

PAR COURRIEL

Mirabel, le 22 mai 2023

Monsieur Luc Provençal
Président
Commission de la santé et des services sociaux
Édifice Pamphile-Le May
1035, rue des Parlementaires, 3^e étage
Québec (Québec) G1A 1A3

Objet : Correspondance tenant lieu de mémoire sur le projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*

Monsieur le Président,

Les membres de la Coalition des entreprises de services paramédicaux du Québec (CESPQ) cherchent à mettre à profit leur passion, leur efficacité, leur entrepreneuriat et leur expérience dans le domaine paramédical, afin de faire une différence dans l'évolution des soins préhospitaliers au Québec et dans l'accessibilité des soins à la population sur la première ligne. Notre coalition regroupe des petites et moyennes entreprises (PME) bien implantées dans les communautés qu'elles desservent, et ce, depuis une cinquantaine d'années et continuent aujourd'hui dans 15 régions administratives avec plus de 1200 employés qui contribuent avec efficacité aux efforts colossaux du réseau de la santé dans la lutte à la pandémie.

Nous vous écrivons aujourd'hui en votre qualité de président de la Commission de la santé et des services sociaux (Commission), dans le cadre des consultations publiques entourant l'élaboration du [projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*](#) (PL15). Le PL15, notamment avec la création de Santé Québec, interpelle notre organisation et ses membres à plusieurs niveaux. Ainsi, nous sommes d'emblée convaincus de la pertinence des grands principes et des objectifs d'efficacité, d'accessibilité, de fluidité, de qualité, de collaboration et de subsidiarité énoncés au PL15, sur lesquels nous voulons d'ailleurs prendre appui pour proposer quelques amendements afin de tenir compte de la réalité et du rôle des paramédics au Québec et des entreprises les employant dans le service préhospitalier d'urgence (SPU) :

« Ce projet de loi propose de renouveler l'encadrement du système de santé et de services sociaux. Il a pour objet de mettre en place un système efficace, notamment en facilitant l'accès des personnes à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services ».

...2

Le PL15 vient modifier la [Loi sur les services préhospitaliers d'urgence](#) (chapitre S-6.2) (LSPU) et en ce sens, la CESPQ est fortement d'avis que les entreprises ambulancières doivent *a priori* être considérées comme des partenaires et des collaborateurs privés – plutôt que strictement des titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers. Il n'y a d'ailleurs pas d'incompatibilité entre la nature du privé et sa capacité de contribuer à résoudre de manière efficace, efficiente et innovante les problèmes et défis rencontrés dans le système partout en régions.

Nous sommes ainsi interpellés par l'article 962 du PL15, qui vient modifier la LSPU, à l'effet que :

962. L'article 3 de cette loi est remplacé par le suivant :

« 3. Le ministre de la Santé et des Services sociaux détermine les grandes orientations en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Il propose et élabore des plans stratégiques et des politiques en cette matière. À ces fins, il assume notamment les responsabilités suivantes:

[...]

8° il détermine, en collaboration avec Santé Québec, les instances régionales et les associations représentant les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers, le contenu minimal du contrat visé à l'article 9 et applicable à tous les titulaires de permis, lequel doit notamment prévoir les coûts des services préhospitaliers et les coûts d'autre nature visés par le contrat, les rôles, obligations et responsabilités de chacune des parties, les mécanismes de reddition de compte et les standards de performance attendus des titulaires de permis, les rapports qu'ils doivent fournir de même que les pénalités applicables à de tels titulaires lorsque ceux-ci font défaut de respecter ou d'exercer les responsabilités prévues par ce contrat; si le ministre est d'avis que le contenu minimal du contrat ne peut être ainsi déterminé dans un délai qu'il juge acceptable, il peut le déterminer seul.

À cette lecture et en considérant d'autres dispositions habilitantes prévues par le PL15, nous nous inquiétons des effets de la concentration et de la centralisation des pouvoirs décisionnels au niveau de Santé Québec notamment sur le plan opérationnel dans l'organisation des SPU. En lien avec les principes et objectifs énoncés ci-haut et dans le respect d'une logique de gouvernance stratégique, il nous semble que le PL15 devrait davantage miser sur la décentralisation des décisions organisationnelles.

