



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
de la santé et des services sociaux**

**Le lundi 27 octobre 2014 — Vol. 44 N° 11**

Consultations particulières sur projet de loi n° 10 — Loi  
modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la  
santé et des services sociaux notamment par  
l'abolition des agences régionales (5)

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

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec  
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles  
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85  
Québec (Québec)  
G1A 1A3

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:  
[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

**Commission permanente de la santé et des services sociaux**

**Le lundi 27 octobre 2014 — Vol. 44 N° 11**

**Table des matières**

Auditions (suite)	1
Protecteur du citoyen	1
Université de Sherbrooke (UdeS)	11
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)	21

**Intervenants**

M. Marc Tanguay, président

M. Gaéтан Barrette

Mme Diane Lamarre

M. Éric Caire

M. Sébastien Schneeberger

\* Mme Raymonde Saint-Germain, Protectrice du citoyen

\* Mme Luce Samoisette, UdeS

\* M. Pierre Cossette, idem

\* M. Alain Webster, idem

\* Mme Madeleine Nadeau, IUCPQ

\* M. Robert De Larochellière, idem

\* M. Simon Martel, idem

\* Mme Annie Caron, idem

\* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le lundi 27 octobre 2014 — Vol. 44 N° 11

**Consultations particulières sur projet de loi n° 10 — Loi modifiant  
l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services  
sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (5)**

*(Quatorze heures six minutes)*

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leur téléphone cellulaire.

La commission est réunie afin de procéder aux consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n°10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

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

**Le Secrétaire :** Oui, M. le Président. Mme Richard (Duplessis) est remplacée par M. Pagé (Labelle).

**Auditions (suite)**

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Cet après-midi, nous accueillons le Protecteur du citoyen, l'Université de Sherbrooke et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Nous ajournerons les travaux à 17 heures.

Alors, sans plus tarder, nous souhaitons la bienvenue à la Protectrice du citoyen et les personnes qui l'accompagnent. Pour les fins d'enregistrement, je vous demanderais de bien, donc, vous identifier, de même que les personnes qui vous accompagnent, et par la suite vous disposerez d'une période de 10 minutes pour votre exposé. Alors, la parole est à vous.

**Mme Lamarre :** M. le Président.

**Le Président (M. Tanguay) :** Oui, pardon. Excusez-moi. Oui.

**Mme Lamarre :** Compte tenu de l'importance du témoignage et de la présentation du Protecteur du citoyen, je me demandais si on pouvait, avec le consentement, décaler pour ne pas perdre les huit minutes que nous avons déjà amputées.

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, avec consentement?

**Une voix :** ...

**Mme Lamarre :** Vous êtes gentil.

**Le Président (M. Tanguay) :** Consentement. Alors, c'est accordé. Mme la Protectrice du citoyen, le micro est à vous. Merci.

**Protecteur du citoyen**

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Alors, M. le Président, je suis accompagnée, à ma droite, de M. Claude Dussault, qui est vice-protecteur, et, à ma gauche, de M. Michel Clavet, qui est conseiller et spécialiste des enjeux de gestion en santé et services sociaux.

M. le ministre, Mmes, MM. les membres de la commission, je vous remercie d'avoir sollicité le point de vue du Protecteur du citoyen. Conformément à notre mission, notre angle premier d'analyse est celui de l'impact concret de tout projet de loi sur la qualité des services publics et le respect des droits des usagers. Le Protecteur du citoyen n'a aucun attachement particulier aux structures. Ses préoccupations concernent l'accès des citoyens à des services de santé ainsi qu'à des services sociaux de qualité, en temps opportun, de manière équitable et dans le respect des impératifs d'un régime universel. Il lui importe que la condition économique d'un citoyen ne lui soit pas préjudiciable et que ce soit son état de santé et non sa capacité de payer qui lui permette cet accès en temps requis. C'est sur la base de ces seuls intérêts et impératifs que nous avons examiné le projet de loi.

Le Protecteur du citoyen s'intéresse aux questions qui touchent la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux parce que, dans un grand nombre de situations problématiques constatées, les dysfonctionnements que nous avons observés ont des liens directs ou indirects avec la gouvernance. Le manque fréquent de coordination dès lors que deux établissements ou plus doivent collaborer, les problèmes d'accessibilité aux services sont la première cause d'insatisfaction chez nos plaignants, et ils peuvent être liés à des facteurs comme l'organisation du travail, le manque d'imputabilité ou l'inefficience de certains processus. Ce sont des dimensions importantes de la gouvernance.

Si j'avais à faire la synthèse des constats de nos interventions, je dirais que l'accès à des services de qualité, clairement définis, bien intégrés et dispensés à des coûts raisonnables passe par un allègement des structures, une imputabilité renforcée et une clarification du panier de services. Je constate que le projet de loi n° 10 cible ces deux premiers enjeux, je reviendrai sur le troisième.

• (14 h 10) •

Dans la mesure où plusieurs conditions sont respectées, les objectifs visés par le projet de loi rejoignent les préoccupations du Protecteur du citoyen. Mais je veux insister sur les risques importants que pose la réorganisation projetée et attirer votre attention sur la nécessité d'une transition rigoureuse, ordonnée, avec des échéanciers raisonnables et qui incluent une évaluation des coûts de transition réaliste et crédible. Bref, si le Protecteur du citoyen est d'accord sur le fond et à terme avec la destination proposée, il marque l'importance de prendre le temps de bien faire les choses et de baliser strictement le chemin à parcourir. Une chose est certaine, et je suis bien consciente qu'il s'agit là d'un défi important, parallèlement à cette réforme sur la gouvernance et non après, la prestation de services doit être améliorée au plan de l'accessibilité, de l'équité et de l'efficacité partout au Québec.

Je suis d'avis que la disparition d'un palier décisionnel, celui des agences, permettra de mettre fin au chevauchement des responsabilités qui existe actuellement entre le ministre, les agences et les établissements. La répartition plus claire des responsabilités entre le ministre et les nouveaux CISSS est aussi de nature à renforcer la coordination du réseau et son imputabilité. De même, l'une des forces de ce projet de loi est la meilleure intégration des services qu'il permet d'anticiper. La fusion des établissements au palier régional a le potentiel d'améliorer la continuité des services, leur fluidité et, par voie de conséquence, à terme, leur accessibilité. C'est pourquoi, sauf sur les territoires plus peuplés, le Protecteur du citoyen souscrit à cette logique qui consiste à établir un établissement par région. Nous y voyons une réponse pertinente au problème, trop souvent rencontré dans nos enquêtes, de manque de coordination lorsque plusieurs établissements sont sollicités dans le parcours de services d'un usager. Trop souvent, les plans de services ne sont pas réalisés, mis à jour, suivis ou intégrés par chacun des établissements concernés. Voilà pourquoi, entre autres, le Protecteur du citoyen appuie l'idée de l'intégration régionale des services. Cela étant dit, j'invite à la prudence. Les experts s'entendent pour estimer à environ un demi-million d'habitants le seuil maximal au-delà duquel la planification et la coordination des services deviennent moins efficaces. Cela pose la question de la valeur du modèle proposé dans les régions plus peuplées comme la Montérégie, les Laurentides et la Capitale-Nationale.

Au-delà de ces questionnements qui touchent la nouvelle structure proposée, ma principale préoccupation, et je tiens à la marquer, concerne la planification de la transition. Une réorganisation d'une telle ampleur n'est pas sans susciter des appréhensions très importantes chez les divers acteurs du réseau. Il importe que cette transition soit menée de manière transparente, en prenant le temps d'évaluer tous les impacts, positifs comme négatifs, des mesures proposées et d'en évaluer les coûts directs et indirects à l'aide de normes économiques et comptables reconnues. Je pense, entre autres, aux coûts importants qu'entraînera à court et moyen terme la gestion intégrée des divers actifs informationnels que le ministère compte rapatrier. Également, il faut prévoir les différentes étapes de façon détaillée et accorder des échéanciers réalistes de réalisation. C'est à ces conditions essentielles qu'on pourra envisager sereinement l'implantation d'une telle réforme. Sinon, et cela serait vraiment regrettable, c'est l'utilisateur qui va en faire les frais.

