecte ni un ingénieur. Je pense que la question, je ne sais pas si vous la demandez au président du Conseil des médecins et dentistes du CHUM ou vous la posez à l'ingénieur du CHUM. Mais c'est une remarque, je ne sais pas.

La Présidente (Mme Legault): Avez-vous terminé, M. le député?

M. Nassif (Edgard): Mais je vais juste mentionner quelque chose. Les plans qu'on a vus quand même, c'est faisable en 2010. La planification qui a été faite, qui a été présentée, je pense, ici même, elle est faisable en 2010. C'est tout ce que je peux répondre à ça.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Marois: Moi, essentiellement, ma question portait sur ce qu'on affirme toujours sans jamais élaborer sur cette question, et vous refaites la même affirmation ici. D'autres avant vous ont élaboré mais peu dans les derniers intervenants: «L'ajout des facultés — là, je vous cite — des sciences de la santé représenterait un atout majeur pour optimiser la mission universitaire du CHUM — bon — mais cet ajout ne devrait en aucun temps retarder la réalisation du projet.» En quoi consiste cet atout majeur?

M. Nassif (Edgard): Je pense que c'est clair que... Ce que je veux dire par là, c'est: Il faut prioriser l'hôpital. On est partis depuis 10 ans à vouloir construire un CHUM. L'atout majeur d'avoir les facultés à côté, effectivement ça a été mentionné au niveau de la recherche, ça a été mentionné au niveau des cours. On a mentionné aussi la synergie qu'il pourrait y avoir, ne serait-ce... 8 000 m ou 15 000 m, je ne veux pas rentrer dans ces détails, parce que je l'ai lu, je vous dis sincèrement, en diagonale. Mais la recherche, oui, effectivement il peut y avoir un ajout. Il y a beaucoup de choses qui se font dans un hôpital qui est formel et il y a aussi l'informel. S'asseoir avec le chercheur à côté à la cafétéria ou, le matin, discuter, oui. L'échange des étudiants, l'échange des technologies, ça peut se faire. C'est dans ce sens-là, oui, qu'il peut y avoir cet atout-là.

Mme Marois: Oui, oui. Parce qu'en... Oui, allez-y, continuez, je vais voir.

M. Nassif (Edgard): Au point de vue... On a parlé aussi... Évidemment, la majorité, ou presque tous, là, en médecine il n'y a jamais 100 %, là, mais, disons, je

dirai que la majorité des médecins, c'est des professeurs, ça a été mentionné, qui donnent des cours, qui effectivement, parfois, peuvent se déplacer, et qui peuvent effectivement centraliser ces cours-là, et probablement avoir un avantage. Est-ce que cet avantage-là est pour les patients? Peut-être indirectement. Ça me prendrait moins de temps de voyager d'une place à l'autre et, à ce moment-là, je pourrais consacrer plus de temps aux patients, probablement.

Mme Marois: Mais par contre, si à la limite évidemment vous arrivez soit à développer de nouvelles technologies, de nouvelles approches ou au plan, entre autres, psychosocial — parce que j'ai quand même quelques connaissances de ce côté-là aussi — le travail multidisciplinaire, et en amont et en aval, au niveau de la recherche, ensuite au niveau des expériences cliniques et de l'évaluation par la suite, j'imagine que ça, ça doit être un élément qui, au niveau du travail multidisciplinaire, peut être aussi intéressant. Je le soulève, là, en en faisant une question hypothétique ou une hypothèse.

La Présidente (Mme Legault): Dre Brissette.

Mme Brissette (Suzanne): Moi, je pense qu'effectivement au niveau des disciplines ou... qui travaillent beaucoup en équipe multidisciplinaire, la proximité physique peut toujours être très intéressante et peut donner lieu à toutes sortes d'échanges qui vont donner recherche et enseignement améliorés. Je pense que ce que le CMDP dit, c'est qu'on reconnaît que c'est un atout, mais on ne veut pas que ce soit un empêchement ou une barrière à une réalisation dans un avenir proche. Il faut se souvenir que, nous, on vit littéralement dans nos boîtes depuis 10 ans, et on ne sait pas encore dans quelle maison on va habiter.

Alors, les médecins commencent à être très démotivés de toujours se faire reporter ou changer de site, et je pense que le simple fait d'avoir une décision, et probablement pas juste une décision mais un premier... première pelletée de terre va être assez rassembleuse en soi.