Dans le contexte où la qualité des services et des soins actuellement offerts ne font pas l'objet de critique de la part du ministère, nous sommes particulièrement d'avis qu'il est nécessaire d'éviter que Santé Québec se mêle des opérations terrains « au jour le jour », le tout en reconnaissant l'expertise et l'expérience des entreprises ambulancières et des équipes existantes. Les paramédics sont des professionnels de la santé à part entière et doivent être considérés comme tel.

Également, en vertu des articles 21 et 22 de la LSPU, un centre de communication santé (CCS) est, au sens juridique, une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives et ayant pour objet d'exercer exclusivement les fonctions prévues à la LSPU – qui a pour but de contribuer à diminuer la mortalité de la population d'une région sociosanitaire en coordonnant l'accès aux SPU de manière appropriée, efficace et efficiente en comptant sur du personnel compétent.

De ce fait, nous sommes particulièrement concernés par l'article 981 du PL15, qui vient modifier la composition du conseil d'administration des organisations à l'effet que :

981. L'article 21 de cette loi est modifié :

1° dans le deuxième alinéa :

a) par le remplacement, dans le paragraphe 1°, de « cinq » par « deux »;

b) par le remplacement des paragraphes 3° à 5° par les suivants :

« 3° sept membres nommés par Santé Québec, dont trois sont indépendants;

« 4° le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de l'établissement territorial ou de l'instance régionale dont le territoire est desservi par le centre ou, si le centre dessert le territoire de plus d'un établissement territorial, le directeur médical régional de l'un de ces établissements nommés par les directeurs médicaux régionaux de ces établissements; »;

2° par l'insertion, après le deuxième alinéa, des suivants :

« Dans le cas du conseil d'administration d'un centre de communication santé desservant le territoire d'une instance régionale, les membres visés au paragraphe 3° du deuxième alinéa sont nommés par l'instance régionale.

La durée du mandat d'un membre du conseil d'administration, autre que le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, est de trois ans. À l'expiration de leur mandat, les membres du conseil demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés ».

Dans un premier temps, il nous apparaît important de démentir le ouï-dire selon lequel un contrôle *de facto* ou une influence négative au sein des CCS serait exercé par des entreprises ambulancières dans la gouvernance actuelle.

En vertu de la LSPU, nous soulignons que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a depuis de nombreuses années le plein pouvoir et le leadership nécessaires sur le plan budgétaire et normatif en vertu de la loi actuelle pour guider, encadrer et contrôler les CCS et leurs opérations incluant la couverture ambulancière et les règles d'affectation applicables sur tout le territoire du Québec. Si de l'amélioration doit être apportée en termes de gouvernance quant à

la composition des conseils d'administration des CCS, la compétence, l'expérience et la connaissance du milieu, des opérations et de la réalité des intervenants ne devraient pas être discréditées et abandonnées au profit de considérations arbitraires, politiques ou d'asservissement.

Des enjeux de légitimité, comme la diversité des conseils et la représentation au conseil de parties prenantes, sont des incontournables qui doivent être balisés par le PL15 de manière à encadrer le pouvoir de nomination de Santé Québec.

Même chose pour les enjeux de crédibilité d'un conseil. Celle-ci devrait s'appuyer sur une expérience et une expertise pertinentes aux enjeux et aux défis avec lesquels l'organisation doit composer ainsi que sur une connaissance fine du modèle en cause et de ses moteurs de création de valeurs. La crédibilité du conseil suppose également l'intégrité et la confiance réciproque entre les membres du conseil et la direction et avec les parties prenantes.

Or, la gouvernance proposée dans le PL15 vient attribuer un pouvoir absolu à Santé Québec, et sans prévoir une quelconque règle ou condition de qualification à respecter en ce qui concerne les candidats à considérer et la correspondance de leur profil avec ceux des besoins et des particularités de la mission des CCS. On peut par exemple penser dans des domaines suivants à de la :

- 1° compétence en gouvernance ou éthique;
- 2° compétence en gestion des risques, finance et comptabilité;
- 3° compétence en ressources informationnelles ou humaines;
- 4° compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité;
- 5° expérience vécue à titre d'utilisateur des services préhospitaliers en tenant compte par exemple de la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble des usagers que le CCS dessert.