Un autre risque, que d'autres intervenants ont aussi souligné, est que la mission médicohospitalière absorbe une large part des ressources au détriment de la prévention, de l'intervention psychosociale ou de réadaptation au sein des futurs CISSS. À ce sujet, notre mémoire note les risques que soit favorisée la mission médicohospitalière en dépit des efforts mis de l'avant pour réorienter les budgets vers la première ligne de services. C'est du moins ce qui s'est passé lors de la création des réseaux locaux de services en 2005, et cela est reconnu par une évaluation qu'a produite le ministère de la Santé et des Services sociaux lui-même.

On dit que le passé est garant de l'avenir. J'en appelle à toute la vigilance du ministre et du ministère pour éviter que cette restructuration ne se réalise au détriment de la prise en charge adéquate des problématiques qui en ont un crucial besoin. Les programmes-services importants paraissent plus à risque : jeunes en difficulté, soutien à l'autonomie des personnes âgées, santé mentale, dépendance, déficience physique et déficience intellectuelle ainsi que troubles envahissants du développement. Au-delà de l'article 55 du projet de loi, qui interdit avec pertinence la permutation des budgets entre les programmes-services, d'autres pare-feux et des balises claires doivent être établis pour éviter des glissements budgétaires en défaveur des missions de prévention, de réadaptation et d'intervention psychosociale.

Une autre préoccupation, la préservation de la participation des usagers. L'abolition du système électoral actuel pour le choix des représentants de la population, tel que le prévoit le projet de loi, se justifie. Le taux infime de participation à ces élections, le grand nombre de sièges laissés vacants faute de candidats ou encore de candidats élus par acclamation, ainsi que le coût élevé de l'exercice amènent effectivement à questionner la validité même de ce processus. De même, la participation des usagers et le respect de leurs droits ne sont pas incompatibles avec le choix d'une représentation au conseil d'administration fondée sur l'expertise, tel que le vise le projet de loi.

Cependant, il m'apparaît essentiel de préserver les espaces de participation démocratique — je réfère, entre autres, au comité des usagers. Il est impératif que les usagers et les comités qui les représentent puissent donner leur point de vue aux autorités sur la qualité des services et le respect de leurs droits. Il y a là une lacune, à mon avis, et notre mémoire esquisse quelques suggestions pour y suppléer. Entre autres, nous recommandons de maintenir à deux le nombre de représentants des usagers au conseil d'administration, l'un devant avoir de l'expérience auprès des établissements de santé et l'autre, auprès des établissements de services sociaux.

J'en viens à la clarification du panier de services. Année après année nous observons l'effritement graduel de l'offre publique de services de santé et, d'une manière encore davantage marquée, de services sociaux. De plus en plus, on exclut dans les faits, sans annonce officielle, des services qui autrefois étaient couverts par le régime universel. En réalité, l'offre

de services présentée est plus généreuse que ce que les ressources disponibles permettent d'offrir, et, de longue date, on laisse aller. Étant donné la difficulté à faire face à la croissance des coûts, on réduit les services en périphérie ou on procède à une désassurance implicite. Une autre approche est celle qui consiste à sortir le service du milieu hospitalier pour l'offrir en clinique. L'acte médical est alors couvert par la RAMQ, mais sa composante technique ne l'est pas. Des usagers se trouvent alors à devoir assumer ces frais. Comment expliquer à un usager qu'il doit payer 40 \$ pour un sparadrap de 4 cm carrés installé à la suite d'une chirurgie mineure dans une clinique, alors qu'à l'hôpital les pansements sont gratuits?

À défaut de faire des choix clairs et transparents, l'iniquité s'installe. Il y a ici un enjeu de gouvernance. Sur quelles balises devront s'appuyer les gestionnaires pour concrétiser l'intégration des politiques régionales en conséquence de la sanction du projet de loi? Il ne faut pas qu'ils choisissent le nivellement par le bas de l'offre de services en raison des pressions budgétaires. À notre avis, c'est au ministre que revient la responsabilité de définir les balises d'une offre de services équitable.

Je conclus sur l'impérieuse nécessité et le devoir d'intérêt public que la mise en oeuvre de ces modifications proposées à l'organisation et à la gouvernance du réseau s'harmonise avec le déploiement de tous les efforts requis pour maintenir et améliorer la prestation de services au plan de l'accessibilité, de l'équité et de l'efficience partout au Québec. Je vous remercie.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup, Mme la Protectrice du citoyen. Alors, s'amorce une période d'échange. Nous allons débiter avec les représentants de la banquette ministérielle. Et je cède la parole au ministre de la Santé pour une période de 23 min 30 s.

**M. Barrette :** Mme St-Germain, M. Dussault, M. Clavet, merci d'être venus, et surtout merci pour la clarté, la limpidité et la substance de votre mémoire. Je dirais qu'en quatre pages vous avez résumé essentiellement toute la pensée qu'il y avait derrière le projet de loi. Et je reçois très favorablement vos critiques parce que le projet de loi n'est pas parfait et les critiques que vous venez de nous faire, entre autres dans vos derniers propos, sont, à mon avis, très pertinentes. Vous me permettez juste de remercier puis peut-être vous donner un peu la parole là-dessus un peu plus.

Dans les deux dernières semaines, j'ai été dans une activité de fondation d'un hôpital moyen. Moyen, pas au sens péjoratif du terme, là. Moyen au sens, là : ce n'est pas un hôpital universitaire, puis ce n'est pas un CLSC, puis ce n'est pas péjoratif. Et l'hôpital se plaignait que ça faisait 10 ans qu'il voulait avoir un corridor de services en oncologie avec le plus gros hôpital, qui, lui, était universitaire évidemment, puis qu'il n'a jamais été capable. Et mettons que, comme vous l'avez dit, en termes d'intégration, c'est censé être ça qu'on cherche dans notre système de santé, faire en sorte que, le patient qui est dépisté ou diagnostiqué à la première ligne, qui arrive à son investigation en deuxième ligne et, quand c'est nécessaire, d'aller à la troisième ligne, ça se fasse sans ambages, et malheureusement ça ne se fait pas. Et vous y avez fait référence... Bien, en tout cas, ça se fait parfois, mais ça ne se fait pas tout le temps. Et, comme Protectrice du citoyen, j'imagine que vous avez de nombreux exemples à nous donner à cet effet-là. Je comprends donc que l'intégration, pour vous, est un élément qui est très pertinent dans notre système de santé et j'irais même jusqu'à dire que c'est une des faiblesses de notre système de santé. J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

• (14 h 20) •

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Effectivement, les constats de nos enquêtes nous amènent à réaliser combien il y a un fonctionnement en silo dans le réseau de la santé et que même, à l'intérieur d'une même région, il y a un fonctionnement en morcellement qui fait qu'il y a une inéquité intrarégionale. C'est très difficile d'avoir un portrait d'ensemble et d'avoir des services qui sont offerts en continuité à partir du moment où un citoyen a un diagnostic. Souvent, d'ailleurs, on publie les délais d'attente en tenant compte du moment où on a eu le diagnostic, c'est une chose, mais le début du traitement, souvent, c'est beaucoup plus loin. Alors, pour le citoyen, c'est encore de l'attente, c'est des bris de service qui peuvent être parfois très dommageables et c'est un déséquilibre entre les services de santé et les services sociaux qu'il demeure aussi à intégrer.

Alors, c'est pourquoi, moi, je souscris, théoriquement en tout cas, à cette volonté de faire en sorte que, sur une base régionale, les services vont être intégrés. Donc, le rôle du nouvel établissement, du CISSS, selon ma compréhension, ça va être de s'assurer que les politiques sont bien intégrées, qu'il y a une fluidité entre les services, qu'on a une vue d'ensemble du portrait de l'usager et de ses besoins et qu'il n'y aura pas d'inéquité interrégionale. Donc, on va organiser les services à l'échelle de la région d'une manière qui devra être plus efficace, plus efficiente et donner à terme de meilleurs résultats.

**M. Barrette :** C'est exactement, Mme Saint-Germain, ce que l'on veut faire, c'est fondamentalement ça. Et, quand, il y a deux semaines, je faisais la tournée des régions en rencontrant toutes les directions de toutes les institutions, je disais à tout le monde la chose suivante : Un jeune dans un centre jeunesse doit être traité sur le même pied d'égalité qu'un individu qui va se faire opérer en neurochirurgie. Il y en a un qui est très spectaculaire parce que c'est la grande technologie puis c'est la grosse chirurgie, puis il y en a un autre qu'on a tendance à oublier évidemment et qui se sent un petit peu largué. Et l'objectif est de faire... Et ça, c'est, pour moi, une orientation ministérielle. Les gens sur le terrain doivent livrer, l'orientation doit être claire, tout le monde doit être traité sur le même pied et avec la même équité, comme vous le disiez.

