

Proposition de modifications au projet de loi 7

Partenariat stratégique entre Transplant Québec et Héma-Québec : Meilleure solution pour augmenter l'efficacité et préserver les services.

Présenté à : Madame France-Élaine Duranceau, présidente du Conseil du Trésor et
ministre responsable de l'Administration gouvernementale et de l'Efficacité de l'État

Produit par : Transplant Québec

Date : 8 janvier 2026

1. Contexte

Le projet de loi 7, tel que déposé initialement, prévoyait le transfert des activités de Transplant Québec vers Héma-Québec. Dès son dépôt, ce scénario a suscité de vives préoccupations en raison des risques majeurs qu'il fait peser sur un système critique, où chaque décision peut avoir un impact direct sur la survie des patients et la disponibilité des organes. Dans ce contexte, il relève de la responsabilité de Transplant Québec, à titre d'organisme mandaté pour coordonner le don et la transplantation d'organes au Québec, de nommer clairement ces risques afin d'éclairer la prise de décision ministérielle.

Bien qu'il ait été mentionné par la ministre que ce scénario ne sera finalement pas retenu, **il importe de mentionner clairement que les risques associés à tout transfert d'activités, qu'il soit explicite ou déguisé sous la forme d'une filiale, demeurent entiers et peuvent entraîner des conséquences sérieuses, notamment une diminution du don d'organes, des pertes d'organes évitables, une augmentation des décès sur les listes d'attente, ainsi qu'une perte de crédibilité importante du processus, compromettant la confiance essentielle du public et des partenaires envers l'intégrité du système.**

Depuis le dépôt du projet de loi, les effets de cette incertitude structurelle sont déjà tangibles. Quatre départs de personnel (6%) hautement spécialisé sont confirmés, fragilisant directement le maintien des services. Cette situation est appelée à s'aggraver si un scénario de transfert d'activités devait être maintenu ou réintroduit, et ce, avec les conséquences directes sur la population qui en découlera.

Par ailleurs, aucun appui à un transfert des activités n'a été exprimé par la communauté du don d'organes, les partenaires cliniques et les experts du domaine. Les modèles d'affaires, les missions et les logiques opérationnelles de Transplant Québec et d'Héma-Québec sont fondamentalement incompatibles, et tous ceux et celles gravitant dans cet écosystème sont pleinement conscients des risques inhérents. (Annexe 3) Dans ce contexte, l'imputabilité des hauts fonctionnaires appelés à recommander ou à mettre en œuvre un tel changement revêt une importance particulière, puisqu'ils doivent assumer la responsabilité des conséquences potentielles sur la performance du système et sur la sécurité des patients.

2. Résumé des travaux menés par Transplant Québec et Héma-Québec

Depuis le 15 décembre dernier, Transplant Québec et Héma-Québec ont tenu quatre rencontres de travail, réunissant les équipes de direction des deux organisations. Des parties prenantes, issues du milieu clinique, de l'éthique, des employés, des patients et des familles de donneurs, ont été consultées afin d'alimenter les réflexions (voir Annexe 1).

Les objectifs suivants devaient être poursuivis, conformément aux échanges tenus avec la ministre :

- Assurer la continuité des services et la sécurité des patients et de leurs familles ;
- Maintenir la qualité des soins et l'expertise clinique spécialisée ;
- Préserver et renforcer la confiance du public envers le système de don et de transplantation ;
- Favoriser des gains d'efficacité et de modernisation, sans nécessairement viser des économies budgétaires.

Les travaux se sont déroulés dans un climat de respect et ils ont permis de partager les réalités opérationnelles propres à chaque organisation.

Les échanges ont mis en lumière une convergence sur les finalités ultimes : sauver des vies, améliorer la performance du système et renforcer la confiance du public. Tout en confirmant néanmoins les spécificités des missions, des expertises respectives et des différences opérationnelles majeures.

Au terme de ces échanges, les deux organisations ont été en mesure de dégager un nombre limité de synergies potentielles, d'évaluer différents scénarios structurels et d'identifier les dispositions nécessaires pour assurer le maintien des conditions de succès et l'atteinte des objectifs convenus avec la ministre, sans toutefois que celles-ci justifient les risques associés à un changement structurel tel que la création d'une filiale.

3. Résultats des travaux

Les travaux conjoints ont permis d'identifier les secteurs où une collaboration entre les organisations pourrait générer une valeur ajoutée réelle. À cet égard, Transplant Québec souhaite assurer sa pleine collaboration dans la mise en œuvre de ces synergies.

Il subsiste toutefois un désaccord fondamental sur la façon de déployer pleinement cette collaboration afin de ne pas créer de risques sur la poursuite des activités et la survie des personnes en attente, risques qui sont évitables. À ce sujet, **Transplant Québec recommande la mise en place d'un partenariat stratégique**. Cela signifie également que Transplant Québec incite le gouvernement à la prudence quant à l'option de la création d'une filiale, telle que préconisée dans les rencontres, par Héma Québec. En effet, ce scénario engendrerait les mêmes risques que ceux ayant été évoqués par rapport aux mesures actuellement prévues au projet de loi 7. Ce transfert d'activité déguisé sous forme de filiale n'obtiendrait pas non plus l'appui de la communauté du don d'organes ni des ressources spécialisées qui rendent le processus possible.

Or, suivant une analyse rigoureuse de la situation, il apparaît clairement qu'un partenariat stratégique permettrait d'atteindre les objectifs du projet de loi 7 en générant des gains d'efficacité et d'innovation, et ce, sans introduire les risques structurels, juridiques et cliniques associés à un transfert d'activité vers une autre entité, peu importe le véhicule choisi pour le faire. Il s'agit donc d'une solution simple, qui ouvre la voie à une collaboration souple, mesurable et évolutive et qui préserve la sécurité des patients, l'expertise, la confiance du public et ultimement, la chaîne de don.

La présente section présente les synergies pouvant être déployées grâce à la mise en place d'un partenariat stratégique. Il documente également les deux véhicules discutés pour mettre en commun nos expériences au bénéfice de la population québécoise, ainsi que nos recommandations et préoccupations connexes.

Synergies identifiées

Les campagnes de sensibilisation

Les deux organisations rejoignent la population québécoise autour de questions liées au don, mais auprès de publics parfois différents et avec des approches distinctes. Une meilleure coordination permettrait d'assurer une information cohérente, adaptée aux réalités culturelles et linguistiques. Une plus grande synergie permettrait également de renforcer la compréhension des distinctions entre don d'organes, de tissus et de produits biologiques. L'augmentation de la portée et de la fréquence des campagnes, sans confusion des messages, représente un gain tangible pour la population.

Les activités de reconnaissance des familles de donneurs

En mettant en commun les apprentissages et en consultant directement les familles et les receveurs, notamment par la réalisation de sondage, il serait possible de développer des pratiques de reconnaissance encore plus sensibles, inclusives et significatives, tout en impliquant davantage les équipes cliniques.

Les activités de recherche et d'innovation

Ce volet semble présenter le potentiel de synergie le plus structurant. En effet, les deux organisations disposent de données, d'expertises et de réseaux complémentaires et une approche concertée permettrait de mieux comprendre les déterminants sociaux, culturels et comportementaux du don, notamment auprès des communautés culturelles et autochtones. En combinant données populationnelles, enquêtes de perception et expertises universitaires, le Québec pourrait se positionner à l'avant-plan de l'innovation appliquée au don. De plus, l'exploration conjointe de projets émergents, comme la biovigilance, les nouvelles technologies ou les processus éthiques de recherche, offrirait un cadre structuré pour innover et incidemment augmenter la performance du Québec.

Le consentement

Les deux organisations pourraient explorer les dispositifs en lien avec la déclaration du consentement. Cela pourrait faciliter le processus pour la population, les donneurs potentiels et leurs familles.

La formation des professionnels de la santé

Le partage de l'expertise en contenu et en contenant pédagogique entre les organisations pourrait permettre d'optimiser les ressources et d'assurer une formation cohérente à l'échelle nationale (selon les réalités opérationnelles de chaque organisation). Le partage de plateformes pédagogiques pourrait notamment être envisagé.

Par ailleurs, si le gouvernement souhaite générer encore plus d'efficacité dans l'écosystème du don, **Transplant Québec réitère son ouverture à accueillir la coordination du don de tissus** au sein de sa mission. Comme recommandé par les experts du milieu et mentionné par Dr D'Aragon lors de la commission parlementaire, cette activité est celle qui présente la plus grande complémentarité opérationnelle avec le don d'organes et elle constitue une infime partie des activités d'Héma-Québec.

Or, pour gagner en efficacité et ne pas fragiliser le don d'organes, ces rapprochements devraient s'effectuer selon le modèle d'activités menées par Transplant Québec pour plusieurs raisons techniques et médicales, tels que l'approche clinique, le consentement et le référencement obligatoire. De plus, Transplant Québec offre déjà un modèle d'activités reposant sur un service opérationnel continu 24/7 à l'échelle du Québec.

Transplant Québec offre sa pleine collaboration dans l'étude de ce scénario.

Possibilités de structure permettant d'optimiser les synergies

Partenariat stratégique

Le partenariat stratégique est la voie préconisée par Transplant Québec puisqu'elle apparaît comme une option robuste, sécuritaire puisqu'il ne compromettrait pas la sécurité des patients ni la chaîne du don, et serait pleinement alignée avec les objectifs convenus avec la ministre. Cette option est d'autant plus justifiée que les modes d'interventions et la nature des activités de Transplant Québec et d'Héma-Québec sont très différents et répondent à des modèles d'affaires peu intégrables.

- Il permet d'activer rapidement des synergies concrètes et mesurables, sans modifier les structures juridiques ni les chaînes de responsabilité.
- Il préserve intégralement l'autonomie organisationnelle, clinique et éthique de Transplant Québec et d'Héma-Québec, éliminant ainsi les risques identifiés dans un scénario d'intégration ou de création d'une filiale.
 - Le principal risque identifié, soit la perte d'expertise en raison du départ d'employés spécialisés et le risque de décès des personnes en attente serait ici mitigé.
- Il offre une grande flexibilité : les collaborations peuvent être déployées progressivement, évaluées à l'aide d'indicateurs clairs et ajustées en fonction des résultats observés.

- Il assure une continuité clinique totale, sans période de transition à risque pour les patients, les familles ou les équipes.
- Il favorise l'innovation tout en respectant les spécificités de chaque mission.
- Il contribue à renforcer la confiance du public et des partenaires en démontrant que les organisations collaborent volontairement, dans l'intérêt supérieur des patients, sans confusion des rôles.

Ce modèle de partenariat permet ainsi d'atteindre les objectifs gouvernementaux de modernisation et d'efficacité, tout en maintenant un niveau de risque nul pour la sécurité, la qualité des soins et la confiance du public.

Création d'une filiale

Le scénario de la création d'une filiale, dans lequel Transplant Québec serait intégré sous la structure d'Héma-Québec à titre d'entité contrôlée, a été analysé de manière approfondie.

D'emblée, il convient de mentionner que la mise en place de ce modèle ferait du Québec la seule juridiction au monde où une organisation qui vend des produits biologiques assure également la gestion du don d'organes.

Ce modèle unique au monde non éprouvé expose le gouvernement à un risque internationalement inédit et d'imputabilité directe en cas de controverse.

De plus, cette option soulève des risques importants sur les plans organisationnel, juridique, clinique, éthique et humain. Ces risques sont détaillés ci-dessous et des exemples concrets, de la réalité du terrain sont partagés en annexe 2.