Dans le même ordre d'idées, nous sommes intimement persuadés de la légitimité et de la crédibilité des personnes désignées par les entreprises ambulancières pour contribuer au sein des conseils d'administration des CCS. La contribution de celles-ci sur les conseils d'administration des CCS nous apparaît non seulement pertinente mais nécessaire, notamment s'assurer que les orientations sont en adéquation avec les SPU du terrain et ainsi faciliter les processus de rétroaction et de collaboration.

Aussi, nous proposons de modifier la composition de cette façon :

- la personne désignée comme directeur.e médical.e régional.e qui semble relever de Santé Québec;
- Une (1) personne désignée par les municipalités desservies;
- Deux (2) personnes désignées par Santé Québec qui se qualifient d'indépendantes au sens de la [Loi sur la gouvernance des sociétés d'État](#);
- Une (1) personne désignée comme représentant du public par les comités d'utilisateurs des établissements;

- Trois (3) personnes désignées par Santé Québec et rencontrant l'un ou l'autre des critères de qualification énoncés plus haut sur le plan des compétences présentées;
- Trois (3) personnes désignées par les entreprises ambulancières.

D'autre part, nous nous devons de réagir à l'article 970 du PL15 qui modifie l'article 9 de la LSPU, article qui traite d'organisation des SPU, de contrat de service et de l'aspect de la gestion contractuelle avec Santé Québec, enjeux qui touchent évidemment les membres de notre organisation :

970.

L'article 9 de cette loi est remplacé par le suivant :

« 9. Dans le cadre de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence, Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, doit conclure avec tout titulaire de permis d'exploitation de services ambulanciers un contrat de services d'une durée de cinq ans au terme duquel le titulaire s'engage à fournir la prestation de services déterminée entre eux selon les horaires autorisés par Santé Québec ou par l'instance régionale, selon le cas. ».

La CESPQ se montre favorable à la majoration de la durée du contrat de service de trois à cinq ans, dans la mesure où les clauses du contrat ne sont pas imposées par décret, mais bien négociées et convenues. Comme souligné plus haut, les entreprises ambulancières se posent en tant que partenaires et collaborateurs privés. Nous voulons participer dans le respect et l'enthousiasme aux changements de paradigme dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et sommes ouverts aux idées novatrices.

Nous l'avons bien démontré en pleine période de la pandémie de COVID-19, au lendemain d'un décret portant la signature du ministre de la Santé, M. Christian Dubé, avec l'entrée des paramédics dans les salles d'urgence afin de prêter main-forte aux infirmières et désengorger le RSSS. Dans le sillage de ce projet pilote, les paramédics posent désormais des actes cliniques et réalisent davantage de soins de santé, non seulement dans les urgences, mais aussi dans les CHSLD, les hôpitaux, les CLSC et même à domicile. Les décisions doivent être prises en étroite collaboration avec d'autres professionnels.

Dans cette perspective, la CESPQ souhaite réitérer toute la pertinence de la création d'un ordre professionnel spécifique et avec des actes réservés pour les techniciens ambulanciers paramédicaux. Cela constitue une priorité pour notre organisation et fait l'objet d'un vaste appui au Québec. D'ailleurs, le ministre de la Santé a pris un engagement en ce sens en mai 2021 – et avait demandé à l'Office des professions du Québec de se pencher sur ce dossier. Nous demandons ainsi que soient mis en accélération les travaux entourant le projet pilote et la création de l'ordre professionnel. Les entreprises ambulancières sont prêtes à collaborer.

...6

Afin d'assurer un suivi approprié à la présente, nous faisons la demande officielle à ce que soit déposée à la Commission cette correspondance et ses pièces jointes en guise de mémoire.

Veillez recevoir, Monsieur le Président, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Le directeur-conseil,



Denis Perrault

p. j. CESPQ – Liste de recommandations en regard du projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*

CESPQ – Projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*

CESPQ – *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*

CESPQ - *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*

c. c. M. Christian Dubé, ministre de la Santé et des Services sociaux

M. André Fortin, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé

M. Vincent Marissal, porte-parole de la deuxième opposition en matière de santé

M. Joël Arseneau, porte-parole de la troisième opposition en matière de santé



Coalition des Entreprises de
Services Paramédicaux du Québec

Recommandations en lien avec le projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*

