



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 jeudi 3 mars 2005 — Vol. 38 N° 4

Consultations particulières en ce qui a trait
aux choix d'un site pour le futur Centre
hospitalier de l'Université de Montréal (4)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

Table des matières

Auditions (suite)	1
Collège des médecins du Québec (CMQ)	1
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	11
Chemin de fer Canadien Pacifique (CFCP)	21
Agence métropolitaine de transport (AMT)	31
Mémoire déposé	31
Mémoires déposés	31

Intervenants

Mme Diane Legault, présidente

M. Philippe Couillard
Mme Louise Harel
Mme Sylvie Roy
Mme Francine Gaudet
Mme Yolande James
M. Pierre Marsan
M. Henri-François Gautrin
M. Stéphane Bédard
M. Tony Tomassi
M. Daniel Turp
M. Sylvain Simard

- * M. Yves Lamontagne, CMQ
- * M. Yves Robert, idem
- * Mme Gyslaine Desrosiers, OIIQ
- * Mme Gisèle Besner, idem
- * Mme Céline Goulet, idem
- * Mme Denyse Nepveu, CFCP
- * M. Donald B. Campbell, idem
- * M. Guido DeCiccio, idem
- * M. Raynald Bélanger, AMT

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 3 mars 2005 — Vol. 38 N° 4

Consultations particulières en ce qui a trait aux choix d'un site pour le futur Centre hospitalier de l'Université de Montréal (4)*(Neuf heures cinq minutes)*

La Présidente (Mme Legault): Alors, chers collègues, mesdames messieurs, bienvenue à cette commission. Je vous rappelle que l'usage du téléphone cellulaire est interdit pendant nos séances, alors je vous invite à les éteindre. Merci.

Je rappelle le mandat de cette commission spéciale. Alors, la Commission spéciale sur le site du futur Centre hospitalier de l'Université de Montréal est réunie afin de compléter ses consultations particulières et ses 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: Oui, Mme la Présidente. M. Paquet (Laval-des-Rapides) va être remplacé par M. Tomassi (LaFontaine).

La Présidente (Mme Legault): Bienvenue, M. le député de LaFontaine. Merci, Mme la secrétaire. Je fais lecture de l'ordre du jour et je le mettrai aux voix. Donc, à 9 heures, nous entendons le Collège des médecins du Québec; à 10 heures, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; à 11 heures, Chemin de fer Canadien Pacifique; et, à midi, l'Agence métropolitaine de transport. Il est prévu que nous ajournions à 13 heures. L'ordre du jour est-il adopté? L'ordre du jour est-il adopté?

Mme Harel: Sur division.

Auditions (suite)

La Présidente (Mme Legault): Sur division. Je vous remercie. Alors, nous allons entendre maintenant les représentants du Collège des médecins. Dr Lamontagne, je vous invite à vous identifier pour fins d'enregistrement et à présenter la personne qui vous accompagne. Je rappelle que la commission vous consacrera une heure, une période de présentation d'une durée de 20 minutes et qui sera suivie d'une période d'échange. Alors, Dr Lamontagne, je vous cède la parole.

Collège des médecins du Québec (CMQ)

M. Lamontagne (Yves): Merci, Mme la Présidente. Je suis donc Yves Lamontagne, président du Collège des médecins du Québec. Et je vous présente le Dr Yves Robert, qui est le directeur général et secrétaire général par intérim. Comme les Chemins de fer vont passer vers 11 heures, j'aurais dit: J'espère qu'on va vous mettre sur la bonne track à 9 heures.

Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes, MM. les parlementaires, on vous remercie de nous permettre de présenter nos réflexions ici, aujourd'hui.

Et d'emblée je pense que je voudrais féliciter les parlementaires et en particulier M. le ministre pour la transparence et le souci que vous avez de bien investir les deniers publics en voulant faire respecter le cadre financier qui est déterminé par le gouvernement dans ce projet.

Évidemment, je ne vous apprends rien en vous disant que l'idée de construire un centre universitaire, ce n'est pas nouveau, ça a commencé quand ils ont bâti l'Université de Montréal et où il devait y avoir un centre hospitalier universitaire sur la montagne. Après ça, bien, Sainte-Justine, ça devait être un centre hospitalier universitaire. Quand les HEC sont arrivées, ça devait être un centre hospitalier universitaire. M. Côté, alors ministre, voulait déménager l'Hôtel-Dieu dans l'est de la ville pour en faire un CHU. Et, évidemment, pendant la période des compressions, ce fut l'époque de la fermeture et de la fusion des hôpitaux. Et c'est ainsi que le CHUM a été créé, de cette espèce de fusion forcée entre les trois hôpitaux que j'ai coutume d'appeler le vaisseau amiral, l'hôtel des dieux et l'hôtel du peuple, et c'est dur de faire un mariage avec ça. Et ça, ça a entraîné bien sûr des querelles interhospitalières, des démissions, de la démotivation et de la démobilisation. Mais par la suite c'est M. Bouchard qui a annoncé la construction du CHUM au 6000 Saint-Denis, où, là, je pense que ça avait créé un peu d'espoir. Mais depuis on n'en a pas entendu parler.

Donc, après plusieurs années et des millions de dollars en études et en travaux de toutes sortes, on se retrouve ici, aujourd'hui. Je vous précise d'emblée, d'entrée de jeu, un certain nombre de points. Je vous souligne qu'à ce jour aucun intervenant impliqué dans le débat n'a sollicité l'avis du collège. On est ici, aujourd'hui, expressément parce qu'on nous l'a demandé. Et, la mission du collège étant la protection du public et la promotion d'une médecine de qualité, c'est dans cette perspective que nous allons émettre notre opinion. Elle portera sur les paramètres qui doivent être pris en considération dans l'élaboration d'un projet de centre hospitalier universitaire. Et, c'est évident, vous le savez que le collège n'a aucune expertise en urbanisme, en environnement, en développement économique ou en planification stratégique. Par contre, la bonne formation et la bonne pratique des médecins, qui permettent d'assurer les meilleurs soins aux patients possible, ça, ça nous préoccupe au plus haut point.

● (9 h 10) ●

On a donc l'impression, à ce moment-ci du débat, que plusieurs se comportent comme si le choix d'un site pour un CHU était la question la plus importante à laquelle il fallait répondre. Selon nous, la question fondamentale n'a jamais été posée, et c'est celle de définir ça doit être quoi, un CHU. Voilà pourquoi nous ne pouvons pas et nous n'avons pas l'intention de plaider en faveur d'un site géographique particulier pour le CHU de l'Université de Montréal.

Alors, selon nous, qu'est-ce qu'un CHU? Depuis le début du débat, il est clair qu'on ne s'entend pas sur ce qu'est un CHU. Selon nous, un CHU, c'est un centre ultraspécialisé qui offre des services médicaux de niveau tertiaire et quaternaire pour l'ensemble de la population du Québec, en plus d'activités de recherche de pointe, d'évaluation des technologies et d'enseignement supérieur et spécialisé dans le domaine de la santé en général et de la médecine de pointe en particulier.

Un CHU ne peut offrir exclusivement et à lui seul tous les services spécialisés et toutes les activités de recherche et d'enseignement nécessaires à la formation médicale. Il doit exercer sa mission en étroite collaboration avec un réseau de centres hospitaliers affiliés, ce qu'on appelle des CHA, qui offrent, à leur niveau, des soins généraux et spécialisés de deuxième ligne, et qui répondent aux besoins de santé de la population vivant à proximité ou dans la région, et qui contribuent également à la recherche et à l'enseignement.

L'élaboration d'un projet de CHU doit se faire en ayant à l'esprit les besoins et les pratiques médicales de pointe actuels et ceux qui se développeront au cours des prochaines années. Elle doit également tenir compte des domaines de la médecine en émergence qui orienteront les champs de recherche futurs, de l'évolution de l'environnement technologique utilisé par les chercheurs et les médecins spécialistes et surspécialistes, ainsi que de l'évolution des méthodes d'enseignement.

À cet égard, si le passé récent est garant de l'avenir, le changement et l'adaptation au changement seront la règle imposée par l'accélération de l'évolution des connaissances et des technologies. Le CHU du futur devra donc être souple, adaptable et rapidement évolutif. Il serait naïf de croire qu'à l'inauguration d'un éventuel CHU tout neuf tout sera terminé pour longtemps. Bien au contraire, un tel CHU ne saurait être le point de départ, l'investissement initial à partir duquel l'adaptation aux nouvelles connaissances et aux nouvelles technologies médicales se fera. En 1980, est-ce qu'on aurait pu imaginer l'impact des nouvelles maladies comme le sida ou le SRAS ou des nouvelles technologies émergentes comme le décryptage du génome humain ou les traitements par greffe d'organes et de tissus? Beaucoup de défis qui nous sont présentement inconnus exigeront une capacité d'adaptation actuellement insoupçonnée. Gardons-nous donc d'avoir un projet qu'on veut complet au départ. Où qu'il soit, le nouveau CHU devra donc être évolutif.

La recherche. Du côté de la recherche, on doit reconnaître que la constitution d'équipes est essentielle. Il faut au moins une concentration minimale de chercheurs de pointe en interaction les uns avec les autres pour créer un noyau vivant et créatif permettant la reconnaissance internationale nécessaire aux investissements et au recrutement des personnes les plus compétentes.

À l'heure du réseautage que permettent les nouvelles technologies de l'information, le regroupement des chercheurs en un seul lieu n'est pas non plus une condition sine qua non. Les recherches multicentriques internationales deviennent la règle, et les équipes de recherche deviennent davantage liées à des espaces virtuels qu'à des lieux physiques.

Au niveau de l'enseignement, eh bien, l'enseignement médical n'est pas non plus imperméable

au changement. Vous savez comme moi que les cours magistraux dans les grands amphithéâtres est une réalité qui est dépassée depuis au moins 10 ans. Et les méthodes d'enseignement sont donc orientées maintenant vers l'apprentissage par problème, l'exposition précoce à la clinique et l'individualisation de l'enseignement en utilisant les nouvelles techniques de l'information. Avec le nombre d'étudiants en médecine qui a presque doublé en cinq ans et avec ce souci d'exposer le plus précocement possible l'étudiant au milieu clinique, les facultés redoublent d'efforts pour identifier et agréer des lieux de formation de plus en plus variés, autant en milieu urbain qu'en région. Il y a longtemps que le CHU n'est donc plus le lieu unique et privilégié de la formation du futur médecin, ne serait-ce que parce que nous avons besoin de former un grand nombre de médecins de famille.

À ce sujet, d'ailleurs, la semaine dernière, le collège rendait public son énoncé de position sur le rôle du médecin de famille. Dans ce document, nous avons fait plusieurs recommandations qui touchaient la révision des programmes de formation médicale et nous insistions pour que les programmes de formation prégraduée exposent précocement l'étudiant en médecine à des médecins de famille sur le terrain, dans leur milieu de pratique. Quant à la formation postgraduée de résidence en médecine familiale, elle doit prioritairement se faire auprès des médecins de famille en cabinet ou en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, aussi bien en région urbaine que non urbaine, autrement dit, le plus près possible du lieu où sera appelé à travailler le médecin de famille. Alors, nous invitons aussi tous les partenaires à partager l'objectif de permettre bien sûr à chaque Québécoise et Québécois d'avoir son médecin de famille.

Donc, le CHU ne sera pas le principal lieu de formation pour les médecins de famille, quant à nous. Et cette tendance est observable dans la plupart des pays occidentaux et elle va s'en aller en s'accroissant. Quelle est alors la place du CHU dans l'enseignement? Eh bien, c'est surtout pour la formation postgraduée du futur médecin spécialiste.

Quant aux soins, les soins offerts dans un CHU, nous pensons qu'il est préférable pour le moment qu'ils soient de niveau ultraspécialisé et que par conséquent ils s'adressent à l'ensemble de la population du Québec. Dans cette perspective, la question des soins assurés à la population vivant à proximité du site choisi devient moins cruciale. L'accès au CHU ne devrait survenir qu'après des étapes de prise en charge et d'investigation préalables qui doivent être faites localement ou régionalement par les ressources de première et de deuxième ligne existantes.

Les mythes dont il faut s'affranchir. Bien évidemment, on pense qu'au cours des derniers mois il y a plusieurs mythes qui sont ressortis qu'il nous apparaît important d'identifier pour s'en affranchir. Et les attentes, nous croyons, sont devenues démesurées face à un nouveau CHU.

Premièrement, le développement de la médecine de pointe sert généralement de locomotive à la qualité des services médicaux. Mais il est international. — internationalement — je vais le dire, il ne m'aura pas — reconnu que l'amélioration globale de la santé d'une

population repose d'abord et avant tout sur des services de première ligne qui sont accessibles et de très haute qualité. Un CHU ne peut remplir sa mission sans l'existence d'une première ligne forte et accessible. Et je vous rappelle, comme on le fait à chaque fois, que celle-ci reste à consolider au Québec.

Deuxièmement, un CHU ne peut exister seul. Il doit inscrire ses activités cliniques tertiaires et quaternaires et ses autres activités d'évaluation des technologies de recherche et d'enseignement en complémentarité avec les autres CHU du Québec et les autres institutions cliniques d'enseignement et de recherche existantes, qui contribuent d'ailleurs déjà et de façon significative à la qualité de la médecine au Québec. Mentionnons, entre autres, l'Institut de cardiologie de Montréal, l'Hôpital Laval, à Québec, les instituts de gériatrie, l'Institut neurologique de Montréal, l'Institut de recherches cliniques de Montréal, pour ne nommer que ceux-là.

Troisièmement, la construction d'un CHU à Montréal ne réglera pas les problèmes actuels du réseau de la santé, surtout pas l'accessibilité aux soins, qui, elle, relève d'une première ligne forte, efficace et de qualité.

Quatrièmement, de façon réaliste, un CHU n'aura jamais fini son expansion. La construction d'un nouvel édifice, quel qu'il soit et où qu'il soit, ne sera toujours qu'un premier jalon d'un ouvrage qui se construira sur plusieurs décennies. Il en a toujours été ainsi de toute façon de tous les centres hospitaliers construits au Québec. Un CHU ne fera pas exception à cette règle.

Cinquièmement, une fois construit, il faudra aussi donner au CHU les moyens de remplir sa mission. Si certains mégaprojets réalisés au Québec, comme l'aéroport de Mirabel ou le Stade olympique, ont échoué, c'est justement que les conditions de réussite initialement prévues n'ont jamais été remplies. À Mirabel, s'il y avait eu le complément de l'autoroute 13 et le TGV, il y aurait probablement beaucoup, beaucoup de monde à Mirabel aujourd'hui. Et si, dans le Stade olympique, le football, le baseball, le soccer, des expositions et le forum avaient été là, bien, ça aurait été rentable. Alors, on bâtit des monuments puis, une fois que c'est bâti, bien, on ne pense pas plus loin que notre nez, à savoir ce qu'on va faire avec ça. Donc, sachons d'abord dans quoi nous nous engageons au départ et, quand ça, c'est clair, engageons-nous jusqu'au bout.

Et finalement je vous dirais des questions auxquelles il faut répondre. Et là-dessus il nous reste selon nous des questions fondamentales pour lesquelles il n'y a pas de réponse claire. Nous allons vous en citer quelques-unes.

Première question. Avons-nous besoin d'un seul ou de plus d'un CHU à Montréal? Cette question n'a jamais reçu véritablement de réponse et elle en soulève d'autres. Est-ce que la seule justification de deux CHU est l'existence de deux universités ayant deux facultés de médecine? Qu'en est-il du projet du CHU de l'Université McGill? Le site de McGill est-il, lui, un vrai CHU? Comment se fait-il que le projet semble rallier les acteurs autour d'un site et d'une mission, alors que, nous, ça fait plus de 10 ans qu'on se déchire là-dedans, tout le monde, pour savoir à quelle place qu'on va le mettre? Si la décision est d'avoir deux CHU à Montréal,

leurs missions ne devraient pas être au moins complémentaires? Et, si les deux ne sont pas identiques, est-ce que l'envergure de l'un pourrait être plus grande que celle de l'autre? Et, au lieu d'une saine émulation, ne pourrait-on pas engendrer une fois de plus, comme cela s'est vu dans le passé, une néfaste et coûteuse compétition entre les deux universités? Quelle est la meilleure façon d'investir le 1,6 milliard de fonds publics annoncés dans les services que doit dépenser un CHU à Montréal? Est-ce que c'est en les concentrant ou en les divisant?

● (9 h 20) ●

Deuxième question. Dans un contexte budgétaire difficile, quel CHU avons-nous les moyens de nous payer et comment peut-on le financer? Encore ici persistent beaucoup d'interrogations quant au financement. Si le CHU dont nous aurions besoin devait coûter plus cher que la capacité de l'État à le payer, serions-nous prêts collectivement à poser des gestes et à faire les choix nécessaires pour nous l'offrir quand même? Ce ou ces CHU ne pourraient-ils pas devenir à cet égard un projet collectif où tous, citoyens individuels ou corporatifs, apportent leur contribution selon leurs moyens? Quelle est la place des partenariats public-privé et des contributions philanthropiques pour apporter le complément de financement nécessaire initialement et à quel encadrement seront soumises ces contributions?

Troisième question. Qu'advendra-t-il des hôpitaux restants? En début de commission parlementaire, on a fait état de certaines études selon lesquelles, dans les pavillons du CHUM actuel, 75 % des lits seraient occupés par des patients nécessitant des niveaux de soins primaire et secondaire, les 25 % restants étant occupés par des patients nécessitant des soins tertiaires ou quaternaires. Il ne faudrait pas oublier d'identifier les centres hospitaliers affiliés — ce dont je vous parlais tantôt, les CHA — quel que soit le scénario du CHU choisi. Ils contribueront à leur niveau aux soins, à l'enseignement et à la recherche. Il ne faut pas oublier non plus que le Québec vieillissant aura un besoin criant de soins de longue durée. Il ne faudrait pas laisser croire que les hôpitaux actuels seront fermés. Il sera nécessaire de redéfinir des missions, fort probablement, et il faudra réutiliser les infrastructures actuelles d'une façon ou d'une autre pour pouvoir répondre aux autres besoins de santé de la population qui n'exigent pas des soins ultraspécialisés.

Quatrième question. Est-ce que la construction d'un ou deux CHU à Montréal peut compromettre la consolidation des services de première ligne dans l'ensemble du Québec, ce qui reste encore à faire à cet égard et qui est selon nous prioritaire pour l'intérêt collectif?

Comprenons-nous bien, il ne s'agit pas de choisir entre un CHU et les services de première ligne, mais de maintenir un juste équilibre dans les investissements à chacun des niveaux de soins requis.

En résumé, pour nous et selon nous, le gouvernement doit choisir entre trois possibilités: premièrement, soit mettre à niveau les installations hospitalières actuelles, et développer les services médicaux ultraspécialisés qui nous manquent, et oublier les CHU; deuxième, partir à neuf et construire un ou deux centres, un ou deux CHU ultraspécialisés de soins tertiaires et

quaternaires, de recherche et d'enseignement spécialisé en complémentarité avec un réseau de centres hospitaliers affiliés, les CHA, offrant des soins généraux et spécialisés de deuxième ligne et participant à leur niveau à la recherche et à l'enseignement; ou, troisièmement, bien sûr vous en avez entendu parler, investir dans une technopole regroupant toutes les facultés universitaires de la santé, les activités des centres de recherche en santé et les soins ultraspecialisés.

Nous croyons qu'il faut voir le développement du CHU à Montréal à long terme, en pensant aux générations futures mais sans hypothéquer leur avenir. Nous osons croire qu'il est encore possible de raviver l'espoir et de rallier tous les acteurs autour d'un projet mobilisateur, un projet à la fois plus pragmatique et plus visionnaire. Il n'est pas trop tard pour inviter tous les milieux à participer à un projet permettant de maintenir le Québec à la fine pointe de la médecine mais en même temps pour offrir à la population du Québec les meilleurs soins possible.

Qu'il s'agisse de construire un nouvel édifice ou de rénover nos installations actuelles, il est possible d'avoir un CHU à la mesure de nos moyens et qui réponde à nos moyens. Quelle que soit l'orientation choisie, il est urgent que nous sortions au moins de l'impasse actuelle, que nous sortions des guerres entre les clans et que nous sortions aussi du ghetto des fusions.

Et, en terminant, je vous dirais que... Par hasard, ça m'a sauté dans la figure. Je vais vous faire une citation de Wayne Gretzky, moi qui n'est pas très sportif. Mais il avait dit: «Je patine vers où je pense que la rondelle ira.» Je pense que c'est le plan stratégique le plus succinct et le plus clair que je n'ai jamais vu dans ma vie. Même si le plan de Gretzky ne réussissait pas à tous coups et qu'il existait une certaine incertitude, au moins c'est évident qu'il comptait des buts. Et je pense qu'actuellement il me semble que l'incertitude nous domine depuis un bon bout de temps et nous amène justement à ne rien faire parce qu'on n'est pas certains du succès, de compter des buts. Je pense qu'il faut oser penser maintenant où sera la rondelle, et je pense que c'est dans cette vision qu'on est venus vous voir ce matin. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie beaucoup, Dr Lamontagne. Nous débutons maintenant la période d'échange. Je cède la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Bonjour, Dr Lamontagne, Dr Robert, merci pour votre présentation. Je vais commencer en parlant d'abord de l'organisation des soins dans un centre hospitalier universitaire. Et vous citez vous-mêmes les chiffres des différentes études. C'est un des points sur lequel les experts s'entendent. Ils ne s'entendent pas, on a vu, sur beaucoup de points, mais, quant à la répartition des activités dans un centre hospitalier universitaire, ils s'entendent tous sur ce ratio de 75 % de niveaux 1 et 2, et 25 % de niveaux 3 et quaternaire regroupés ensemble.