Atteinte à l'autonomie organisationnelle

La création d'une filiale remettrait en cause le statut de Transplant Québec à titre de personne morale indépendante de l'appareil gouvernemental et des sociétés d'État. Cette autonomie organisationnelle constitue un fondement essentiel de son efficacité et de sa crédibilité. Elle permet à l'organisation d'exercer son mandat à l'abri de toute ingérence administrative ou politique et d'assurer une prise de décision rapide et spécialisée. Une intégration sous forme de filiale menacerait directement cet équilibre, pourtant au cœur du succès du système québécois de don et de transplantation d'organes.

Atteinte au principe d'indépendance fonctionnelle

Le modèle de filiale introduirait une relation de subordination hiérarchique incompatible avec l'indépendance fonctionnelle requise pour l'exercice du mandat de Transplant Québec. Cette indépendance est indispensable pour garantir que les décisions opérationnelles et cliniques soient prises exclusivement en fonction de l'intérêt des patients et des impératifs de santé publique, sans arbitrage organisationnel externe.

Atteinte au principe de proportionnalité

Toute réforme administrative doit respecter les principes de nécessité, de rationalité et de proportionnalité. Or, dans un système reconnu comme performant, stable et sécuritaire, la création d'une filiale constitue une réponse disproportionnée aux objectifs poursuivis. Une telle transformation introduit des risques sans aucun gain significatif, alors que des mécanismes de collaboration permettent d'atteindre les mêmes finalités.

Risques juridiques liés à la responsabilité civile

Transplant Québec prend quotidiennement des décisions dont les conséquences peuvent être déterminantes pour la survie des patients. L'intégration sous forme de filiale entraînerait une complexification des chaînes décisionnelles, entraînerait des défis importants au regard de l'imputabilité des hauts fonctionnaires ainsi qu'une dilution de la responsabilité. Cette situation pourrait exposer le système à des risques juridiques accrus, notamment en cas de délais, d'ambiguïtés décisionnelles ou de contestations liées à la responsabilité civile.

Atteinte au principe de neutralité clinique

Le droit de la santé impose que les décisions cliniques soient prises par des experts, sans pression administrative ni objectifs de performance non cliniques. La création d'une filiale ferait coexister, au sein d'une même structure hiérarchique, une logique de coordination clinique d'urgence et une logique de production et de logistique, créant une tension structurelle incompatible avec la neutralité clinique requise.

Atteinte au droit à la confiance du public

La confiance du public constitue un élément central du système de dons biologiques et dépend de l'intégrité dudit système. Le public doit avoir l'assurance que les décisions relatives au don et à l'attribution des organes sont prises de manière indépendante, transparente et exclusivement guidées par des considérations de santé publique. Toute forme d'intégration, soit intégrale ou sous forme de filiale, risquerait de créer une confusion organisationnelle susceptible d'éroder cette confiance essentielle. De plus, la question d'imputabilité demeure au premier plan. Si une autre organisation contrôlait le budget ou la distribution des fonds, Transplant Québec se retrouverait dans une situation où elle assumerait la responsabilité des soins fournis sans maîtriser son propre budget, puisque l'allocation de ses ressources serait sous le contrôle de la société mère. Enfin, la confiance du public serait érodée s'il y avait un doute dans leur esprit quant à la commercialisation des produits biologiques.

Mise en péril des principes normatifs du rapport Krever

Le rapport Krever établit clairement que les organismes responsables des dons biologiques doivent être indépendants du gouvernement et protégés des pressions administratives ou financières (*Krever, Horace. Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada – Rapport final. Ottawa : ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997*). Il insiste également sur la nécessité d'une responsabilité clairement définie, sans superposition d'organisations. La création d'une filiale irait à l'encontre de ces principes en introduisant une responsabilité partagée et une chaîne hiérarchique incompatible avec les recommandations reconnues à l'échelle canadienne.

Pour l'ensemble de ces raisons, particulièrement au regard de la perte d'employés pouvant mener à des bris de service, de décès de personnes en attente ainsi qu'une diminution du don liée à la

perte de confiance de la population ainsi qu'en l'absence de soutien unanime de l'ensemble de la communauté de don et transplantation d'organes, la création d'une filiale est une piste d'action qui comporte des risques cliniques, structurels et opérationnels majeurs. Ceux-ci n'apparaissent ni nécessaires ni proportionnés pour atteindre les objectifs du projet de loi 7.

4. Conclusion

Un partenariat stratégique comme voie privilégiée

Les travaux menés ont permis de dégager des pistes de collaboration structurantes et porteuses entre Transplant Québec et Héma-Québec. Ces synergies pourront être mises au service d'une meilleure réponse aux besoins de la population québécoise. Transplant Québec pourra ainsi poursuivre sur la lancée, alors qu'au cours des trois dernières années, le Québec a connu ses meilleures performances en matière de don et de transplantation.

Il sera possible d'y arriver sans fragiliser les assises fondamentales du système de don et de transplantation d'organes dans la mesure où les décisions prises concernant la structure de gouvernance répondent à la réalité et aux défis du terrain.

En ce sens, Transplant Québec souhaite s'appuyer sur un partenariat stratégique, fondé sur la collaboration volontaire, la clarté des rôles et l'évaluation continue des résultats. Il s'agit d'une option pragmatique, sécuritaire et respectueuse des spécificités opérationnelles et qui permet l'atteinte des objectifs d'efficacité de la ministre et du gouvernement.

Les risques majeurs du modèle de filiale

À l'inverse, la création d'une filiale n'est pas une solution optimale pour obtenir des gains de performance. Bien qu'elle soit présentée comme une option différente de celle proposée dans le projet de loi, ce modèle, constitué, dans les faits, d'un transfert des activités de Transplant Québec vers une autre structure, avec les mêmes effets qu'une intégration organisationnelle. Cela implique des risques importants et cumulatifs : alourdissement administratif, augmentation des délais décisionnels, fragilisation des chaînes de responsabilité, perte potentielle de personnel hautement spécialisé, risques de bris de service et ultimement, atteinte à la continuité clinique et bris de la chaîne de vie. À ces enjeux s'ajoutent un risque réel d'érosion de la confiance du public et une perception accrue de marchandisation du corps humain, incompatible avec les valeurs qui sous-tendent le système de don et de transplantation d'organes.

Conséquemment, il apparaît que le modèle de filiale augmente le niveau de risque de façon considérable, sans générer d'impacts concrets ni de gains d'efficacité. Bien qu'Héma-Québec soutienne être en mesure d'augmenter le don d'organes au Québec par l'ajout de certains de ses effectifs, il convient de mentionner respectueusement que les ressources nécessaires à l'amélioration de la performance ne se trouvent pas chez Héma-Québec; elles sont dans l'écosystème du don et dans les centres hospitaliers du Québec. À cet effet, soulignons que les trois dernières années ont été les plus performantes de l'histoire de Transplant Québec en termes de dons. Ceci sans dépassement budgétaire.

Un choix qui rallie l'écosystème et les patients

En choisissant d'amender le projet de loi 7 pour mettre en place un partenariat stratégique entre les deux entités, le gouvernement du Québec pourra compter sur la pleine collaboration de Transplant Québec. **Il obtiendra également l'appui du vaste écosystème du don et de la transplantation, des professionnels de la santé et des patients.**

Ce choix permettra également de maintenir la confiance du public, qui est la pierre angulaire du don d'organes. Malheureusement, toute perception de commercialisation même fautive peut réduire les dons et mettre des vies en danger. C'est pourquoi la coordination des organes doit être indépendante de toute logique de production, de volume ou de facturation. C'est un principe éthique fondamental dans tous les pays avancés.

En travaillant ensemble et en privilégiant une approche de collaboration, nous nous donnerons les moyens d'aller plus loin et d'offrir aux Québécois un meilleur système de transplantation.

ANNEXE 1 — Liste des personnes consultées dans le cadre des travaux conjoints entre Transplant Québec et Héma-Québec

Chaque organisme a proposé quatre personnes qui ont partagé leur point de vue sur le projet de loi 7, visant le transfert des activités de Transplant Québec.

- **Dr Pasquale Ferraro, chirurgien transplantateur pulmonaire**

« En passant je suis un peu étonné qu'il n'y ait personne du gouvernement, personne du ministère ce que je comprends c'est que ce projet-là de fusion ne fait pas l'unanimité ça sent la chicane et ceux qui veulent imposer ne sont pas là. Je me questionne sur ce qui motive le gouvernement à forcer cette fusion.

Mais au bout de la ligne, il va falloir que quelqu'un dise aux familles qu'on n'a fait cela pour leur bien, mais on n'est vraiment désolé que le nombre de dons ait diminué et le nombre de décès sur la liste d'attente a augmenté.

On sous-estime la complexité de ce processus. »

- **Dr Jean-François Lizé, chef intensiviste au CHUM**

« Ce changement annoncé va apporter de la turbulence avec une fusion, une affiliation. On fait environ 12 greffes par semaine si on dit qu'après 3 mois on se réajuste c'est pratiquement 150 greffes qu'on n'aura pas faites. »

- **Mme Stéphanie Prévost, représentante des familles de donneurs**

« Trois travailleurs de transplant Québec se sont occupés de nous, une infirmière a deux heures du matin a traversé le parc des Laurentides avec un policier. Le don d'organe c'est une cause humanitaire, ce n'est pas des inventaires...ceux qui ont signé le registre l'ont signé en faisant confiance a Transplant Québec pour le don d'organe.

Le fait que cette organisation émane de la société civile pour moi c'était rassurant ce n'était pas une question de logistique...je crois que dans un système étatique de fonctionnariat j'ai peur que ce type d'accompagnement la...Il y a eu une consultation en 2024, je l'ai suivi ...ce projet de loi passer en catimini tous ceux qui m'ont écrit l'ont vu comme une trahison. »

- **Mme Émilie Vigneault, coordonnatrice clinique chez Transplant Québec**

« Je dis, avec beaucoup de sérieux, que l'intégration de Transplant Québec à Héma-Québec est incompatible avec ma pratique et avec les valeurs qui m'ont toujours guidée. Et ce regard est aussi partagé par plusieurs collègues, qui expriment le souhait de ne pas être absorbés dans une organisation beaucoup plus vaste. Cette perception ne vient pas d'une idée abstraite, mais bien de réelles expériences de collaboration avec Héma-Québec et des commentaires rapportés par les équipes hospitalières. »

- **Mme Annie Descôteaux, mère de Pénélope, patiente greffée à l'âge de 4 ans**

« Il y a tout ce travail-là qui était aussi important pour nous que de savoir que ce rein-là qui était donné provenait d'une famille qui avait réfléchi, accepté, discuté avec les membres de Transplant Québec pour que ce processus-là se fasse. On n'a bien compris que le partenariat patient c'était des moments essentiels de soins c'était une coordination et une expertise très microscopique qui était nécessaire...

L'arrivée du PL7 pour une famille en attente, c'est assez troublant, c'est assez dévastateur, en fait, ça me donne envie de pleurer. C'est énorme de gérer une attente, c'est énorme de gérer une maladie chronique, c'est énorme de gérer un organe qui ne fonctionne pas. Ça demande beaucoup de mobilisation beaucoup de courage. C'est un pavé dans la marre en fait. C'est sûr que ça vient troubler un équilibre qui est très difficile à construire, un équilibre pour faire sens de chaque heure de sa vie quand tu penses que tu vas peut-être mourir, donc c'est sûr que ça vient tout déstabiliser. C'est dangereux. Ça vient troubler la relation de soin parce que forcément quand tu arrives dans le bureau du médecin c'est l'une des premières questions : « Qu'est ce qui va arriver.