Vous avez fait mention de risques, et je dois vous avouer que je suis très sensible à votre opinion là-dessus parce que j'ai les mêmes appréhensions, parce qu'évidemment on ne peut pas prédire le futur, mais on veut essayer de se prémunir contre des écueils. Vous avez mentionné la nécessité d'avoir une transition rigoureuse et des balises claires des garde-fous

budgétaires. Peut-être que vous allez me dire qu'à partir du moment où on fait de la réforme ce n'est pas nécessaire d'aller à la vitesse de la lumière, peut-être que vous allez dire autre chose. J'aimerais ça vous entendre sur cet aspect-là, les garde-fous, la transition, comment vous voyez cette affaire-là. Et quelles recommandations pourriez-vous nous faire... ou, du moins, quels écueils penseriez-vous qu'on devrait éviter dans cette optique-là?

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Alors, M. le Président, sur la vitesse, je vous dirais qu'il ne faut pas se précipiter, en même temps qu'une réforme ne doit pas non plus s'éterniser. Par contre, le succès d'une réforme, c'est beaucoup basé sur la connaissance des risques, ce que le ministre vient d'appeler les écueils, et sur les mesures de contingentement, donc les mesures de prise en charge pour pouvoir contrer ces réformes-là ou ces risques-là.

M. le ministre, vous avez publié, il y a quelque temps... ou rendu public un tableau sur les économies qui sont cumulées, et je me rends compte donc que ça, c'est un aspect, une dimension quand même qui est importante de la dimension économique et comptable, mais, sur le plan financier, il y a aussi, à mon avis, d'autres risques à considérer, par exemple celui de l'intégration, enfin, du rapatriement au ministère des 35 systèmes d'information. Je pense qu'à la base même ce concept-là, il est positif, et l'objectif derrière ça, c'est notamment de faire en sorte que ces systèmes-là puissent fonctionner ou être utilisés de manière à accompagner l'intégration des services : un seul dossier patient, une seule liste d'attente, une seule carte d'identification au sein des établissements.

Donc, l'objectif, il est louable, mais il y a de nombreux risques financiers. On connaît les coûts, on connaît des dérapages qui sont survenus dans des systèmes informatiques, à commencer par le Dossier santé lui-même. Alors, sur ce plan-là, moi, j'invite à beaucoup non pas, comment dire, de crainte, mais à beaucoup d'implication pour s'assurer qu'il n'y aura pas de dérapage financier, que ce qu'on demande n'est pas trop gros et que ces systèmes-là vont être fonctionnels au moindre coût possible et le plus efficaces possible. Parmi les autres risques aussi, c'est celui surtout que les établissements sont principalement hospitaliers à l'intérieur des CISSS, et on l'a vu avec la réforme de 2005, c'est celui qu'on n'assure pas un équilibre entre les besoins médicaux, médicaux hospitaliers et les besoins psychosociaux.

Je vais prendre une analogie. Je pense que le ministre est assez près de ces enjeux-là. Dans certains dossiers, au niveau médical, on est capables d'avoir un diagnostic clair notamment parce qu'on a des équipements radiologiques de fine pointe, etc. et on peut dire, bon, après une IRM : Voici le diagnostic. Dans d'autres dossiers, par exemple la santé mentale, où les besoins en accompagnement sont, oui, des soins médicaux psychiatriques mais après beaucoup d'accompagnement psychosocial, malheureusement on n'a pas cette capacité scientifique d'être aussi précis et d'avoir non seulement des diagnostics, mais des plans de soins. Présentement, il y a déjà un déséquilibre, et un déséquilibre au niveau, je dirais, des ressources et même de l'organisation des services. Alors, il y a quand même ce risque-là que cette réforme... C'est plus facile de couper les budgets quand on n'a pas un diagnostic précis. Donc, cette réforme-là doit préserver cet équilibre et même le renforcer entre les besoins médicaux-hospitaliers et les besoins psychosociaux, à mon avis, très importants. Le système d'informatique, j'en ai parlé.

Certains ont reproché trop de pouvoirs au ministre. Moi, je dirais plutôt, sous une seule réserve, l'imputabilité est beaucoup plus claire présentement, mais je pense que ça va prendre un plan très précis pour s'assurer que tous les éléments de l'imputabilité sont vraiment suivis parce qu'il y aura une reddition de comptes qui va devoir être vraiment très importante, et il n'est pas exclu qu'au fur et à mesure d'une implantation comme celle-là des réajustements doivent être faits. Alors, ça, pour moi, c'est important.

Le rôle du président-directeur général adjoint m'apparaît déterminant et, en tout respect, à mon avis, il devrait pouvoir désigner lui-même qui sera son président-directeur général adjoint. Je pense qu'il y a déjà un conseil d'administration qui est là pour veiller au grain. Le ministre a aussi d'importants pouvoirs au niveau de l'orientation et de la reddition de comptes. À mon avis, ce sont des balises suffisantes. Et il mériterait, je crois, d'avoir une marge de manoeuvre beaucoup plus claire.

Enfin, j'en ai parlé, ce n'est pas un des risques les plus importants, mais c'est quand même un risque, il faut éviter que les gestionnaires soient trop éloignés de la connaissance de l'état de la dispensation des services et de leur qualité. Ça, c'est une dimension qui est une lacune présentement, le fait qu'il y ait beaucoup de conseils d'administration, que les gens soient souvent en réunion, qu'on ait beaucoup d'enjeux liés à la technocratie qui éloignent de la qualité des services et de la reddition de comptes. Combien de fois nous avons appris à un directeur général d'établissement des problèmes de fonctionnement systémiques dans son établissement? Vous me direz que c'est notre travail de le faire. Oui. Mais, en même temps, c'est toujours étonnant de constater qu'on a à apprendre ça à un directeur général d'établissement. Alors, à mon avis, il y a un risque d'éloigner de la prestation de services le dirigeant qui va être responsable de la mise en oeuvre des orientations que le ministre aura décidées et même d'éloigner un conseil d'administration. Alors, il faut vraiment être certain de cette proximité dans la connaissance des besoins et, entre autres, les comités d'usagers, les commissaires... en fait, ce sera le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, mais les commissaires adjoints ont vraiment leur place. Je note ou je comprends que les comités de gestion des risques, les comités sur la qualité des services sont maintenus. Ce sont des comités très importants, y inclus le comité sur la gestion des accidents et incidents. Alors, voilà pour, donc, les principaux.

**M. Barrette :** Je peux vous rassurer. Oui, effectivement, ils sont maintenus...

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Ils sont maintenus, oui?

**M. Barrette :** ...parce que j'ai la même opinion que vous. C'est assez amusant, parce qu'on ne s'est jamais rencontrés, puis là-dessus on a pas mal la même opinion sur bien des éléments. Pour ce qui est de la nomination des

dirigeants, l'idée, dans l'intervention du ministre, qui était décriée par bien des gens, là, dont des gens ici, autour de la table... mais la finalité était de pouvoir sélectionner avec des experts des gens qui ont la compétence en gestion. Je trouve que ça, c'est plus facile à évaluer que la connaissance et la compétence dans les soins. Et je suis d'accord avec vous, là, je suis exactement sur la même ligne, il faut s'assurer que les gens qui dirigent... C'est plus facile pour le P.D.G. parce qu'en général ces gens-là vont être issus du terrain. Pour le conseil d'administration, en général c'est plus difficile parce que ce n'est pas tout le monde qui sont dans le conseil d'administration et qui ont une expérience en santé. Et vous savez comme moi, pour entendre l'autre côté de la montagne, là... Les gens viennent à vous pour vous raconter les mauvais coups, on va dire... peut-être pas les mauvais coups, là, mais les...

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Déficiences.

**M. Barrette :** Pardon?

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Les déficiences.