Je vais vous dire, je vais faire une introduction à ma question. Je m'excuse de prendre un peu de temps pour vous parler de mon expérience personnelle. Quand

j'étais au CHU à Sherbrooke, moi, j'évoluais bien sûr dans l'orbite de ce qu'on peut appeler le niveau 3, en neurochirurgie. On recevait des patients suprarégionaux, avec la haute technologie, des interventions très spécialisées. Et on développe rapidement la bulle, l'idée qu'on est dans une bulle et puis qu'on est tous, dans ce centre hospitalier universitaire, en train de donner des soins de nature suprarégionale ou surspécialisée. Telle-ment, que ça avait donné lieu à l'époque à une sorte de mouvement, dans les hôpitaux universitaires, qui disait la chose suivante: Pourquoi, alors que nous sommes des centres spécialisés et surspécialisés, devons-nous garder un lien avec les régies régionales — de l'époque, maintenant les agences? Par définition, nous devrions être au-dessus de ces organismes régionaux et être directement en contact avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Et, moi-même, initialement, je trouvais que c'était quelque chose qui était valide comme point de vue, étant donné que, moi, je voyais ça de ma lorgnette de quelqu'un qui offrait des soins surspécialisés.

Et c'est là que j'ai vu ces chiffres qui étaient les mêmes dans l'hôpital où j'étais. J'ai vu les chiffres de l'hôpital où j'étais, et c'étaient exactement les mêmes, 75 %. Et c'était une découverte pour moi à l'époque que 75 % des patients qui étaient traités étaient en fait des patients qui venaient recevoir des soins de niveaux 1 et 2. Et c'est là que j'ai compris et, depuis ce temps-là, j'en suis fermement convaincu, je l'ai dit dans mes remarques d'introduction, c'est impossible de déconnecter ou de décoller un centre hospitalier universitaire du réseau de santé qui l'environne. Vous-mêmes, vous l'avez mentionné dans votre introduction.

Alors, lorsqu'on fait ce constat de la répartition des lits et compte tenu de l'option que vous nous présentez, vous dites: On devrait peut-être penser à avoir un centre qui soit, si j'ai bien compris votre discours, en majorité consacré aux activités de niveau 3, ou 2 et 3, disons, et laisser le reste pour les centres hospitaliers affiliés et les institutions de première ligne, mais la conséquence logique de ça, c'est que ça ne peut pas être 700 lits parce que, les 700 lits, ils ne peuvent pas être tous de niveau 3 ni même de niveau 2,5, si vous me passez l'expression. Alors, à partir du moment où on ferait ce choix d'aller vers un hôpital plus concentré vers les missions hiérarchiquement plus élevées ou de niveau plus spécialisé, le concept d'un site unique à 700 lits devient intenable, est-ce que vous ne pensez pas?

M. Lamontagne (Yves): Ah oui, je suis tout à fait d'accord avec vous là-dessus. Quand on pense... Je pense qu'on n'en a pas ici finalement des centres hospitaliers universitaires vraiment de soins spécialisés, ou on en a mais dans certaines spécialités. Je prends un exemple: l'Institut de cardiologie à Montréal ou l'Hôpital Laval. Ça, c'est ultraspecialisé. On ne ferait pas des greffes de coeur à Drummondville, là, puis même dans d'autres hôpitaux de Montréal. Donc, un CHU, au fond, c'est une entité, si, ça, ce n'était pas là, qui regrouperait les choses ultraspecialisées et qui serait donc un lieu... Et ça, ça ne demande pas 700 lits, je suis tout à fait d'accord avec vous. Et, la proportion étant, s'il y avait un building neuf qui était bâti, à mon avis, bien, c'est quelque chose comme 200, maximum 250 lits, et le

reste, ce seront les CHA qui s'occupent justement de ces choses-là.

Parce que, quand on part du CHA pour aller au CHU — comme j'entends des affaires, si c'était monté là — le patient est déjà traité puis c'est un peu comme... On transfère un patient, mettons, de Drummondville pour aller à l'Institut de cardiologie. Bien, quand il est transféré, là — quand j'entendais, les ambulances, puis tout ça... C'est bien de valeur, mais il n'y a pas grand ambulance qui rentre le gaz au fond dans un CHU parce que l'accident du coin de la rue, ce n'est pas là que ça va, puis l'otite, ce n'est pas là que ça va. Puis le patient qui a besoin d'une greffe cardiaque, lui, il est d'abord temporisé dans l'hôpital, le CHA, ou dans l'hôpital régional, il est transféré dans le CHU puis, comme il est bien... — ce n'est pas l'urgence, l'urgence, il va être opéré dans deux, trois jours — bien, ils ne descendent pas le gaz au fond puis les sirènes, là. Alors, il y a toutes sortes de notions comme ça qu'on entend puis qui ne correspondent pas à mon avis à vraiment des soins qui sont donnés dans un CHU.

M. Couillard: Et c'est la raison pour laquelle, à une question que vous posez: Qu'en est-il du modèle de McGill? — je pense que vous posez la question — ...

M. Lamontagne (Yves): Oui.

● (9 h 30) ●

M. Couillard: ...bien, à McGill, ils ont fait un choix différent. Et j'insiste encore une fois que c'est le choix de l'institution. Le choix qu'ils ont fait, qui est un choix aussi valide que les autres, c'est de dire: Bien, on va développer, nous, ce concept de centre hospitalier surtout concentré dans la haute technologie et les missions spécialisées sur un campus neuf et on va utiliser un autre campus près de la population pour donner...

M. Lamontagne (Yves): Au Gen.

M. Couillard: ... — au General, dans le concret — pour donner les soins de proximité mais dans la même organisation. Parce que l'expérience universitaire, elle contient toute la gamme de soins. Pour apprendre la médecine, on ne commence pas par apprendre la neurochirurgie ou la greffe cardiaque, hein. Heureusement, on commence par apprendre la médecine de première ligne et on complexifie progressivement au cours de la formation. Donc, le type de modèle qu'on déploie devrait être en accord avec le principe que vous mentionnez.

Et la conséquence logique de ça, à mon avis, c'est que, si l'institution... Puis on s'est mis d'accord qu'on respectait le choix de l'institution. Parce que, vous l'avez dit vous-même, il y a tellement de chicanes dans ce dossier-là. Il y a une chose sur laquelle tout le monde s'entend, au CHUM puis à l'Université de Montréal, on l'a entendu à plusieurs reprises ici même, c'est le choix d'un site unique à 700 lits. Mais, si on regarde tous les éléments logiques qu'on vient de bâtir, la conclusion implacable, c'est qu'un site unique de 700 lits qui comprend donc une grande partie de soins primaires et secondaires doit être à proximité de la population qu'elle dessert.

La Présidente (Mme Legault): Dr Lamontagne.

M. Lamontagne (Yves): Oui. Bien, écoutez, on est absolument d'accord là-dessus. La seule chose qui m'agace un petit peu, c'est que McGill va réussir à avoir son centre ultraspécialisé à part, avec vraiment son CHA à part. Puis là-dessus je vous avoue que, ça, ça me chatouille un peu parce que, lui, il va l'avoir, son centre ultraspécialisé, puis laissez-moi vous dire que, d'ici 10 ans, les «kings», ça va être eux autres, puis ça, c'est ça que je vais un peu craindre, comme francophone. Puis j'aime bien mes collègues de McGill, et tout ça, mais, moi, je vais vous avouer que, dans 10 ans: superorganisés. J'ai vu les plans, tout ça, extraordinaire. Mais il faut voir où s'en va la rondelle aussi. Puis là, dans 10 ans, là, ils vont être encore les «kings», à McGill. Puis je n'ai rien contre eux autres, remarquez, mais il va falloir s'affiler le crayon, nous autres aussi, à un moment donné.

M. Couillard: Mais je veux juste corriger. Ce n'est pas un CHA, c'est le même hôpital universitaire sur deux sites. C'est le choix qu'ils ont fait.

M. Lamontagne (Yves): Oui. Il y a comme un CHU, et là le CHA, qui est le General.

M. Couillard: Mais comment ça se fait que l'Université de Montréal puis le CHUM n'ont pas fait ce choix-là, d'après vous? Est-ce que c'est finalement un résultat d'un exercice de consensus pour apaiser les rivalités entre pavillons? Parce que, McGill, ils n'ont pas eu de misère apparemment à faire ce choix de déploiement. Il n'y a pas eu de débats, là... ou il y en a eu, mais ils ont été internes, puis, lorsqu'ils ont été présentés à l'extérieur, il n'y a pas eu de demande au gouvernement d'arbitrer entre tel ou tel pavillon. On nous a dit: Nous autres, on veut s'organiser comme ça, un centre moderne spécialisé haute technologie sur un campus, puis un autre centre dans la même organisation, près du centre-ville, pour la traumatologie et les soins de base.

Mais il semble que le choix d'un site unique à 700 lits... Puis encore une fois c'est un consensus qui est important, parce que c'est le seul élément de consensus sur lequel on va pouvoir s'appuyer, après l'annonce, pour rallier tout le monde autour du projet. Puis on a entendu hier les deux groupes de médecins, autant le CMDP que la Table des chefs de département, qui ont insisté — et c'était presque exactement la même présentation, d'ailleurs — pour nous dire: On ne veut pas d'un CHU sur deux sites, on veut un site unique à 700 lits. Alors, c'est ça, le dilemme dans lequel on est. Puis la conclusion logique, d'après moi, elle est assez claire.

M. Lamontagne (Yves): Bien, là-dessus, je vous répondrai que c'est, malheureusement, je pense, pour des raisons de culture. Je suis tout à fait d'accord avec vous, puis je le sais d'ailleurs, puis tout le monde le sait. Côté anglophone, ils ont fermé les portes puis ils ont réglé ça entre eux autres. Puis, quand ça a sorti, bien, tout le monde, au lieu d'être un roi dans un petit

royaume, ils ont tous accepté d'être des valets dans un gros royaume. On a beaucoup de difficultés avec ça, de notre côté. On veut tout avoir, on veut tous être dedans.

Moi, je me souviens que, quand je suis allé rencontrer M. Béland, qui venait d'être nommé président de la SICUM, ça attendait à la porte parce que, comme on voit tout le building en neuf, tout le monde voulait aller dedans. Mais tu ne peux pas faire plaisir à tout le monde puis à ton père en même temps. Moi, je n'ai que bâti un petit centre de 5 millions puis, avant que je le bâtisse, il n'y a personne qui voulait venir dans mon centre de recherche parce qu'ils disaient que j'avais juste des garde-robes à offrir. La journée que j'ai eu de la place, ils voulaient tous rentrer dedans. Le seul problème que j'ai eu, c'est que tout le monde voulait prendre les 30 000 pi². Alors, on ne peut pas faire ça non plus. À un moment donné, on ne peut pas tout avoir, puis être tous dans le même building, puis tous s'aimer ensemble. Il y a des choix qu'il faut qu'ils soient faits. Alors, comme on dit, là-dedans...

Puis je n'ai rien contre mes collègues en médecine familiale. Mais je me souviens d'être obligé... les deux bras dans le dos puis dire qu'il faudrait que la médecine familiale soit dans le CHU. J'entends, le CHU ultraspécialisé. Bien non. Si on veut rapprocher les gens finalement de la pratique de la médecine familiale, il faut qu'ils aillent dans les CHA, ils faut qu'ils aillent dans les cabinets, ces affaires-là. Mais là, vous voyez, il y avait le nouveau building, là, on voulait tous rentrer dedans, tout le monde. Puis là on s'est chicanés entre nous autres, puis envoie donc, puis... Des fois, là, je vais vous avouer qu'on a des leçons à apprendre du milieu anglophone.

M. Robert (Yves): Moi, j'aurais juste deux commentaires.

La Présidente (Mme Legault): Oui. Dr Robert.

M. Robert (Yves): Oui. Je m'excuse. Quand vous avez mentionné votre expérience effectivement dans le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, effectivement ça peut être intéressant d'avoir des soins généraux avec des soins spécialisés, ne serait-ce que pour cette appartenance à un réseau. La crainte que j'ai, c'est quand on arrive avec les nouvelles technologies. Quand on arrive avec les nouvelles technologies, qui sont fatalement dispendieuses, à un moment donné, chacun veut avoir le dernier cri dans les nouvelles technologies. Donc, la difficulté, c'est de retenir ou de concentrer ces nouvelles technologies coûteuses dans les endroits où c'est le plus efficient et le plus rentable de le faire. Et c'est là que ça devient un exercice difficile, si tous les hôpitaux ont à la fois des soins généraux et spécialisés.

Et, dans le rapport de la commission Mulroney-Johnson, je lisais effectivement — et ça peut être un élément qui va dans ce sens d'inquiétude là — que la proportion des lits est allée en... la proportion des soins ultraspécialisés est allée en diminuant, dans le CHUM et le CUSM, au cours des dernières années. Donc, c'est un peu étonnant de voir que, dans un CHU, les soins ultraspécialisés diminuent. Ça devrait augmenter, normalement, ou, du moins, au moins se maintenir. Et

donc la question que je me pose, c'est: Est-ce que c'est parce que ce type de soins là est donné dans d'autres centres, parce qu'ils se sont procuré les nouvelles technologies qui auraient dû être concentrées dans le centre hospitalier universitaire? Donc, ça, c'est une des questions.

Quant à la deuxième question, sur l'Université de Montréal, même si on concentre toutes les activités dans un seul centre, toutes les activités ne seront jamais totalement concentrées dans un seul centre. L'Institut de cardio va être encore là, les autres vont être encore là. Donc, c'est un voeu pieux, jusqu'à un certain point. L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont va être encore là, à moins qu'on décide de le détruire, là. Mais, je veux dire, à un moment donné, ces centres-là existent aussi. Et donc c'est un peu utopique de croire qu'on va concentrer toutes les activités dans un seul centre.

M. Couillard: Et puis c'est exactement le terrain que je voulais aborder. Je prends votre remarque: Comment ça se fait que la proportion des soins surspécialisés au CHUM et au CUSM a diminué avec les années? Bien, la réponse, elle est exactement celle que vous avez donnée.

Prenons la neurochirurgie, la spécialité que j'ai pratiquée pendant presque 20 ans, là. On peut qualifier ça de surspécialité suprarégionale — on est d'accord — avec la chirurgie cardiaque, la transplantation, la radio-oncologie. Mais, à partir du moment où on a justement un hôpital comme Maisonneuve-Rosemont ou Sacré-Coeur qui fait de la traumatologie, qui fait des soins au cancer, ça prend des neurochirurgiens là. Alors, si ça prend des neurochirurgiens là, il faut recruter des neurochirurgiens qui viennent d'être formés, qui ont été formés avec les nouvelles technologies puis qui demandent d'avoir accès à ces technologies-là, à l'endroit... Vous voyez? Alors, c'est exactement ce que vous dites, là.

Ce qui nous amène sur le terrain d'une autre question que vous avez posée, fort pertinente. Parce que je vous ai entendu plusieurs fois la poser publiquement puis, quand je me promène puis que les gens viennent m'accoster pour me parler de ce dossier-là — il y en a plusieurs ces temps-ci — la première question qu'ils me posent — c'est des gens que je ne connais pas, des gens qui viennent me parler comme ça — ils disent: Comment ça se fait qu'on en a besoin de deux? C'est exactement ce que vous dites, là: Comment ça se fait qu'on ne pourrait pas en avoir juste un puis qu'ils travailleraient ensemble dans le même? Effectivement, on peut dire que c'est un beau rêve. Mais je crois que, culturellement, politiquement, historiquement, avec deux facultés de médecine bien enracinées avec des traditions extrêmement profondes, je pense que de façon réaliste je ne crois pas qu'on puisse faire marche arrière et revenir sur ce point de développer deux CHU à Montréal.

Mais là ça nous amène à l'obligation de la complémentarité. Et là j'aimerais ça que vous nous expliquiez, Dr Lamontagne, comment vous envisagez le niveau de complémentarité que le gouvernement devrait demander aux deux centres hospitaliers universitaires, là, de Montréal.

La Présidente (Mme Legault): Dr Lamontagne.

M. Lamontagne (Yves): Bien, d'abord, je vous dirais, les questions que les gens vous posent, ils nous posent les mêmes questions, hein: Pourquoi il en faut deux? On ne pourrait pas faire juste une chose? «Le beau duplex», que j'avais déjà appelé ça. Je pense que je suis d'accord avec vous, il faut tenir compte qu'on ne peut pas se battre contre des moulins à vent, à un moment donné, puis on est mieux d'être efficaces puis ne pas faire ça.

Complémentarité. Je pense qu'il en faudrait effectivement beaucoup plus qu'il n'en existe actuellement. Et, fort probablement, vous êtes les seuls, comme parlementaires, à pouvoir forcer un peu la complémentarité dans ce sens-là. Et je pense que les choses devraient être très claires au départ.

Et, dans la complémentarité, ça pourrait à mon avis être très intéressant, mais il y a encore là des ajustements psychologiques à faire. Chacune des universités a certaines forces qui sont très marquantes. Il y en a à McGill et il y en a aussi à Montréal. Et je pense qu'on devrait aller dans le sens complémentaire en commençant d'abord avec: C'est quoi, la plus grosse force, là et là?, et commençons à travailler avec ça ensemble, pour après ça aller dans les affaires plus simples. Là, ça me fait penser... Parce qu'on pourrait se dire l'inverse: Commençons du plus simple au plus compliqué. Mais j'aurais tendance un peu, pour ne pas qu'on se retrouve comme dans l'histoire du CHUM: Commençons forts. On dit: Il y a une game à jouer puis, dans la game, c'est ça, la règle, puis il faut que ça commence là.

Parce que, si on commence par en bas pour monter par en haut, ça va écraser encore. Alors, je pense qu'il faut qu'il y ait une volonté, à ce moment-là, de dire: C'est bien clair, là, la complémentarité, asseyez-vous ensemble, discutez, puis on veut que ce soit égal. Mais on ne part pas, là, qu'on va être complémentaires sur le nombre de vadroilles qu'on va acheter, là, on va partir plus haut que ça. Et je pense qu'on est mieux de partir haut puis d'aller vers le bas que l'inverse, parce que ça va s'écraser.

La Présidente (Mme Legault): Deux minutes.

• (9 h 40) •

M. Couillard: Et vous avez raison. Dans mon expérience, quand on demande à deux institutions de haut niveau de définir quel est leur point de force, en général elles choisissent les mêmes points de force. Mais je pense que quand même il faut saluer, dans les efforts qui se font actuellement, une certaine dose de créativité, là, puis d'innovation. Il y a des choses qui évoluent actuellement entre le CUSM et le CHUM, que franchement, comme membre de la communauté médicale du Québec, il y a quelques années, on n'aurait jamais crues possibles, exactement sur le modèle que vous soulevez, c'est-à-dire qu'on identifie des points où une institution est un leader et l'autre est en appui.

C'est important, parce que la crainte qu'ont les gens dans les hôpitaux, avec la complémentarité, c'est qu'on va leur fermer des services. Eux autres, ils ne feront plus ce genre d'affaires-là, ça va être fait seulement à l'autre place. Alors que l'approche qui est prise actuellement pour le cancer, pour le traitement endovasculaire, des anévrismes cérébraux, ce genre de choses extrêmement parfois spécialisées, c'est de dire:

Voici un élément où, par exemple, le CHUM est le leader et le CUSM est en appui, mais chacun conserve les activités sur son site. Et, par contre, pour un autre programme, ça peut être l'inverse. Est-ce que vous pensez que c'est de cette façon qu'on devrait continuer à faire évoluer la complémentarité?

La Présidente (Mme Legault): Dr Robert. Brièvement, s'il vous plaît.

M. Robert (Yves): Oui. Si vous me permettez, là, il faudrait pousser la logique de la complémentarité au niveau national. Oui, il y a deux centres hospitaliers universitaires à Montréal, mais il y en a deux autres également dans l'ensemble du Québec. Donc, je crois que la logique de complémentarité devrait aussi inclure les autres CHU qu'il y a au Québec, pour éviter de multiplier par quatre, des fois, les développements technologiques.

M. Couillard: Et puis je vais conclure là-dessus parce que... je termine. Vous avez raison, puis souvent... On s'est beaucoup, au cours des derniers jours, concentrés sur la situation de Montréal, mais il ne faut pas oublier qu'ici même, à Québec, on a une institution universitaire qui sert tout l'est du Québec, hein, et puis ça, c'est une population considérable. Donc, il y a des missions pour chacun de ces quatre... en fait, il y en a cinq, parce que le cinquième, c'est le CHUM mère-enfant, à Sainte-Justine. Il y a les missions supra-régionales qui doivent être équilibrées et bâties en complémentarité. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie. 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, Mme la Présidente. Dr Lamontagne, Dr Robert, bienvenue de la part de l'opposition officielle. Alors, je voudrais profiter de votre franc-parler, Dr Lamontagne, moi aussi. Vous démolissez ce matin, je dirais, deux consensus, le premier étant celui d'un emplacement, là... ne parlons pas d'adresse, là, mais d'un seul emplacement ou d'un seul site de 700 lits, avec les 35 spécialités, et cela est décrit comme permettant l'enseignement à toutes les étapes, de la première année jusqu'à la surspécialisation.

Bon. Il y a le Dr Rouleau, là, le doyen, n'est-ce pas, de la Faculté de médecine, qui a abondé dans ce sens-là. Sans doute avez-vous lu le rapport Couture—Saint-Pierre et ses annexes. Le Dr Rouleau dit qu'il est essentiel qu'il y ait un mélange de cas simples et complexes dans un CHU. Il faut «une masse critique de patients». «700 lits sont nécessaires pour la pyramide de soins», avec un «mélange de cas légers et lourds, étudiants externes, [de] résidents». Et il ajoute: «Les spécialités médicales sont impossibles à trier [...] la majorité des cas arrivent par l'urgence, et bien entendu le diagnostic n'est pas connu à l'arrivée.» Et il ajoutait, bon: «Tous les cliniciens s'entendent pour dire que la totalité des spécialités doivent être présentes dans le CHUM afin d'assurer l'optimisation maximale...»