Nous nous demandons : « Mais pourquoi ? ». Pourquoi on vient fragiliser quelque chose qui est précieux, qui est un art. J'ai vu l'équipe de soin travailler autour de notre famille pour créer un climat qui nous permettait de vaquer à nos occupations et à vivre malgré que la mort rôdait autour de ma fille. »

- **Dre Véronique Phan, néphrologue transplanteur pédiatrique au CHU Sainte-Justine**

« Mon point de vue de néphrologue qui fait de la transplantation, c'est vraiment que l'on conserve toute l'expertise que Transplant Québec a développée au fil des années, une expertise qui est reconnue. Je pense que, ça, c'est vraiment important.

L'annonce du projet de loi 7 a généré beaucoup d'inquiétudes dans le milieu clinique. Beaucoup de craintes de cliniciens et d'infirmières à propos de tout ce qui pourrait arriver avec cette fusion-là. Et cette incertitude-là, cette anxiété, ce n'est pas bon ce qui peut arriver dans nos milieux cliniques justement. »

- **Dre Marie-Chantale Fortin, néphrologue transplanteur adulte au CHUM**

« [Pour l'aide médicale à mourir] (TQ), nous sommes les champions au Canada en aide médicale à mourir, donc, que nous ayons un pourcentage appréciable de nos donneurs qui soient des donneurs après aide médicale à mourir, je pense que ce n'est pas surprenant. Transplant Québec a été un pionnier. Je suis sur le comité d'éthique de Transplant Québec et nous avons eu notre avis d'éthique très précocement parce que notre loi québécoise s'est appliquée avant la loi canadienne. Ce qui fait que nous avons été des pionniers à ce niveau-là. Puis je pense que toutes ces valeurs d'innovation, d'enjeux éthiques, sociétaux, etc., ce sont toutes des choses qui doivent rester.

Juste en pensant au comité d'éthique (TQ), nous avons été beaucoup impliqués. Pour tout ce qui a concerné la première greffe de tissus composite, une première mondiale à ce niveau-là, je pense qu'il ne faut pas perdre cet aspect d'innovation tout en prenant en considération les différents enjeux qui peuvent survenir non plus.

Toutes les entrevues ont été enregistrées et peuvent être visionnées sur demande. »

ANNEXE 2 — Exemples concrets de risques liés à la création d'une filiale

Risques opérationnels	Exemples concrets
Donneurs manqués et perte d'organes	<p>Don non réalisé à la suite de problématiques d'agilité liées à l'augmentation des paliers décisionnels. Il s'agit de l'élément le plus critique en cas de transfert des activités de Transplant Québec.</p> <p>Accompagnement défaillant des familles de donneurs ayant un impact sur l'acceptation du don et sur la réputation de l'organisation.</p>
Risque de perte d'expertise : départ du personnel et risque de bris de service	<p>Possibilité réelle de perte d'expertise menant à des bris de services et décès de personnes en attente et conséquemment à la diminution de la transplantation.</p> <p>Augmentation des coûts de système en raison de la non-réalisation de transplantation.</p>
Risques de poursuites judiciaires	<p>Poursuites pouvant être intentées par des personnes en attentes d'une greffe ou par des familles de donneurs en cas de perte d'organes due d'un bris de services.</p>
Risque de dilution de la mission du don d'organes	<p>Faible pourcentage des activités globales lié au don d'organe entraînant une faible écoute des besoins spécifiques et faible représentativité décisionnelle.</p> <p>Difficulté d'intégration au sein d'une mission principale très différente.</p>
Risque réputationnel et de perte de confiance du public	<p>Fragilisation symbolique de la mission de Transplant Québec et de l'importance du don d'organes au Québec.</p> <p>Potentielle augmentation des refus de familles de donneurs en raison de la perception de marchandisation des organes induits par les modèles d'affaires opposés de Transplant Québec et d'Héma-Québec.</p>
Régression du taux de don d'organes au Québec	<p>Modèle non éprouvé de structure organisationnelle pouvant mener à une diminution du don d'organes.</p> <p><i>Note : Seulement 3 pays dans le monde sur près de 100 pays effectuant des transplantations ont opté pour un modèle jumelant sang et organes. De ceux-ci, 1 sur 3 affirme ne pas conseiller la mise en place de ce modèle.</i></p>

ANNEXE 3 – Lettres d’appui soutenant Transplant Québec

12 novembre 2025

Donner du sang et donner des organes, ce n’est pas la même chose

La communauté de transplantation du Québec (plus de 120 médecins, chirurgiens transplantateurs, préleveurs, infirmiers et infirmières de coordination de greffe, chefs médicaux et chirurgicaux de tous les services de transplantation, les patients transplantés, les familles de donneurs) s’unit afin de dénoncer le projet incohérent et malavisé de supprimer son pivot essentiel, Transplant Québec.

Le gouvernement agit comme si le don et la transplantation d’organes (Transplant Québec) et les dons de tissus et transfusions de produits sanguins (Héma-Québec) étaient des métiers similaires. La mécompréhension de ces fonctions clés dans la préservation de la vie, montrée par le gouvernement dans son projet de loi 7, est ahurissante.

Des fonctions très différentes

Héma-Québec gère un processus continu d’approvisionnement en produits sanguins, et elle le fait très bien. Transplant Québec a quelques heures pour organiser le prélèvement d’organes sur une personne qui vient de mourir et leur transplantation sur des personnes qui vont retrouver une qualité de vie. Ce sont des opérations d’urgence extrême avec de multiples intervenants, d’un très haut niveau de complexité clinique, effectuées dans un contexte de grande charge émotive, autant chez les proches éplorés de la personne décédée que chez les receveurs et leurs proches qui retrouvent espoir. Penser fusionner ces deux organisations d’un coup de crayon est une aberration aux conséquences potentiellement dramatiques.

Une fois de plus, le gouvernement prend des décisions sans consulter les experts ni les personnes concernées. Dans le cas précis de Transplant Québec, littéralement, des vies sont en jeu. Le projet de loi 7, qui prévoit la dissolution de Transplant Québec et le transfert de ses responsabilités à Héma-Québec, n’est pas une réorganisation administrative, mais la désorganisation de la chaîne clinique et logistique la plus complexe au Québec, qui fonctionne et sauve des vies depuis plus de 55 ans.

Transplant Québec accomplit quotidiennement des miracles chaque jour avec déjà trop peu de moyens. Des avancées importantes ont été possibles grâce à l’implication de personnes qualifiées, compétentes et dévouées. La loi 7 ferait table rase de ces avancées.

La transplantation ne se simplifie pas

La transplantation est un processus où chaque minute compte, ou chaque coordination est critique, et chaque décision peut faire la différence entre la vie et la mort. Transplant Québec mobilise des équipes médicales, chirurgicales, accompagne les familles, gère les priorités cliniques, et assure une logistique chirurgicale sans faille. Ce sont des personnes de terrain et non des bureaucrates.

Le personnel de Transplant Québec oriente et guide les patients et leurs familles dans les pires et les meilleurs moments de leur vie. Cette expertise n'a pas de prix, ne s'improvise pas et ne peut être transférée sans pertes humaines et opérationnelles.

Nous vous invitons à regarder dans les provinces et autres pays où les activités de transplantations sont performantes (France, Espagne, Ontario). Une organisation dédiée, spécialisée, financée est le dénominateur commun. Exactement l'inverse de ce que propose la loi 7.

Nous craignons que cette réforme **mette en péril la sécurité des patients en attente de transplantation**. Le risque est réel : des organes pourraient ne pas être utilisés à temps, des donneurs pourraient ne pas être correctement identifiés, et des familles pourraient ne pas être accompagnées comme elles le méritent.

Nous demandons au gouvernement de consulter les experts du terrain, et de préserver une structure qui fonctionne, qui sauve des vies, et qui mérite d'être renforcée, non démantelée.

Pierre-Emmanuel Noly, MD, PhD, FRCSC

Co-signataires

Ghislaine Nourissat, chirurgien vasculaire et transplantation rénale, CHU de Québec
Étienne Lavallée, urologue transplanteur, CHU de Québec-U Laval
Annie-Claude Blouin, urologue, CHU de Québec
Myriam Khalili, néphrologue en greffe rénale, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Ruth Sapir-Pichhadze, néphrologue en greffe rénale, McGill University Health Centre
Irith Lebovich, néphrologue en greffe rénale, McGill University Health Centre
Yves Caumartin, urologue, CHU de Québec
Grégory Rembeyo, chirurgien transplanteur rénal et pancréas, CHUM
Jacques Malaise, chef du Service de Chirurgie Greffe Rénale et Pancréatique, CHUM
Suzon Collette, néphrologue, programme de greffe rénale, HMR
Gabriel Ouellet, néphrologue, CHU de Québec
Isabelle Houde, néphrologue, CHU de Québec
Fannie Morin, urologue transplanteur, CHU de Québec Université Laval
Alexandra Viau-Trudel, néphrologue, centre Hospitalier Universitaire Sherbrooke
Duy Tran, néphrologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Héloïse Cardinal, Chaire Shire en néphrologie et en transplantation et régénération rénales de l'Université de Montréal, CHUM
Nasdima Smail, néphrologue, Ciss des Laurentides
Hélène Castel, Service d'Hépatologie et transplantation hépatique, CHUM
Gabriel Chan, urologue, transplantation rénale, HMR
David Badrubin, chirurgie hépatobiliaire et transplantation, HMR
Lauriane Vittoz, néphrologue, Centre Hospitalier universitaire Sherbrooke
Nathalie Langlois, néphrologue, Centre Hospitalier universitaire Sherbrooke
Valérie Ross, infirmière-clinicienne, coordonnatrice Clinique de greffe rénale, Centre Hospitalier universitaire Sherbrooke
Mélanie Masse, néphrologue, Centre hospitalier universitaire Sherbrooke
Sarah Higgins, néphrologue, centre hospitalier universitaire Sherbrooke
Claude Daniel, Co-Directeur, Laboratoire d'histocompatibilité et d'immunogénétique, CUSM
Bruno Turcotte, Urologue, Hôpital St-François-d'Assise, CHU de Québec-Université Laval
Daniel Fantus, néphrologue-transplantation, CHUM
Ahsan Alam, néphrologue et Co-directeur médical du Programme de transplantation et de don multiorganes, CUSM
Déitan Bourget, infirmier clinicien, programme de transplantation rénale, HMR
Marie-Suzanne Ouellet, Infirmière, coordonnatrice en greffe rénale
Rolf Loertscher, Past President, Canadian Society of Transplantation, Transplant Division at the Royal Victoria Hospital
Sara Wing, néphrologue, MUHC
Dana Baran, néphrologue, MUHC
Marcelo Cantarovich, Département de médecine, Division de néphrologie, CUSM
Gilles St-Louis MD, CIUSSS Capitale-Nationale
David Henault, chirurgien en transplantation hépatique, CHUM
Caroline Lemoine, chirurgie pédiatrique, hépatobiliaire et transplantation, CHU Sainte-Justine
Gabrielle Jutras, Service d'hépatologie et de transplantation hépatique, CHUM
Giada Sebastiani, Gastroenterology and Hepatology, MUHC
Zhixia Rong, chirurgie hépatobiliaire, pancréatique et de transplantation hépatique, CHUM
Ève Beaudry-Simoneau, chirurgie hépatobiliaire, pancréatique et de transplantation hépatique, CHUM

Catherine Girardin, néphrologue, coordonnatrice médicale Programme clientèle Transplantation et Hépatologie, CHUM, présidente du Regroupement québécois en don et en transplantation (RQDTO)

Franck Vandembroucke-Menu, chef de service de chirurgie hépatobiliaire, pancréatique et de transplantation hépatique, CHUM