**M. Barrette :** Les déficiences du système. Souvent, les déficiences du système, vous allez être d'accord avec moi, viennent souvent d'une méconnaissance en haut, comme vous venez de le dire. Alors, pour moi, il est très important de sélectionner des gens sur les conseils d'administration qui savent comment ça marche, un hôpital, qui savent comment ça marche, des services sociaux, qui savent aussi qu'il faut lier les deux en quelque part.

Et j'aimerais ça vous amener sur le terrain que moi aussi, j'affectionne un peu, l'imputabilité. Vous la voyez comment, l'imputabilité dans ce système-là ou dans tout système?

• (14 h 30) •

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Bien, l'imputabilité, elle est liée à la marge de manoeuvre de chacun, c'est-à-dire qu'il faut que les responsabilités soient clairement partagées, ce que le projet de loi n° 10, quant à moi... ce sur quoi il est une amélioration par rapport à la réalité. Donc, responsabilité suffisamment partagée, marge de manoeuvre et moyens pour accomplir les responsabilités. Sur la marge de manoeuvre, comme je vous disais, sous réserve que le président-directeur général puisse avoir la capacité de nommer ses collaborateurs, il me semble qu'il aurait une marge de manoeuvre assez claire et que le rôle du conseil d'administration est également clarifié.

Et l'autre élément, c'est d'avoir le contrôle sur ce dont on est responsable. Et, dans le système qui existe, il y a beaucoup trop de silos, il y a beaucoup trop d'intermédiaires entre le gestionnaire principal de l'établissement et le ministère, notamment un conseil d'administration par établissement local, ce qui, à mon avis, entraîne, là, des coûts de gestion très importants et parfois même des pertes de temps très importantes. Et je dirais que le système actuel rend le ministère capable de se dissocier de ce sur quoi il ne veut pas être tenu responsable et d'assumer parfois des responsabilités qui ne devraient pas être les siennes. Quelque part, le ministère a beau jeu présentement d'invoquer le meilleur des deux mondes selon ce qui fait son affaire, et, avec respect, nous, au Protecteur du citoyen, on le constate.

**M. Barrette :** Et est-ce que je comprends aussi que ce que vous constatez est qu'actuellement dans la chaîne de commandement, il n'y en a pas d'imputabilité, là? Ce que je comprends de votre propos, c'est que finalement tout le monde se cache sur le palier qui est au-dessus ou en dessous, là.

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Bien, c'est une zone de confusion actuellement, l'imputabilité, il faut bien le dire. Est-ce que c'est le président du conseil d'administration ou le directeur général de l'établissement qui est responsable? Des conseils d'administration formés de bénévoles, dans un contexte qui n'est pas adapté à la gestion d'un réseau public de cette envergure-là, c'est certain que ce n'est pas porteur d'imputabilité. En même temps, les zones mêmes, je dirais, de définition des responsabilités du ministère et d'accomplissement de ces responsabilités sont encore à clarifier.

Il y a des choix qui ont été faits dans certains cas. Par exemple, le ministère est responsable du contrôle ultime de la qualité dans les programmes et les services. C'est un enjeu de protection des usagers. On voit que souvent il a remis cette responsabilité aux agences, que les agences, bon, avec des budgets toujours moins élevés que ce qui serait souhaitable pour chacun — mais on vit dans une réalité qui est celle-là — ont souvent coupé sur l'inspection, le suivi des recommandations des inspections. Alors, le contrôle de la qualité a été déficient, ce qui a entraîné des dysfonctionnements, ce qui entraîne des préjudices aux citoyens, ce qui entraîne des coûts.

Alors, oui, la chaîne de commandement n'était pas suffisamment claire, alors que maintenant, en tout cas en théorie, ce qui est prévu est porteur de clarification de cette chaîne-là. On va savoir davantage qui fait quoi. En même temps, évidemment c'est très lourd à gérer dans certains cas. C'est pourquoi je pose certaines questions, notamment sur l'organisation dans les régions de la Capitale-Nationale, des Laurentides et de la Montérégie.

**M. Barrette :** C'est-à-dire, pour ces trois-là?

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** C'est-à-dire qu'il y ait un seul CISSS dans ces régions-là, qui sont quand même des régions de plus d'un demi-million d'habitants, alors qu'il y a des études d'experts qui indiquent qu'au-delà d'un seuil d'un demi-million c'est quand même plus difficile. Alors, est-ce que, dans ces régions-là, il y aura des adaptations qui seront possibles? On verra, avec le temps, on sera... En tout cas, on mettra... Vous parliez des écueils. On mettra peut-être une sonnette, là, sur l'écran radar du plan de transition pour voir comment ça se passe dans ce type de régions là, entre autres, avec le statut aussi des établissements universitaires de la Capitale-Nationale et de l'Estrie, je pense que ce sera à regarder aussi.

**M. Barrette** : Est-ce que, sur ce point-là en particulier, est-ce que... La pensée qu'on a développée est à l'effet qu'un CISSS devrait autant que possible, mais ce n'est pas toujours possible... Par exemple, ce n'est pas possible en Gaspésie. Est-ce que ce serait... La pensée voulait que, le plus souvent possible, on puisse avoir dans le CISSS la chaîne complète, de la première ligne jusqu'à une certaine forme de tertiaire. Tout le monde ne peut pas avoir un hôpital universitaire, on s'entend, mais qu'il y ait quand même un hôpital...

Je vous donne un exemple, là. Chicoutimi, là, l'Hôpital de Chicoutimi, c'est un hôpital qui a son équivalent dans le réseau universitaire, là. Ce n'est pas un centre officiellement, totalement affilié à une université, même s'il y a des activités académiques, il n'en reste pas moins que c'est un hôpital qu'on peut considérer de ce niveau-là. Il se fait de la chirurgie cardiaque, il se fait de la neurochirurgie et il se fait tout le reste dans cette région-là. Et on a essayé de faire en sorte que, tous les CISSS, lorsque possible — puis c'est presque possible partout — il y ait cette chaîne-là au complet. Êtes-vous confortable avec ce concept-là?

**Mme Saint-Germain (Raymonde)** : Avec ce concept-là, oui, dans la mesure où — et c'est ce qui nous semble être prévu — les corridors de services seront facilités, justement, pour la deuxième et la troisième ligne notamment. Et, bien, avec 28 établissements, c'est certain que ce sera plus facile qu'avec 182. Mais encore une fois, c'est l'imputabilité qui est clarifiée, mais il faut vraiment s'assurer... Ça devient lourd à gérer. Donc, l'écran radar est très alerte pour mesurer l'écart entre ce qui est prévu et l'impact sur les services.

**M. Barrette** : Et je ne peux pas m'empêcher de revenir, parce que vous y revenez vous aussi, puis je pense qu'il faut y revenir aussi : L'imputabilité, vous, là, pratiquement, vous la voyez jusqu'où? Jusqu'où ça doit aller, l'imputabilité? L'optique du projet de loi n°10, c'est de faire en sorte que le ministère donne des orientations et que les gens qui sont dans la gestion gèrent, mais de façon imputable. Mais imputable, en pratique, surtout vous qui le voyez de l'autre bord, là...

Vous preniez tantôt l'exemple du contrôle de la qualité. Moi, je peux vous dire que vous avez bien raison. Je peux vous dire que, dans notre réseau, là, du contrôle de la qualité, il s'en fait, mais pas à la tonne. Puis on pourrait améliorer bien des choses. Alors, à un moment donné, l'imputabilité, ça veut dire que techniquement il y a une sanction au bout, là, quand les choses qui sont demandées ne sont pas livrées. Comment vous voyez ça?

**Mme Saint-Germain (Raymonde)** : Bien, moi, je vois que, dans le fond, l'imputabilité, c'est ce qui fait en sorte que le gestionnaire ou la personne responsable doit s'assurer que ce qui est dû au citoyen, ce qui est annoncé dans les programmes et services est livré et que, si ce n'est pas le cas — parce qu'il peut y avoir de très bonnes raisons pour lesquelles on n'arrivera pas à le faire — on sonne l'alarme rapidement là où on doit rendre des comptes, souvent ça va être chez le ministre, avec la nouvelle réforme, pour indiquer, pour regarder les mesures qui doivent être prises pour trouver des solutions.