C'est le point de vue qu'on a entendu et qui a été relayé, comme le ministre le signalait tantôt, par les représentations qui ont été faites par les chefs de département, également, bon, par le Conseil des médecins, dentistes, CMDP, enfin, et leur argumentation étant que et pour la recherche et pour l'enseignement il faut un fort volume de patients. Bon, les exemples qu'ils nous donnaient: par exemple, en santé mentale, en toxicomanie, sur l'infection au VIH. On nous faisait part, dans le mémoire du CMDP du CHUM, que l'«expertise de pointe [avait] pu se développer [...] grâce aux soins dispensés à la clientèle locale». En l'absence de clientèle locale... Malheureusement, là, s'il y a une expertise quasi internationale en toxicomanie, c'est parce qu'il y a eu des toxicomanes. Alors, vous voyez? Enfin. Et ça valait pour l'obstétrique en fait, pour également la radio-oncologie, avec le CHUM qui est chef de file en échodoposcopia.

Alors donc, ce qui nous a été présenté, jusqu'à maintenant, c'est cette espèce d'unanimité — je ne pense pas me tromper en parlant d'une unanimité — sur un seul site — non pas l'adresse, ça, c'est autre chose, mais sur un seul site — de 700 lits avec toutes les spécialités, qui facilite l'enseignement et la recherche.

Alors, vous savez, ici, on a entendu, depuis quatre jours, là — on va terminer ce matin — une chose et son contraire sur tout. On a entendu une chose et son contraire sur la sécurité, d'un côté, Dessau-Soprin, de l'autre côté, SNC-Lavalin — on n'a pas entendu Dessau-Soprin, mais il y avait leur étude; sur les coûts: Couture—Saint-Pierre, Johnson-Villeneuve; sur l'accessibilité, l'accessibilité: l'agence régionale, le GRIS, avec les chercheurs. La seule chose, là, qui n'avait pas été en fait démolie jusqu'à maintenant, c'était ce consensus sur un seul site avec 700 lits puis toutes les spécialités. Bon, bien là je comprends que ça s'ajoute à cette liste disons de choses et du contraire qui nous ont été présentés.

Mais je reviens également à la question de l'enseignement. Le CHUM reçoit 40 %, 45 % des étudiants, 38 %, 40 % des stagiaires. Vous dites, dans votre mémoire, en référant à certaines études — c'est ça qui m'intéresserait beaucoup — vous dites: Il y a certaines études qui sont à l'effet que les soins primaires et secondaires sont à environ 75 % des lits occupés puis 25 % pour les soins tertiaires et quaternaires, dans un CHU, hein? Ça, c'est à la page 7. Vous dites: «...on a fait état de certaines études selon lesquelles, dans les pavillons du CHUM actuel, 75 % des lits seraient occupés par des patients nécessitant des niveaux de soins primaires et secondaires, le 25 %...» En fait, ce n'est pas dans le CHUM actuel. Le CHUM actuel, ce qu'on nous a démontré, c'était quasi 85 %-15 %, que le modèle vers lequel va tendre le nouveau CHUM, c'est 75 %-25 % et éventuellement 70 %-30 %, mais ça peut prendre des décennies.

Alors, quelles sont les études contraires, j'aimerais bien que vous nous en parliez, celles qui démontrent qu'il faut dissocier soins primaires et secondaires des soins tertiaires et quaternaires?

La Présidente (Mme Legault): Qui? Dr Robert?

M. Robert (Yves): Les études qu'on citait, c'est celles qui ont été faites par les commissions antérieures.

Et donc il n'y a pas d'études qui démontrent qu'il faut séparer les deux, qu'il faut concentrer les services tertiaires et quaternaires dans un CHU, pour les raisons que j'évoquais tantôt. Quant au développement technologique, on peut difficilement imaginer une multiplication infinie des développements technologiques. Ce ne serait pas logique et efficace de faire une telle démarche.

Donc, la question... qu'il y ait des soins généraux, on n'a pas d'objection là-dessus, mais la mission première d'un CHU, c'est de développer les soins ultraspecialisés — c'est ça, la notion — pour permettre leur développement, leur évaluation et leur accessibilité avec la plus grande... la meilleure dépense possible des fonds publics, si on veut. Donc, c'est ça, l'objectif d'un CHU. Si on voyait une multiplication des soins ultraspecialisés dans l'ensemble du réseau de la santé, on aurait un problème d'efficacité et d'usage.

Mme Harel: Je reviens à ce que vous nous dites. Donc, ça s'appliquerait dans les quatre CHU québécois, autant à Laval, à Sherbrooke, à McGill qu'à Montréal?

M. Robert (Yves): Voilà pourquoi on parlait d'un développement complémentaire entre les CHU.

Mme Harel: Mais j'interrogeais le doyen de la Faculté de médecine de Laval — celui de Montréal, je n'ai pas eu l'occasion de l'interroger, de le lire seulement — il a un point de vue contraire à ce que vous exprimez maintenant. Le doyen de la Faculté de médecine de Laval, en commission parlementaire, la semaine dernière, expliquait qu'un CHU c'est 75 % de soins primaires, secondaires, 25 %... qu'on peut tendre à évoluer mais qu'on ne peut pas faire ça du jour au lendemain et que ça peut prendre plusieurs décennies quasi. J'ai interrogé d'autres spécialistes, n'étant pas une experte moi-même, d'autres spécialistes et en fait responsables de fédérations, qui m'ont expliqué que c'était la même chose, du fait qu'au Québec historiquement ce sont des hôpitaux qui ont desservi des populations.

Alors là, je reviens très concrètement, très pratico-pratique. Il y a sept territoires de centres de santé et services sociaux à Montréal, sur lesquels il n'y a pas d'hôpitaux, qui ont été intégrés comme hôpitaux communautaires. Alors, ces centres de santé et services sociaux de territoires qui constituent un million et demi de population doivent faire des ententes avec des hôpitaux universitaires ou affiliés, soit Maisonneuve-Rosemont, ou soit Sacré-Coeur, et soit le CHUM actuel. Alors, si le CHUM... Vous, dans votre scénario, le CHUM doit devenir uniquement un hôpital d'environ 200 lits et les autres pavillons devraient rester pour continuer d'offrir des services à la population, par exemple, obstétrique, toxicomanie, psychiatrie, radio-oncologie. C'est ça qu'il faut comprendre? Et que l'enseignement se ferait sur deux sites?

● (9 h 50) ●

M. Lamontagne (Yves): C'est ça. Vous savez, Mme Harel, il y a deux choses là-dedans. C'est que j'ai l'impression que, comme notre système, au Québec, il a été monté de façon toute croche et avec une distribution

des affaires partout, c'est dur de revenir en arrière. Si on faisait table rase puis qu'on recommençait, ce serait une autre histoire. Mais il faut tenir compte des choses qui sont là. Et un CHU, un peu comme Dr Robert disait tantôt, il faut bien que le développement de la technologie... On ne pourra pas rentrer des appareils de ci puis de ça dans tous les hôpitaux du Québec. On a fait ça pendant 30 ans, mettre des scanners aux trois portes, puis ces affaires-là, à la grandeur. On éparpillait la richesse, comme ça. Mais là on ne peut plus faire ça, puis il n'y a plus d'argent pour faire ça. On est mieux de concentrer des soins ultraspécialisés dans des endroits qui répondront à l'ensemble de la population du Québec et, à ce moment-là, de mettre l'argent là puis de mettre l'efficacité là, au lieu d'éparpiller comme on a fait pendant 30 ans.

Je vous donne un exemple qui me revient, qui est dans la spécialité de M. le ministre. Le Dr Jules Hardy, dans les années soixante-dix, il était neurochirurgien à Notre-Dame. Ce gars-là, il a découvert une technique en neurochirurgie, il a été le premier au monde à découvrir ça. Puis ça a été découvert ici, puis il a été connu dans le monde entier pour ça. Bien là, quand il était tout seul, il n'était toujours bien pas pour envoyer les patients à Moscou, c'est lui qui l'avait développée, la technique. Mais là il était à Notre-Dame, mais il était comme un clinicien à Notre-Dame. Puis, moi, pour bien connaître le Dr Hardy, il faisait sa recherche le soir, la nuit, les fins de semaine, à agripper du temps, parce qu'il était là, engagé, pas comme un gars qui avait découvert une nouvelle affaire puis qui voulait faire avancer la neurochirurgie, comme un neurochirurgien — passez-moi l'expression — ordinaire, qui devait faire les opérations ordinaires.

Mais, en neurochirurgie comme en orthopédie, il y a des affaires super fancy, des surspécialités, si je peux dire. Et ce gars-là, à certaines de ces années-là, s'il y avait eu un CHU bien organisé, il aurait été là, il aurait fait des opérations surspécialisées, il aurait eu l'équipement de pointe pour le faire et surtout il aurait eu du temps comme chercheur pour pouvoir faire des demandes de subvention. Il aurait eu plein d'argent, il aurait eu une équipe en neurochirurgie, puis on serait devenu — pas juste lui — un paquet de stars en neurochirurgie puis d'enseigner aux gens. Bien, pauvre Dr Hardy, il a fait ça dans le fond de la gare. Puis la seule affaire où il sait fait connaître bien gros, c'est quand on lui a demandé pour aller opérer un lion dans un zoo, au Texas, parce qu'il avait une tumeur cérébrale puis personne n'était capable de l'opérer. Bien ça, là, c'est ça qu'il faut éviter dans l'avenir, des affaires de même, de choses comme ça.

La Présidente (Mme Legault): Mme la députée.

Mme Harel: Bon. Dr Lamontagne, qu'est-ce que vous recommandez, là, à l'égard du CHUM? Bon, vous savez que la décision avait été de regrouper les trois pavillons. On nous a fait valoir qu'il y a eu des mois, en fait même deux années consacrées à préparer un plan fonctionnel et technique puis un plan clinique. C'est prêt. Là, vous, vous faites tabula rasa puis vous dites: Il faut recommencer, si je comprends, là. Je ne veux pas vous interpréter; si j'ai tort, vous me le dites. Mais vous dites: Il faudrait juste un hôpital de 175,

200 lits pour des soins spécialisés, ultraspécialisés, puis d'autres emplacements pour faire de l'enseignement aussi pour desservir les besoins de la population. C'est ça qu'il faut comprendre?

M. Lamontagne (Yves): Idéalement, oui. Pratiquement, ça ne se fera pas. Ça fait que je ne rêve pas en couleurs non plus. Alors, je vous dis: Idéalement, ça devrait être ça. La seule affaire, c'est que, si on met le CHU dont je vous parle à part, greffé avec un hôpital général, j'aimerais bien qu'on se tienne à la définition du CHU qu'on a donnée et de ne pas faire en sorte que ce qu'on appelle des CHU, au Québec, ce sont somme toute des hôpitaux généraux avec des soins ultraspécialisés. Et, dans ma tête à moi, un vrai CHU, ce n'est pas ça.

Mme Harel: Mais le plan clinique, là, qui a été préparé, hein, indépendamment du site, là, le plan clinique, il est prêt, le plan clinique, hein, il est prêt depuis 2002, vous avez dû en être informés. Est-ce que ce plan-là vous convient?

M. Lamontagne (Yves): ...je n'ai jamais vu ça, moi, le plan clinique.

Mme Harel: Vous n'avez pas vu ça? Bon.

M. Lamontagne (Yves): Comme je vous dis, là, on n'a jamais été informés sur rien, là. Ça fait que, nous autres, à matin, on s'en vient candides, comme vous voyez, là-dedans, là.

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

Mme Harel: Je voudrais, à ce moment-là, revenir sur la question du CHU de McGill. Bon. Dans le CHU de McGill, il y a deux sites, ce qui apparaît une hérésie pour le CHU francophone. Hein, on s'entend, là, il y a deux modèles. Alors, il y a deux sites: un site qui est quand même de 500 lits ultraspécialisés, dans le sens que vous nous avez dit tantôt... Ou bien ça ne l'est pas, finalement. Le 500 lits, pour McGill, c'est aussi des soins généraux plus des soins spécialisés, ultraspécialisés, puis 300 quelques... 332, quelque chose comme ça, parce qu'au total ça fait 832... Il y a 832 lits au total, pour McGill, 500 spécialisés, ultraspécialisés, et 332, je pense, pour 800 millions d'argent public. Là, on va faire 1 000 lits, dont 700 pour 800 millions, plus Notre-Dame. On évalue, dans tous les rapports que j'ai lus, je pense, c'est 70 millions, je crois.

Est-ce qu'il n'y a pas là en fait, à sa face même, à l'évidence même, quand on fait 500 lits spécialisés, ultraspécialisés, neufs, là, avec des lits généraux, les 500 de la côte Glen, est-ce qu'il n'y a pas plus de chances de rentrer dans ses budgets que d'en faire 700 avec quasi le même montant d'argent? Ça, c'est la première question. Mais, avant tout cela, Dr Lamontagne, vous avez posé la question: Avons-nous besoin d'un seul ou de plus d'un CHU à Montréal? Quelle est votre réponse?

La Présidente (Mme Legault): Dr Lamontagne.

M. Lamontagne (Yves): ...besoin de quoi?

Mme Harel: Ici, les questions, c'est nous qui les posons. Alors, la réponse, vous-mêmes, quelle réponse donnez-vous à votre question?

M. Lamontagne (Yves): Oui, oui. Je veux que vous répétiez la question. Ça, je peux avoir ça.

Mme Harel: La vôtre, c'est la vôtre: Avons-nous besoin d'un seul ou de plus d'un CHU à Montréal?

La Présidente (Mme Legault): Dr Lamontagne.

M. Lamontagne (Yves): Bien, je pense que j'ai déjà répondu tantôt. Je vous l'ai dit que c'est évident qu'il va y avoir deux CHU, puis on ne se battra pas contre les moulins à vent. C'est répondu.

Mme Harel: Pourquoi vous posez la question, si c'est évident?

M. Lamontagne (Yves): Bien, je pense qu'on aurait pu se la poser avant, c'est pour ça que je vous le dis. C'est ça qu'on voulait dire. On aurait pu...

Mme Harel: Puis la réponse aurait été différente, si on se l'était posée...

M. Lamontagne (Yves): Bien, si on avait... Dans tous ce dossier-là, si ça avait été fait autrement puis qu'il n'y aurait pas eu toutes les chicanes qu'il y a eues, puis des décisions, puis revire les décisions de bord depuis des années, bien peut-être qu'on n'en serait pas là, justement.

Et tantôt... Deux choses. Vous mentionnez le CUSM, du côté... Et M. le ministre a mentionné tantôt le mot «crainte». Puis j'aime ça, le mot «crainte», parce que, quand les gens craignent, ils font plus attention. Et là vous parlez des lits du CUSM. C'est drôle, dans le journal d'hier, ils ont commencé à diminuer le nombre de lits, eux autres aussi. Regarde donc ça! Avant ça, on n'en parlait pas; puis là, ils diminuent leur nombre de lits, eux autres aussi.

Mme Harel: À 500?

M. Lamontagne (Yves): Est-ce que c'est... La crainte est le début de la sagesse peut-être, hein?

La Présidente (Mme Legault): Mme la députée.

Mme Harel: Mais, l'annonce de la diminution des lits était déjà faite depuis un certain temps.

M. Lamontagne (Yves): ...le journal d'hier, là, ça diminue, à McGill, le nombre de lits, là.

Mme Harel: Ça diminue en bas de 500?

M. Lamontagne (Yves): Bien, là, je ne l'ai pas avec moi, là, mais...

Mme Harel: Pardon? Parce que le ministre avait annoncé, en juin 2004, 550 lits, et eux-mêmes ont

annoncé, l'automne dernier, qu'ils réduisaient à 500. C'est bien cela? C'est ça, c'est dans un communiqué du... C'est ça...

Une voix: ...

Mme Harel: Ah non, vous aviez annoncé 500. Je vais laisser le ministre, lui-même, s'expliquer. Je vous laisse...

M. Lamontagne (Yves): Mais, vous voyez, je ne veux pas embarquer ni dans le fric — parce qu'on ne connaît pas ça, on vous l'a dit au début — ni dans le nombre de lits. Tout ce qu'on vous dit, c'est que ça va selon les chiffres qui étaient aussi dans *Le Devoir*. Ça a plein d'allure que les soins primaires et secondaires, 75 %, puis à peu près 25 % ou entre 15 % et 25 % pour les soins ultraspécialisés. Que ça roule entre 15 % ou 25 %, ce n'est pas là l'important. L'important, c'est: Quels services qu'on rend à la population?

Et je pense que tout malade, quel qu'il soit, s'il était capable de dire: Si... Je vais reprendre l'exemple de l'institut de cardiologie, hein? Si j'ai besoin d'avoir une transplantation cardiaque, autant à Québec qu'à Montréal, il y a un centre de fine pointe puis je ne suis pas obligé de l'envoyer à Plattsburgh, ce coup-là. Bon. Alors, ça, je pense qu'on se doit d'avoir ça. Et ça, ça appartient à des trucs CHU, et pour d'autres spécialités aussi. C'est sûr qu'on ne peut pas rentrer 35 spécialités dans le CHU non plus, parce qu'à un moment donné ça va devenir, ça aussi, un monstre. Il faut aller avec les choses de pointe à mon avis, les choses qui ont besoin d'équipements sophistiqués, pour ne pas qu'on réplique ces équipements-là à gauche, à droite.

Vous avez parlé de la psychiatrie; c'est ma propre spécialité. Je ne vous dis pas qu'il ne faut pas avoir de psychiatrie dans le CHU, mais on ne rentrera pas toute la psychiatrie de Montréal dans le CHU, ça n'aurait pas d'allure. Parce que la psychiatrie, il faut la faire davantage sur le terrain. Puis la recherche en psychiatrie, là, pas besoin de 50 scanners, là, pour faire ça, là. Je disais aux gens des fois, là: Trois, quatre boîtes de kleenex en partant, ça aide, là. Mais à part de ça...

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Legault): Je dois vous interrompre. Le temps de l'opposition officielle, de 17 minutes et demie, est écoulé. Alors, je vais céder la parole à Mme la députée de Lotbinière.

● (10 heures) ●

Mme Roy: Merci, Mme la Présidente. Alors, il me fait plaisir de vous recevoir ici, M. Lamontagne. Vous savez que le député de Rivière-du-Loup, chef de l'Action démocratique, avait fait des demandes officielles et publiques pour que vous y soyez, et je pense qu'il ne s'est pas trompé, parce que votre éclairage est différent et vous posez différentes questions. On savait qu'avec votre franc-parler et vos talents de communicateur simplement vous arriviez à nous faire comprendre l'horizon dans lequel nous nous trouvons.

Vous amenez beaucoup de nouvelles questions sur lesquelles on ne s'est pas encore penchés ou on n'en a pas parlé ici, en commission. Vous amenez également...

Comme dit ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, les seuls consensus qui restaient, vous avez amené des points différents. Donc, finalement, sur la gamme de tous les points qui ont été présentés devant nous, on a eu, pour chaque, un avis contradictoire. Les seuls consensus qu'on avait sont maintenant, là, finis. La commission aussi se finit. Ces questions-là ne sont pas répondues. Pensez-vous qu'il est mieux de prendre une décision tout de suite, avec cette réflexion-là qui n'a pas été faite, ou attendre encore malgré toute l'urgence qu'on nous a décriée, là, pendant la commission?

La Présidente (Mme Legault): Dr Lamontagne.

M. Lamontagne (Yves): Oui. Je vais vous répondre à ça. Vous savez, madame, tout ce qui traîne se salit. Et, tant qu'à moi, ça fait longtemps que ça traîne. Alors, c'est ça. Et, un peu comme je vous disais tantôt, là, à un moment donné, il faut décider quelque chose. Puis ça, quand on décide quelque chose, c'est sûr qu'on ne peut pas faire plaisir à tout le monde. Mais, plus ça prend du temps à décider, moins on fait plaisir à du monde aussi. Et, de toute façon, peu importe la décision qui va être prise par le gouvernement, il va y avoir des gens qui vont être insatisfaits. Mais il faut se tenir debout, à un moment donné. Puis c'est aussi simple que ça.

Mme Roy: Je vous remercie.

La Présidente (Mme Legault): Oui, merci. Alors, les ministériels disposent de 45 secondes résiduelles. Alors, je ne sais pas si vous voulez l'utiliser. Mme la députée de Maskinongé, très, très brièvement. Merci.

Mme Gaudet: Alors, M. Lamontagne, merci pour votre exposé. Vous savez, moi, je viens de la région de Trois-Rivières, située dans la belle région de la Mauricie. On a une faculté de médecine qui débute dans notre région. J'aimerais que vous me disiez qu'est-ce que vous pensez de la formation en région et, dans le futur, où seront les étudiants entre les facultés de médecine, les universités, les hôpitaux, les villes et les régions, comment vous voyez ça dans le futur.

M. Lamontagne (Yves): Est-ce que j'ai 45 secondes aussi pour répondre à ça?

La Présidente (Mme Legault): Oui, par équité.

M. Lamontagne (Yves): Bien, je vous dirais, là vous en amenez une grosse, là. Je pense que l'idéal, c'est qu'il faut arriver de plus en plus à, je dirais, démocratiser les universités pour montrer... Nous, en tout cas, dans notre rapport sur la médecine familiale, on trouve que c'est bien important et on a brassé un peu les universités. Des gros bateaux à tourner, ça aussi, là. Il faut que le cours de médecine soit d'abord et avant tout orienté vers la pratique de la médecine familiale. C'est un peu comme le cours classique dans mon temps, où le curé nous avait dit à la fin: Ce que tu vas retenir de ton cours classique, c'est tout ce que tu vas avoir oublié. Puis je pense que c'est ça, une espèce de culture générale et montrer le...

Maintenant, il faut aussi qu'on rende la médecine familiale attrayante. Et, pour ce faire, il faut qu'on envoie les étudiants où il se fait de la médecine familiale. Et, dans les régions — ça, vous soulevez ça — c'est bien sûr, si on ne les envoie jamais dans les régions, bien ils vont avoir peur d'aller en région.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup.

M. Lamontagne (Yves): Ça, c'est le plus tôt possible qu'il faut les envoyer en région. Et je pourrais vous donner personnellement, là, des exemples, dans certaines régions, qu'ils ont attiré les étudiants, puis c'était très bien comme ça.