Marylene Plasse, transplantation hépatique et pancréas, CHUM, CHPB

Simon Turcotte, chirurgien hépatobiliaire et pancréatique, CHUM

Julian Hercun, hépatologue CHUM

Michel Dagenais, chirurgien en transplantation hépatique, CHUM

Prosenko Chaudhury, chirurgien hépatique, Directeur médical du Programme de transplantation et de don multi-organes, MUHC

Steven Paraskevas, chirurgien, directeur de la transplantation pancréas et îlots pancréatique, MUHC

Tianyan Chen, service de hépatologie, CUSM

Linh Luong, Microbiologiste infectiologue, CHUM

Geneviève Huard, directrice médicale du programme de transplantation hépatique, médecin coordonnateur chez Transplant-Québec, responsable du comité hépatique chez Transplant-Québec

Jeffrey Barkun, transplantation hépatique, CUSM

Julien Bissonnette, Service d'hépatologie et de transplantation hépatique, CHUM

Catherine Vincent, Service d'hépatologie et de transplantation hépatique, CHUM

Philip Wong, service hépatologie MUHC

Philippe Willems, médecin en transplantation hépatique/hépatologue, CHUM

Mark Liszkowski, cardiologiste, chef médical transplantation cardiaque MUHC

David Belzile, cardiologue, IUCPQ

Philippe Demers, chirurgien cardiaque, chef de département, ICM

Louis Perrault, chirurgien cardiaque, ICM

Maxime Laflamme, chirurgien cardiaque, IUCPQ

Caroline Dupré, infirmière en transplantation, ICM

Amélie Veilleux, infirmière en transplantation, ICM

Benoît de Varennes, chirurgien cardiaque, MUHC

Denis Bouchard, chirurgien cardiaque, ICM

Joëlle Morin, cardiologue en greffe cardiaque, IUCPQ

Michel Pellerin, chirurgien cardiaque, ICM

François Dagenais, chirurgien cardiaque, ICM

Marina Ibrahim, chirurgien cardiaque, ICM

Pierre Pagé, chirurgien cardiaque, ICM

Kevin Lachapelle, chef de département, chirurgien cardiaque, MUHC

Maxime Tremblay-Gravel, directeur médical en transplantation cardiaque, ICM

Jacinthe Boulet, cardiologue, ICM

Anique Ducharme, cardiologue, ICM

Christine Bourgault, cardiologue responsable du programme de greffe cardiaque, IUCPQ

Pierre Yves TURGEON, cardiologue, IUCPQ

Hugues Jeanmart, chirurgien cardiaque, ICM et CIUSSM

Yoan Lamarche, chirurgien cardiaque et intensiviste, directeur chirurgical de transplantation cardiaque, ICM

Marie-Claude Parent, cardiologue, ICM

Normand Racine, cardiologue, ICM

David Drullinsky, chirurgien cardiaque, MUCH
Pascal Ferraro, chirurgien thoracique, directeur chirurgical transplantation pulmonaire CHUM,
Aly Ghoneim, chirurgien cardiaque, CHUM
Basil Nasir, chirurgien thoracique, CHUM
Louis-Matthieu Stevens, chirurgien cardiaque, CHUM
Nicolas Noiseux, chirurgien cardiaque, CHUM
Moishe Liberman, chirurgien thoracique, CHUM
Larry Lands, pneumologue, chercheur-clinicien dans le programme national de transplantation pulmonaire, CHUM
Charles Poirier, pneumologue, directeur médical programme de transplantation pulmonaire
Julie Morisset, pneumologue transplantation, CHUM
Geneviève Côté, anesthésiste cardiaque pédiatrique, CHU Sainte-Justine
Ismail Bouhout, chirurgien cardiaque, CHU Sainte-Justine
Myriam Carlos, infirmière de transplantation rénale pédiatrique, Hôpital de Montréal pour enfants
Mona Beaunoyer, chirurgienne pédiatrique, CHU Sainte-Justine
Jean-Philippe Roy, néphrologue, CHU Ste-Justine
Véronique Phan, néphrologue, directrice du programme de transplantation rénale, CHU Ste Justine
Fernando Echeverry, Laboratoire d'Histocompatibilité, CUSM
Stéphane Bolduc, urologue pédiatrique, CHU de Québec-Université Laval
Guillaume Emeriaud, pédiatre intensiviste, CHU Sainte-Justine
Geneviève Du Pont-Thibodeau, Pédiatre intensiviste CHU Sainte-Justine
Michael Sauthier, pédiatre intensiviste, CHU Sainte-Justine
Marisa Tucci, pédiatre intensiviste, CHU Sainte-Justine
Stéphanie Dion, infirmière clinicienne coordonnatrice en transplantation hépatique, CHU Ste-Justine
Marie Josée Raboisson, cardiologue, Directrice du service de cardiologie CHU Sainte-Justine
Matthew Weiss, neuro-intensiviste pédiatrique, MHUC
Indra Gupta, néphrologue pédiatre, Hôpital de Montréal pour enfants, CUSM
Joseph Mancini, néphrologue pédiatre, Hôpital de Montréal pour enfants, CUSM
Beth Foster, directrice du département de pédiatrie, Université McGill
Pierre-Luc Bernier, chirurgien cardiaque, CUSM
Nancy Poirier, chef de département, chirurgien cardiaque, CHU Sainte-Justine
Michel Lallier, chirurgie pédiatrique, transplantation hépatique et rénale, CHU Sainte-Justine
Frederic Jacques, chirurgien cardiaque, IUCPQ et CHU de Québec - Université Laval
Vanessa Masson, néphrologue pédiatre, Hôpital de Montréal pour enfants
Claudia Renaud, cardiologue pédiatre, Hôpital de Montréal pour enfants
Marie-Michèle Gaudreault-Tremblay, néphrologue pédiatrique, Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill
Marie-José Clermont, néphrologue pédiatre, CHU Sainte-Justine
Anne-Laure Lapeyraque, Néphrologie, Greffe rénale, Dialyse, Chef de Service Centre d'Expertise sur les Maladies Rares Médiées par le Complément, CHU Sainte-Justine
Heidi Shapiro, Travailleuse sociale & psychothérapeute, CHU Sainte-Justine
Nassiba Alami Laroussi, Cardiologue pédiatre, directrice du programme de transplantation cardiaque pédiatrique, CHU Sainte-Justine
Xue Zou, anesthésiologiste, CHU Sainte-Justine
Celine Thibault, pédiatre intensiviste, CHU Sainte-Justine

Karen Harrington, Intensiviste pédiatrique, responsable médical, assistance mécanique
cardiaque, CHU Sainte-Justine

François Proulx, soins intensifs pédiatriques, CHU Ste-Jutine

Geneviève Benoit, service de néphrologie, directrice du programme de néphrologie pédiatrique,
CHU Sainte-Justine

Montréal, le 13 novembre 2025

Madame France-Élaine Duranceau
Ministre responsable de l'Administration gouvernementale et de l'Efficacité de l'État
Secrétariat du Conseil du trésor
875, Grande-Allée Est
4e étage, secteur 100
Québec (Québec) G1R 5R8

Objet : Appui au maintien des activités et de l'autonomie de Transplant Québec

Madame la Ministre,

Nous souhaitons exprimer nos préoccupations à la suite du dépôt du projet de loi n°7 sur l'efficacité de l'État, qui prévoit notamment l'abolition de Transplant Québec et le transfert de ses activités sous la responsabilité d'Héma-Québec.

Depuis plus de 50 ans, Transplant Québec occupe une place centrale et irremplaçable dans le réseau québécois du don et de la transplantation d'organes.

Bien que nous reconnaissons la valeur du travail accompli par Héma-Québec et la complémentarité de sa mission, il est essentiel de rappeler que le don d'organes diffère profondément du don de sang. Il s'agit d'un processus clinique complexe et hautement spécialisé, où chaque étape repose sur la sensibilité, la coordination et la connaissance fine du parcours de transplantation.

L'intégration proposée dans le cadre du projet de loi soulève donc de sérieuses inquiétudes quant à la perte d'expertise et au risque de désorganisation au sein d'un système déjà sous pression.

Ces préoccupations sont d'autant plus importantes que, sur le terrain, nous le voyons déjà, les patients greffés et leurs familles expriment une grande inquiétude. Transplant Québec est un organisme reconnu et respecté pour sa proximité avec les patients, sa rigueur et sa transparence. Sa disparition en tant qu'entité autonome risquerait d'éroder la confiance du public envers le système de don et de transplantation, une confiance bâtie sur des décennies de travail concerté.

Nous croyons qu'il est dans l'intérêt réel de tous de préserver Transplant Québec comme entité distincte, tout en encourageant une collaboration étroite et efficace avec Héma-Québec. Cette approche permettrait de maintenir la stabilité du réseau, la qualité des soins et le lien de confiance entre les patients et le système de santé.

Veuillez recevoir, Madame la Ministre, l'expression de nos salutations les plus distinguées.

Micheline Cyr Asselin, directrice générale
La Maison des greffés Lina Cyr
micheline.asselin@maisondesgreffes.com

Dr Michel Lallier
Président du conseil d'administration
de la Maison des greffés Lina Cyr



Canadian Society of Transplantation Société canadienne de transplantation

LEADERSHIP IN CANADIAN TRANSPLANTATION | LEADERSHIP EN TRANSPLANTATION AU CANADA

English

November 14, 2025

President/Président

Dr. Aviva Goldberg
Winnipeg, MB

**Vice-President/
Vice-Président**

Dr. Prosanto Chaudhury
Montréal, QC

**Vice-President/
Vice-Président**

Dr. Lakshman Gunaratnam
London, ON

Secretary/ Secrétaire

Dr. Olwyn Johnston
Vancouver, BC

Treasurer/ Trésorier

Dr. Rahul Mainra
Saskatoon, SK

**Past President/
Président sortant**

Dr. Jagbir Gill
Vancouver, BC

Member/ Conseiller

Dr. Ngan Lam
Calgary, AB

Member/ Conseiller

Dr. Karen Doucette
Edmonton, AB

Member/ Conseiller

Dr. Héloïse Cardinal
Montréal, QC

Member/ Conseiller

Dr. James Lan
Vancouver, BC

Member/ Conseiller

Dr. Cynthia Tsien
Toronto, ON

Member/ Conseiller

Dr. Matt Weiss
Québec City, QC

The Canadian Society of Transplantation stands with our members in Quebec, Transplant Quebec and all Quebec physicians and transplant healthcare workers as they fight the unfair, illogical and disrespectful actions of the Coalition Avenir Québec (CAQ) government regarding physician pay and work requirements and the planned merger of Transplant Quebec with another agency.

Donation and transplantation physicians in Quebec provide essential and high-quality care to living donors, to deceased donors and their families, and to patients with end organ disease both before and after transplantation. Quebec transplant providers lead provincial, national and international efforts to improve organ donation and transplantation policies and practices, and are involved in organ retrievals throughout Canada, ensuring that donated organs can be utilized by those who need them most. Family physicians and other medical specialists support organ transplantation by identifying end organ disease, ensuring timely referral and by providing ongoing primary and specialty care to transplant patients. Simply put, organ donation and transplantation cannot happen without the hard work and concerted efforts of Transplant Quebec and transplant professionals throughout the province. The actions of the government put donation and transplantation at risk, in addition to the many other areas of healthcare that will be affected by the recent and planned legislative changes.

We urge the Quebec government to respond to the concerns of physicians and transplant professionals. Unreasonable targets and increasing administrative burden on already overstretched physicians will not improve the health of Quebecers, nor will it improve the wellbeing of a workforce that is already overburdened. The Canadian Society of Transplantation stands with the Société Québécoise de Transplantation (SQT), Collège québécois des médecins de famille (CQMF), the Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), the Canadian Medical Association and other organizations in denouncing the actions of this government and demanding more reasoned and reasonable approaches to the healthcare crisis in Quebec.