Alors, dans le fond, le meilleur signe que l'imputabilité est correctement exercée, c'est quand celui qui est imputable est capable de dire : J'en suis là dans l'atteinte des objectifs, dans la livraison des services, et voici que je vais atteindre mon objectif ou que je ne l'atteindrai pas. Et je vous dirais que, pour mieux mesurer l'imputabilité, chaque année, il faudrait aller jusqu'à demander des indicateurs de performance différents dans certains rapports annuels. Parce que je regarde les rapports annuels des agences, et souvent ce sont les rapports d'activités et ça démontre ce que l'agence a fait, mais ça ne démontre pas quel a été l'impact sur la prestation des services qui étaient annoncés et ce qui doit être fait pour améliorer cet impact-là.

**M. Barrette** : Il me reste moins de temps. Il me reste à peu près quatre minutes, M. le Président, je dirais?

**Le Président (M. Tanguay)** : À peu près. Trois... oui, quatre minutes.

**M. Barrette** : J'aimerais ça aborder deux sujets rapidement, Mme Saint-Germain. Vous avez abordé deux éléments, les régions universitaires comme Sherbrooke et la Capitale-Nationale. Est-ce que vous croyez que l'hôpital purement universitaire devrait être séparé du reste ou il devrait être intégré dans un CISSS ou non?

Et l'autre élément, là, c'est comme l'élément de la quadrature du cercle que vous avez abordé, j'aimerais ça vous entendre — peut-être terminer là-dessus, parce que ça peut être une réponse d'une heure, là. Vous avez parlé du panier de services. Vous voulez dire quoi exactement par ça, quand vous l'abordez, ce sujet-là?

**Mme Saint-Germain (Raymonde)** : O.K. M. le Président, sur le premier point : Est-ce que les hôpitaux universitaires de la Capitale-Nationale et de l'Estrie devraient être intégrés?, je n'ai pas la réponse. J'ai plus soulevé la question parce que, contrairement à toutes les autres régions, si on exclut Montréal, ce sont les deux seules régions qui ont des hôpitaux universitaires qui vont être appelés à travailler en corridor de services, et, dans le fond, j'ai plus envie de retourner la question au ministre en disant : Pourquoi vous avez fait ces exceptions-là pour eux, alors qu'on aurait pu leur donner ce statut particulier? Ça fait partie de ce qui doit être sur l'écran radar. À mon avis, il y a peut-être là un risque à gérer dans la transition... ou il y a certainement là un risque de gérer...

Ce que j'entends par le panier de services, M. le Président, c'est... Vous savez, à l'origine, le régime universel, on a annoncé des services précis qui sont couverts par la Régie de l'assurance maladie dans la mesure où évidemment... on dit toujours : Dans la mesure où les ressources sont disponibles. Ces services-là du panier de services, ils sont aussi annoncés dans des politiques du ministère, dans des programmes. Et, dans la réalité — c'est ça qu'on appelle le panier de services — et, dans la réalité, on se rend compte que de plus en plus, souvent sur une base locale, même pas régionale,

mais aussi régionale, parce qu'il y a eu des dépenses ou il y a eu des budgets qui sont différents, on va gruger sur ces services-là ou, avec le temps, on les effrite, on trouve des modes de dispensation qui vont être différents, mais qui vont, dans certains cas, faire que des citoyens vont assumer des frais et d'autres pas, notamment par le recours à des cliniques privées. Et je veux être bien claire, le Protecteur du citoyen ne s'oppose pas du tout au recours à une prestation de services qui soit faite par des cliniques privées dans la mesure où ça demeure à l'intérieur du régime universel et dans la mesure où c'est transparent et où c'est équitable pour tous les citoyens.

Alors, pour moi, en termes clairs, le panier de services, c'est ce qui est prévu à la loi, annoncé dans les programmes, les politiques, les orientations du ministère. Prenons les services de soutien à domicile. On sait très bien que la stratégie pour désengorger les urgences, désengorger aussi les hôpitaux, où il y a des moindres coûts, et éviter, entre autres, l'hospitalisation des personnes âgées en CHSLD, d'y aller le plus tard possible, c'est des services de soutien à domicile, qui, jusqu'à maintenant, relèvent beaucoup des CLSC, mais, dans la réalité, on n'a pas mis suffisamment de ressources pour faire en sorte que ces services soient offerts de manière à atteindre les objectifs hospitaliers qu'on a. Donc, tout ça, c'est une question d'équilibre. Alors, concrètement, dans les services de soutien à domicile, il y a un effritement important du panier de services.

Je pourrais vous donner l'exemple de la santé mentale, les jeunes et aussi, tiens, l'exemple en réadaptation, les jeunes qui ont des besoins des services de centre de réadaptation physique et intellectuelle à la fois. Ce sont deux silos, les CRDI, les CRDITED, ce sont des silos très importants. On ferme le dossier en déficience physique lorsqu'il y a une demande en déficience intellectuelle pour la même personne. Alors, ça, voyez-vous, pour moi, c'est plus qu'effritement du panier de services, c'est le retrait de certains services à des conditions qui ne sont pas prévues par le ministère, qui ne sont pas prévues dans les programmes, mais qui deviennent, dans les faits, pour des enjeux de gestion budgétaire, des décisions locales, mais qui créent des inéquités et un effritement du panier de services.

• (14 h 40) •

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, ceci met précisément fin à la période d'échange de 23 min 30 s. Je cède maintenant la parole à notre collègue députée de Taillon pour un bloc de 14 minutes.

**Mme Lamarre :** Merci beaucoup, M. le Président. Bonjour, Mme Saint-Germain, M. Dussault et M. Clavet. Merci, effectivement, pour votre mémoire, pour votre présentation, qui font une analyse très précise de différents enjeux. Et vous êtes les premiers aussi à aborder certains enjeux sur lesquels j'aimerais vous entendre.

Je commencerais, en fait, par votre conclusion, où vous dites maintenir...un des objectifs, dans le fond, et des priorités du ministre et du ministère de la Santé actuellement devraient être de maintenir et d'améliorer la prestation de services au plan de l'accessibilité, de l'équité et de l'efficacité. La préoccupation qu'on a, c'est que beaucoup de gens constatent l'ampleur de cette réforme, et on n'entend pas le ministre, parallèlement à l'évolution du projet de loi n° 10, nous exprimer de quelle façon transitoirement — parce que c'est une transition qui peut durer un an, deux ans, trois ans — il va prendre d'autres actions concrètes pour améliorer l'accessibilité qui fait défaut, maintenir également... assurer mieux l'équité.

Et vous citez, dans votre présentation, le dossier des frais accessoires, par exemple, pour lequel le ministre s'est souvent opposé, et, pour l'instant, on n'entend plus rien, là, au sujet des frais accessoires. Et votre exemple, je le cite, là : 40 \$ pour l'application d'un pansement, 100 \$ pour l'application des gouttes dans les yeux. On entend ça, là, les citoyens nous en parlent régulièrement. Alors, le projet de loi n° 10 semble paralyser toute autre initiative sur l'accessibilité, l'équité et l'efficacité. Quelles recommandations vous nous donneriez pour assurer qu'on ait quand même des actions concrètes qui se positionnent en attendant la mise en place de toute cette réforme?

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** D'une part, il m'apparaît très important qu'il y ait une directive claire du ministre à tous les conseils d'administration, aux présidents-directeurs généraux des CISSS, à l'effet que, pendant cette période de transition, les programmes et les services demeurent à moins qu'une décision formelle soit prise à ce niveau-là. Et, en même temps, la responsabilité première de l'établissement de chacune des régions, là, exclusion faite de Montréal, devra être de continuer de dispenser les services. Et il ne faut pas que cette réforme-là donne lieu à, comment dire, une mise à côté de la priorité à la dispensation des services. Alors, ça, c'est vraiment, donc, très important.

En plus, je pense qu'il faut s'assurer qu'au niveau des conseils d'administration les enjeux de qualité des services, la nomination, entre autres, des commissaires, du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services et de ses commissaires adjoints, ça devra continuer de se faire et dans un délai très raisonnable. Et il ne faudra pas... Il faudra qu'on soit très près, en d'autres termes, de ces gens-là pour mesurer ce qui est l'écart entre ce qui devrait être en termes de qualité et la réalité sur le terrain.