La Présidente (Mme Legault): Dr Lamontagne, Dr Robert, au nom des membres de cette commission, nous vous remercions de votre présence parmi nous. Et j'invite maintenant les représentantes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à s'avancer et à prendre place. Merci.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Legault): Alors, chers collègues, je vous invite à prendre place. Mme Desrosiers, Mme Goulet et Mme Besner, je vous souhaite la bienvenue à cette commission. La commission va vous consacrer une heure. Alors, vous disposez d'une période de 20 minutes pour une présentation, et cette présentation sera suivie d'une période d'échange. Alors, pour les fins d'enregistrement, Mme Desrosiers, je vous inviterais à vous identifier et à présenter les personnes qui vous accompagnent.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

Mme Desrosiers (Gyslaine): Oui. Merci, Mme la Présidente. Excusez...

La Présidente (Mme Legault): Pardon. Est-ce que vous avez un mémoire?

Mme Desrosiers (Gyslaine): Non, nous n'avons que des notes.

La Présidente (Mme Legault): Vous n'avez que des notes. Alors, nous allons vous écouter avec attention.

Mme Desrosiers (Gyslaine): On va essayer d'attirer votre attention, oui. Je vous remercie, Mme la Présidente. Je suis Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Je suis accompagnée de Mme Céline Goulet, qui est doyenne de la Faculté de sciences infirmières de l'Université de Montréal, et de Mme Gisèle Besner, qui est présidente du Conseil des infirmières et infirmiers du CHUM.

On vous remercie de l'invitation qui nous est faite de faire entendre notre point de vue. Ce n'est pas un privilège que nous avons sollicité, nous avons... Le bureau de l'ordre avait plutôt statué sur l'importance de

faire entendre et la doyenne et la présidente du conseil, et c'est pourquoi ces deux collègues m'accompagnent aujourd'hui. Alors, on est heureux de la possibilité qui nous est faite de saisir la commission des principaux enjeux vus pour les soins infirmiers de niveau universitaire qui sont en cause dans ce projet-là de repenser le CHUM.

Alors, l'Ordre des infirmières est préoccupé à plus d'un titre sur la décision sur le devenir du CHUM. D'abord, je pourrais dire, d'un point de vue strictement citoyen, on est inquiets, on s'interroge sur l'ampleur des investissements à consentir simultanément dans deux CHU à Montréal et sur les conséquences que ça peut avoir au niveau du financement de l'ensemble des soins et services dans le système de santé dans un contexte de rareté de ressources mais aussi dans une perspective de recherche, là, de synergie ou de complémentarité. Mais plus précisément, en tant qu'organisme de protection du public, c'est certain que deux aspects nous préoccupent au plus haut point, c'est évidemment la sécurité des soins et la formation des infirmières et infirmiers.

Alors, à cet égard, tout le monde est au courant qu'il y a un contexte de pénurie d'infirmières, et encore plus particulièrement un contexte de pénurie d'infirmières spécialisées et ultraspecialisées. Il faut rappeler l'importance de la contribution du CHUM à la formation des infirmières de premier, deuxième et troisième cycle universitaire pour préparer la relève. Et à cet effet la cible de formation d'infirmières de niveau universitaire a été établie par le ministère de la Santé et par notre organisme à la hauteur de 1 500 infirmières de formation universitaire par année pour l'ensemble du Québec. C'est une cible extrêmement critique pour assurer justement la relève de professeurs, de cliniciens, de chercheurs, d'infirmières spécialisées, d'infirmières gestionnaires. Bref, il y a plusieurs fonctions infirmières qui requièrent ce type de formation.

Et, si l'on tient compte des régions Laurentides, Laval, Lanaudière et Montréal, on estime que l'effort à fournir par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal se situe autour de 700 infirmières par an. Malheureusement, la faculté n'a pas les moyens financiers de rencontrer cet objectif, c'est déjà en partant un problème, et la demande pour des infirmières praticiennes spécialisées va venir créer une pression supplémentaire sur le milieu de stages qu'est le CHUM.

Est-il besoin de rappeler à la commission que la qualité du lieu d'apprentissage et les moyens dont il dispose — vous allez voir qu'on va beaucoup insister sur les moyens — ont des conséquences sur la formation des professionnels de la santé, que ce soit en termes de compétences cliniques, tout le monde en convient, mais aussi de culture professionnelle. Par exemple, ça prédispose à l'ouverture sur l'interdisciplinarité, sur les nouveaux modes de soins, tout l'aspect de la fierté d'appartenance, donc la capacité de retenir nos professionnels au Québec. Alors, comme on le sait, pour nous, les infirmières, la rétention, c'est un enjeu majeur, notamment à Montréal, et plus particulièrement au CHUM.

● (10 h 10) ●

Alors, quand on parle de la construction d'un CHU, on peut se demander qu'est-ce que c'est, un CHU.

Jusqu'à maintenant, d'un point de vue strictement infirmier, malheureusement, jusqu'à maintenant, au Québec, la contribution spécifique des CHU à la formation des infirmières spécialisées et des infirmières de pratique avancée est malheureusement peu reconnue, reconnue dans le sens que ce n'est pas assorti d'une enveloppe budgétaire particulière. Et non seulement la fonction relative à l'encadrement des stages n'est pas financée ni à l'université ni dans l'hôpital, ça constitue une charge supplémentaire pour toutes les infirmières du CHU, qui doivent, je dirais, bénévolement et en sus de leur tâche de travail, assumer la formation des futures infirmières. C'est pourquoi la planification des effectifs infirmiers dans un CHU devrait prévoir un pourcentage significatif d'infirmières ayant un baccalauréat, puisqu'elles doivent en former d'autres.

Eh bien, aujourd'hui, ces objectifs de qualification, d'avoir un nombre substantiel d'infirmières possédant un baccalauréat dans un CHU, c'est souvent vu comme une dépense induite et c'est souvent l'objet de coupures. Autrement dit, il faut couper ça, et ça m'inquiète au plus haut point parce qu'étant donné que c'est considéré comme une dépense induite, moi, je profite de l'occasion pour vous dire qu'en Amérique du Nord, et dans presque l'ensemble du Canada, et plus récemment en Ontario, ce n'est non seulement pas vu comme une dépense induite de former des bacheliers, c'est vu comme la norme. Depuis janvier 2005, en Ontario, on ne formera plus que des infirmières universitaires. Et on se demande ici, au Québec, si c'est vraiment nécessaire d'en avoir dans les CHU. Pour vous montrer le retard. Alors, ainsi, quand bien même on construirait le plus bel hôpital sur le meilleur site, ça va prendre plus que des bonnes intentions à notre avis pour en faire un vrai CHU répondant à des critères nord-américains.

Alors, le milieu hospitalier universitaire doit contribuer à la redéfinition des pratiques professionnelles en s'appuyant sur la recherche. On parle de pratiques appuyées sur des résultats probants. Ça exige une collaboration étroite entre la Faculté de sciences infirmières et le CHU. Le CHU doit soutenir une pratique infirmière d'excellence qui soit un véritable modèle pour les étudiants. Ça a l'air des évidences, mais sachez que ce n'est pas si évident que ça au quotidien quand on vient à discuter du budget des soins infirmiers, qui devrait être sur une base particulière à notre avis pour les CHU.

Le CHUM notamment devrait être l'hôpital de référence pour toute la communauté scientifique infirmière au Québec. C'est ce que les Américains appellent un hôpital attractif, un «magnet hospital». Ce n'est pas normal, aujourd'hui, que le CHUM souffre d'une pénurie critique d'infirmières. Probablement qu'ils ont été pénalisés par toute l'incertitude sur le devenir de cet hôpital-là, c'est peut-être moins intéressant d'y aller quand on ne sait pas qu'est-ce qu'il va devenir, mais c'est quand même contradictoire avec sa mission de prestige qui devrait constituer en soi un élément d'attraction pour la relève. Or, selon une source d'information au ministère, il s'agirait de l'hôpital où la pénurie d'infirmières est la plus aiguë au Québec présentement.

Alors, un peu comme le Dr Lamontagne, je pose des questions, mais je me pose la question: Comment le projet de construction corrigera-t-il la situation? Est-ce

que vraiment il est dans l'intention du gouvernement d'en faire un vrai CHU, véritable CHU en termes de soins infirmiers? Et, avant de céder la parole à ma collègue, je dirais: Être un CHU au Québec, a fortiori dans la métropole qu'est Montréal et qui dessert toute la province, ça devrait être plus qu'une étiquette, ça comporte des obligations particulières et des moyens adaptés, et à notre avis les CHU ne peuvent pas être des hôpitaux ordinaires. Madame...

La Présidente (Mme Legault): Madame?

Mme Besner (Gisèle): Besner.

La Présidente (Mme Legault): Besner.

Mme Besner (Gisèle): Présidente du conseil des infirmières de l'établissement, du CHUM.

La Présidente (Mme Legault): À vous la parole.

Mme Besner (Gisèle): Alors, le CHUM est le centre hospitalier, au Québec, qui souffre le plus de la pénurie d'infirmières, et à ce sujet plusieurs enjeux préoccupent les infirmières. Nous croyons qu'il est d'une extrême importance que ce centre continue d'être attractif pour la relève infirmière, sinon nous n'aurons pas suffisamment d'infirmières pour ouvrir ce CHUM.

En tout premier lieu, le budget affecté aux soins infirmiers ne tient pas suffisamment compte de la gravité et de la complexité de nos patients. Dans certaines spécialités, nous soignons des patients dont la gravité des cas est 2,7 fois plus élevée qu'ailleurs au Québec, et le budget des soins infirmiers n'est pas suffisamment ajusté à ce facteur. C'est la raison essentielle pour laquelle nos infirmières d'expérience partent du CHUM pour aller vers d'autres hôpitaux, et, une fois qu'elles y ont goûté, elles ne reviennent pas. Pour remédier à cette situation, il est urgent de choisir entre l'une de ces deux solutions: ou bien on augmente le nombre d'infirmières afin de mieux tenir compte de la gravité des patients ou encore on rémunère mieux les infirmières qui vont oeuvrer dans un CHU.

Ce n'est pas tout, les infirmières, au CHUM, subissent les conséquences d'un oubli de budgétisation depuis des années. Alors qu'un professeur de collège est rémunéré pour accompagner les étudiants dans un milieu clinique, une rémunération équivalente n'existe pas pour un professeur de milieu universitaire. Ce sont les infirmières bachelères du CHUM qui supervisent 350 étudiants par année au baccalauréat sans budget et sans pour autant se voir attribuer un nombre réduit de patients. Même si plusieurs de nos infirmières bachelères s'engagent dans la supervision d'étudiantes, elles sont épuisées d'enseigner dans ces conditions ou encore quittent le CHUM pour aller enseigner dans les collèges.

Actuellement, 30 % de nos infirmières sont des infirmières bachelères. Il est essentiel qu'un CHU augmente sa proportion d'infirmières bachelères. Pour rendre ce rôle plus attrayant dans un CHU, vous devez nous garantir d'apporter des corrections immédiates à l'absence de subventions des divers ministères. Le CHUM est la pépinière des infirmières de suivi systématique, que l'on appelle aujourd'hui les infirmières pivots.

Plusieurs des patients du CHUM requièrent un suivi à distance par ces infirmières en collaboration avec leurs médecins spécialistes, et ce suivi évite nombre d'hospitalisations. Il a fait ses preuves, et nous voudrions l'étendre à d'autres clientèles plus complexes pour lesquelles il serait nécessaire. Comme nous n'avons pas les budgets pour créer ces postes d'infirmières, il est important de rendre disponibles ces budgets le plus rapidement possible.

Un autre volet du CHUM, c'est d'être un phare pour d'autres milieux hospitaliers, être celui qui amorce des grands projets d'amélioration de la qualité des soins infirmiers comme le soulagement de la douleur, les soins reliés à la sédation, analgésie et bien d'autres. Pour rendre disponible à toutes les infirmières du CHUM l'expertise la plus pointue en soins infirmiers, nous avons élaboré un guide clinique en soins infirmiers en français. C'est le premier. Il intègre les résultats... des soins infirmiers les plus récents. Il est utilisé par nos infirmières mais aussi par les infirmières de nombreux centres hospitaliers au Québec et dans le monde francophone. Pour que le CHUM continue d'être un fer de lance pour la pratique infirmière au Québec, nous avons besoin d'augmenter le nombre d'infirmières de deuxième et troisième cycle pour développer le potentiel de la recherche en sciences infirmières au CHUM.

Plusieurs de nos infirmières sont inquiètes quand le projet du CHUM ne respecte pas les délais prévus. Pour nous, 2011, ce sera un autre moment crucial où plusieurs infirmières vont quitter la profession, prendre leur retraite. Ceci nous placera dans une situation de grande vulnérabilité. Pour qu'il y ait suffisamment d'infirmières pour ouvrir le CHUM à sa pleine capacité, il faut arrêter de tergiverser maintenant. Pendant toute cette période de vide et aussi de désaccord, des recrues potentielles infirmières, elles, choisissent d'aller ailleurs qu'au CHUM.

De plus, les infirmières sont mal à l'aise avec un projet qui mettrait tout l'argent dans le béton, n'en laissant que trop peu ou pas assez pour un fonctionnement du XXI^e siècle. Elles savent bien qu'on ne lésine jamais sur la structure d'un édifice, mais que, lorsque l'argent manquera, on choisira probablement de ne pas acheter l'équipement requis pour gérer les risques associés à la pratique dans un milieu hospitalier. Nous croyons qu'on lésinera sur des objets comme les bracelets d'identification en code à barre qui... En Amérique du Nord, actuellement, c'est comme ça qu'on assure la sécurité davantage des patients puis qu'on est capable de réduire les risques. La sécurité dans un hôpital, ce n'est pas juste la voie ferrée. Il faut y penser, ça.

Elles croient également, les infirmières, que, peu importe le site choisi pour dispenser les soins, la correction des difficultés que je vous ai énumérées, elle est garante de rendre le CHUM plus attractif pour les infirmières. Et, pour nous, ça, c'est vital.

La Présidente (Mme Legault): ...Mme Besner. Mme Goulet.

Mme Goulet (Céline): Bonjour.

La Présidente (Mme Legault): Bonjour. À vous la parole.

Mme Goulet (Céline): Vous m'excuserez, j'ai un rhume, alors... La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal est la plus importante au Québec et la deuxième en importance au Canada. Elle octroie, bon an, mal an, 48 % des diplômes de baccalauréat, 62 % des diplômes de maîtrise et est la seule dans la francophonie internationale à offrir le Ph.D. en sciences infirmières. Elle est la seule également à détenir deux chaires de recherche et elle est un leader en recherche appliquée à l'administration des services infirmiers et en recherche en intervention infirmière. Elle doit continuer d'être à l'avant-garde du développement des savoirs, de la recherche comme de la formation de la relève et à ce titre elle doit et veut être dotée des moyens lui permettant d'assumer sa contribution.

• (10 h 20) •

Les 10 dernières années ont été particulièrement marquées par de profondes transformations au sein du réseau de la santé, lesquelles ont entraîné pour les infirmières d'importantes modifications au plan de leur pratique. Cette transformation exige dorénavant un rehaussement de la formation, que ce soit en sciences humaines, en sciences biomédicales, en capacité d'analyse de jugements cliniques, pour n'en nommer que quelques-unes. La véritable explosion des nouvelles options thérapeutiques et de l'expertise nécessaire pour leur application optimale ont entraîné le développement accéléré de surspécialisations. Aux études supérieures, les infirmières développent une expertise soit de pratique avancée, de formation, de gestion de services infirmiers ou de recherche clinique.

Sur le plan de la recherche, les changements ont été tout aussi marqués. La transition entre la recherche et la clinique est plus fluide et interactive, mieux organisée et davantage bénéfique aux patients eux-mêmes. La proximité physique des divers professionnels qu'exigeront les soins plus avancés de demain et une meilleure interaction entre cliniciens et chercheurs sont des composantes essentielles de succès. Peu importe l'angle sous lequel on l'examine, il devient de plus en plus évident que les activités d'un CHU et des facultés de la santé doivent évoluer en étroite interaction et au moyen de la plus grande proximité possible.

La formation clinique dans les milieux de santé et de soins est un défi de tous les jours, car il devient de plus en plus difficile d'assurer le placement de l'ensemble de nos cohortes. La faculté est confrontée à de très grands défis organisationnels. Déjà en 2004-2005, l'augmentation de clientèles a fait passer le nombre de placements en stage à 1 750 et le nombre de jours de stage à 48 045 jours.

Les difficultés de recrutement et de continuité d'encadrement rendent difficile la formation clinique. Les modes de supervision des stages aux études supérieures, quant à eux, demandent la présence de deux professeurs, soit d'un médecin et d'une infirmière. L'accroissement significatif des coûts reliés à la formation clinique en lien avec l'augmentation du nombre des étudiants se chiffre aujourd'hui à 1 370 000 \$. Cette situation place la faculté et le CHU dans une situation fragile dans l'accomplissement de leurs responsabilités pour l'atteinte d'une formation clinique de haut niveau.

Les CHU ont une responsabilité académique en regard de la formation, et, comme nous le rappelle

d'ailleurs le rapport Carignan, qui précise les attentes à cet égard, la mission universitaire des centres hospitaliers leur confère des responsabilités spécifiques pour lesquelles ils sont imputables à l'université. Ils doivent répondre à certaines exigences, notamment en termes d'excellence, de masse critique de soins et de services ultraspécialisés, de nombre et de niveau de formation des médecins mais aussi des autres professionnels de la santé.

La pénurie actuelle des infirmières détentrices d'un diplôme universitaire conjuguée à la mise en vigueur des diverses mesures budgétaires rétrécissent les marges de manœuvre des établissements à libérer ces infirmières pour l'encadrement de la formation clinique. Il faut trouver des solutions structurantes et à long terme afin d'assurer que les milieux académiques en soins infirmiers puissent remplir leur mission éducative en dispensant un enseignement de haute qualité et aussi leur mission sociale qui va garantir à la population l'accès à des soins infirmiers de haut niveau et sécuritaires.

Dans une perspective de construction des compétences pour favoriser le lien étroit entre la théorie, la recherche et la pratique, on ne peut se limiter à envoyer les étudiantes en stage vers la fin de leur cursus d'études. Elle comporte l'obligation de les exposer précocement aux divers milieux cliniques, de les encadrer étroitement et les faire progresser dans leur capacité réflexive dans et par l'action.

La Présidente (Mme Legault): Mme Goulet, je dois vous inviter à conclure.

Mme Goulet (Céline): Le système de santé exige des infirmières qualifiées, capables de résoudre des dilemmes éthiques et de fournir des soins de haut niveau dans un environnement où l'accent est de plus en plus mis sur le travail interdisciplinaire. En somme, pour relever ces défis, il est clair qu'une meilleure intégration des facultés de la santé et du CHUM permettra de mieux répondre aux besoins des patients. Merci.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup. Nous débiterons maintenant notre période d'échange. Je cède la parole à Mme la députée de Nelligan.

Mme James: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Bonjour. Bienvenue. Merci pour votre présentation. J'écoutais, hier, ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve parlait des problèmes de déplacement qu'ils subiraient, ses citoyens dans son comté. Et alors, moi aussi, je serais préoccupée. C'est des questions quand même pratiques mais très importantes.

Je me demande, pour vous, surtout pour les infirmières qui se trouveraient à la Rive-Sud, par exemple, est-ce que vous serez inquiètes pour ces infirmières-là qui auraient à se déplacer dans l'éventualité que le CHUM se trouverait à Outremont? Comment voyez-vous ça?

La Présidente (Mme Legault): Mme Desrosiers.

Mme Desrosiers (Gyslain): Nous, on ne s'est pas prononcés sur le choix d'un site et on ne tranchera pas la question aujourd'hui. C'est clair que, parmi les

critères, il faut qu'il y ait des critères d'accessibilité, mais on n'est pas des spécialistes à savoir à combien de pieds de la station de métro, les accès routiers, etc. On imagine qu'ultimement le gouvernement va construire un hôpital qui sera accessible. Alors, là-dessus, on n'en dira pas davantage pour le moment.

Mme James: Merci.

La Présidente (Mme Legault): Avez-vous une autre question, Mme la députée?

Mme James: Non, c'est beau. Merci.

La Présidente (Mme Legault): Parfait. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Merci, mesdames, pour votre présentation. Je profite de l'occasion pour raconter. Tantôt, je rencontre Mme Besner dans le corridor, puis elle me rappelle un souvenir qui est maintenant... on ne dira pas vieux de combien d'années parce que ça ne nous ferait honneur ni à un ni à l'autre, mais à une époque où on avait démarré ensemble un protocole de soins à l'Hôpital Saint-Luc, et ça m'a fait plaisir de me rappeler ces moments, je dirais, difficiles mais également très exaltants qu'on a vécus à cette époque-là.

J'aurais quelques remarques d'introduction suite à vos commentaires. Par la suite, j'aurais une question, surtout sur l'enseignement de la profession de sciences infirmières.

D'abord, c'est certain que le CHU, un CHU n'est pas un hôpital ordinaire. C'est un hôpital universitaire, mais l'expérience universitaire doit comprendre toute la gamme des soins qui sont offerts dans l'hôpital universitaire. Et il y a eu... Je pense que ce n'est même plus nécessaire de le démontrer maintenant, parce que tous les experts sont d'accord là-dessus, que les activités concrètement d'un centre hospitalier universitaire comprennent une gamme de soins qui est très largement déplacée vers les niveaux 1 et 2 avec également une portion de soins ultraspécialisés et à vocation suprarégionale.

Je constate que vous faites face aux mêmes défis que les facultés de médecine avec l'augmentation majeure des cohortes d'étudiants dont on a besoin pour satisfaire aux besoins des prochaines années. De toute évidence, les besoins en stages de toute façon vont déborder le seul plateau du CHUM, où qu'il soit construit, et il va falloir continuer et encore plus, je suppose, d'utiliser les hôpitaux affiliés et même les hôpitaux régionaux.