Mme Marois: C'est ce que nous avons un peu constaté d'ailleurs avec le 6000, le projet du 6000 Saint-Denis.

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie beaucoup. Je cède maintenant la parole à Mme la députée de Lotbinière.

Mme Roy: Merci. J'aimerais aller un peu dans le même sens au niveau des délais. On a parlé de juin 2006, peut-être pour avoir un peu l'aval de la municipalité pour commencer. Ensuite, le plan technique, je voyais ma collègue de Pontiac, qui est en face, qui est infirmière, me parlait d'un délai de trois ans, donc, là, on tombe en 2009. Après ça, on commence à faire des devis, des appels d'offres, et puis après on commence à construire, puis il ne faut pas oublier qu'on est en plein centre-ville, un souterrain de six étages. J'ai entendu des experts mentionner comme étant plus probable 2015 pour la construction, peut-être même jusqu'à 2020 pour la finition de Saint-Luc.

Advenant le cas, là... Vous nous dites que votre décision, vous la basez aussi beaucoup sur la rapidité

avec laquelle vous voulez avoir votre projet. On sait très bien qu'on construit dans du... On va travailler dans du déjà construit, ce qui des fois complique ou la plupart du temps complique le travail sur le terrain. N'allez-vous pas vous dire en 2015: Bien, on aurait dû, tant qu'à ça, tant qu'à privilégier un projet rapide, prendre le projet qui permettrait la meilleure synergie avec les facultés de médecine? Parce que vous l'aurez... Il est possible que ce ne soit pas réalisable, en tout cas il me semble assez optimiste, sinon...

La Présidente (Mme Legault): Dr Nassif, vous avez la parole, et nous vous écoutons.

M. Nassif (Edgard): Merci. Pour répondre à la question, à savoir: Est-ce qu'on construit avec du vieux? Les plans que j'ai vus, moi, c'est... Et je connais bien l'Hôpital Saint-Luc parce que j'y travaille aussi, comme mes collègues disent, je travaille à l'Hôpital Saint-Luc, à l'Hôpital Notre-Dame et à l'Hôtel-Dieu. Je travaille dans les trois puis je voyage dans les trois, entre guillemets. Alors, l'Hôpital Saint-Luc, je le connais, et puis je stationne ma voiture là où le nouvel Hôpital Saint-Luc sera bâti. Autrement dit, il n'y a rien là, il y a des voitures. Alors, ce n'est pas bâtir dans du vieux, c'est bâtir sur un terrain qui actuellement est un stationnement. Alors ça, c'est un point.

La majorité de la bâtisse qui va être faite, et, si je me souviens bien des chiffres, c'est à peu près 430 ou 450 lits, là, mais je ne veux pas rentrer dans ces détails là, je pense que vous avez entendu, alors c'est complètement neuf. Puis, lorsque cette partie-là va être finie, à ce moment-là il va y avoir un transfert de patients de la vieille bâtisse, je dirais, de Saint-Luc à cette nouvelle bâtisse là. Et là on va, si vous voulez, effectivement retaper, si vous voulez, ou rénover, ou refaire quasiment au complet la vieille bâtisse en tant que telle.

● (17 h 40) ●

Maintenant, les délais. Est-ce qu'on doit faire les devis, on doit attendre un après l'autre, est-ce qu'on peut faire des affaires concomitantes, est-ce que les plans peuvent être faits en attendant les devis, est-ce qu'on fait faire ça de façon séquentielle, ou consécutive, ou en même temps? Je ne peux pas répondre, je ne suis pas ingénieur. Je peux vous dire une chose, par exemple, et puis je soulève un point, là, qui est important, je pense. C'est parce que, bon, les gens me disent: Est-ce que la construction, ça va te déranger, là, tu sais? Et je vous réponds franchement: Oui, probablement que la construction va me déranger, là. Puis on a eu de la construction à Notre-Dame, puis je n'ai jamais vu un médecin qui a donné sa démission parce qu'il y avait de la construction. Puis je peux vous assurer quelque chose: on ne sera pas plus heureux de voir la construction... se faire le plus rapidement possible.

La Présidente (Mme Legault): Dr Nassif et Dr Brissette, au nom de cette commission, je vous remercie de votre présence parmi nous. Et chers collègues, étant donné que l'ordre du jour de cette séance est épuisé, la commission ajourne ses travaux au jeudi 3 mars 2005, à 9 heures. Bonne soirée à tous.

(Fin de la séance à 17 h 41)