Regards,

.....
Aviva Goldberg, MD, RCPSC
President, Canadian Society of Transplantation



Canadian Society of Transplantation Société canadienne de transplantation

LEADERSHIP IN CANADIAN TRANSPLANTATION | LEADERSHIP EN TRANSPLANTATION AU CANADA

Français

14 novembre 2025

President/Président

Dr. Aviva Goldberg
Winnipeg, MB

**Vice-President/
Vice-Président**

Dr. Prosanto Chaudhury
Montréal, QC

**Vice-President/
Vice-Président**

Dr. Lakshman Gunaratnam
London, ON

Secretary/ Secrétaire

Dr. Olwyn Johnston
Vancouver, BC

Treasurer/ Trésorier

Dr. Rahul Mainra
Saskatoon, SK

**Past President/
Président sortant**

Dr. Jagbir Gill
Vancouver, BC

Member/ Conseiller

Dr. Ngan Lam
Calgary, AB

Member/ Conseiller

Dr. Karen Doucette
Edmonton, AB

Member/ Conseiller

Dr. Héloïse Cardinal
Montréal, QC

Member/ Conseiller

Dr. James Lan
Vancouver, BC

Member/ Conseiller

Dr. Cynthia Tsien
Toronto, ON

Member/ Conseiller

Dr. Matt Weiss
Québec City, QC

La Société canadienne de transplantation appuie ses membres au Québec, Transplant Québec, tous les médecins et professionnels de la santé québécois oeuvrant dans le domaine de la transplantation d'organe, dans leur lutte contre les actions injustes, illogiques et irrespectueuses du gouvernement de la Coalition Avenir Québec (CAQ) concernant la rémunération et les conditions de travail des médecins ainsi que la fusion planifiée de Transplant Québec avec une autre organisation.

Les médecins spécialisés en don et transplantation d'organes au Québec offrent des soins essentiels et de haute qualité aux donneurs vivants, aux donneurs décédés et à leurs familles, ainsi qu'aux patients atteints d'insuffisance terminale d'organe, avant et après la transplantation. Les équipes de transplantation québécoises sont à l'avant-garde des efforts provinciaux, nationaux et internationaux visant à améliorer les politiques et les pratiques en matière de don et de transplantation d'organes. Ils participent aux prélèvements d'organes partout au Canada, garantissant ainsi que les organes donnés puissent être utilisés par ceux qui en ont le plus besoin. Les médecins de famille et autres spécialistes soutiennent la transplantation d'organes en identifiant les cas d'insuffisance terminale d'organe, en assurant une orientation rapide et en fournissant des soins primaires et spécialisés continus aux patients transplantés. En résumé, le don et la transplantation d'organes sont impossibles sans le travail acharné et les efforts concertés de Transplant Québec et des professionnels oeuvrant dans le domaine de la transplantation à travers le Québec. Les actions du gouvernement mettent en péril le don et la transplantation d'organes, en plus de nombreux autres secteurs des soins de santé qui seront touchés par les récentes modifications législatives et celles qui sont planifiées.

Nous exhortons le gouvernement du Québec à répondre aux préoccupations des médecins et des professionnels de la santé dédiés à la transplantation d'organe. Des objectifs déraisonnables et un fardeau administratif accru pour des médecins déjà débordés n'amélioreront ni la santé des Québécois ni le bien-être d'une main-d'œuvre déjà surchargée. La Société canadienne de transplantation se joint au Collège québécois des médecins de famille (CQMF), à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), à l'Association médicale canadienne et à d'autres organisations pour dénoncer les actions de ce gouvernement et exiger des approches plus réfléchies et raisonnables face à la crise des soins de santé au Québec.

Cordialement,

Aviva Goldberg, MD, RCPSC
President, Canadian Society of Transplantation

Montréal, le 17 novembre 2025

M. Frédéric Beauchemin

Parti libéral du Québec

Porte-parole de l'opposition officielle en matière d'administration gouvernementale et pour le Conseil du trésor

M. Marc Tanguay

Parti libéral du Québec

Porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé

Objet : La fusion Transplant-Québec / Héma-Québec : un risque réel pour les patients — Votre intervention est essentielle¹

Messieurs les députés,

La décision du gouvernement, inscrite dans la loi 7, de fusionner Transplant-Québec et Héma-Québec soulève une inquiétude profonde et largement partagée dans l'ensemble de la communauté de transplantation du Québec. Cette décision, prise sans consultation adéquate des experts concernés, menace directement la sécurité des patients en attente d'une greffe, la performance d'un système déjà fragilisé et entraîne l'abolition pure et simple de Transplant-Québec, l'organisme même qui en garantit l'efficacité et la sécurité.

Transplant-Québec n'est pas une structure administrative parmi d'autres. C'est le cœur opérationnel du don et de la transplantation d'organes au Québec — une mission où chaque délai, chaque perte d'expertise, chaque erreur peut coûter une vie. Depuis plus de cinquante ans, son travail repose sur une expertise unique : coordination minute par minute, gestion des moments critiques, accompagnement des familles en deuil, prise de décisions cliniques cruciales et soutien aux équipes de soins à travers tout le réseau.

En choisissant d'intégrer Transplant-Québec à une organisation dont la mission première est entièrement différente, le gouvernement prend un risque majeur : celui de fragiliser un système où la moindre défaillance peut entraîner des conséquences immédiates et irréversibles sur la transplantation d'organes au Québec.

Aujourd'hui, la Société québécoise de transplantation vous demande d'intervenir publiquement et vigoureusement. Les patients en attente de transplantation comptent sur vous pour exiger du gouvernement des réponses claires à des questions fondamentales, qui n'ont toujours pas obtenu de justification crédible.

Questions qui exigent une réponse

- Quelle analyse coûts-bénéfices démontre que cette fusion améliore réellement le système plutôt que de l'affaiblir?
- Quelle problématique urgente justifie une restructuration aussi radicale du système de don et transplantation?
- Pourquoi aucune option alternative telle que la collaboration renforcée, les audits externes ou l'harmonisation partielle n'a été étudiée ou présentée?
- Comment le gouvernement garantit-il l'indépendance clinique et éthique dans un modèle où les décisions touchant le secteur de la transplantation seraient intégrées à un organisme ayant d'autres priorités?
- Quels sont les impacts anticipés sur les délais de coordination, le nombre d'organes transplantés et la mortalité en liste d'attente?

¹ Lettre adressée simultanément au Parti libéral du Québec, au Parti québécois et à Québec Solidaire.

- Comment évitera-t-on la perte d'expertise spécialisée, alors qu'elle est irremplaçable et qu'il n'existe aucun bassin de remplacement immédiat?
- Quelle consultation a été menée auprès des experts, des cliniciens, des familles de donneurs et des patients en attente de transplantation?
- Quel plan de transition garantit la protection des emplois spécialisés et la continuité opérationnelle, sans risque de rupture de service?
- Quel budget soutiendra la migration technologique, la formation des intervenants et les systèmes informatiques nécessaires à une réorganisation d'une telle ampleur?
- Pourquoi les patients en attente de greffe n'ont-ils pas été placés au centre de cette décision?

Dans un dossier où les conséquences sont mesurées en vies humaines, le silence n'est pas une option.

Nous vous demandons de défendre :

- 1. Le maintien de l'expertise unique de Transplant-Québec, indispensable et non transférable;**
- 2. L'autonomie organisationnelle complète de l'organisme responsable du don d'organes;**
- 3. La suspension de la fusion tant que les impacts n'ont pas été documentés et validés**

Il est de votre responsabilité, comme représentant de l'opposition, de demander au gouvernement des garanties claires et immédiates — non seulement pour le réseau de santé, mais surtout pour les patientes et patients qui attendent une greffe et pour qui cette décision pourrait changer le cours de leur vie.

Le don d'organes incarne la solidarité et l'humanité du Québec. Mettre en péril l'organisation qui rend cette solidarité possible, sans preuve d'un bénéfice pour les patients, est une décision qui doit être contestée avec rigueur.

Nous vous remercions de faire entendre cette voix essentielle à l'Assemblée nationale et demeurons disponibles pour toute rencontre ou information supplémentaire.

Recevez, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.

Duy Tran, MD néphrologue
Président de la Société québécoise de transplantation

ainsi que les membres de l'exécutif de la Société québécoise de transplantation :

Michel Lallier, MD chirurgien
Habib Mawad, MD néphrologue
Isabelle Côté, MD néphrologue
Véronique Phan, MD néphrologue pédiatre
Sarah Higgins, MD néphrologue
Chantal Fortin, IPSSA

La Société québécoise de transplantation est un organisme sans but lucratif qui a pour mission de regrouper et représenter les professionnels impliqués dans la transplantation d'organes et de tissus au Québec

Madame Sonia Bélanger
Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants
Ministre responsable des Services sociaux
Ministre déléguée à la Santé
Ministre responsable de la région des Laurentides
Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Objet : Ne touchez pas à Transplant Québec¹

Mme la Ministre,

Le gouvernement du Québec doit renoncer à son intention de fusionner Héma-Québec et Transplant Québec. C'est un volet insensé du projet de loi n° 7 *Loi visant à réduire la bureaucratie, à accroître l'efficacité de l'État et à renforcer l'imputabilité des hauts fonctionnaires*, présenté par la présidente du Conseil du trésor, France-Élaine Duranceau.

Une chaîne d'engagement et de solidarité extraordinaire

À sa face même, cette proposition gouvernementale heurte la raison. Le gouvernement prétend accroître l'efficacité d'une organisation qui réédite sans cesse l'exploit de coordonner en quelques heures : le prélèvement d'organes sur une personne venant de décéder; le transport des organes prélevés parfois sur de grandes distances et selon des exigences de préservation très strictes; la mobilisation des receveurs parfois dans différentes régions et différents hôpitaux; la coordination d'opérations chirurgicales généralement de haute complexité, nécessitant plusieurs professionnels chevronnés, le tout dans un contexte de charge émotionnelle extrême autant du côté de la famille éplorée par le décès d'un être aimé que du côté du receveur et de ses proches qui voient enfin une lueur d'espoir! Et cette extraordinaire chaîne d'engagement et de solidarité peut être activée à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, dans l'ensemble du Québec, grâce à la participation de centaines de personnes, professionnels dévoués, bénévoles convaincus, donateurs généreux, prêts à tout abandonner dans l'instant pour adoucir le deuil des uns et améliorer la vie des autres.

¹ Lettre adressée simultanément à Madame Sonia Bélanger, Monsieur Christian Dubé, Madame France-Élaine Duranceau ainsi que Monsieur François Legault.

Ce tour de force humain, solidaire, logistique, Transplant Québec l'accomplit depuis 55 ans et a permis à 15 000 Québécoises et Québécois de prolonger leur vie. En 2024, 206 personnes sont décédées dans des circonstances rendant possible le prélèvement d'organes (âge de la personne, état de santé au moment du décès, causes du décès, accord de la famille, etc.) et plus de 550 organes ont pu être transplantés.

Transplant Québec, en termes d'efficacité – vitesse de réaction, déploiement sur le terrain, mobilisation d'expertise et d'équipements, coûts, accompagnement – est certainement parmi ce que le Québec a réussi de mieux. C'est un joyau d'action humanitaire et la meilleure chose que peut faire le gouvernement, c'est de ne pas y toucher.