Et la question que je vais avoir pour vous tantôt, c'est... Puis je vais vous la poser tout de suite. Comme ça, vous pourrez préparer votre réponse pendant que je termine mes commentaires, c'est: De la même façon que les facultés de médecine ont entrepris un mouvement majeur, au cours des dernières années, pour déplacer la formation vers les milieux cliniques et même maintenant vers les régions, est-ce que les facultés de sciences infirmières sont dans un mouvement semblable? Ce serait la question qui suivrait mes commentaires.

Ce que je voudrais également mentionner, c'est des conversations qu'on a déjà eues, Mme Desrosiers et

moi. Il est certain qu'on fait face à une pénurie d'infirmières importante. Et, justement, parce qu'on est dans un contexte de pénurie importante, il faut s'abstenir d'y répondre, je dirais, de façon mécanique. Si on ne fait que le calcul — il nous manque tant de milliers d'infirmières, donc il faut en former tant de milliers d'ici telle année — je vous confierais bien candidement qu'on n'y arrivera jamais, pas plus un autre État que le Québec n'y arriverait pas non plus parce que le nombre est tellement grand que c'est presque impossible de former le nombre de milliers d'infirmières qui auront pris leur retraite ou ne seront plus disponibles.

Donc, on a devant nous une occasion historique de faire face à cette pénurie non seulement de façon mécanique, en augmentant la formation, mais en redéfinissant puis en concentrant la tâche de l'infirmière sur sa mission propre. Et Mme Desrosiers va reconnaître une conversation qu'on a eue à plusieurs reprises, elle et moi, là-dessus, d'où notre appui effectivement vers le mouvement vers l'infirmière bachelière, vers les infirmières spécialisées puis, on espère également, on le souhaite ardemment, vers l'infirmière de première ligne.

Mais ce mouvement, je dirais, vers la droite du champ d'activité doit s'accompagner d'un mouvement vers la droite au profit des autres professionnels qui sont en appui aux infirmières, comme les infirmières auxiliaires et les préposés. Parce que, si on maintient le champ d'exercice complet comme il est actuellement et qu'on y ajoute la question des bachelières, des infirmières spécialisées et de première ligne, regardez, là, non seulement le Québec, mais il n'y a aucun État au monde qui est capable de faire face aux besoins. Donc, on a absolument besoin de redéfinir ce qu'on veut faire au cours des prochaines années et comment on veut bien utiliser la profession infirmière dans notre réseau de la santé.

• (10 h 30) •

Donc, je répète ma question, Mme la doyenne — je pense qu'essentiellement c'est une question qui vous est destinée — sur le mouvement de formation en sciences infirmières. Est-ce que vous avez le même phénomène en sciences infirmières qu'en médecine, où on se déplace vers les milieux communautaires, vers les hôpitaux affiliés et vers les régions? Particulièrement les régions, ça m'intéresserait de savoir qu'est-ce que vous avez dans vos cartons pour la formation en sciences infirmières en région.

Mme Goulet (Céline): Je dirais que la situation des facultés de sciences infirmières, ou des écoles, ou des départements de sciences infirmières est légèrement différente de celle des facultés de médecine, puisqu'il y a neuf établissements qui offrent des baccalauréats en sciences infirmières, comparativement à quatre facultés de médecine à travers la province. Donc, déjà, il y a des régions de couvertes par des établissements qui donnent la formation. Ensuite de ça, je vous dirais que le peu de ressources professorales dont bénéficie la formation universitaire... À l'heure actuelle, il y a 117 professeurs pour enseigner dans l'ensemble des neuf universités, pour former plus de 4 000 bachelières par année.

Aussi, pour se déplacer dans les régions, il faut que les milieux d'accueil aient un ratio d'infirmières universitaires suffisant, bien préparés pour recevoir des infirmières de niveau universitaire. Donc, il faut

vraiment qu'on pense à un moyen d'inverser les ratios un peu partout pour être capable, si vous voulez, de bénéficier d'une pratique universitaire à travers toutes les régions du Québec.

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

M. Couillard: Également, une notion que j'ai gardée de mes conversations avec la présidente de l'ordre, c'est que la situation de pénurie ou la répartition et la qualité de la pénurie est différente entre la profession infirmière et la médecine. Et je m'explique sur ma perception, puis j'aimerais que vous corrigiez ou que vous la confirmiez. Alors qu'en médecine la grosse pénurie, on la vit en région en termes de main-d'oeuvre professionnelle, en sciences infirmières, c'est plutôt le contraire. Je pense que c'est dans la région métropolitaine que, la pénurie, elle est plus marquée. Par contre, en région, on a une pénurie de formatrices. Est-ce que je comprends bien la dynamique de la pénurie?

Mme Desrosiers (Gyslain): Vous l'avez déjà présentée. Nous autres, la pénurie se présente différemment parce qu'effectivement, comme on a des points de formation partout dans la province, on a 42 collèges et neuf universités qui contribuent à la formation, on a un taux de rétention intéressant en région.

Nous, la problématique, elle se présente plutôt sous l'angle de la capacité à former des infirmières spécialisées et ultraspecialisées. Donc, notre problème est plutôt en zone urbaine et plus particulièrement ou presque exclusivement à Montréal, et ça touche de plein fouet et McGill et Montréal. McGill, l'Université McGill, formant peu de bacheliers, ils vont à la limite faire un travail monumental pour recruter les finissantes de l'Université de Montréal, et tout le monde s'entre-déchire pour avoir le peu qui graduent.

Et, moi, là-dessus, je suis d'accord, mais j'essaie d'attirer l'attention de la commission sur le point suivant. C'est qu'on ne peut pas baisser les bras puis dire: Bien, s'il y a une pénurie, bien, tout le monde va en manquer. On a essayé d'amener le ministère à comprendre que, dans un contexte de pénurie, il faut absolument assurer la relève de ceux qui sont les plus formés parce que, si on n'a pas les infirmières, par exemple, Ph.D. pour enseigner à l'université, si on n'a pas les infirmières de maîtrise puis si on n'a pas les bacheliers, bien, écoutez, comment voulez-vous qu'on transfère des savoirs aux infirmières auxiliaires ou comment voulez-vous qu'on réorganise les rôles, comment voulez-vous qu'on... Il faut que ça se fasse selon un ordonnancement. Il faut garantir la relève d'infirmières universitaires avant même de penser qu'on puisse déléguer toute autre fonction aux infirmières auxiliaires. Ça ne peut pas se faire dans l'autre sens, sinon on va donner — comment je dirais ça? — notre fonction à des gens qui sont formés au niveau secondaire, alors que ça prendrait une maîtrise ou un baccalauréat. Vous voyez un peu l'ordonnancement?

Et c'est un enjeu direct du devenir du CHUM. Parce que, les CHU, au Québec, Dr Couillard, je le répète, n'ont jamais pris en compte leurs responsabilités pour la formation des infirmières universitaires. Et vous vous préparez à en construire deux à Montréal. Et on ne sait même pas s'il va y avoir un budget rehaussé, pas le relever pour le relever, parce qu'on voudrait avoir

plus d'argent. Est-ce que vraiment vous allez prendre en compte la formation d'infirmières universitaires que ces hôpitaux-là doivent livrer à la population? C'est ça qu'on dit. Parce qu'actuellement c'est les infirmières d'étages, qui, sur le bras, les forment. Et, comme c'est des clientes très lourdes et très complexes, alors non seulement ils ont plus d'ouvrage, mais en plus il faut qu'ils assurent la relève au niveau de la formation. Ça ne fait pas de sens.

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie beaucoup. Je cède maintenant la parole au député de Robert-Baldwin. M. le député.

M. Marsan: Merci, Mme la Présidente, et merci à vous, Mme Desrosiers, et les gens qui vous accompagnent. Je voudrais que vous nous parliez de la complémentarité qui existe entre le Centre hospitalier universitaire McGill, le CUSM, et l'Université de Montréal quant à la formation des infirmières, la recherche et également les aspects cliniques, s'il vous plaît.

La Présidente (Mme Legault): Mme Desrosiers.

Mme Desrosiers (Gyslain): Écoutez, la doyenne pourrait répondre, mais il demeure qu'ils ont des projets complémentaires au niveau de la recherche et du doctorat, la formation de Ph.D.

Un des enjeux, par contre, pour nous, par rapport au choix du site ou le choix de la construction, c'est la question du saupoudrage de l'expertise. Nous, un des enjeux — la présidente du conseil, ici, l'a dit — c'est que, oui, les chercheurs vont collaborer au niveau de la recherche, oui, il y a des programmes de Ph.D... un programme de Ph.D. conjoint, mais, dans le choix que vous avez à faire comme gouvernement, on doit s'assurer qu'on va concentrer l'expertise infirmière spécialisée et ultraspecialisée parce que sinon on n'y arrive jamais. Comprenez-vous?

Prenez comme l'Institut de cardiologie, il n'y a qu'une seule mission et il est spécialisé et ultraspecialisé. Ce qui m'inquiète, dans le choix qui va être fait, c'est que, par rapport à... Si c'est un hôpital dont on ne connaît pas très bien le niveau de soins, ça crée une ambiguïté quant au quantum d'infirmières très qualifiées pour des domaines tertiaires et quaternaires.

La Présidente (Mme Legault): Merci.

Mme Besner (Gisèle): Je peux peut-être ajouter.

La Présidente (Mme Legault): Oui, Mme Besner, en complément.

Mme Besner (Gisèle): Entre le Centre de santé McGill et le CHUM, il y a déjà de la collaboration au niveau des soins infirmiers et aussi au niveau médical pour tout le système d'information clinique. Alors, toute la construction de comment on va communiquer à l'intérieur pour les dossiers patients, ce qu'on a besoin comme information se fait à deux déjà.

M. Marsan: Sur un site ou sur l'autre, là, ça, c'est quelque chose qui est acquis et qui est appelé à se développer. C'est bien ça?

Mme Besner (Gisèle): Oui. Oui, et il y a beaucoup d'ouverture et de travail en collaboration.

M. Marsan: Merci.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup. 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. Alors, Mme Desrosiers, Mme Besner et Mme Goulet, que nous avons vues à cette commission il y a deux jours maintenant, je crois, bienvenue de la part de l'opposition officielle. Je sais que des collègues voudront échanger avec vous également. Mme Desrosiers, je crois que vous étiez parmi nous lorsque le président du Collège des médecins a fait sa présentation. Alors, je voulais en fait mettre à contribution votre expertise sur la question de ce qu'est un CHU.

Je citais le doyen Rouleau, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, qui à cet effet disait... Je cite l'annexe 10 du rapport Couture—Saint-Pierre. On dit ceci: «Opinion de la faculté et du personnel professoral. Pour le doyen Rouleau qui a une bonne connaissance et expérience des campus hors-Québec et hors-Canada, il est essentiel qu'il y ait un mélange de cas simples et complexes dans un CHU car un médecin ne peut faire seulement du niveau tertiaire et quaternaire continuellement et l'enseignement nécessite un mélange de cas simples et complexes. [...]pour la recherche [de plus] il doit y avoir aussi un bassin de patients qui relèvent des niveaux un et deux.»

Est-ce que vous professez ce modèle ou s'il vous semble que le modèle de différenciation des soins généraux primaires et secondaires et donc d'un CHU simplement cristallisé autour des soins surspécialisés devrait être préféré?

Mme Desrosiers (Gyslaine): De toute façon, c'est une situation de fait pour les infirmières mais comme pour les médecins. Mais dans le moment on ne peut pas penser ne former une infirmière qu'à un seul endroit. Il y a là une forme d'utopie. Donc, partant de là, ils vont devoir être formés dans plusieurs endroits, et les stages peuvent être... Il faut diversifier les lieux de stage parce que, nous autres aussi, les infirmières, comme pour les médecins, il faut être exposées à différentes situations cliniques. Alors, à partir de là, on ne peut pas penser que tout va être au même endroit, si on le regarde sous l'angle de la formation.

Par contre, le corollaire à votre question: Est-ce qu'on doit espérer avoir un centre hospitalier qui a les 32 spécialités, qui a tous les niveaux de soins?, je suis un peu déçirée là-dessus parce que, si on le regarde d'un point de vue de pensée holistique et d'être humain dans son entité, c'est clair que tout le monde aimerait mieux un hôpital, à la limite, de 1 500 lits avec tout, tout et puis une fluidité, etc. Mais peut-être que c'est une vue de l'esprit sous l'angle suivant, c'est qu'à trop vouloir tout des fois, si on n'a pas les moyens, on va peut-être tout perdre et on va peut-être se retrouver avec des demi-mesures.

● (10 h 40) ●

C'est que la concentration des technologies de pointe, veux veux pas, à un moment donné, tout le monde ne peut pas avoir toute la technologie, et elle est extrêmement coûteuse, et elle demande une mise à jour continue pour les infirmières. Ce n'est pas vrai que, du jour au lendemain, on arrive aux greffes rénales, bing! on arrive aux greffes de foie, et voilà, tout d'un coup, une greffe cardiaque, et qu'on sait comment les soigner. Il faut faire le suivi de ces clientèles-là.

Mme Besner a dit que maintenant on a des infirmières pivots qui assurent la prise en charge de clientèles complexes. Les infirmières se spécialisent de plus en plus, et, à un moment donné, il faut avoir des infirmières en concentration suffisante et une masse critique d'infirmières capables de faire face à des niveaux de soins tertiaires et quaternaires, et ça ne peut pas être saupoudré à la grandeur de Montréal. Ça ne veut pas dire que... Alors, ça, pour nous, c'est un enjeu, la concentration de l'expertise.

Mme Harel: Je comprends que l'enseignement se fait dans un réseau d'établissements affiliés, hein. J'ai été la première, d'ailleurs, dans mes remarques préliminaires, à interroger en fait les décideurs sur la continuité de l'enseignement avec la Cité de santé de Laval, avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Sacré-Coeur. Ça, on prend ça pour acquis. Mais est-ce que le modèle, là, puisqu'on n'en est pas à l'adresse, mais on arrive au concept, est-ce que le modèle d'un hôpital... de deux sites, comme l'est le modèle universitaire de McGill avec le CUSM, ou le modèle d'un seul site avec 700 lits, comme l'est le projet clinique du CHUM, quel est... lequel des deux modèles vous semble le plus adéquat?

Mme Desrosiers (Gyslaine): On ne peut pas trancher la question. Je suis sûre que ma collègue de gauche a une opinion sur la chose. Je vous dirais que...

Mme Harel: J'aimerais l'entendre.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Oui. Je vais lui céder la parole. Mais je vous dirais que, d'un point de vue historique, étant donné que le CHUM actuellement est sur trois sites et qu'on a divisé les forces infirmières sur trois sites, le seul fait qu'elles ne sont pas regroupées... Dans le fond, il n'y a pas assez d'infirmières pour trois sites, il aurait fallu les regrouper sur deux sites. Et tout le monde sait que la question du nombre de sites, c'est souvent... Il faut réussir à faire un consensus avec les médecins. Les médecins souvent ne veulent pas déménager de site ou voudraient tous être au même endroit, etc. Donc, d'un point de vue strictement infirmier, c'est clair que, nous, la masse critique d'infirmières qualifiées est un enjeu qui plaide à un plus grand regroupement.

Par contre, il demeure que, comme disait Dr Lamontagne, toute la question de la recherche et développement, il faut, ça aussi, qu'il y ait une masse critique. Quand Mme la doyenne dit qu'il y a deux chaires de recherche, bien il faut des lieux... Autrement dit, on ne pourra pas avoir une chose et son contraire. Et peut-être que McGill a choisi le meilleur de deux mondes. Mais je pense que, du côté du CHUM, il

semble vouloir aller vers un autre type d'orientation, mais ce n'est pas évident qu'ils vont être capables, à ce moment-là, de relever le défi du tertiaire et du quaternaire.

La Présidente (Mme Legault): Merci, madame...

Mme Goulet (Céline): Moi, je trouve...

Mme Harel: Mme Besner, est-ce que c'est le meilleur des deux mondes, un modèle sur deux sites?

La Présidente (Mme Legault): Mme Besner, il vous reste...

Mme Besner (Gisèle): Nous, on le vit, d'avoir un hôpital sur trois sites. C'est la chose la plus difficile à réaliser. Ils ont actuellement, eux aussi, de la difficulté à avoir une culture qui soit Centre de santé McGill. Ils n'en parlent pas beaucoup, mais ils ont les mêmes difficultés que, nous, on vit au CHUM. Ils croient qu'ils vont être capables d'en venir à bout. Moi, après cinq ans — c'est depuis 1997 que ça dure — c'est quelque chose qui est extrêmement difficile, et, quand je lis des choses sur comment on amalgame des cultures, c'est des questions de 10 et 20 ans.

Alors, tu sais, là, on peut couper ça au couteau comme un chirurgien, mais, moi, je trouve que, d'une certaine façon, quand on apprend les soins infirmiers ou les soins médicaux, on va de plus en plus vers les choses qui sont plus complexes. Et, quand un patient complique et que ça demande une greffe hépatique, avant il y a eu de l'insuffisance hépatique, quand il a sa greffe hépatique et puis que les canaux s'obstruent, bien il faut que ce soient des équipes qui soient capables de reconnaître le problème. Et à mon avis on essaie de trancher. C'est quelque chose qui est des zones grises. Et on va les rencontrer, même si c'est sur deux sites. Et, en plus de ça, il va y avoir la question de culture qui va être extrêmement difficile.

La Présidente (Mme Legault): Merci.

Mme Harel: Ce que je retiens, dans ce que vous dites, toutes les trois, c'est que finalement ce que dit aussi la présidente de la FIQ, qui vient à l'occasion dans les commissions parlementaires, c'est que ce n'est pas interchangeable, une infirmière n'est pas interchangeable entre telle, telle spécialité.

Mme Besner (Gisèle): Quand un hôpital fonctionne d'une certaine façon, il y a plein de processus, que ce soit pour demander les rayons X, pour ce qui est de faire affaire avec les laboratoires, etc., qui est changeant. Il y a des constantes, mais il y a des choses tout à fait différentes. On ne peut pas envoyer une infirmière et qu'elle soit capable de fonctionner dans un hôpital et dans l'autre. Les médecins également ont besoin d'une période de transition pour apprendre tous ces processus par qui ils doivent passer pour demander telle affaire.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Autrement dit, deux sites, c'est deux sites, mais ce n'est pas de la

permutation. C'est une administration qui gérerait deux sites et qui déciderait du niveau de soins dans chacun de ces sites et du départage des spécialités, mais les infirmières ne se promèneraient pas d'un à l'autre. Parce qu'à partir du moment où on est en néphrologie ou qu'on est en ceci ou en cela, la spécialisation permet de moins en moins la permutation. Et, même nous autres, à l'Ordre des infirmières, on envisage devoir certifier la spécialisation tellement que ça requiert des habilités cliniques de pointe.

Et Mme Besner a dit à juste titre que, quoi qu'il advienne, qu'il n'y ait qu'un seul site ou qu'il y en ait deux, il va toujours y avoir des zones grises. C'est comme l'hôpital qui doit décider de transférer son cas à l'Institut de cardiologie, la journée où on décide de l'amener à l'Institut de cardiologie. En fait, la seule différence, c'est: Est-ce que c'est un hôpital d'accès premier ou est-ce que c'est un hôpital qui ne reçoit que des cas sur référence? C'est peut-être là la différence.

Mme Harel: Et, vous, Mme Besner, qu'est-ce que vous en pensez?

Mme Besner (Gisèle): Bien, moi, j'ai une image en tête. On a plein de patients sur une unité de... qui nous viennent de l'extérieur. Alors, ils passent d'un soin intensif en région et ils arrivent dans l'unité des pathologies où ils ont un lit ordinaire comme tous les autres patients.

Les patients nous demandent: Est-ce que je suis mieux? On leur dit: Bien, d'une certaine façon, oui. Mais le niveau de soins qu'on donne chez nous, pour nous, c'est du régulier, ça, alors que, dans un autre hôpital, c'est un soin intensif. Alors, quand on est vraiment malade au CHUM puis qu'on va aux soins intensifs, on l'est réellement.

Mme Desrosiers (Gyslaine): C'est parce que c'est le temps de s'inquiéter.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Besner (Gisèle): Oui. Alors, ça demande une expertise, autant des infirmières, des médecins, pour être capable de reconnaître ça.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Si vous permettez, il y a un point qui n'a pas du tout été abordé, qui est vraiment la notion du campus intégré. Pour nous, les infirmières, l'éloignement au niveau de la formation théorique et pratique — la doyenne l'a mentionné, mais, comme elle était en conclusion puis elle devait faire vite... Notre souhait le plus cher, ce serait que le prochain CHUM puisse avoir un véritable campus qui intègre les facultés de médecine et de sciences infirmières, particulièrement ces deux-là, mais il y en a quelques autres aussi. Ce serait une plus-value énorme.

Mme Harel: Est-ce que la doyenne pourrait répondre à une question simple? Accepterait-elle de déplacer la faculté, que ce soit à un site ou l'autre?

La Présidente (Mme Legault): Mme Goulet.

Mme Goulet (Céline): Que la Faculté des sciences infirmières...

Mme Harel: Bien, pour avoir ce campus intégré. Mme la présidente de l'Ordre des infirmières vient de dire: Notre souhait le plus profond, c'est un campus intégré. La question à la doyenne: Est-elle prête à déplacer la Faculté de sciences infirmières, quel que soit le site?

Mme Goulet (Céline): À ce moment-ci, je vous dirais que non, parce que, pour être bien honnête avec vous, je n'ai pas reçu d'offre officielle de déménager en ville. Par contre, j'en ai reçu une du recteur de l'Université de Montréal de me joindre aux autres facultés sur le campus Acadie-Beaumont.

Mme Harel: C'est juste une question d'offre. Si l'autre vous arrivait, qu'est-ce que vous diriez? Non ou éventuellement oui? La question, vous savez...

Mme Goulet (Céline): Je pense que ce serait à regarder, à étudier de près pour voir les avantages du déménagement. Mais, en même temps, m'éloigner du campus, éloigner les étudiantes du campus universitaire, je ne suis pas certaine que ce soit une bonne chose.

Mme Harel: Mme Goulet, je suis contente de vous entendre, parce que, quand il y a eu la présentation, pour toutes sortes de raisons de temps, on n'a pas pu échanger. Mais la grande question, c'est de savoir: Est-ce qu'on déplace les soins au patient et à la population vers l'université ou l'université va se déplacer vers la population et les soins à donner au patient?