- 1. Que le principe du projet de loi soit adopté, incluant ses objectifs d'efficacité, conditionnellement à l'adoption d'amendements visant à considérer les entreprises ambulancières comme des partenaires et des collaborateurs privés;**
- 2. Que soit intégrée dans le projet de loi la reconnaissance de l'expertise des entreprises ambulancières et des équipes existantes, dans une perspective de décentralisation et d'indépendance de ces dernières vis-à-vis de Santé Québec dans les opérations de terrain;**
- 3. Que les entreprises ambulancières siègent sur les conseils d'administration des centres de communication santé – dans une perspective de partage des responsabilités et de l'imputabilité;**
- 4. Que la majoration de la durée du contrat de service de trois à cinq ans soit accompagnée d'un financement adéquat et de clauses du contrat permettant d'assurer des soins préhospitaliers d'urgence efficaces;**
- 5. Que soit mis en accélération les travaux entourant la création d'un ordre professionnel spécifique et avec des actes réservés pour les techniciens ambulanciers paramédicaux.**

Projet de loi no. 15

LOI VISANT À RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PLUS EFFICACE

TITRE I

DISPOSITIONS INTRODUCTIVES

1. La présente loi a pour objet de mettre en place un système de santé et de services sociaux efficace, notamment en facilitant l'accès à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services.

À cette fin, la loi institue Santé Québec et la charge entre autres d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements publics ainsi que d'encadrer et de coordonner l'activité des établissements privés et de certains prestataires de services du domaine de la santé et des services sociaux.

Elle établit également des règles relatives à l'organisation et à la gouvernance des établissements qui permettent une gestion de proximité et favorisent une plus grande fluidité des services.

2. Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements.

Les établissements peuvent être soit publics, soit privés.

La personne qui reçoit ces services d'un établissement est un usager.

3. Les services de santé et les services sociaux sont compris dans les ensembles suivants

1° les « services communautaires locaux » : un ensemble de services de santé et de services sociaux courants offerts en première ligne et, lorsqu'ils sont destinés à la population d'un territoire desservi, de services de santé et de services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ainsi que d'activités de santé publique réalisées conformément aux dispositions prévues par la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);

2° les « services hospitaliers » : un ensemble de services diagnostiques et de soins médicaux généraux et spécialisés;

3° les « services d'hébergement et de soins de longue durée » : la fourniture d'un milieu de vie substitut, d'un ensemble de services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que de services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage;

4° les « services de protection de la jeunesse » : un ensemble de services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (Lois du Canada, 2002, chapitre 1), et de services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption, de recherche des antécédents sociobiologiques et de retrouvailles;

5° les « services de réadaptation » : un ensemble de services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale destinés à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou de leur

dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de soutien destinés à l'entourage de ces personnes.

4. La présente loi ne s'applique pas aux territoires visés aux articles 530.1 et 530.89 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou au territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James institué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

29. Santé Québec doit suivre des pratiques de saine gestion respectant le principe de subsidiarité.

Les objectifs suivants doivent guider l'exercice des responsabilités de direction par toute personne au sein de Santé Québec :

1° l'adéquation des services, compte tenu de l'organisation de Santé Québec et des ressources allouées;

2° la fluidité et la continuité des services aux usagers;

3° l'assurance d'un accès continu à une large gamme de services généraux, spécialisés et surspécialisés du domaine de la santé et des services sociaux visant à satisfaire les besoins sociosanitaires, compte tenu des particularités du territoire desservi;

4° la collaboration avec les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population.

Pour l'application du premier alinéa, on entend par « principe de subsidiarité » le principe selon lequel les pouvoirs et les responsabilités doivent être délégués au niveau approprié d'autorité en recherchant une répartition adéquate des lieux de décision et en ayant le souci de les rapprocher le plus possible des usagers.

962. L'article 3 de cette loi est remplacé par le suivant :

« 3. Le ministre de la Santé et des Services sociaux détermine les grandes orientations en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Il propose et élabore des plans stratégiques et des politiques en cette matière. À ces fins, il assume notamment les responsabilités suivantes :

1° il approuve le plan quinquennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence de Santé Québec et celui des instances régionales;

2° il assure la coordination interministérielle en matière de services préhospitaliers d'urgence;

3° il établit les règles de financement des services préhospitaliers d'urgence et répartit équitablement les ressources financières disponibles entre Santé Québec, Urgences-santé et les instances régionales;

LOI SUR LA GOUVERNANCE DES SOCIÉTÉS D'ÉTAT

«société d'État» : une personne morale administrée par un conseil d'administration dont le gouvernement nomme la majorité des membres, à l'exception de celles qualifiées d'organismes budgétaires, d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou d'établissements du réseau de l'éducation, y compris l'Université du Québec et ses universités constituantes.