On a parlé des délais. Autant il ne faut pas que cette réforme-là se fasse sur des années, autant il faut que le plan de transition, le plan de mise en oeuvre soit très rigoureux, très réaliste et qu'il soit connu de tous les intervenants parce qu'il n'y a rien de pire, dans des situations comme celle-là, que le manque d'information, que l'absence d'un plan qui permet aux gens de mettre l'épaule à la roue en sachant où on s'en va. Donc, c'est une autre dimension qui est très importante, le plan de transition, le fait qu'il soit connu et aussi l'accompagnement — très important — aux changements qui vont se faire. Notamment, au niveau de la gestion des effectifs, on voit que — et ça, on peut le comprendre — c'est une des façons de faire des économies, donc, de diminuer les coûts de gestion du réseau. En même temps, c'est des humains qui vont être touchés. Tous ne prendront pas leur retraite ou n'étaient pas sur le point de prendre leur retraite. Alors, cette gestion-là, sur le plan humain, des impacts va être aussi vraiment très importante.

Quant à l'effritement du panier de services, je veux juste ajouter : En théorie, du moins, la vision derrière cette réforme-là, elle paraît quand même intéressante sous l'angle d'économies à faire dans des processus lourds, dans une

organisation trop lourde. Et, à terme, normalement, ça devrait permettre d'avoir plus d'investissements dans les services et moins d'investissements dans le coût de dispensation de ces services-là. Si on prend des exemples, comme une liste d'attente régionale, une carte d'identification régionale, une capacité d'avoir une plus grande fluidité entre les services, notamment la fusion entre les CRDP et les CRDI, ce qu'on peut voir dans le dossier TED, si c'est bien géré, en soi, c'est une source d'intégration. Alors, je dirais, il y a plusieurs facteurs qui influencent une amélioration de la prestation et de l'impact des services, et ça tourne beaucoup autour de la qualité de la transition.

**Mme Lamarre :** Alors, c'est certain que, tout comme vous, j'adhère à l'importance de l'imputabilité et de la reddition de comptes, mais il me semble que, dans l'état actuel de nos structures, il y avait quand même place — et je pense que, dans vos rapports, vous l'avez souvent évoqué — à ce qu'il y ait amélioration de l'imputabilité et de la reddition de comptes. Alors, on demande un peu aux gens de faire un acte de foi à l'endroit d'une nouvelle structure qui va déstabiliser pendant un bon bout de temps tout notre système sans qu'on ait pu se donner la chance, dans le fond, de répondre à ça.

Mais je ne veux pas vous entendre trop sur ce dossier-là, je pense que vous avez raison. Et j'aime beaucoup votre recommandation. Donc, ce que vous demandez et ce qu'on pourrait déjà dire qu'on demande au ministre, c'est un plan de transition détaillé qui prenne compte de la gestion des risques identifiés, mais aussi qui indique les répercussions financières, parce que, pour l'instant, on a évoqué seulement, et vous avez raison, le tableau de 220 millions d'économies. Vous avez vu que, dans ça, il y a un 20 millions de santé publique qui est retiré à toutes les régions et recentralisé. On n'est pas sûrs de l'impact de ça, mais les répercussions financières... il y a des coûts à cette réforme-là, et ils ne sont jamais présentés. Donc, vous demandez qu'il y ait dans le plan de transition une évaluation aussi des répercussions économiques.

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Effectivement, au-delà des évaluations qui sont plus comptables au niveau des effectifs, à mon avis, il faut aussi une évaluation des coûts économiques, parce qu'il y a des investissements à faire pendant la réforme pour s'assurer qu'elle sera bien implantée. Alors, ça compte aussi.

Par contre, M. le Président, je voudrais apporter une précision à ma réponse précédente. Il ne faut pas oublier que les révisions à l'organisation et la gouvernance n'abolissent pas les installations locales. Peut-être qu'au fil du temps, on verra à en fusionner, ça, c'est autre chose, mais les services de proximité demeurent. C'est certain qu'un seul établissement par région ne veut pas dire qu'on abolit les installations qui dispensent des services de manière... sur le plan local. Ça, c'est vraiment important de garder ça en tête, là.

**Mme Lamarre :** Mais simplement, au niveau du conseil des médecins dentistes et pharmaciens... Donc, pour le grand public qui nous écoute, les établissements ont un regroupement de médecins, dentistes et pharmaciens dont la responsabilité est de s'assurer aussi de qualité des actes qui sont posés dans les hôpitaux, par exemple, dans l'hôpital où on va. Là, on comprend qu'on n'aurait qu'un seul mégagros CMDP qui serait responsable d'évaluer la qualité de l'acte dans tous les hôpitaux du territoire, si je pense à la Montérégie, des hôpitaux, donc, entre Vaudreuil-Soulanges et Contrecoeur, incluant tous ceux de Longueuil, et là, on se dit : Pour les participants, pour les médecins qui participent, les pharmaciens, les dentistes, comment faire entendre leurs voix?

Et, les expériences où il y a eu des fusions de ces CMDP, tous les médecins qui ont eu à gérer ces fusions, d'abord ils n'étaient pas nombreux à vouloir prendre cette responsabilité-là, mais ils évoquaient le fait qu'avec justesse chaque personne veut le mieux pour son petit sous-établissement ou son établissement local et donc qu'il y avait énormément de temps qui était passé non pas à s'assurer de la qualité de l'acte, mais bien à tout simplement gérer la conciliation de tous ces besoins pertinents mais parfois très différents et difficiles à prioriser.

Alors, comment vous voyez, au niveau de la qualité... Je sais que vous êtes très sensible à la qualité des soins. Comment vous voyez que ces grands CMDP vont pouvoir répondre mieux dans le contexte prévu au projet de loi n° 10?

• (14 h 50) •

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Bien, je pense, M. le Président, que l'imputabilité, on en a parlé, va incomber aux membres des CMDP de s'assurer que leurs confrères et consœurs dans les établissements concernés sont bien consultés. Ce sera à eux... On parle d'imputabilité, mais ça ne va pas jusqu'à définir tous les modes de consultation interne. Donc, ce sera à eux de se doter de façons de faire qui vont faire en sorte que le CMDP régional sera vraiment en mesure de rendre compte sur une base régionale de la nature des problématiques. Et, dans certains cas, je dois dire avec respect, je ne suis pas certaine que les problématiques locales sont à ce point disparates pour qu'on ne puisse pas, si on a une vision d'ensemble au niveau régional, qu'on ne puisse pas justement faire le point et trouver les solutions qui s'imposent.

Ce que l'on constate, au Protecteur du citoyen, trop souvent, présentement, c'est justement qu'au niveau des décisions qui doivent se prendre par les agences, donc niveau régional, on n'a pas une vision suffisamment adéquate et il y a trop de silos entre les instances locales et les instances régionales. Alors, sur ce plan-là... Et je comprends qu'il y a des risques et que ça ne se fera pas du jour au lendemain, mais, à mon avis, ça dépend de la qualité des modes de travail que vont se donner les CMDP et, je dirais, de la bonne volonté de tous les membres au sein des installations de se concerter. Alors, je pense que, oui, il y a des défis, mais qu'ils ne sont pas insurmontables.

**Mme Lamarre :** On parle quand même de CMDP qui risquent d'avoir entre 1 600 et 2 000 membres maintenant. Alors, c'est ça, ça va être quand même un grand défi, mettons.

Un des éléments aussi sur lequel vous attirez l'attention, c'est l'article 161 du projet de loi n° 10, qui, tel que libellé, donne au ministre, dans le fond, la possibilité de se soustraire à l'obligation de publication et au délai d'entrée en vigueur. Là encore, pour ceux qui nous écoutent, je dirais qu'il y a une structure qui fait qu'il y a des étapes avant l'adoption d'un

projet de loi qui permettent aux gens, au grand public et à tous les organismes de prendre connaissance de la dernière version ou des versions en évolution d'un projet de loi, surtout de cette ampleur-là. Et, par l'article 161 du projet de loi n° 10, le ministre, dans le fond, se donne l'autorisation de transgresser à cette obligation-là. Ça m'apparaît être très, très rare. Est-ce que vous pouvez me donner votre avis sur cette autorisation, là, qu'il semble s'être autoadministrée dans le projet de loi n° 10?