● (10 h 50) ●

Mme Goulet (Céline): Je vous dirais que c'est ni un ni l'autre, pour moi. En quelque part, c'est comme si... Quand j'écoute les discussions, puis même les discussions au sein des facultés à l'université, c'est comme si c'est blanc, si c'est noir. Mais ce n'est pas blanc et ce n'est pas noir, c'est beaucoup plus gris partout. C'est-à-dire qu'à l'heure actuelle, je veux dire, il n'y aura pas personne qui va être privé de soins en nulle part parce que, si jamais il y a une technopole qui se développe à Acadie-Beaumont, il reste un centre hospitalier de 300 lits au centre-ville.

Et, nous, à l'heure actuelle, on a besoin d'environ 40 établissements par année pour couvrir tous nos besoins en stages. Alors, c'est très clair que les gens du centre-ville vont toujours bénéficier de l'expertise de nos étudiantes, et il va en être de même pour les autres facultés. Je ne pense pas qu'on va priver le bas de la ville de quoi que ce soit en termes de services parce que de toute façon le CHU à l'heure actuelle a un bassin de desserte qui est extrêmement large, qui couvre la province.

Mme Harel: Est-ce que selon vous — parce que c'est une question qui a été posée durant toute la commission — les soins en obstétrique, en désintoxication, en psychiatrie, en radio-oncologie, en médecine familiale devraient continuer à être, disons, donnés à la population là où elle les utilise présentement?

La Présidente (Mme Legault): Mme Goulet.

Mme Goulet (Céline): Bien, moi, je rejoins beaucoup... j'ai beaucoup aimé la présentation du Dr Lamontagne. Ma conception personnelle, Céline Goulet, ma conception personnelle d'un Centre hospitalier de l'Université de Montréal, c'est un centre ultraspécialisé. Je suis d'accord aussi avec le doyen Rouleau à l'effet que c'est sûr qu'on va avoir des soins autres parce que, quand une personne se présente dans un centre hospitalier, on ne sait jamais avec quel genre de problème elle se présente, et un problème qui peut paraître bénin au départ peut être très grave lorsqu'on le diagnostique. Donc, en partant, on ne peut pas contrôler ça.

Mais j'ai écouté, hier, les représentations des médecins et je n'étais pas du tout d'accord. Moi, je pense que la médecine familiale doit se donner un peu partout, je vous dirais, dans des centres satellites où sont les familles, répartie un peu partout.

Mme Harel: Donc, vous êtes favorable à deux sites et pas simplement un seul site.

Mme Goulet (Céline): Bien, je pense que les deux propositions ont toujours eu deux sites. Moi, dans ma conception, puis...

La Présidente (Mme Legault): Je vous invite à... Je vous invite — excusez-moi — à être brève.

Mme Goulet (Céline): Oui, je vais être brève. Dans les deux propositions, il y a deux sites. La seule distinction, c'est que le centre universitaire ne veut pas administrer le deuxième. C'est la compréhension que j'ai. Mais il y a toujours eu deux sites, pour moi, dans ma compréhension.

Mme Harel: C'est-à-dire que non. Dans le deuxième, il n'y a pas d'enseignement universitaire.

Mme Besner (Gisèle): Il va y avoir des stagiaires pareil.

Mme Goulet (Céline): Il va y avoir des stagiaires.

Mme Desrosiers (Gyslaine): ...il y a un manque de stages partout. Ils vont être minimalement affiliés.

Mme Goulet (Céline): C'est l'administration qui ne sera pas la même.

Mme Harel: Est-ce qu'il y a de l'enseignement ou pas?

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie beaucoup. Je cède maintenant la parole au ministre délégué au Gouvernement en ligne pour deux minutes, s'il vous plaît.

M. Gauthrin: Je vous remercie, Mme la Présidente. Je vais m'adresser à vous, Mme Goulet, comme doyenne. Et vous savez que votre faculté a fait d'énormes progrès, sur un horizon de 20 ans, quant à

la formation des infirmières et quant à la participation à la recherche. Si je ne me trompe pas, la formation des infirmières se fait principalement actuellement sur le campus de l'université et la recherche en sciences infirmières se fait aussi sur le campus de l'université.

Est-ce que la création d'un CHUM comme telle va changer cette pratique? Et est-ce qu'on peut concevoir qu'une partie de l'enseignement serait transférée dans ce centre hospitalier, premièrement, et une partie de la recherche que vous effectuez serait transférée aussi dans le centre hospitalier...

La Présidente (Mme Legault): Mme Goulet.

Mme Goulet (Céline): Je vous dirais que, dans l'histoire, c'est vrai, M. Gauthrin, que la formation se faisait sur le campus, la recherche aussi. Par contre, je vous dirais, au cours des quatre, cinq dernières années, il y a eu des efforts incroyables pour que la recherche se déplace dans les centres hospitaliers. Par contre, le problème que l'on vit à Montréal, c'est que tous les centres hospitaliers veulent avoir les chercheurs de la faculté et nous n'avons pas assez de chercheurs pour le nombre de centres à couvrir. Et de un.

Et de deux, je vous dirais que nous venons, à l'automne 2004, de commencer un nouveau programme de baccalauréat. Puisqu'on commençait le cursus intégré D.E.C.-bac, nous avons cru bon de revoir tous nos programmes de premier cycle. Et à l'heure actuelle les étudiantes vont en stage dès les premières semaines de leur formation, en première année, contrairement aux autres programmes. Donc, la formation clinique commence très, très tôt dans leur formation.

Et je vous dirais que, moi, je vois l'avenir beaucoup autour des lits des patients, autour... Je pense qu'on ne peut pas prévoir qu'est-ce qui va se passer en 2011, on ne peut pas prévoir qui va être là et comment vont se dérouler les soins de santé, mais j'ose croire que la pédagogie va être complètement renouvelée.

M. Gauthrin: C'est à dire que la formation des infirmières serait un peu semblable à la formation des médecins, où très rapidement vous êtes impliqué en milieu hospitalier.

Mme Goulet (Céline): Très rapidement.

La Présidente (Mme Legault): Merci.

M. Gauthrin: Je vous remercie.

Mme Besner (Gisèle): Si je peux...

La Présidente (Mme Legault): Mme Besner, rapidement, s'il vous plaît.

Mme Besner (Gisèle): Merci. Actuellement, nous formons environ 375 infirmières de niveau baccalauréat, mais nous avons besoin d'en former davantage pour supporter l'Université de Montréal. Nous ne pouvons pas le faire tout simplement à cause d'une sous-budgétisation. Alors, nous sommes ouverts à développer ces canaux-là avec l'université, mais nous manquons des éléments de base. Et, ensuite de ça, ça doit paver la voie

à toute la recherche en soins infirmiers, qui doit se faire au CHUM et que la Faculté des sciences infirmières doit privilégier parmi tous les milieux.

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

Mme Roy: Merci, Mme la Présidente. Alors, de votre dernière intervention, Mme Besner, je comprends que vous faites un appel au ministre de l'Éducation. Puis son apport dans le présent débat pourrait nous permettre de réaliser un meilleur CHUM, je pense.

Mme Besner (Gisèle): Tout à fait.

Mme Roy: Et puis, bien, je vous remercie pour votre présentation. Ce qui ressort le plus, c'est qu'il y a plusieurs nuances et puis qu'on ne pourrait pas trancher de façon aussi dramatique qu'on l'a peut-être fait dernièrement, dans cette commission. Il y a plusieurs teintes de gris, comme vous le dites. Mais, s'il faut trancher, nous allons espérer qu'on le fera avec un scalpel plutôt qu'avec une hache. Et, pour ce faire, il va falloir que vous soyez à la table et, je pense, à la table de... lorsqu'il va falloir trancher.

Maintenant, profitez-en, puisqu'on est en commission et puis M. le ministre est présent, pour faire vos demandes, là, vraiment dans les faits, là, pour que ça réussisse, là, que la coupure se fasse au bon endroit ou à l'endroit le moins douloureux.

La Présidente (Mme Legault): Mme Desrosiers.

Mme Desrosiers (Gyslain): Bien, écoutez, vous savez, maintenant, il y a non seulement le scalpel, mais il y a le laser. Alors, écoutez, nous, à ce stade-ci, on veut un site accessible, on veut un site pour lequel on prévoit des budgets pour les technologies de pointe, pour la sécurité des malades et on veut un site dont le budget de soins infirmiers sera vraiment à la hauteur d'un milieu universitaire. Et on veut qu'il y ait une concentration suffisante de soins tertiaires et quaternaires pour arriver à concentrer... à nous permettre de former des infirmières qu'exige ce type de soins là. Malheureusement, on avait convenu...

Et vous avez vu que nous avons fait un pari, l'Ordre des infirmières, nous avons amené et l'université et le CHUM ensemble, ce qui m'amène à une certaine conclusion, que j'espère que le gouvernement ne tranchera pas dans le vif pour faire en sorte qu'il va y avoir un gagnant puis un perdant. Parce que, s'il y a un gagnant et un perdant et que c'est vu comme ça, c'est tout le Québec qui sera perdant. Il faut absolument qu'on trouve un point de convergence puis que ce soit... C'est un projet intersectoriel éducation-santé, mais c'est même un projet qui met en cause l'économie de Montréal, la recherche, le développement, et ça ne se peut pas qu'on passe à côté. Et on a fait l'effort, aujourd'hui, d'éviter les divisions parce que, dans l'intérêt supérieur, il y a sûrement moyen de reconfigurer ce projet-là.

Mme Roy: Alors, nous allons espérer que votre exemple saura profiter au reste des divers intervenants dans cette saga.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Alors, Mme Desrosiers, Mme Goulet, Mme Besner, merci beaucoup pour votre présence à cette commission. Je vous souhaite un bon retour à la maison.

● (11 heures) ●

Et j'invite les représentants du Chemin de fer Canadien Pacifique à prendre place.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Legault): Chers collègues, je vous invite à prendre place et j'en profite pour vous remercier pour votre excellente collaboration.

M. Couillard: Mme la Présidente, avec votre consentement...

La Présidente (Mme Legault): Avec mon consentement, oui.

M. Couillard: Je voudrais offrir de distribuer à la critique de l'opposition et à la députée de Lotbinière des documents qui pourraient être fort utiles pour comprendre ce que j'appellerais l'anatomie des voies ferrées, dont il va être question au cours de la prochaine heure. On n'en a pas pour tout le monde, donc il y en aurait une pour la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et une pour...

M. Gauthrin: Non, mais on va avoir des photocopies?

M. Couillard: On va faire des photocopies, nous autres, de ce côté-là.

M. Bédard: Les voies ferrées, ça a une anatomie?

M. Couillard: Une anatomie, oui, une physiologie même.

Une voix: C'est des artères.

La Présidente (Mme Legault): Merci, M. le ministre. Alors, M. Campbell, M. DeCiccio et Mme Nepveu...

Chemin de fer Canadien Pacifique (CFCP)

Mme Nepveu (Denyse): ...

La Présidente (Mme Legault): On identifiera ensuite, d'accord?

Mme Nepveu (Denyse): D'accord.

La Présidente (Mme Legault): Je vous souhaite la bienvenue à cette commission. Vous disposez d'une période de 20 minutes pour votre présentation, et elle sera suivie d'une période d'échange de 40 minutes.

Mme Nepveu (Denyse): Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): Alors, pour fins de la chrono... de la sono, je vous invite à vous identifier et à présenter les personnes qui vous accompagnent.

Mme Nepveu (Denyse): Absolument. Alors, bonjour, Mme la Présidente, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, Mmes et MM. membres de la commission. Mon nom est Denyse Nepveu, je suis directrice, Affaires publiques et gouvernementales, au Chemin de fer Canadien Pacifique. J'aimerais tout d'abord remercier la commission pour son invitation de nous entendre aujourd'hui.

Alors, à mes côtés se trouvent, à ma gauche, M. Don Campbell, vice-président, Planification et expansion des affaires, et qui était, je dois le dire, le négociateur en chef de l'entente avec l'Université de Montréal; et M. Guido DeCiccio, à ma droite, qui est le directeur général de l'Exploitation ferroviaire pour l'est du Canada et des États-Unis, de même que Mme Carla Pin.

Je présenterai donc le mémoire, et mes collègues pourront répondre à vos questions au cours de la période adressée à ce sujet.

Nous souhaitons vous informer du rôle du Chemin de fer Canadien Pacifique dans ce dossier qui est relatif aux choix de l'emplacement du nouveau CHUM et que s'apprête à faire le gouvernement du Québec.

Le Chemin de fer Canadien Pacifique est un transporteur transcontinental qui a des activités au Canada et aux États-Unis. Constitué en société en 1881 par une loi du gouvernement canadien, le CFCP possède un réseau de 22 000 km grâce auquel il dessert la plupart des grandes agglomérations canadiennes, de Montréal à Vancouver, comme vous pouvez le voir sur la carte qui est présentement à l'écran, de même que les régions du Nord-Est et du Midwest des États-Unis. Le Chemin de fer a conclu avec d'autres transporteurs des alliances qui lui permettent d'étendre son territoire de desserte à l'ensemble des États-Unis et au Mexique.

Les chemins de fer sont l'épine dorsale du réseau de transport du Canada, offrant le moyen le plus économique de transporter des conteneurs et tout autre produit sur de longues distances. Il joue un rôle névralgique dans les exportations du pays et contribue à la prospérité collective. Le CFCP est une entreprise enracinée dans l'histoire. Son réseau et ses installations se trouvent souvent au cœur des quelque 700 agglomérations qu'elle traverse.

En 1996, les réformes réglementaires ont permis aux chemins de fer de se départir de tronçons secondaires de leurs réseaux au profit de compagnies d'intérêt local avec qui ils entretiennent d'étroites relations, puisque ces dernières se chargent d'exploiter les réseaux secondaires et de desservir les clients qui y sont situés.

Au Québec, les lignes de Canadien Pacifique couvrent la grande région métropolitaine et se raccordent aux chemins de fer d'intérêt local que je mentionnais, qui effectivement exploitent le réseau secondaire, desservant les différentes régions de la province. De plus, à Delson, notre voie se dirige vers le sud en empruntant le réseau d'une filiale américaine, la Delaware & Hudson Railway, qui dessert les États de New York et de la Pennsylvanie.

Le réseau du Canadien Pacifique compte plus de 400 km de voies ferrées, au Québec. Le CFCP emploie 1 300 personnes, et sa feuille de paie annuelle est de 72 millions de dollars. Le trafic en provenance de la province et à destination de celle-ci totalise quelque 15 millions de tonnes par année, et nous investissons environ 15 millions de dollars dans des programmes de dépenses en immobilisations.

Premier prestataire de services ferroviaires au port de Montréal, le Canadien Pacifique assure le transport terrestre de la majorité du trafic conteneurisé qui transite par le port, le plus souvent à partir ou à destination des États du Midwest américain. Le port de Montréal est un moteur de l'économie montréalaise. Il génère à lui seul des retombées économiques de plus de 2 milliards de dollars par année et quelque 17 000 emplois.

Le CFCP exploite de plus trois lignes de train de banlieue pour le compte de l'Agence métropolitaine de transport, soit celles de Rigaud, Blainville et Delson. On y transporte plus de 20 000 navetteurs quotidiennement.

Le port de Montréal, le Chemin de fer Québec-Gatineau et l'Agence métropolitaine de transport sont des partenaires de grande importance pour le Canadien Pacifique, et tous les trois se trouvent touchés par les développements prochains à Outremont, comme nous le verrons au cours de la présentation.

Le CFCP possède une expérience confirmée dans le secteur immobilier au Québec grâce à sa participation à d'importants projets, dont la rénovation du site et des anciens Ateliers Angus, la construction du Centre Bell et la restauration de la gare Windsor et plus récemment la vente du triage Glen au Centre hospitalier de l'Université McGill.

Le triage Outremont a été bâti en 1891 et sa vocation a suivi l'évolution du secteur ferroviaire en lien étroit avec l'économie canadienne. Encore aujourd'hui, cette installation demeure une partie intégrante de l'infrastructure ferroviaire de Montréal. En 1997, le CP a vendu deux de ses lignes secondaires: la subdivision de Lachute desservant la région de l'Outaouais et la subdivision de Trois-Rivières reliant Montréal à la ville de Québec, en passant par Trois-Rivières et Shawinigan, au Chemin de fer Québec-Gatineau, une propriété de Genesee Rail-One.

Indispensable à l'économie régionale, le Québec-Gatineau dessert les principales usines papetières ainsi que les autres industries de la région outaouaise et de la rive nord du Saint-Laurent. Il échange ce trafic avec le Canadien Pacifique à Montréal, lequel à son tour l'achemine vers ses destinations finales un peu partout au Canada et aux États-Unis. Le triage Outremont est donc devenu, dès 1997, le quartier général des opérations de Québec-Gatineau à Montréal. C'est là qu'il effectue ses manœuvres et le classement des wagons qui seront par la suite échangés avec Canadien Pacifique.

Cependant, dès les années soixante-dix, la ville d'Outremont, qui est devenue maintenant un arrondissement de Montréal, manifeste un intérêt pour la relocalisation des activités de Canadien Pacifique, ce qui permettrait le réaménagement de la gare de triage en secteur résidentiel tout en préservant le réseau ferroviaire adjacent. Il y a de cela quelques années, en

1995 plus précisément, le Canadien Pacifique et la ville signaient un accord de principe qui portait sur un projet de développement résidentiel représentant des investissements de plus de 500 millions de dollars. Cependant, les résidents à l'époque ont manifesté leur opposition, et ce projet a été abandonné.

Les pressions cependant des diverses origines dans le but de réintégrer les terrains du triage Outremont se sont poursuivies au fil des années, alors que les autorités municipales ont permis la construction de résidences à proximité des activités ferroviaires. Dans cette optique, le Canadien Pacifique est d'avis que la vente éventuelle du triage Outremont à l'Université de Montréal représente une occasion unique de réintégrer cette propriété à la trame urbaine de la ville.

Les démarches effectuées par l'université auprès de Canadien Pacifique dans le but d'acquérir le triage Outremont pour y installer la Faculté de médecine et le futur hôpital remontent au début de l'année 2004. Ces démarches coïncidaient avec la reprise de discussions entre CP et les autorités municipales sur la possibilité de céder une partie de la gare pour un usage autre que ferroviaire, répondant alors à une recommandation du sommet de Montréal de juin 2002.

● (11 h 10) ●

Dans le cadre de ses discussions avec l'université, le Canadien Pacifique a formulé trois exigences de base pour assurer le maintien de ses activités: l'embranchement d'Outremont, qui dessert le port de Montréal, ne devait faire l'objet d'aucune modification; la continuité du service de train de banlieue et des opérations de Québec-Gatineau devait être assurée, de même que la continuité des infrastructures; le Québec-Gatineau déménagerait ses activités vers un site semblable ou serait en mesure de déménager ses activités vers un site semblable dans la région de Montréal.

De son côté, l'université avait aussi des exigences de base, dont trois avaient une incidence sur notre réseau ou nos opérations ferroviaires: la nécessité de désenclaver la propriété vers le nord, soit le long du prolongement futur de la future rue Saint-Zotique; la maximisation de la distance entre le réseau de voies ferrées et le futur hôpital; et l'assurance que les activités se dérouleraient en toute sécurité sur le site.

L'embranchement Outremont vers le port de Montréal, tel qu'il existe présentement, ne pose pas d'obstacle à la faisabilité du projet proposé par l'université. On a aussi établi qu'il serait possible de déménager les installations et activités de Québec-Gatineau tel que nécessaire.

Afin de désenclaver le côté nord de la propriété, il serait nécessaire de déplacer la voie ferrée de la subdivision Parc. À cet égard, plusieurs scénarios de reconfiguration ont été examinés de façon préliminaire. Il est crucial que le scénario retenu préserve le service de train de banlieue de l'AMT et sa desserte des gares existantes, telle que la gare Parc, autrefois appelée la gare Jean-Talon. De plus, nous croyons qu'il serait avantageux que le futur hôpital bénéficie de l'implantation d'une gare en site propre. Il est d'égale importance que la continuité des activités de transport des marchandises de Québec-Gatineau soit aussi assurée. Ces discussions ne pourront être finalisées que lorsqu'une décision sera prise quant aux choix du site du CHUM.

Nous comprenons que la sécurité du site préoccupe les membres de la commission spéciale. Comme vous l'avez constaté, dans la présentation de SNC-Lavalin, cette question a fait l'objet d'une analyse fouillée qui a mené aux conclusions qui ont été présentées.

Avant de passer aux aspects plus opérationnels et à la sécurité, nous aimerions conclure ces propos en soulignant que la vente du triage d'Outremont à l'université et l'installation par la suite du CHUM à cet endroit entraîneraient selon nous de nombreuses retombées positives, soit: la réintégration dans la trame urbaine d'une vaste propriété qui sera mise au service de la population de la grande région métropolitaine; une plus grande harmonisation avec les secteurs adjacents, ce qui contribuerait à améliorer la qualité de vie générale dans le quartier; de même qu'une réorganisation importante des installations de Canadien Pacifique dans la grande région de Montréal, ce qui améliorerait les activités ferroviaires, profitant ainsi aux expéditeurs ainsi qu'à l'économie de Montréal et celle de la province.

Tel que préalablement mentionné, les voies ferrées de Canadien Pacifique au Québec s'étendent de Montréal vers l'ouest, principalement vers l'Ontario et le Midwest américain, ainsi qu'au sud, vers le Nord-Est des États-Unis. Sur la carte qui apparaît maintenant à l'écran, vous pouvez voir le terminal de Montréal, plus spécifiquement le triage Saint-Luc, qui est notre principal triage à Montréal, ainsi que d'autres installations secondaires. Vous pouvez aussi noter qu'on dispose d'un important terminal intermodal dans l'arrondissement de Lachine.

L'embranchement Outremont, qui relie la cour de triage au port de Montréal, transporte la majorité du trafic conteneurisé en provenance et à destination du port. Ce dernier a acheminé 1,2 million de conteneurs, en 2004. Ce service est intrinsèquement lié aux opérations maritimes et représente en moyenne 14 trains par jour, sept jours sur sept.