Le rôle complémentaire essentiel d'Héma-Québec

Héma-Québec aussi joue un rôle essentiel. Mais totalement différent. Héma-Québec est le responsable de la chaîne d'approvisionnement en produits sanguins. Héma-Québec agit dans un cadre prévisible. Les dons de sang sont recueillis dans des environnements contrôlés et peuvent être stockés dans des entrepôts réfrigérés. Héma-Québec fait un travail différent dans une réalité administrative fort différente. L'organisation tire en effet un revenu des produits sanguins livrés aux hôpitaux. Bien qu'Héma-Québec soit un organisme à but non lucratif, il y a un certain marché des produits sanguins. Une éventuelle fusion Héma-Québec / Transplant Québec pourrait donc en outre ouvrir la voie à des questionnements éthiques vertigineux touchant la marchandisation du don d'organes.

Parmi les arguments évoqués à l'appui de la fusion, il a notamment été avancé de manière assez curieuse que Héma-Québec avait une plus grande notoriété que Transplant Québec. Mais comment pourrait-il en être autrement? Tout le monde devrait donner du sang à Héma-Québec de temps à autre et l'organisation a tout intérêt à être connue du plus grand nombre. Mais personne ne veut être sur l'une ou l'autre de listes de Transplant Québec et ce qui compte n'est pas sa notoriété, mais sa très grande crédibilité auprès de la communauté du don d'organes et de la transplantation.

Au nom des malades en attente de greffe, des greffés qui ont regagné une qualité de vie, de tous les professionnels et gens de cœur autour de Transplant Québec, je demande respectueusement au gouvernement de renoncer à cette fusion malpensée et dangereuse.

Veuillez recevoir, Madame la Ministre, l'expression de nos salutations les plus distinguées.

Paul Brunet
Président-directeur général
Conseil de la protection des malades

PAR COURRIEL

Québec, le 2 décembre 2025

Monsieur Mario Laframboise
Président de la Commission des finances publiques
Hôtel du Parlement
1045, rue des Parlementaires
1^{er} étage, Bureau 1.123
Québec (Québec) G1A 1A4

Objet : *Projet de loi n° 7 – Loi visant à réduire la bureaucratie, à accroître l’efficacité de l’État et à renforcer l’imputabilité des hauts fonctionnaires*

Monsieur le Président,

Dans le cadre de son mandat, le Protecteur du citoyen prend connaissance de l’ensemble des projets de loi et de règlement présentés à l’Assemblée nationale ou publiés à la *Gazette officielle du Québec*. Lorsqu’il l’estime nécessaire, il intervient en vertu de l’article 27.3 de la *Loi sur le Protecteur du citoyen*¹, qui lui confère le pouvoir d’appeler l’attention d’un dirigeant d’organisme ou du gouvernement sur les réformes législatives, réglementaires ou administratives qu’il juge conformes à l’intérêt général.

C’est dans cette optique que j’ai pris connaissance du projet de loi n° 7, *Loi visant à réduire la bureaucratie, à accroître l’efficacité de l’État et à renforcer l’imputabilité des hauts fonctionnaires*, présenté le 5 novembre 2025 par M^{me} France-Élaine Duranceau, ministre responsable de l’Administration gouvernementale et de l’Efficacité de l’État et présidente du Conseil du trésor.

Après analyse de l’ensemble du projet de loi, je souhaite vous faire part de certains commentaires, qui s’avèrent tous porter sur des enjeux liés à la santé et aux services sociaux² :

- Clarification requise relativement au traitement des plaintes portant sur la prestation de services préhospitaliers d’urgence par Urgences-santé;

¹ *Loi sur le Protecteur du citoyen*, RLRQ, c. P-32 (ci-après « LPC »).

² À noter que le Protecteur du citoyen a compétence pour traiter les plaintes à l’égard des entités visées, en vertu soit de la LPC, soit de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. P-31.1 (ci-après « LPU »).

- Préoccupations quant à la dissolution de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);
- Préoccupations quant au transfert de la coordination des dons d'organes de Transplant Québec vers Héma-Québec.

Je précise ici que le fait que le Protecteur du citoyen ne se prononce pas sur les autres sujets visés par le projet de loi n'équivaut pas nécessairement à un accord avec les dispositions concernées. Il se peut que ce soit le cas, mais il se peut aussi que le Protecteur du citoyen ne possède pas l'expertise pour les commenter ou estime simplement ne pas être le mieux placé pour ce faire.

1. Traitement des plaintes portant sur la prestation de services préhospitaliers d'urgence par Urgences-santé

Les articles 61 à 73 du projet de loi n° 7 concernent Urgences-santé. Le projet de loi prévoit notamment une « mutualisation de la gouvernance et des services de nature technique ou administrative d'Urgences-santé ». Dans cette perspective, l'article 64 prévoit que le conseil d'administration de Santé Québec forme dorénavant le conseil d'administration d'Urgences-santé. En d'autres termes, le conseil d'administration de Santé Québec servirait aussi de conseil d'administration à Urgences-santé. L'entité « Urgences-santé » continue néanmoins d'exister, bien que plusieurs articles de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*³ (LSPU) soient abrogés.

Le remplacement de l'actuel article 104⁴ de la LSPU entraîne des modifications relatives au processus de traitement des plaintes à l'égard des services d'Urgences-santé. Cet article se lit présentement comme suit :

« 104. Toute personne qui requiert ou utilise les services préhospitaliers d'urgence d'Urgences-santé, peut formuler une plainte à Urgences-santé relativement aux services qu'elle a reçus ou aurait dû recevoir de celle-ci.

Urgences-santé doit nommer un membre de son personnel qui exerce les fonctions d'un commissaire aux plaintes et à la qualité des services prévues par la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (chapitre G-1.021) et établir, par règlement, une procédure d'examen des plaintes. Les dispositions de la partie VII de cette loi s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, au traitement de ces plaintes par Urgences-santé. »⁵ [Nos soulignements]

Ainsi, l'obligation actuellement faite à Urgences-santé de nommer un commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) parmi les membres de son personnel disparaîtrait. Urgences-santé ne recevrait ni ne traiterait dorénavant elle-même les plaintes la concernant.

³ *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, RLRQ, c. S-6.2. (Ci-après LSPU).

⁴ L'article 66 du projet de loi n° 7 prévoit le remplacement des articles 104 à 116 de la LSPU par deux nouveaux articles 104 et 105, sans lien avec les articles actuels.

⁵ LSPU, art. 104.

Par l'effet de l'article 63 du projet de loi, c'est dorénavant l'article 16 de la LSPU qui s'appliquerait à toutes les plaintes concernant les services préhospitaliers d'urgence. Cet article est ainsi libellé :

« 16. Une personne qui requiert ou utilise les services préhospitaliers d'urgence requis ou fournis dans sa région peut formuler une plainte directement à Santé Québec ou à l'instance régionale concernée, selon le cas, relativement à de tels services qu'elle a reçus ou aurait dû recevoir.

Les dispositions de la partie VII de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (chapitre G-1.021) ou des sections III à VII du chapitre III du titre II de la partie I de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis* (chapitre S-4.2) s'appliquent au traitement de ces plaintes. »
[Nos soulignements]

Il apparaît donc que les plaintes concernant les services préhospitaliers d'urgence, quelle que soit la région concernée⁶, seraient reçues et traitées par le CPQS de Santé Québec, conformément aux articles 671 et suivants de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*⁷ (LGSSSS).

En conséquence du retrait d'Urgences-santé de la réception et du traitement des plaintes qui concernent ses services, le projet de loi modifie la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*⁸ (LPU), qui encadre le traitement des plaintes par le Protecteur du citoyen, en deuxième instance.

À l'heure actuelle, le traitement des plaintes à l'égard des services d'Urgences-santé par le Protecteur du citoyen est prévu par le paragraphe (3^o) du 1^{er} alinéa de l'article 8 de la LPU, qui se lit actuellement comme suit :

8. Le Protecteur des usagers a pour fonction d'examiner la plainte : [...]

3^o d'une personne qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par Urgences-santé en application des dispositions de l'article 104 de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (chapitre S-6.2) ou qui sont réputées lui avoir été transmises par Urgences-santé en application des dispositions de cet article ou encore qui est insatisfaite du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent. »

[Nos soulignements]

⁶ À l'exception de celles traitées en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis* (chapitre S-4.2).

⁷ *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. G-1.021. (Ci-après LGSSSS).

⁸ *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. P-31.1 (ci-après « LPU »).

L'article 67 du projet de loi n° 7 propose de supprimer ce paragraphe (3°) du 1^{er} alinéa de l'article 8 de la LPU. Ce faisant, la compétence du Protecteur à l'égard des plaintes formulées relativement à la prestation de services préhospitaliers d'urgence, bien qu'elle doive demeurer intacte⁹, apparaît moins clairement.

Au lieu de supprimer le paragraphe (3°) du 1^{er} alinéa de l'article 8 de la LPU, je suis d'avis que de simples modifications à cette disposition – en supprimant la référence à Urgences-santé tout en conservant la référence à la LSPU – permettraient de clarifier le processus d'examen en deuxième instance des plaintes concernant les services préhospitaliers d'urgence.

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande :

R-1 Que l'article 67 du projet de loi n° 7 soit modifié afin de modifier le paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 8 de la LPU par la suppression des termes « par Urgences-santé » partout où ils se trouvent, et par le remplacement de « 104 » par « 16 ».

L'article résultant se lirait ainsi :

« 8. Le Protecteur des usagers a pour fonction d'examiner la plainte : [...]

3° d'une personne qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises en application des dispositions de l'article 16 de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (chapitre S-6.2) ou qui sont réputées lui avoir été transmises en application des dispositions de cet article ou encore qui est insatisfaite du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent. »

2. Dissolution de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Les articles 1 à 57 du projet de loi n° 7 concernent particulièrement l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ces dispositions prévoient la dissolution de l'INSPQ¹⁰, en transférant une partie de ses fonctions à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), qui changerait de nom pour devenir l'Institut québécois de santé et de services sociaux (IQSSS). D'autres pans de la mission de l'INSPQ seraient transférés à Santé Québec (laboratoires nationaux) et au ministère de la Santé et des Services sociaux (recherche et formation).

⁹ Autrement, la compétence serait maintenue par le biais d'une gymnastique juridique qui mènerait à l'application du paragraphe (0,1°) du 1^{er} alinéa de l'article 8 de la LPU :

« 8. Le Protecteur des usagers a pour fonction d'examiner la plainte:

0,1° d'une personne qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services en application du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 680 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (chapitre G-1.021) ou qui sont réputées lui avoir été transmises en vertu de l'article 681 de cette loi ou encore qui est insatisfaite du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent ».

¹⁰ L'article 1 du projet de loi prévoit l'abrogation de la *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec*, RLRQ, c. I-13.1.1.

Des objections sérieuses ont déjà été exprimées pendant les consultations de la Commission des finances publiques quant aux risques de fragmentation ainsi qu'à la perte d'expertise et de spécialisation en santé publique¹¹. J'en ai pris connaissance avec attention. Je ne les reprendrai pas ici, estimant que ces intervenants sont les mieux placés pour se prononcer.

Je souhaite toutefois attirer l'attention sur une préoccupation du Protecteur du citoyen qui, elle aussi, me semble importante : le risque que cette perte d'expertise et de spécialisation en santé publique touche particulièrement les mandats sociaux, notamment la recherche sociale et psychosociale (par exemple, l'étude des déterminants sociaux de la santé et la recherche sur la réduction des inégalités sociales). Cette inquiétude découle du fait que l'INSPQ, actuellement actif en cette matière, pourrait voir ses missions diluées au sein d'un nouvel institut où prédomine une approche essentiellement médicale. En effet, en prévoyant la dissolution de l'INSPQ et la création de l'IQSSS, le projet de loi reste muet sur la priorité et la continuité accordées à certains de ses mandats stratégiques, notamment ceux liés aux enjeux sociaux.

J'estime important de porter cette préoccupation à l'attention de la Commission.