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** En fait, ça s'est fait de plus en plus au cours des dernières années, par une technique de légistique, qu'on soustrait un règlement pris par le gouvernement de la prépublication et donc de la consultation des citoyens. Dans ce cas-ci, cette technique est à nouveau utilisée. Et, à mon avis, c'est d'autant plus important de modifier, d'amender cet article-là que, puisque les... il y aura de moins en moins d'instances de consultation, les CISSS vont avoir une responsabilité, une imputabilité très grande au niveau régional, il me semble qu'à mon avis ce serait une autre façon de s'assurer de la consultation des citoyens et de la consultation de toute personne intéressée qui a, à des fins constructives, au fond, des recommandations à faire lorsque les règlements sont publiés. Alors, pour moi, c'est très important et ça s'inscrit dans, je dirais, les écueils qui sont à éviter, c'est-à-dire celui de ne pas tenir compte du point de vue des gens qui sont les utilisateurs du réseau ou de ceux qui ont une expertise et qui voudraient l'exprimer dans l'exercice de la gouvernance de ce réseau-là.

Alors, à mon avis, ça peut sembler technique comme recommandation, mais, dans la plus-value, la valeur ajoutée que ça pourrait avoir pour le gouvernement et pour le ministre, c'est une disposition qui devrait être abrogée, et tous les règlements devraient être prépubliés, d'autant plus que, s'il y avait une situation d'urgence, la Loi sur les règlements prévoit qu'on peut réduire les délais de publication et qu'on peut même procéder par exception dans la mesure où on le justifie. Alors, je pense que c'est une recommandation que je maintiens.

**Mme Lamarre :** Alors, on espère que le ministre l'entendra. Et donc, pour... Je partage aussi... À la lumière de votre rapport, vous aviez évoqué quatre de vos recommandations sur six qui concernaient les problèmes de santé mentale, et j'entends bien votre préoccupation, et on la perçoit, et on la reçoit bien aussi de la part des organismes qui s'en inquiètent, donc s'assurer de la juste part entre le soutien aux personnes avec un problème de santé mentale par rapport aux grandes technologies.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon. Je cède maintenant la parole au député de La Peltre pour un bloc de 9 min 30 s.

**M. Caire :** Merci, M. le Président. Bonjour à vous trois. Mme la Protectrice, je voudrais aborder avec vous les questions de gouvernance et de participation citoyenne. J'ai trouvé très intéressante votre présentation, puis, à certains égards, je suis assez d'accord avec les constats que vous faites.

Par contre, au niveau de la définition des conseils d'administration, un des éléments qui ont été avancés, auquel je souscris, je dois le dire d'emblée, c'est la possibilité que le critère de compétence ne soit pas nécessairement le premier critère. Quand on pense que le ministre a le pouvoir de désigner tout le monde, il y a cette espèce de crainte qu'un changement de ministre amène un changement aussi à ce niveau-là, qui est peut-être moins souhaitable non seulement sur des bases qui sont moins souhaitables, mais sur le fait qu'on a aussi une certaine stabilité, là, qui ne serait pas là, d'une part.

D'autre part, vous avez aussi dit : Ce serait intéressant que le P.D.G. puisse nommer ses collaborateurs, notamment son P.D.G. adjoint. Est-ce qu'il ne serait pas souhaitable, dans le même ordre d'idées, que le conseil d'administration puisse désigner lui-même son P.D.G., puisqu'il y a une certaine forme d'imputabilité, normalement, d'un P.D.G. envers son conseil d'administration et du conseil d'administration envers le ministère? Donc, j'aimerais vous entendre peut-être un peu plus là-dessus.

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** En fait, je vais commencer par l'expertise des membres des conseils d'administration. Je pense quand même qu'il y a des balises dans la loi qui font en sorte que le ministre, quel que soit le ministre, là, ne pourra pas nommer qui il veut sans qu'il ait eu des recommandations de la part notamment des comités de gouvernance, là — on me donne l'article — en fait, lorsque le président... Bon.

C'est l'article 9, en fait. Les représentants devront être... Les experts devront être nommés par le ministre, mais à partir des recommandations d'organismes reconnus qui sont spécialisés dans la gouvernance. Alors là, à mon avis, il y a quand même déjà une première balise, c'est-à-dire qu'en principe ces organismes-là sont des organismes indépendants qui auront recommandé des personnes qualifiées en matière de gouvernance, et ça, ça m'apparaît important.

Sur la question de l'usager, des usagers, je recommande qu'il y en ait deux plutôt qu'un au conseil d'administration, donc le maintien de la représentation actuelle, qui est déjà quand même peu nombreuse, et que le deuxième soit quelqu'un qui est plus habitué de transiger ou de... expérimenté avec des établissements de services sociaux pour justement prévenir ce déséquilibre, justement, entre tout ce qui est médical, hospitalier versus les importants services en santé et services sociaux.

Par ailleurs, votre question, vous dites : Est-ce que ça devrait être le conseil d'administration plutôt que le ministre? Vous savez qu'avant la réforme de 2005 c'était quand même le ministre, sur recommandation d'un comité, qui nommait les présidents-directeurs généraux des agences de la santé. À mon avis, ce n'était pas une mauvaise formule. J'ai un peu de difficultés, s'agissant d'un réseau public, à faire davantage confiance à des conseils d'administration non élus par la population plutôt qu'à un ministre qui, lui, est... c'est un député, il est élu par la population, le premier ministre juge qu'il a les qualités pour être un ministre de la Santé. Donc, en ce qui me concerne, ce n'est pas incompatible avec une gestion adéquate.

Et je pense qu'il y a suffisamment de balises dans la loi pour faire en sorte que les membres des conseils d'administration seront des gens experts parce que c'est vraiment une approche de nomination d'expertise plus représentation des usagers. Et, à mon avis, s'il y avait vraiment des nominations qui ne répondent pas aux critères d'expertise, bien c'est qu'on aurait un problème d'imputabilité, là, du ministre parce que les balises sont quand même dans la loi sur ce plan-là, à mon avis.

• (15 heures) •

**M. Caire :** Je me permets peut-être de signaler que vous avez raison sur le fait qu'il y a un comité d'experts qui soumet au ministre un certain nombre de candidatures. Mais il est aussi précisé que, si le ministre n'est pas d'accord avec la liste, il peut passer outre. Est-ce que ces dispositions-là devraient être retirées du projet de loi et s'en tenir à la liste du comité d'experts?

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Sur ce plan-là, je dirais qu'on n'a pas manqué d'excès de prudence, alors qu'il y a d'autres risques aussi à gérer. C'est une précision effectivement dans la loi qui suscite des interrogations. Ce serait intéressant d'entendre pourquoi elle est là. Mais c'est vrai que c'est une précision très pointue et que normalement, avec le nombre aussi, c'est un minimum de quatre noms, donc ça pourrait effectivement être suffisant.

**M. Caire :** O.K. Dans un autre... bien, dans la même continuité, vous parlez de l'importance d'avoir les comités d'usagers, qui jouent un rôle important au niveau de la nouvelle structure. J'en suis. Maintenant, là où je me questionne, c'est : Des CISSS qui vont couvrir un très grand territoire, comment on peut orchestrer, organiser les comités d'usagers pour qu'ils soient significatifs quand même au niveau local, favoriser la participation citoyenne — et question à développement, vous le comprendrez — et comment on peut les intégrer à la structure de gouvernance pour qu'ils soient plus que des spectateurs avisés, là?

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** M. le Président, je veux apporter une précision. Je n'ai pas parlé des comités de résidents parce que c'est clair qu'ils seront maintenus. Dans le cas des comités d'usagers, c'est quand même moins clair, c'est une préoccupation effectivement très importante pour le Protecteur du citoyen, et c'est pourquoi j'ai souligné, entre autres, que ce sera important que les regroupements d'usagers qui existent actuellement et qui justement permettent de favoriser les liens entre les usagers des divers établissements des diverses régions puissent continuer de travailler. Ce sont des regroupements aussi qui aident à la formation des comités d'usagers et qui reçoivent une aide du ministère pour pouvoir se concerter. Alors, ça, ça m'apparaît une dimension importante. En même temps, les deux représentants des usagers qui seront au conseil d'administration des CISSS, effectivement, ce sera important qu'ils puissent avoir accès à ces regroupements, à ces comités pour pouvoir avoir le son de cloche du terrain. Alors, maintien effectivement des regroupements des comités d'usagers et des comités de résidents.