Deux lots de voies, situées entre le triage et l'arrondissement Outremont, au sud de la propriété, servent presque exclusivement à l'acheminement des trains au port. La vitesse maximale admise des trains sur l'embranchement Outremont est de 24 km/h.

Le trafic conteneurisé en régime international est constitué d'une grande variété de marchandises, dont la plupart ne présentent aucun danger sur le plan de la sécurité. Par ailleurs, certaines sont réglementées et certaines sont classées comme marchandises dangereuses.

Les principaux produits transportés sont des aliments, des huiles, du vin, des métaux et de l'acier, des matériaux de construction, comme des carreaux de céramique, ainsi que des marchandises fabriquées, notamment du mobilier et des pièces pour véhicules automobiles en provenance du nord de l'Europe et destinées à des usines de montage nord-américaines.

Le port de Montréal prévoit une croissance annuelle de 3 % à 4 %. Il est difficile d'évaluer avec précision la croissance relative aux marchandises réglementées ou dangereuses. Cependant, ce type de trafic ne représente pas l'un des principaux secteurs de croissance des compagnies de navigation.

La subdivision Parc est celle qui relie la cour de triage Outremont aux parties nord de Montréal vers

Laval et Sainte-Thérèse. C'est la subdivision où le Québec-Gatineau opère six convois de marchandise qui transportent principalement du papier, des produits forestiers, des céréales et des produits industriels.

De plus, le Canadien Pacifique y exploite les 12 trains quotidiens du service de train de banlieue Sainte-Thérèse—Blainville pour l'Agence métropolitaine de transport. Ces derniers ont une priorité de circulation aux heures de pointe et ne transitent pas en même temps que les trains de marchandise. La vitesse permise sur cette subdivision est de 48 km à l'heure, à la fois pour les trains de marchandises et de passagers.

Les chemins de fer nord-américains transportent les produits dont nous faisons usage tous les jours, depuis les matières premières pour nos marchandises fabriquées, jusqu'aux produits finis. Il en est de même des divers produits chimiques transportés par rail. Ces produits se retrouvent bien souvent dans notre quotidien, qu'il s'agisse du combustible pour le barbecue, les nettoyants ménagers ou des engrais chimiques.

Au Canadien Pacifique, la sécurité est une priorité de tous les instants, tant pour nos cadres que pour nos employés. À cet égard, le CP a une approche intégrée qui recoupe toutes les fonctions opérationnelles, incluant l'ingénierie, la mécanique et l'exploitation, et qui s'applique uniformément sur l'ensemble du réseau. Cette approche comporte trois composantes, qui sont: la technologie, plus spécifiquement la surveillance électronique des conditions des voies et des wagons; l'amélioration continue des procédures opérationnelles; et finalement un engagement de donner à nos employés une formation continue relativement à ces questions. De plus, ces trois volets font l'objet de fréquentes inspections et d'audits de la part de Transports Canada.

Au cours des cinq dernières années, le CP a affiché le meilleur bilan en matière de sécurité des opérations ferroviaires parmi les chemins de fer nord-américains de classe 1. À l'instar des autres réseaux ferrés nord-américains, nous sommes assujettis à un grand nombre de règlements, de directives et de normes établis par des organismes fédéraux et des associations industrielles qui en surveillent aussi l'application. Au nombre de ces organisations figurent Transports Canada, l'Association des chemins de fer du Canada, la Federal Railway Administration des États-Unis et l'Association of American Railroads.

Depuis plusieurs années, le Chemin de fer s'assure d'avoir en place des plans d'intervention d'urgence, qui sont décrits de façon détaillée dans la brochure insérée dans votre pochette d'information. Ces plans se font en collaboration avec les autorités publiques locales, des spécialistes en la matière, ainsi que des expéditeurs. Ces professionnels sont entraînés régulièrement et, de concert avec les autorités locales, ils procèdent régulièrement à des simulations de situations d'urgence. Le CP est donc un exploitant ferroviaire... et sécuritaire, ainsi qu'en témoignent son bilan et ses activités.

À la demande de l'Université de Montréal, dans l'hypothèse où le futur hôpital serait implanté sur le site Outremont, le CFCP s'est engagé à cesser de transporter près du site certains produits jugés plus dangereux, soit les explosifs, de même que les gaz comprimés inflammables, toxiques ou corrosifs. Cet engagement formel

est inclus dans l'entente intervenue entre le Canadien Pacifique et l'Université de Montréal.

Environ 6 % du total des marchandises manutentionnées par le CFPC sur l'étendue de son réseau sont classées dangereuses, selon le Règlement sur le transport des matières dangereuses du gouvernement fédéral. Cette même statistique s'applique aussi au réseau avoisinant le site Outremont. Les opérations, là comme partout ailleurs, se font dans le respect des règlements, des normes et directives qui émanent du gouvernement fédéral, de Transports Canada, comme je l'ai mentionné plus tôt. Le CP est de plus tenu de présenter un rapport annuel au ministère des Transports sur les résultats atteints vers les cibles de sécurité et l'efficacité de ses stratégies de contrôle et de gestion des risques.

Chaque année, la compagnie prépare un plan de santé et de sécurité qui fixe des objectifs et énonce les principes à suivre en matière de sécurité pour les atteindre. Sa démarche d'intégration en matière de sécurité porte sur tous les secteurs géographiques et les fonctions opérationnelles.

De plus, Canadien Pacifique adhère au Programme de gestion responsable, une initiative de l'industrie des produits chimiques qui vise l'amélioration continue de la performance en matière d'environnement, de santé et de sécurité, et le rapprochement avec les collectivités sur ces questions. Des informations additionnelles sont aussi incluses dans la documentation qui a été remise aux membres de la commission.

Plus récemment, les sociétés ferroviaires ont renforcé leurs mesures de sécurité, c'est-à-dire depuis les attentats de septembre 2001. Le CP s'est joint à d'autres chemins de fer, sous l'égide de l'Association of American Railroads, afin de mettre au point un plan global de sécurité pour le transport des matières dangereuses.

Qu'en est-il exactement de la situation à Outremont? En 2003, Canadien Pacifique et Québec-Gatineau ont transporté au total près de 5 000 conteneurs et wagons de produits réglementés sur l'embranchement Outremont desservant le port de Montréal et la subdivision Parc utilisé par Québec-Gatineau. Canadien Pacifique croit que ces pratiques, de même que les circonstances particulières de cet environnement, la faible vitesse des convois, le respect des normes régissant la classification des wagons afin de diminuer les risques assurent la sécurité de cette portion de son réseau.

● (11 h 20) ●

À la lumière de son analyse et des engagements pris par le Canadien Pacifique, les experts ont jugé que l'implantation du CHUM et la technopole à Outremont est acceptable sur la base des risques relatifs auxquels le CHUM pourrait être exposé. Les experts recommandent par ailleurs des mesures de mitigation additionnelles, et le CP n'exclut pas des discussions sur ces mesures visant à atténuer davantage le risque.

En conclusion, nous croyons que l'entente avec l'Université de Montréal reflète des discussions mûries longuement de part et d'autre et répond aux attentes respectives des parties.

Les retombées de ce projet sont multiples et constituent une opportunité unique de réaliser un vaste

éventail de bénéfices socioéconomiques; libérer un des derniers terrains de cette dimension pour un usage public, que certains ont qualifié de joyau au cours des derniers jours; permettre à Montréal de se doter d'un centre de la santé et du savoir à la fine pointe de la technologie et travailler à la revitalisation d'une large partie de la ville; et de plus améliorer le réseau de transport ferroviaire.

Le Canadien Pacifique est un transporteur responsable, tel qu'en témoigne son bilan en matière de sécurité. Il continuera à déployer ses efforts dans ce domaine et à mettre de l'avant des pratiques visant l'amélioration continue, à Outremont comme dans l'ensemble de son réseau. Je remercie les membres de la commission. Et nous serons heureux de répondre à vos questions.

La Présidente (Mme Legault): Mme Nepveu, je vous remercie beaucoup. Nous entamons la période d'échange. Vous comprendrez que les questions seront posées en français mais que nous accepterons qu'elles puissent être répondues en anglais, si c'était le cas.

Mme Nepveu (Denyse): Oui...

La Présidente (Mme Legault): Pardon?

Mme Nepveu (Denyse): Ce sera le cas dans le cas de M. Campbell.

La Présidente (Mme Legault): C'est ça. Alors, you know, questions will be asked in French, but we will receive your answers in English, obviously. Thank you. Alors, je cède maintenant la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Merci, Mme Nepveu, merci, messieurs. Thanks, gentlemen, for your presence, madam, madame, pour votre présence aujourd'hui.

J'aurai deux questions assez courtes et j'espère qu'on pourra limiter la réponse de façon à ce que mes collègues également puissent profiter du temps d'échange qui nous est réservé.

Ma première question a trait au contrat d'acquisition du terrain entre... ou l'offre d'achat plutôt entre l'Université de Montréal et le CP, quant au partage des risques financiers associés à la décontamination des lieux.

Ma compréhension de l'offre d'achat est la suivante: des coûts de zéro à 25 millions de décontamination sont assumés par l'université; des coûts de 25 à 40 millions sont assumés à parts égales par l'université et le Canadien Pacifique; et les coûts de décontamination supérieurs à 40 millions sont assumés par l'université. Est-ce qu'on doit donc conclure que le risque financier que le CP assume pour la décontamination des lieux se limite à 7,5 millions de dollars?

La Présidente (Mme Legault): M. Campbell.

M. Campbell (Donald B.): Yes, you know, normally, in our real estate transactions, the potential purchaser will have a suitable amount of time, prior to

the signing of an agreement, to do their own due diligence on the condition of the site. That was not the situation we faced in this particular transaction.

We had an estimate of environmental remediation to commercial standards of \$25 million. We didn't have the benefit of knowing what the full development would be on the site, nor did we have the benefit of... the knowledge, the extent to which the university will want to remediate the site. And so, on the basis of that uncertainty, we came up with this cost sharing formula, and CP's upside exposure — if we want to call it that — beyond the \$25 million, would be capped at half of the difference, to \$7.5 million.

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

M. Couillard: Merci. Deuxième question. Les actionnaires et le conseil d'administration du Canadien Pacifique sont-ils prêts à assumer tous les coûts reliés au déplacement des voies ferrées et aux démarches de représentations de différents organismes, tels que le Bureau d'audiences en protection de l'environnement, qui pourraient être requises suite aux propositions de déplacement?

M. Campbell (Donald B.): Can we try the question again? I'm sorry.

M. Couillard: I can ask it directly in English. Are the shareholders and the Board of CP ready to take charge of all the costs related to the moving... displacement of the rail tracks and also be responsible for all the steps required for the approval of such displacements, such as environment review agencies, etc.? So what is the cost structure associated to the displacement of the rail tracks?

M. Campbell (Donald B.): The agreement we've negotiated with the University is that Canadian Pacific would not be responsible for any track relocation costs. And our responsibilities relate to the release of the property and providing whatever assistance we can and moving through a regulatory process that would result in the building or the negotiation of a new connection.

M. Couillard: So, just to conclude, the entire expenses, amount of the money required to displace the rail tracks will be paid by the University and/or taxpayers.

M. Campbell (Donald B.): That's correct.

M. Couillard: Thank you.

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

M. Tomassi: Merci. Just to, a bit, continue on the Minister's question: In your document, page 7, what you showed us on the screen, you say that there's... presently, you did some studies on the cost of these tracks, but the price, the final price, or the final cost should come on a second phase that we don't know yet.

As experts on track system, what's the cost of this moving of tracks for the CP?

M. Campbell (Donald B.): Based on our experience, the cost of constructing a physical construction of a new rail line to the east of the proposed site we would estimate to be between \$6 and 9... \$6 and \$10 million. And it's not unusual at this stage, you know, in the absence of a detailed field engineering, that we would have that kind of variability, but I think that's a good range.

There's a second piece, and that is the land assembly process. The proposed rail line would be on the site of a former rail corridor, which we sold, I think, 10 to 15 years ago. So there is of course a process negotiation with the current landowners that would determine the value or... the ultimate cost of that land assembly. Based on experience, the range would be somewhere between \$20 and \$25 million. But every negotiation with every landowner is unique.

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

M. Tomassi: Oui, merci. You know — because that was the second question I want to ask you — on the junction of Park Avenue, the land that you sold, there's, if I'm not mistaken, a Home Depot that installed himself there, there's the installation of Vidéotron, that receives all the signals of the things.

In another life, I was a general contractor. Building a Home Depot, you're quite... quite expensive, building the installation of Vidéotron, more expensive. So your numbers of \$25 million are, in my eyes of non-specialist, but, seeing the things, obviously way under the real cost that it should cost the taxpayer for moving these properties to pass the rail track. Is that correct?

M. Campbell (Donald B.): Based on the input... real estate experts, you know, their estimate was \$20 to \$25 million. And, as I say, you never really know until, you know, you start the negotiation process.

There is a companion process that is... you know, if you fail, if you fail to negotiate an agreement on the purchase of the property, we can progress through a longer exercise of applying for expropriation, which involves applications to the Federal Ministry of Transport — some tests there — application to the Ministry of Public Works, and public hearings on the matter.

M. Tomassi: It's more delays, more delays on the construction date.

M. Campbell (Donald B.): It's certainly longer than if somebody agrees to sell the property...

M. Tomassi: And all the other work on the streets. Because we heard... The mayor of Montréal came and told us that the project is not a project of the City of Montréal, it's a project of the Government, so all the costs of infrastructures should be assumed by the Government of Québec, from the taxpayers. So did you estimate what's the cost of all this work that has to be done on that site?

● (11 h 30) ●

M. Campbell (Donald B.): No. Personally, I don't have any estimate. We have not had any detailed discussions with the city of Montréal about proposed alignments. We know that there would be... you know, there would be some civil-engineering work probably involved with the intersection of Beaumont and Saint-Zotique, but, you know, quite honestly, I have not...

M. Tomassi: Nobody estimated the costs.

M. Campbell (Donald B.): We have estimated the costs assuming at-grade...

M. Tomassi: Only the tracks.

M. Campbell (Donald B.): ...at-grade construction of the railway. Yes.

M. Tomassi: Une autre question, à la madame qui a fait la présentation, sur la sécurité. Vous savez, vous vous basez, si je me fie à votre document, sur l'étude que SNC-Lavalin a faite. Et je n'ai pas eu le plaisir de participer aux autres sessions, mais, avoir écouté et lu dans les journaux, il y a deux visions de voir les choses, hein? Comme mon collègue me disait, de Roberval, il y a l'aspect probabilisme et l'aspect déterminisme. Alors, SNC-Lavalin, je crois, va... et, vous, vous faites le même, vous allez sur le probabilisme, sachant que, par expérience, il n'y a jamais eu d'accident et les risques d'avoir un accident sont diminués.

Je voudrais seulement vous rappeler une chose, puis c'est très important. En tant que gouvernement, on doit, je crois, aller au-delà. Je vous rappellerai que, le 11 septembre 2001, personne au monde n'aurait pensé qu'un avion de ligne, passagers civils, aurait servi d'arme, hein? Et, si on le remet ici, votre exemple, dire le probabilisme... Le probabilisme peut arriver. Et quel est l'impact de cette sécurité?

Parce qu'en lisant les documents de SNC-Lavalin je crois qu'il y a deux éléments, hein, il y a deux... la classe 1 et 2 que vous déplacez, mais les autres, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 demeurent. Alors, la probabilité que ça arrive, quelles sont les conséquences? Est-ce que cette sécurité-là ne remet pas en question le choix d'un site?

Mme Nepveu (Denyse): M. le député, je peux peut-être juste faire un commentaire puis après je vais passer la parole à M. DeCiccio, qui est dans les opérations au jour le jour. Bien que nous citons SNC-Lavalin, nous ne sommes pas des experts en matière d'analyse de risques de cette envergure. On vit sur le chemin de fer au jour le jour et on ne pratique ni la méthode probabiliste ni la méthode déterministe, là, en termes de risques d'accidents, mais on a des pratiques et des procédures pour être toujours prêts à faire face à un accident. Et je pense que là-dessus Guido peut vous donner plus d'informations.

La Présidente (Mme Legault): M. DeCiccio.

M. DeCiccio (Guido): Oui, le commentaire que je vais faire, c'est que je vais essayer d'expliquer l'opération en plus de détails. Si vous prenez la ligne où

est la cour de triage Outremont, ce n'est pas considéré notre voie principale, donc ce n'est pas une voie de haute vitesse. On peut la comparer comme, on va dire, tu as une autoroute où les autos vont aller à 100 km, 120 km, puis tu as des trains qui vont aller à 60 milles à l'heure. On parle ici d'une rue dans une ville. On peut dire que la vitesse est diminuée beaucoup. C'est comme quand on se promène avec une auto dans une région scolaire. C'est plus facile, c'est plus sécuritaire parce que les gens savent que c'est un endroit populeux puis les vitesses sont diminuées. Donc, pour arrêter un train sur une voie comme à Outremont, c'est simple. On a beaucoup de contrôle de nos trains sur une voie qu'on se promène entre 10 et 14 milles à l'heure qu'une voie qu'on se promène à 50 ou 60 milles à l'heure. Donc, dans mon opinion, l'opération du CP dans cet endroit, c'est très, très, très sécuritaire.

La Présidente (Mme Legault): Je vous remercie beaucoup. 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: Alors, merci, Mme la Présidente. Bienvenue, Mme Nepveu, M. Campbell, M. DeCiccio et Mme Carla Pin, bienvenue de la part de l'opposition officielle.

Alors, dans le mémoire présenté par les ingénieurs Couture—Saint-Pierre, il est dit, à la page 11 de ce mémoire, que la proposition la plus intéressante, c'est celle qui utilise les voies du CN au nord du Marché Central, plutôt que celle qui utilise les voies du CP au sud du site d'Outremont.

Alors, j'aimerais vous entendre. Est-ce qu'il est de votre intention de déplacer la voie Québec-Gatineau au nord, comme le suggère le rapport Couture—Saint-Pierre, c'est-à-dire au nord du Marché Central? Ça, c'est, j'imagine, près de la rue Sauvé, là où se trouve un nouveau site Home Dépôt, hein, qui vient récemment d'être implanté. Alors, où en êtes-vous, là? Et aussi le siège social. Parce qu'il y a un siège social de Québec-Gatineau sur la cour de triage, où travaillent 50 employés. Alors, que devient le siège social de Québec-Gatineau? Et puis c'est une cour de triage, ce n'est pas juste des voies ferrées, il y a de l'aiguillage, etc. Où ça s'en va?

Mme Nepveu (Denyse): Écoutez, sur le déménagement de Québec-Gatineau, je peux peut-être répondre. Bien, d'abord, le siège social de Québec-Gatineau à l'heure actuelle n'est plus dans la cour de triage elle-même, là, il est sur la rue, avenue du Parc, dans un édifice à proximité.

Maintenant, les activités de triage et les employés qui y travaillent — qui sont les employés de Québec-Gatineau, en passant, et non pas du CP — ils seront relocalisés probablement sur un site existant à Montréal, de préférence peut-être pas au cœur d'un quartier résidentiel.

Pour ce qui est de la voie ferrée en question, il y a différents scénarios qui ont été examinés. Effectivement, M. Couture a parlé de la connexion avec le CN. Dans notre cas, disons qu'on a une préférence pour

un réaligement de la voie ferrée un peu à l'est de la cour de triage principalement pour préserver le service de train de banlieue, dont il y a un grand nombre de passagers qui empruntent cette ligne-là et utilisent la gare Jean-Talon, qui s'appelle Parc — mais je pense que l'AMT va être entendue tout de suite après nous et pourra fournir plus de détails là-dessus — de même que pour préserver les activités commerciales de Québec-Gatineau.

Mme Harel: L'AMT malheureusement ne pourra pas être entendue. On nous a informés que son président, M. Joël Gauthier, avait eu un malaise et qu'il ne sera pas des nôtres. Alors, ça va m'amener à poser un plus grand nombre de questions que j'avais prévu.

La Présidente (Mme Legault): Puis je veux juste ajouter un commentaire, c'est que nous recevrons les membres... la délégation de l'AMT qui déposeront leur mémoire. Alors, le mémoire sera disponible aux membres de la commission.

Mme Harel: Mais ils ne pourront pas répondre à nos questions, c'est ce qu'on m'a dit.

La Présidente (Mme Legault): Vous avez raison. Vous avez raison.

Mme Harel: Alors, c'est donc dire que vous privilégiez... Avant d'aborder les scénarios, vous faites des estimations de scénarios actuellement pour le compte de l'AMT, je crois. C'est le CP qui est mandaté pour réaliser, là, les scénarios de l'AMT. Est-ce que je comprends que c'est le cas?

Mme Nepveu (Denyse): Bien, c'est-à-dire, Mme Harel, qu'on a regardé différents scénarios pour assurer la continuité, là, du service de train de banlieue, des activités de Québec-Gatineau et l'intégrité, là, la continuité de l'infrastructure. Et, comme on l'a mentionné dans le mémoire et comme M. Campbell l'a dit tout à l'heure, ces différents scénarios là ne sont pas finalisés parce que d'abord la décision n'a pas été prise et on n'a pas en main toutes les données pour le faire. Il va de soi que les intervenants qui sont concernés, comme l'AMT et Québec-Gatineau, là, vont faire partie de ce processus de prise de décision.

Mme Harel: Alors, je reviens donc à votre scénario qui n'est pas celui en fait souhaité par le rapport Couture—Saint-Pierre sur les voies du CN au nord du Marché Central, qui est plus vers l'est. Alors, plus vers l'est, je comprends qu'à ce moment-là l'arrêt du train de banlieue se ferait à la gare Jean-Talon, qu'on appelle la gare du Parc. C'est bien ça?

Mme Nepveu (Denyse): À ce moment-là, l'arrêt à Jean-Talon demeurerait et il y aurait même la possibilité pour le train de banlieue d'avoir une gare en site propre sur le campus de l'université, ou de la technopole, ou du futur hôpital.