3.5. Le nombre de femmes au sein du conseil d'administration doit correspondre à une proportion d'au moins 40% du nombre total de personnes qui en sont membres.

2022, c. 19, a. 3.

3.6. Le conseil d'administration doit comprendre au moins un membre âgé de 35 ans ou moins au moment de sa nomination.

4. Au moins les deux tiers des membres du conseil d'administration, dont le président, doivent, de l'avis du gouvernement, se qualifier comme administrateurs indépendants.

Un membre se qualifie comme tel s'il n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, par exemple de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptibles de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de la société.

Un administrateur est réputé ne pas être indépendant:

1° s'il est ou a été, au cours des trois années précédant la date de sa nomination, à l'emploi de la société ou de l'une de ses filiales en propriété exclusive;

2° s'il est à l'emploi du gouvernement ou d'un organisme du gouvernement au sens de l'article 4 de la Loi sur le vérificateur général ([chapitre V-5.01](#));

3° si un membre de sa famille immédiate fait partie de la haute direction de la société ou de l'une de ses filiales.

2006, c. 59, a. 4; 2013, c. 16, a. 107.

LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES

15. Avant de procéder à la nomination des membres indépendants d'un conseil d'administration, le ministre doit établir des profils de compétence, d'expertise ou d'expérience dans chacun des domaines suivants:

- 1° compétence en gouvernance ou éthique;
- 2° compétence en gestion des risques, finance et comptabilité;
- 3° compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines;
- 4° compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité;
- 5° expertise dans les organismes communautaires;
- 6° expertise en protection de la jeunesse;
- 7° expertise en réadaptation;
- 8° expertise en santé mentale;
- 9° expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux.

Le ministre doit, pour le conseil d'administration d'un centre intégré de santé et de services sociaux, nommer un membre indépendant pour chacun des profils visés aux paragraphes 1° à 9° du premier alinéa. Lorsqu'un tel établissement se trouve dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études pré-doctorales en médecine ou exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social, un membre supplémentaire doit être nommé pour le profil visé au paragraphe 7° de cet alinéa. Pour le conseil d'administration d'un établissement non fusionné, les membres indépendants sont nommés selon les profils visés aux paragraphes 1° à 4° et 9° du premier alinéa, de manière à ce qu'au moins une personne soit nommée pour chacun de ces profils.

En outre, pour le conseil d'administration d'un centre intégré de santé et de services sociaux, un des membres indépendants correspondant à l'un des profils visés aux paragraphes 1° à 4° du premier alinéa doit être nommé à partir d'une liste de noms fournie par le comité régional formé conformément à l'article 510 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

2015, c. 1, a. 15.

16. Afin de procéder à la nomination des membres indépendants des conseils d'administration, le ministre constitue un ou plusieurs comités d'experts en gouvernance chargés de lui faire des recommandations, notamment en ce qui concerne les candidats à considérer et la correspondance de leur profil avec ceux établis en application du premier alinéa de l'article 15.

Un comité d'experts est constitué de sept membres nommés par le ministre. Quatre de ces membres sont nommés sur recommandation d'un organisme reconnu en matière de gouvernance d'organisations publiques identifié par le ministre. Les trois autres membres

doivent, au moment de leur nomination, avoir été présidents de conseil d'administration d'un établissement. Les membres d'un comité d'experts ne peuvent, à quelque titre que ce soit, être désignés ou nommés membres d'un conseil d'administration.

Le processus de sélection des candidats par le comité d'experts doit comprendre un appel de candidatures général. Le comité propose au ministre deux candidats par poste à combler.

2015, c. 1, a. 16.

17. Lorsqu'il procède aux nominations, le ministre doit s'assurer de la représentativité des différentes parties du territoire desservi par l'établissement. Il doit également tenir compte de la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble des usagers que l'établissement dessert.

En outre, le conseil d'administration doit être constitué en parts égales de femmes et d'hommes. Lorsque la différence entre les femmes et les hommes est d'au plus deux, l'égalité entre eux est présumée.

Le président-directeur général n'est pas pris en compte aux fins de ce calcul.