3. Transfert de la coordination des dons d'organes de Transplant Québec vers Héma-Québec

Les articles 74 à 97 du projet de loi n° 7 concernent le transfert de la coordination des dons d'organes de Transplant Québec vers Héma-Québec. Je suis préoccupé par ce transfert, et surtout par la façon dont le projet de loi prévoit – ou plutôt ne prévoit pas – l'opérationnalisation de celui-ci.

Transplant Québec dispose d'une expertise importante en matière de dons d'organes, établie depuis plus de 50 ans. Sa mission actuelle inclut non seulement la coordination du processus de don d'organes dans son intégralité, mais aussi la promotion de la recherche, la formation ainsi que la promotion de la culture du don d'organes dans la société et au sein du réseau de la santé.

Par son article 75, qui introduit un nouvel article 3.1 à la *Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance*¹², le projet de loi me semble reprendre les éléments essentiels de cette mission. Je ne me prononcerai donc pas sur le bien-fondé du transfert d'activités comme tel. Il semble possible qu'à terme, après une période de transition adéquate, une

¹¹ Institut national de santé publique du Québec, *Les missions de santé publique, vitales et nécessaires – Commentaires sur le projet de loi n° 7, Loi visant à réduire la bureaucratie, à accroître l'efficacité de l'état et à renforcer l'imputabilité des hauts fonctionnaires*, 25 novembre 2025; Roxane Borgès Da Silva *et al.*, *Mémoire – Projet de loi 7 - Loi visant à réduire la bureaucratie, à accroître l'efficacité de l'État et à renforcer l'imputabilité des hauts fonctionnaires*, novembre 2025; Direction régionale de santé publique de Montréal (Sous la coordination de la –), *Mémoire de directrices et de directeurs régionaux de santé publique – Perspective de Directrices et Directeurs de santé publique sur le Projet de loi 7 : Rendre le réseau de santé publique plus efficace*, novembre 2025.

¹² *Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance*, RLRQ, c. H-1.1.

synergie puisse émerger de la fusion. Je note toutefois que plusieurs intervenants du milieu en doutent, dont Transplant Québec et des médecins impliqués dans le don d'organes¹³.

En effet, le projet de loi ne prévoit aucune modalité pour le transfert de la main-d'œuvre de Transplant Québec vers Héma-Québec, ce qui risque fort d'entraîner une perte d'expertise. Je rappelle que Transplant Québec compte sur une main-d'œuvre très spécialisée. Leur rôle est crucial pour maximiser les taux de dons et assurer la rapidité des opérations. Une désorganisation ou un manque de personnel formé pourrait entraîner des pertes d'organes, faute de coordination rapide. Une telle situation est susceptible de compromettre la coordination des dons d'organes ainsi que la qualité de l'accompagnement offert aux donneurs, aux receveurs et à leurs familles. Cet accompagnement inclut notamment du soutien socio-affectif aux personnes qui accèdent au don d'organe, ou à qui on le refuse. C'est un service essentiel, non prévu au projet de loi.

Cet impératif du maintien de l'expertise est aussi reconnu par Héma-Québec qui, dans son mémoire sur le présent projet de loi, écrit :

« Il est donc essentiel que cette expertise soit préservée afin d'assurer le maintien intégral et inconditionnel des services entourant le don et la transplantation d'organes avant, pendant et après le transfert. Pour ce faire, Héma-Québec propose une intégration complète des équipes et des opérations à compter du 1^{er} avril 2026 dans leur forme actuelle, sans changement. »¹⁴

Héma-Québec insiste aussi sur la nécessité de « se doter de moyens financiers adéquats pour assurer la transition »¹⁵ et de prévoir une période de transition suffisante.

Or, rien dans le projet de loi ne permet toutefois d'assurer que le personnel actuel de Transplant Québec pourra, de fait, être embauché par Héma-Québec, ni que les ressources financières nécessaires pour ce faire seront mises à la disposition d'Héma-Québec. Sans de telles garanties, je crains malheureusement que la synergie recherchée ne puisse être atteinte.

Qui plus est, l'absence dans le projet de loi de toute obligation de recourir à l'expertise de Transplant Québec – le seul transfert prévu étant celui des actifs et des passifs¹⁶ – ainsi que le manque de clarté quant au destin de Transplant Québec – dont le nom est retiré de toutes les lois – peut faire craindre des effets hautement préjudiciables pour les citoyens.

Comme protecteur du citoyen, je suis préoccupé par le risque que la chaîne de don d'organes – pourtant très bien établie – ne soit rompue, ainsi que par les conséquences que cela

¹³ Transplant Québec, *Mémoire de Transplant Québec dans le cadre de l'étude du projet de loi 7, Loi visant à réduire la bureaucratie, à accroître l'efficacité de l'État et à renforcer l'imputabilité des hauts fonctionnaires*, 25 novembre 2025; Matthew Weiss (et une centaine de collègues médecins), « *Préserver l'expertise et l'humanité dans le don d'organes* », dans *Le Devoir*, publié le 25 novembre 2025 (mis à jour le 26 novembre 2025).

¹⁴ Héma-Québec, *Organes et tissus – Unir les expertises au bénéfice de la population du Québec*, 25 novembre 2025, p. 11.

¹⁵ *Idem*, p. 11. Héma-Québec précise : « En conservant le budget octroyé à Transplant Québec, Héma-Québec entend assurer le maintien des services ainsi qu'une gestion adéquate des équipes. », mémoire d'Héma-Québec, p. 11.

¹⁶ Article 96 du projet de loi n° 7.

pourrait entraîner pour la population. Sur ces points, j'estime que – dans son état actuel – trop d'éléments manquent au projet de loi pour me rassurer.

En terminant, je note que le projet de loi ne prévoit aucune modification à l'article 7 de la *Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance*, qui précise la composition du conseil d'administration d'Héma-Québec. Le deuxième alinéa de cet article prévoit actuellement des profils de compétence spécifiques pour les membres de ce conseil d'administration, dont des personnes représentant les associations de receveurs de produits et les donneurs de produits ou bénévoles organisateurs de collectes¹⁷. L'équivalent n'est pas prévu par le projet de loi pour des représentants des personnes en attente d'une greffe, des personnes greffées ou des familles de donneurs.

Je suis d'avis que, pour optimiser les chances de succès d'une éventuelle fusion entre Transplant Québec et Héma-Québec, les expertises et la représentativité l'ensemble des mandats de l'organisme résultant doivent être reconnus, notamment au conseil d'administration, là où se trouve le pouvoir décisionnel.

Pour conclure la présente, je tiens à préciser que les commentaires et la recommandation que je soumetts aujourd'hui à la Commission des finances publiques visent à améliorer le projet de loi, à le clarifier et à en diminuer les potentielles répercussions négatives sur les citoyens.

Considérant que ces commentaires et cette recommandation concernent tous le domaine des services de santé et des services sociaux, j'en transmets copie aux instances intéressées.

Je vous prie de recevoir, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée.

Le protecteur du citoyen,

Marc-André Dowd

- c. c. M^{me} France-Élaine Duranceau, ministre responsable de l'Administration gouvernementale et de l'Efficacité de l'État et présidente du Conseil du trésor
- M. Christian Dubé, ministre de la Santé
- M^{me} Sonia Bélanger, ministre responsable des Services sociaux, des Aînés et des Proches aidants
- M. Simon Jolin-Barrette, leader parlementaire du gouvernement
- M^{me} Michelle Setlakwe, leader parlementaire de l'opposition officielle

¹⁷ La composition du conseil d'administration prévue par l'article 7, al. 2 de la *Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance* est la suivante : « Dix de ces membres autres que le président du conseil et le président-directeur général sont identifiés à l'une ou l'autre des catégories suivantes : 1° les associations de receveurs de produits; 2° (*paragraphe abrogé*); 3° les donneurs de produits et les bénévoles organisateurs de collectes; 4° le Collège des médecins du Québec; 5° le milieu de la recherche scientifique; 6° le milieu des affaires; 7° le milieu de la santé publique. »

M. Guillaume Cliche-Rivard, leader parlementaire du deuxième groupe d'opposition
M. Paul St-Pierre Plamondon, chef du troisième groupe d'opposition
M. Michel Garceau, président-directeur général d'Urgences-santé
M^{me} Martine Bouchard, présidente-directrice générale de Transplant Québec,
M^{me} Nathalie Fagnan, présidente et cheffe de la direction d'Héma-Québec
M. Pierre-Gerlier Forest, président-directeur général de l'Institut national de santé publique
M^{me} Michèle de Guise, présidente-directrice générale de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
M^{me} Geneviève Biron, présidente et cheffe de la direction de Santé Québec
M^{me} Danièle Cantin, secrétaire du Conseil du trésor
M. Daniel Paré, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux
M. Félix Fortin-Lauzier, secrétaire de la Commission des finances publiques
M^{me} Vicky Boucher, secrétaire de la Commission de la santé et des services sociaux
M^{me} Roxanne Guévin, secrétaire de la Commission des institutions

Intensiviste pédiatrique au Centre Mère-Enfant Soleil du CHU de Québec, l'auteur est aussi directeur médicale de don d'organes à Transplant Québec et président élu de l'International Society of Organ Donation Professionals. Il cosigne cette lettre avec une centaine de collègues médecins de divers horizons.

Le don d'organes après le décès est l'un des gestes les plus altruistes qu'une personne ou une famille puisse poser. Les circonstances dans lesquelles un don est possible sont toujours tragiques : un proche, parfois même un enfant, vient de subir une blessure ou une maladie fatale. Les familles à qui l'on propose le don d'organes vivent souvent les pires moments de leur vie. Aborder le sujet à ce moment précis exige de l'empathie, du tact et une compréhension profonde des défis médicaux et logistiques complexes qu'implique le prélèvement d'organes pour sauver plusieurs autres vies.

C'est exactement ce savoir-faire que Transplant Québec a développé au cours des 55 dernières années.

Or, le projet de loi 7 récemment proposé par le gouvernement du Québec prévoit de transférer ces responsabilités à Héma-Québec. Cette possibilité soulève de graves préoccupations. Il ne s'agit pas d'une simple réorganisation administrative : c'est une transformation qui risque de désorganiser une chaîne clinique hautement spécialisée et d'affaiblir un système expert qui fonctionne.

Les chirurgiens et les professionnels de la transplantation ont déjà exprimé publiquement leurs inquiétudes face à la disparition de Transplant Québec. Nous, les médecins qui soignons les patients qui peuvent devenir des donneurs d'organes, ajoutons notre voix à ces préoccupations.

Nous sommes celles et ceux qui travaillent dans les unités de soins intensifs et aux urgences, là où les donneuses et donneurs potentiels sont identifiés et dirigés. Nous sommes les médecins qui rencontrent les familles dans leurs heures les plus sombres, après avoir tout tenté pour sauver la vie d'un proche. Nous faisons appel à l'expertise de Transplant Québec pour accompagner ces familles et discuter du consentement au don. Nous savons le temps, la compassion et la rigueur que l'équipe de Transplant Québec consacre à chaque cas. Ces professionnelles et professionnels mobilisent les équipes médicales, accompagnent les familles, gèrent les priorités cliniques et assurent une logistique chirurgicale sans faille.

En tant que professionnelles et professionnels qui collaborent régulièrement avec Transplant Québec, nous savons que ce n'est pas une organisation en difficulté. Au contraire : au cours des cinq dernières années, le nombre de donneurs et donneuses d'organes a augmenté de 20 %, et presque deux fois plus de personnes sont maintenant recommandées chaque année pour un don potentiel. Transplant Québec nous forme et nous soutient tout au long de

l'année, ce qui nous permet d'appuyer à notre tour les équipes hospitalières afin qu'aucune famille ne manque la possibilité de faire ce don de vie.