Mme Harel: Mais les 9 000 ou 10 000 — là, je ne sais plus, même ça augmente continuellement, c'est

peut-être rendu à 12 000 — passagers du train de banlieue descendraient et devraient, à ce moment-là, transiter vers le centre-ville par autobus ou le métro.

Mme Nepveu (Denyse): Non, absolument pas. Ce train-là continue jusqu'au centre-ville et se rend jusqu'à la gare Windsor.

Mme Harel: Alors, à ce moment-là, ça suppose la construction... c'est-à-dire la démolition, là... Si c'est ce scénario que vous retenez, il faut donc comprendre que ce scénario va obliger la démolition de viaducs, va obliger un certain nombre de travaux majeurs d'expropriation.

Mme Nepveu (Denyse): Bien, comme M. Campbell a dit tout à l'heure, effectivement, il y a des travaux qui vont être nécessaires et probablement de l'expropriation aussi.

Mme Harel: Notamment l'expropriation des Home Dépôt. Il y en a partout, finalement, des Home Dépôt, hein?

● (11 h 40) ●

Mme Nepveu (Denyse): Bien oui, il y en a partout. En tout cas, dans ce dossier-là, ils sont à tous les coins de rue.

Mme Harel: Un autre Home Dépôt sur la voie du CN. Celui-là, ce serait sur la rue Beaubien. C'est bien ça, oui?

Mme Nepveu (Denyse): C'est bien ça. Mais, vous savez, les plans ne sont pas finalisés, alors c'est difficile de savoir exactement où le tracé, là, serait placé exactement.

Mme Harel: Vous êtes conscients qu'à ce moment-là ça rend difficile aussi d'évaluer les coûts — mon collègue va vous en parler — non seulement les coûts de déplacement, les coûts de raccordement, mais les coûts d'expropriation, parce que ce scénario Est, c'est 300 emplois, c'est plusieurs entreprises, c'est une école, entre autres, enfin. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): Je vous en prie. Alors, M. le député de Mercier.

M. Turp: Mme la Présidente, d'abord, deux remarques sur le mémoire et le contrat — parce que le contrat a été porté à notre connaissance — entre l'Université de Montréal puis le CP. Puis j'aurai une question ou deux pour M. Campbell.

Alors, la première remarque me vient du fait que... En fait, votre mémoire, votre présentation nous éclaire peu sur la question des risques parce que ce que vous faites, c'est tout simplement dire: Il y a des spécialistes qui ont fait des analyses et ont dit que les risques sont acceptables. Donc, la présentation que vous nous faites ne nous informe guère sur les risques qui sont inhérents au projet Outremont en regard de la sécurité ferroviaire. Et là-dessus je pense qu'on a des opinions assez divergentes des experts qui ont été présentées ou des rapports qui ont été portés à notre

connaissance en regard des diverses théories acceptables.

La deuxième chose, c'est que j'ai remarqué — peut-être que vous voudriez commenter cela — que, dans le contrat, il y a une pénalité possible de 4 millions de dollars s'il y a des préjudices causés aux activités de votre entreprise par ce droit qu'a l'acquéreur, qui est l'Université de Montréal, de vous obliger à cesser des activités de transport de produits dangereux, il y a une pénalité jusqu'à un maximum de 4 millions de dollars. Et je ne me rappelle pas d'avoir vu dans la présentation de l'Université de Montréal que cette somme était imputée, il me semble que je n'ai pas vu ça. Alors, je voulais juste faire remarquer aux membres de la commission, là, puis aux citoyens que, dans ce projet-là, votre entreprise pourra obtenir une compensation de 4 millions de dollars s'il y a des préjudices qui lui sont causés par ce déménagement. Et j'imagine que ce sera un coût qui serait assumé par l'université, peut-être par les citoyens du Québec de façon indirecte.

Alors, mes deux questions à M. Campbell, je les poserai en anglais, comme le ministre l'a fait, pour votre meilleure compréhension, M. Campbell. Sir, could you tell us if elsewhere in Canada... And we see that the Railway CP has tracks a mari usque ad mare. Are there any hospitals along some of your tracks? Are there hospitals? And, if that is the case...

Une voix: Schools.

M. Turp: Or schools. But, in our case, we are concerned mainly with a hospital. Does that exist or would this be a first in terms of railways, the fact that they would be very, very close to a hospital?

And, secondly, could you tell us about the accidents that have occurred? There have been accidents. There is some data in the document that you've given the Members of the Commission. There seems to be less accidents in the past years. Could you tell us if there have been accidents? And have dangerous matters been the cause of concern because of the accidents that have occurred?

La Présidente (Mme Legault): Mr. Campbell.

M. Campbell (Donald B.): Thank you. With respect to your first question, yes, absolutely, there are schools that are adjacent to our rail lines in many cities in Canada. I'm sitting here, very quickly going through my memory, trying to recall hospitals. I know that, in my hometown of Calgary, the Foothills General, I can see the main line from there, and I imagine that it's a distance of perhaps three or four miles. And, beyond that, I'm aware of St. Michael's Hospital, in Toronto, which is adjacent to a rail line and also adjacent to the Gardiner Expressway. I'm afraid that's the limit of my recollections at this point.

M. Turp: So I understand, in those two cases, it's quite far though from those hospitals. In this case, it's a number of meters. But, in those two cases you mentioned, it's much further.

M. Campbell (Donald B.): That would be correct, yes.

M. Turp: Accidents.

M. Campbell (Donald B.): Accidents, yes. The measure of train operation safety in our industry is reportable train accidents per million train miles. And our safety record has been improving year on year. Since 1999, we have had the best train operation safety record of all Class One railways.

It's important to understand what kind of threshold we set for ourselves also when we're keeping track of train accidents. The threshold is \$10,000 of damage to the track, or the railcar, or the locomotive. And I think that you will agree that a locomotive that costs \$2 million, or a railcar that costs \$90,000, or one railway tie that costs a \$120 to install, we're setting quite a tight threshold for ourselves in reporting our performance as an industry.

Do accidents happen? Absolutely, they do. It would be wrong to me to sit here and say, you know, that... the operating environment is not without risk. Quite frankly...

La Présidente (Mme Legault): I will ask you to conclude very briefly, please...

M. Campbell (Donald B.): Yes, thank you.

La Présidente (Mme Legault): ...so we can move along on the other side.

M. Campbell (Donald B.): Quite frankly, the cornerstone of our safety process is an explicit recognition that accidents can happen. And that's why we keep this at the forefront all the time. That is why we are constantly applying new technology, new operating practices, and continue to train our employees to deal with that. The biggest safety risk is complacency.

La Présidente (Mme Legault): Thank you. Maintenant, je cède la parole au ministre délégué au Gouvernement en ligne, en rappelant au groupe ministériel qu'il dispose de cinq minutes.

M. Gauthrin: Les problèmes d'échéanciers sont centraux dans cette question de savoir combien ça peut prendre de temps pour réaliser le projet. So, Mr. Campbell, you are certainly an expert in terms of moving tracks, you know. So my question is this: What's the timetable to move a track from one site to another one, taking the fact that you need to have hearings from the citizens, environmental hearings also, that you might need to expropriate some properties? So, as an expert, for this project, what's the timetable?

M. Campbell (Donald B.): Based on the statutory limits that are implicit in the expropriation process, you know, I would say it would be 24 months.

M. Gauthrin: 24 months.

M. Campbell (Donald B.): Yes, sir.

M. Gauthrin: So you could move the tracks within 24 months...

M. Campbell (Donald B.): Yes, sir.

M. Gauthrin: ...and have all the railings completed, and things like that.

M. Campbell (Donald B.): Yes. The railway construction itself is very simple.

M. Gauthrin: O.K. So it seems that my friend from LaFontaine would be glad to pursue on the subject, you know.

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

M. Tomassi: Merci, Mme la Présidente. Ce serait peut-être plutôt un commentaire, puis si vous voulez répondre par la suite, si vous voulez répondre. Dans votre conclusion, à la page 5, hein... Je trouve ça bien intéressant. Puis ce n'est pas parce que, mes propos, c'est pour vous en vouloir, mais c'est seulement pour le mettre en perspective.

À la page 5, vous marquez: «Avant de passer aux aspects opérationnels, nous aimerions conclure mes propos en soulignant que la vente du triage d'Outremont à l'université et l'installation par la suite du CHUM à cet endroit entraîneraient, selon nous, de nombreuses retombées positives.» Trois retombées: la première, «la réintégration de la trame urbaine dans une vaste propriété»; la deuxième, «une plus grande harmonisation avec les secteurs adjacents, ce qui contribuerait à améliorer la qualité de vie générale dans le quartier». À entendre les gens de Mont-Royal, on poserait peut-être des questions. Mais la troisième, qui me semble extraordinaire, vous dites: «Une réorganisation importante des installations du CFCP dans la région du Grand Montréal, ce qui améliorerait les activités ferroviaires et profiterait aux expéditeurs ainsi qu'à l'économie de Montréal et celle de la province.»

Alors, ma question ou mon commentaire, c'est que vous remettez à norme ou vous améliorez votre système de transport pour votre entreprise, payé par les contribuables du Québec. Alors, c'est un peu ça, la question. Vous allez remettre à niveau ou vous allez déplacer... Et, à ce qu'on a entendu aujourd'hui, le seul coût que vous auriez, entre parenthèses, serait de 7,5 % ou 7,5 millions, là, sur la décontamination, parce que le reste, en ce qui a trait au déplacement de chemins de fer, je crois que c'est l'université qui va devoir assumer la question de l'expropriation, la question de la décontamination du sol et autres, là.

In reality, the cost for you to do all these things... You're doing a deal with this self-property. And I'm not mad at you, or something, but I'm just trying to understand. On this perspective, you are getting a better deal, meaning you're challenging, or you're putting upgrade your services that you give to your clients, with no cost. Is that right?

• (11 h 50) •

M. Campbell (Donald B.): No, I don't see it that way at all.

La Présidente (Mme Legault): Mr. Campbell, you've got two minutes, please.

M. Tomassi: You're selling the land, it's not costing you no money to decontaminate the land, you're not paying for the infrastructure at all. If you have a loss, and the \$4 million that could be compensated to you... So I mean you're getting money out of this deal more than the cost of the land itself.

La Présidente (Mme Legault): M. le député de LaFontaine, je vous informe que M. Campbell disposera d'une minute pour répondre. So you have one minute, sir.

M. Campbell (Donald B.): The \$4-million compensation is for business that we would lose. I think that's reasonable to ask for compensation for business loss. My option, if this deal doesn't go forward, is I stay where my operation is today. Plain and simple.

M. Tomassi: ...

La Présidente (Mme Legault): Thank you, sir. Sorry, sir. Je m'excuse, M. le député de LaFontaine. Alors, je cède maintenant la parole au député de Richelieu, en lui rappelant que le groupe de l'opposition officielle dispose également d'une période de cinq minutes résiduelle.

M. Simard: Je vais essayer de faire le plus rapidement possible et essayer qu'on comprenne un certain nombre de choses. Je vais vous référer ici au document du comité interministériel. On ne l'a pas malheureusement, mais, comme le rapport Couture—Saint-Pierre le cite, on peut quand même avoir une petite idée là-dessus. Et le comité interministériel écrivait: «À moins d'obtenir de la compagnie des chemins de fer [...] Pacifique une renonciation formelle et irrévocable à leur droit de transporter sur cette voie ferrée des matières dangereuses — matières dangereuses — l'implantation le long de cette voie ne devrait pas être envisagée.»

Évidemment, on voit dans votre document qu'à la demande de l'Université de Montréal, dans l'hypothèse où le futur hôpital serait implanté sur le site d'Outremont, le CP s'est engagé à cesser de transporter près de ce site certains produits jugés plus dangereux. On parle ici des explosifs, des gaz comprimés inflammables, toxiques ou corrosifs. Mais évidemment ça laisse quand même beaucoup de catégories de matières dangereuses qu'on n'a jamais ici vraiment catégorisées pour comprendre le degré de risque.

J'aimerais que vous me précisiez ce qui n'a pas été inclus dans l'entente avec l'Université de Montréal, ce que vous n'avez pas exclu et qui constitue malgré tout des matières dangereuses. Pouvez-vous, un, nous décrire, nous énumérer les types de produits dangereux dont il est question, deuxièmement, nous évoquer les dangers potentiels de ces produits dans le cas d'un accident qui se produirait sur ce qui est encore la gare de triage Outremont?

La Présidente (Mme Legault): Mr. Campbell.

M. Campbell (Donald B.): Very briefly.

La Présidente (Mme Legault): No, it's O.K.

M. Campbell (Donald B.): The commodities that were excluded... the determining factor was, in the unlikely event of a spill or a release, that the product could migrate, it could move away from the site of the derailment — so compressed gas, for example. There are other dangerous commodities, for example, that are a hazard. If, for example, you could walk and then put your hand in it, it would irritate your skin or, if you eat it, you know, it would cause you some harm. But the physical product itself, it would be a solid, it would be solid crystal, and it wouldn't migrate from the site.

Une voix: What if it burns?

M. Campbell (Donald B.): What if it burns?

Une voix: Yes.

M. Campbell (Donald B.): For example, class 5 commodities are not combustible, but, when mixed with a source of ignition, they can burn. It's for that reason, in our operating practices, we don't allow those kinds of commodities to be handled anywhere near the locomotive or any other potential ignition source. It's for that reason. That's an operating practice that we use essentially to mitigate the risk.

But again the defining consideration, from my perspective, was the tendency of the product to migrate away from the site of an unlikely accident.

M. Simard: Si je comprends bien, là, if I understand correctly, what you transport... what you will transport, after this agreement with the University of Montréal, will never spill, will never cause any problem unless — I don't know what kind of risk — a bomb or anything falls on the train. There is no spilling risk for all the other matters.

M. Campbell (Donald B.): You can never say never.

Mme Harel: Saint-Hilaire?

M. Campbell (Donald B.): You can never say never. And that's why, you know, in railway operations as in health care, we believe that an ounce of prevention is worth a pound of cure. We put all of our efforts into monitoring the health, the condition of our track and our railcars to preclude the potential for an accident.

La Présidente (Mme Legault): I thank you. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, brièvement.

Mme Harel: Je sais bien que c'est le CN, mais à Saint-Hilaire, il y a cinq ans, il y a eu un accident mortel avec des produits qui ne sont pas ceux que vous allez éliminer. Et je voudrais savoir. À la page 7 de votre mémoire, vous faites la liste des produits éliminés. Comment seront-ils dorénavant transportés et où?

M. DeCiccio (Guido): Comme j'ai mentionné au monsieur ici, tantôt, tu ne peux pas comparer l'accident qui est arrivé à Saint-Hilaire à cet endroit, à Outremont. C'est totalement différent au point de vue du chemin de fer, parce qu'à Saint-Hilaire c'était la voie principale, c'est des trains de haute vitesse.

On parle ici d'Outremont, d'une ligne ferroviaire avec une vitesse de 10 à 14 milles à l'heure. Ce n'est pas la même chose pantoute. C'est tout à fait une opération différente. On fait les inspections sur les voies presque tous les jours. On a des procédures de manipuler le trafic, que les produits dangereux ne seront pas derrière les engins pour limiter les problèmes que vous parlez. Mais quand même, si vous savez un peu de l'opération du chemin de fer, un train, comme j'ai dit tantôt, qui va à une vitesse de 10 milles à l'heure, ce n'est pas comparable à un train qui a été à 50 peut-être. Je ne sais pas exactement la vitesse de Saint-Hilaire. Mais c'est totalement différent au point de vue d'opération.

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. Je vous remercie pour votre présentation. Vous êtes les derniers à venir nous voir, et cela comporte certains avantages, puisque nous avons déjà entendu d'autres intervenants.

Un que nous entendions aujourd'hui et que je respecte beaucoup est le Dr Lamontagne, qui nous parlait du dossier des centres hospitaliers universitaires, autant au niveau de celui de Montréal que de celui de McGill. Il vantait la façon dont avait été traité le dossier de McGill, il disait que ce site-là serait un site, dans 10 ans, qui aurait pris beaucoup d'avance par rapport à celui de Montréal.

Et ce qui m'étonne puis ce que je vois ici, surtout à la page 9 de votre présentation, vous avez mis en rouge toutes vos lignes ferroviaires. On voit la gare de triage Saint-Luc, la gare de triage Outremont et la gare de triage Glen. À la gare de triage Glen se trouve le CUSM, le Centre hospitalier universitaire de McGill. Il y a aussi une gare de triage à cet endroit.

Vous avez parlé de risques... Finalement, ce dont on doit parler quand il y a un hôpital, c'est un risque d'évacuation. Par rapport à la gare de triage Saint-Luc, la gare de triage Glen, quels sont les risques de dommages ou d'évacuation? Est-ce qu'ils sont différents?

M. DeCiccio (Guido): Non. Ils ne sont pas différents. On travaille avec les comités sur ces risques puis on fait des exemples. On travaille avec les stations de pompiers puis on travaille avec nos comités de santé et sécurité pour avoir de la pratique. Si ça arrive qu'on doit prendre ces mesures-là, on est bien qualifiés pour aider les gens puis la population.

Mme Roy: Donc, la réponse à la question, c'est que le Centre universitaire McGill, sur la gare de triage Glen, répond au même exemple de dommages que celui qui pourrait être au site Acadie-Beaumont.

M. DeCiccio (Guido): Je ne crois pas. Ce n'est pas la même chose, madame, parce qu'à l'endroit d'Outremont on parle de transportation de... des trains de banlieue et des trains de marchandises. Le site de Glen, c'est 100 % des trains de banlieue. Donc, c'est tout à fait différent du point de vue commodités.

Mme Roy: O.K. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Legault): Merci beaucoup. Alors, Mme Nepveu, M. Campbell, M. DeCiccio et Mme Pin, je vous remercie beaucoup pour votre présence parmi nous.

• (12 heures) •

J'invite maintenant les représentants de l'Agence métropolitaine de transport à prendre place.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Legault): ...M. Dorval. J'invite mes collègues à prendre place. Et, au nom des membres de la commission, je vous souhaite la bienvenue. Je vais céder la parole à M. Bélanger.

Agence métropolitaine de transport (AMT)

M. Bélanger (Raynald): Alors, bonjour, tout le monde. Je voudrais en premier lieu présenter mon adjoint, Paul Dorval, à ma droite, qui est directeur de la Planification pour les trains de banlieue à l'Agence métropolitaine de Montréal. Quant à moi, mon nom est Raynald Bélanger, je suis vice-président aux trains de banlieue, à la même agence.

Malheureusement, un peu plus tôt ce matin, le président de l'agence, M. Joël Gauthier, qui devait se présenter devant vous pour présenter son mémoire, a subi un malaise, a été transporté d'urgence à l'hôpital, et les dernières nouvelles que nous avons, c'est qu'il subit des examens, présentement. Disons qu'il est revenu correct, là, mais il subit une batterie d'examens. Donc, on espère que tout va bien aller pour lui. Vous comprendrez un peu, là, la situation dans laquelle on est.

Dans les circonstances, mon collègue et moi proposons à la commission de vous déposer simplement le texte de la présentation que M. Gauthier prévoyait faire devant vous ce matin, ainsi que les documents qui l'accompagnent. En l'absence du président de l'agence, mon collègue et moi souhaitons nous limiter — excusez-moi, parce que j'ai fait mon texte en urgence il y a quelques minutes — nous limiter à cela pour aujourd'hui. Je crois que vous comprenez la situation.

Connaissant bien M. Gauthier, je suis certain qu'il se fera un plaisir et un devoir, dès que possible, dès son retour au travail, de répondre aux questions auxquelles vous auriez aimé lui poser ce matin. Ceci dit, je crois que la position de l'AMT, dans le document et dans les textes, est clairement décrite et devrait répondre à à peu près la grande majorité de vos questions. Et, comme j'explique, s'il y en a d'autres, M. Gauthier sera disponible pour le faire.

Encore une fois, nous vous remercions de votre compréhension. Merci beaucoup.

Mémoire déposé

La Présidente (Mme Legault): Eh bien, M. Bélanger, M. Gauthier, merci beaucoup. Je vous remercie de déposer le document. Et puis j'aimerais que vous transmettiez nos meilleurs vœux à M. Gauthier.

M. Bélanger (Raynald): Merci.

La Présidente (Mme Legault): Chers collègues...

M. Simard: Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): Oui.

M. Simard: Le rapport de l'AMT, est-ce que nous l'aurons?

La Présidente (Mme Legault): Oui, oui. Oui, ils le déposent, il est là, nous le diffusons.

M. Simard: Ah bon.

Mémoires déposés

La Présidente (Mme Legault): Alors, avant d'ajourner cette séance, je voudrais... pour les rendre publics et pour faire valoir comme s'ils avaient été présentés devant la commission, je dépose les mémoires des personnes et organismes suivants: la Centrale des syndicats du Québec; M. Robert Hajaly, qui nous a proposé un document; la Ligue des femmes du Québec; M. René Van Ham, qui aussi nous a proposé un document; la Coalition pour un examen public du projet du CHUM; la Coalition pour le CHUM au Centre-Ville; les doyens de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal; M. Pierre Ouellet et M. Cameron Charlebois; M. René Delbuguet; Regroupement des citoyens pour le CHUM à l'Hôtel-Dieu; MM. les architectes Claude Boucher, Claude Bernard, André G. Dionne et Gilles Michon, ainsi que M. Pierre Senécal, expert-conseil gestionnaire de risques; et enfin le mémoire de la Coalition favorisant le 6000 Saint-Denis.

Alors, la commission ayant accompli son mandat...

M. Gauthier: Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Legault): Oui.

M. Gauthier: Est-ce que vous me permettez de vous féliciter au nom, je pense, de l'ensemble des membres de cette commission pour la manière avec laquelle vous avez été en mesure de diriger nos travaux? Et je pense qu'il y a un consensus des deux côtés de la table.

La Présidente (Mme Legault): Merci. Ça a été un privilège que de travailler avec vous, chers collègues. Alors, sur ce, j'ajourne nos travaux sine die. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 12 h 5)