Cette expertise ne s'improvise pas, et elle ne peut être transférée sans pertes humaines et opérationnelles.

Nous avons le plus grand respect pour Héma-Québec et sa mission essentielle en matière de sang et de tissus. Toutefois, cette mission est fondamentalement différente de celle liée au don d'organes. Contrairement aux tissus, les organes ne peuvent être entreposés dans une banque : les prélèvements doivent être réalisés partout au Québec, jour et nuit, tout au long de l'année, souvent dans des hôpitaux où l'expertise en don d'organes est limitée.

Toute tentative de transfert de l'expertise de Transplant Québec entraînerait inévitablement une perte de personnel et de savoir institutionnel. Cette expertise ne se remplace pas facilement, un coordonnateur en don d'organes suit une formation de six mois avant de travailler indépendamment. De plus, le temps alloué à un processus de fusion détournerait des ressources et des énergies de notre mission première : soutenir les familles et les équipes médicales dans un parcours d'une extrême complexité humaine et clinique. Transplant Québec est reconnu pour son expertise unique et sa capacité à opérationnaliser efficacement le processus de don d'organes au Québec.

Nous invitons le gouvernement à s'appuyer sur cette reconnaissance officielle et à engager un dialogue constructif avec les professionnels sur le terrain.

En conséquence, nous demandons au gouvernement et à l'équipe ministérielle de reconsidérer le projet de fusion prévu dans le projet de loi 7, et de retirer Transplant Québec de cette réforme. Plutôt que de démanteler une structure qui fonctionne, nous espérons qu'ils choisiront de la renforcer, en collaboration avec les expertes et les experts qui œuvrent chaque jour à sauver des vies.

Ont aussi signé cette lettre : Mark Angle, neurointensive care specialist au Montreal Neurological Institute ; Pierre Aslanian, intensiviste adulte soins intensifs au CHUM ; Mohamed Badawy, neurointensive care specialist au Montreal Neurological Institute ; Dennis Bailey, intensiviste pédiatrique au CHUL de CHU de Québec ; Francis-Olivier Beauchamp, intensiviste pédiatrique au CHUL de CHU de Québec ; Réda Bensaidane, neurologue-intensiviste au département des soins intensifs du CHU de Québec-Université Laval ; Marie-Josée Beriault, intensiviste pour le CHAUR CIUSSS MCQ ; Farhan Bhanji, pediatric intensive care physician, Montreal Children's Hospital, McGill University Health Centre ; Jean-Sébastien Bilodeau, intensiviste à Chicoutimi ; Renée Blondin, médecin de famille avec pratique exclusive en médecine d'urgence à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ; Macha Bourdages, intensiviste pédiatrique au

CHUL de CHU de Québec ; Joel Neves Briard, neurologue-intensiviste au CHUM ; Marc Brosseau, intensiviste et médecin coordonnateur en don d'organes, CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont ; Laurence Brunet, interniste-intensiviste au CHU de Québec ; Eric Camiré, anesthésiologiste-intensiviste au département des soins intensifs du CHU de Québec-Université Laval ; Florence Cayouette, intensiviste pédiatrique au CHUL de CHU de Québec ; Pierre-Marc Chagnon, intensiviste au CHUM, professeur adjoint de clinique au département de médecine, président du comité de réanimation cardiorespiratoire du CHUM de l'Université de Montréal ; David Claveau, intensiviste pour le CHAUR CIUSSS MCQ ; Etienne Couture, anesthésiologiste et intensiviste, chercheur, professeur de clinique, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec de l'Université Laval (IUCPQ-UL) ; Philippe Couture, interniste à l'Hôpital Notre-Dame, chef médical des soins intensifs à HND, médecin coordonnateur en don d'organes — CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ; Joseph Dahine, intensiviste adulte à la Cité-de-la-Santé de Laval ; Frédéric D'Aragnon, intensiviste adulte au CIUSSS Estrie-CHUS ; Alexandra Depeault, chirurgienne générale à La Malbaie ; Rachel Deschamps, pédiatre intensiviste au Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec-Université Laval ; Sandra Dial, critical Care Medicine au SMBD du Jewish General Hospital and Montreal Chest Institute, McGill University ; Yves Dufour, médecin à l'urgence de Rimouski ; Annie Dupont-Fournier, interniste CHRR, cheffe de département de médecine spécialisée ; Geneviève Du Pont-Thibodeau, pédiatre intensiviste, professeure agrégée de clinique au CHU Sainte-Justine, Université de Montréal ; Guillaume Emeriaud, intensiviste pédiatrique au CHU Sainte-Justine, professeur au Département de pédiatrie de l'Université de Montréal ; Youssef Ezahr, président du CMDP et chef de département d'anesthésie du CISSS Côte-Nord ; Catherine Farrell, pédiatre-intensiviste au CHU Sainte-Justine, professeure titulaire de clinique à l'Université de Montréal ; Joshua Feder, pediatric intensive care physician, division of critical care medicine au Montreal Children's Hospital du McGill University Health Centre ; Patricia Fontela, pediatric intensive care physician, division of critical care medicine du Montreal Children's Hospital de McGill University Health Centre ; Charles L. Francoeur, chef de service aux soins intensifs adultes du CHU de Québec de l'Université Laval ; Conall Francoeur, pediatric intensive care physician à la division of critical care medicine du Montreal Children's Hospital du McGill University Health Centre ; Benoit Gailloux, médecin de famille qui travaille exclusivement à l'urgence, Hôpital Verdun ; Marie-Pier Girard, interniste à l'Hôpital de La Pocatière ; Jean-Gilles Guimond, intensiviste senior au CHUM ; Mathew Hannouche, organ donation physician, au Montreal Neurological Institute-Hospital du MUHC de la McGill University ; Karen Harrington, intensiviste-pédiatre, responsable médicale, assistance mécanique ventriculaire, directrice du programme de résidence en médecine de soins intensifs chez l'enfant au CHU Sainte-Justine de l'Université de Montréal ; David Hornstein, directeur médecine interne et soins intensifs au Centre de rétablissement des soins intensifs du Centre universitaire de santé McGill ; Patrick Iannattone, assistant professor à l'Université McGill, chief of ICU

à St. Mary's Hospital ; Camille Jutras, intensiviste au CHU Sainte-Justine ; Christophe Kolan, intensiviste au CHUM ; Julien Viau-Lapointe, professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal, interniste-intensiviste et chef du service de médecine interne à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, médecine obstétricale et membre associé (CHUM) ; Denny Laporta, associate professor à l'Université McGill, adult critical care medicine au Jewish General Hospital ; Jean-Christophe Larose, intensiviste au CHUM ; Annie Lavigne, interniste-intensiviste à l'Hôpital Charles-Le Moyne, professeure à l'Université de Sherbrooke, médecin coordonnateur en don d'organes (Montérégie centre) ; Manuel Lavoie-April, neurologue au CH Rimouski ; Guillaume Leblanc, anesthésiologiste-intensiviste au département des soins intensifs du CHU de Québec-Université Laval ; Delphine Leahy, interniste au CH Rimouski ; Stéphanie Leclerc, chirurgien général, intensiviste au département des soins intensifs du CHU de Québec-Université Laval ; Anab Lehr, pediatric intensive care physician, division of critical care medicine du Montreal Children's Hospital du McGill University Health Centre ; Marc-Antoine Lepage, intensiviste au département des soins intensifs du CHU de Québec-Université Laval ; Justin Létourneau, neurointensive care specialist au Montreal Neurological Institute ; Jean-François Lizé, pneumologue-intensiviste, chef des soins intensifs au CHUM, professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal ; Caroline Lord, médecine interne à Rimouski ; Christina Maratta, pediatric intensive care physician à la division of critical care medicine au Montreal Children's Hospital du McGill University Health Centre ; Janemary Mathew, chirurgie générale et soins critiques à Gatineau ; Jean-François Meunier-Morin, interniste au CH Rimouski ; Clément Morin, neurologue au CH Rimouski ; Geneviève Morissette, cheffe de service soins intensifs pédiatrique du CHUL du CHU de Québec ; Christian Muhoza Butoke, spécialiste en médecine interne, pôle Est du CISSS du Bas-Saint-Laurent ; Noura Mustapha, médecine interne au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, Hôpital Notre-Dame ; Étienne Ouellet, intensiviste pour le CHAUR CIUSSS MCQ ; Géraldine Pettersen, intensiviste pédiatre au CHU Sainte-Justine ; Guillaume Plourde, intensiviste au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, chercheur investigateur au Centre de recherche du CHUM, professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal ; Élise Rodrigue, intensiviste pour le CHAUR CIUSSS MCQ ; Anaïs Roussy, interniste, CHRR ; Louis-Octave Roussy, médecin spécialiste en médecine interne à l'hôpital de Rimouski ; Michael Sauthier, pédiatre intensiviste au CHU Sainte-Justine, professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal ; Sam D. Shemie, director, division of critical care medicine au Montreal Children's Hospital du McGill University Health Centre, professor of pediatrics à la McGill University, associate investigator au MUHC Research Institute, medical advisor, system development, Canadian Blood Services, honorary staff physician au department of Critical Care Medicine de l'Hospital for Sick Children, University of Toronto, member of the Order of Canada ; Jean-François Shields, urgentologue et intensiviste au CHU de Québec ; Geneviève Soucy, chirurgienne au CISSS de la Gaspésie ; Rachel Spevack, interniste à l'Hôpital Notre-Dame ; Maude St-Onge, urgentologue-intensiviste au département des soins

intensifs du CHU de Québec-Université Laval ; Samuel Tétrault, anesthésiologiste-intensiviste au département des soins intensifs du CHU de Québec-Université Laval ; Céline Thibault, intensiviste pédiatre au CHU Sainte-Justine ; François Thiboutot, anesthésiologiste-intensiviste au département des soins intensifs du CHU de Québec-Université Laval ; Baruch Toledano, chef de service des soins intensifs pédiatriques, professeur agrégé de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal ; Christine Touzel, interniste au CH Rimouski et médecin coordonnateur en don d'organes pour le BSL ; Dan Tran, médecine interne générale à l'Hôpital Notre-Dame ; Maxime Tremblay-Gravel, cardiologue à l'Institut de cardiologie de Montréal, directeur médical, insuffisance cardiaque avancée, transplantation et support mécanique, professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal, chercheur-boursier clinicien, FRQS ; Vincent Trottier, chirurgien général, intensiviste au département des soins intensifs du CHU de Québec-Université Laval ; Abel Vandershuren, intensiviste au département des soins intensifs du CHU de Québec-Université Laval ; Antoine Halwagi, anesthésiologiste-intensiviste, chef du groupe d'expertise en neuroanesthésie au département d'anesthésiologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal professeur adjoint de clinique au département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur, directeur de programme (DES)-Neuroanesthésiologie à l'Université de Montréal ; Paul Warshawsky, chief, adult intensive care, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, assistant professor, McGill University ; Davinia Withington, pediatric intensive care physician, division of critical care medicine au Montreal Children's Hospital, du McGill University Health Centre ; Evan Wong, associate professor of surgery, McGill University Chair, Competence Committee, General Surgery Residency Program Acute Care Surgery, Trauma & Critical Care Medicine ; Katie Yang, spécialiste en médecine interne à l'Hôpital Notre-Dame ; Austin Zaloum, neurointensive care specialist au Montreal Neurological Institute ; Samara Zavalkoff, pediatric intensive care physician, division of critical care medicine au Montreal Children's Hospital du McGill University Health Centre ; Tamara Znajda, intensiviste-chirurgien au Brunswick Medical Centre à Pointe-Claire.