**M. Caire :** Parce que, dans des grands territoires, on comprend que les comités d'usagers sont constitués de gens qui sont essentiellement bénévoles, qui veulent s'impliquer dans leur communauté. La question que je me posais, c'est : Est-ce qu'il n'y a pas un danger? Parce que, dans le réseau, c'est des gens qui travaillent à temps plein, c'est plus facile de se réseauter dans ce contexte-là que quand on fait ça de façon un peu... à temps partiel, comme implication sociale. Donc, quels outils on pourrait leur donner, selon vous, aux comités d'usagers, pour s'assurer que ce sont quand même des réseaux qui sont solides, bien structurés, où l'information se véhicule bien, surtout dans des très grandes structures, et où on est capable, là, de leur donner vraiment la capacité d'assumer pleinement leur rôle de chien de garde des usagers?

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Alors, en plus du maintien de leur regroupement actuel au niveau du Québec, qui leur permette d'avoir accès à de la formation en commun, des pratiques communes, différents dossiers, par exemple, pour accompagner un plaignant, on y fait référence au paragraphe 45 de notre mémoire, mais sans donner, je dirais, autant de solutions précises, là, que peut-être elles seraient requises. Mais ce qu'on soulève, c'est que le projet de loi pourrait créer, par exemple, un comité régional qui regrouperait tous les comités des points de service, des sous-comités d'usagers dans chacune des installations ou encore diviser les territoires en zones de comités d'usagers. Ce sont des moyens possibles.

Mais on pense que, dans le plan de transition, il faudrait proposer des moyens qui permettraient plus concrètement cette participation démocratique des usagers, là, au système public. Et auparavant on soulignait qu'effectivement, sur ce plan-là, je pense que les architectes de la réforme, là, pourraient être plus précis et plus concrets. Parce qu'encore une fois c'est une façon, autant pour le ministre que pour les conseils d'administration et le président-directeur général, d'avoir le pouls de la population et, dans certains cas, de rectifier le tir au fur et à mesure que des problèmes se présentent, avant que ça se développe et que ça devienne beaucoup plus gros. Donc, question pertinente et réponse, j'en suis consciente, plus générale. Mais, effectivement, il y a un soutien plus grand à apporter pour une meilleure concertation des comités d'usagers.

**M. Caire :** Vous êtes d'accord qu'il y a une réflexion à poursuivre de...

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** Oui, oui.

**M. Caire :** Je vais aussi... Vous avez amené la notion des entités qui deviennent trop grosses. On a entendu, la semaine dernière, quelqu'un qui est venu nous dire que la littérature disait qu'au-delà de 100 000 une structure perdait de son efficacité au niveau administratif. Vous amenez le chiffre de 500 000. Bon, vous avez parlé d'études, mais j'aimerais

ça vous entendre peut-être un peu plus précisément là-dessus. Parce qu'effectivement, même si le chiffre est différent il y a quand même une préoccupation de voir des structures qui, dépassé une certaine taille, deviennent inefficaces. Et donc je comprends...

**Le Président (M. Tanguay) :** Malheureusement, le temps est écoulé. Je vais vous laisser 10 secondes peut-être pour rapidement répondre, si vous voulez répondre.

**M. Caire :** Déjà?

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** En fait, je vais... On va mettre à la disposition de l'ensemble des membres de la commission nos sources sur cette question-là...

**Le Président (M. Tanguay) :** Ah! Parfait!

**Mme Saint-Germain (Raymonde) :** ...qui sont quand même très précises. Et le chiffre à nous, effectivement, c'est un demi-million, 500 000.

**Le Président (M. Tanguay) :** Bon, alors je vous remercie beaucoup... nous vous remercions, donc, d'avoir participé à nos travaux.

Et j'invite maintenant les représentants de l'Université de Sherbrooke à prendre place, et nous allons suspendre momentanément nos travaux.

*(Suspension de la séance à 15 h 6)*

*(Reprise à 15 h 9)*

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Nous souhaitons maintenant la bienvenue aux représentants de l'Université de Sherbrooke.

Alors, je vous demanderais de bien vouloir vous présenter, ainsi que ceux qui vous accompagnent. Et par la suite vous disposerez d'une période de 10 minutes pour votre exposé, et après s'ensuivra un échange. Alors, la parole est à vous.

#### **Université de Sherbrooke (UdeS)**

**Mme Samoisette (Luce) :** Merci beaucoup de nous recevoir pour qu'on soit en mesure de vous faire part de nos commentaires sur le projet de loi n° 10. Je suis Luce Samoisette, rectrice de l'Université de Sherbrooke. Je suis accompagnée de Pierre Cossette, doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, et Alain Webster, entre autres, vice-recteur aux relations gouvernementales, avec d'autres fonctions aussi.

• (15 h 10) •

Alors, allons-y d'entrée de jeu. En fait, le titre de notre mémoire résume l'essentiel de notre objectif. Pour nous, il est en effet essentiel de maintenir la qualité des soins offerts à la population de l'Estrie, de la Montérégie, du Saguenay—Lac-Saint-Jean et du Centre-du-Québec en préservant des liens fructueux existant entre les secteurs de la santé et l'éducation supérieure. Nous souscrivons aux objectifs généraux du projet de loi n° 10. Cependant, ce projet de loi n'aborde pas spécifiquement la question de l'arrimage entre le secteur de la santé et celui de l'enseignement supérieur, et les changements de gouvernance proposés pourraient avoir un impact à ce niveau.

Il importe de préciser certains éléments afin de préserver et de consolider des collaborations exemplaires qui participent à la qualité des soins ainsi qu'à la préparation de la relève des professionnels de la santé. Il s'agit d'optimiser l'utilisation des fonds publics pour les deux grandes missions gouvernementales, soit la santé et l'éducation. Bien que la Faculté de médecine et des sciences de la santé soit la faculté de l'UdeS la plus engagée avec le réseau de la santé et de son RUIS, il ne faut pas oublier que plusieurs autres facultés collaborent à la formation des spécialistes avec un ou plusieurs établissements. Par exemple, notre Faculté des lettres et sciences humaines intervient avec les stagiaires en psychologie et service social, notre Faculté de droit intervient également, en plus de notre Faculté d'éducation physique et sportive, la Faculté de génie, Faculté des sciences et également la Faculté d'administration.

Ce déploiement académique s'est avéré également un puissant moteur de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre médicale et professionnelle des établissements partenaires, toujours au bénéfice des populations desservies. Toutes ces collaborations s'appuient sur des contrats d'affiliation. Elles s'accompagnent de représentations appropriées dans la gouvernance de ces établissements, de nominations concertées dans les postes clés de gestion et de mécanismes de direction et de coordination locale de l'enseignement universitaire.

Comme ses partenaires, l'UdeS propose à la commission parlementaire des modifications qui viendront soutenir les objectifs du projet de loi. Nous voulons en plus préserver et accroître la contribution des milieux universitaires à la qualité des soins et à l'amélioration de la performance globale du système de santé et services sociaux québécois.

Je vais maintenant laisser la parole à notre doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé pour vous parler plus amplement des recommandations que nous faisons.

**M. Cossette (Pierre)** : Merci, Mme la rectrice. Donc, nous vous présenterons quatre enjeux avec les recommandations qui en découlent. Le premier enjeu qu'on voit, c'est qu'il importe de préserver les liens fonctionnels au niveau de la gouvernance entre les institutions d'enseignement et de santé. À cet effet, l'Université de Sherbrooke recommande d'octroyer deux sièges pour les représentants universitaires au C.A. des CISSS qui comprennent des établissements désignés CHU, CHA ou institut.

Nous recommandons que le mode de désignation des représentants universitaires au conseil d'administration de ces établissements soit modifié de façon à ce que les universités puissent elles-mêmes désigner leurs représentants, sous réserve de l'approbation du ministre.

Nous recommandons aussi d'établir des mécanismes formels de consultation lors de la nomination des P.D.G. et P.D.G. adjoints de ces mêmes établissements afin d'établir le profil requis, évaluer les candidatures et contribuer à la rédaction des éléments pertinents du mandat.

On recommande aussi de reconduire toutes les dispositions pertinentes des contrats d'affiliation en place avec les établissements intégrés aux CISSS, incluant la nomination de directions de l'enseignement dans les installations désignées CHU ou/et CHA et la création de mécanismes de coordination de stages dans les CISSS nouvellement constitués. C'était pour notre premier enjeu.

Deuxième enjeu, il s'agit de reconnaître, valoriser et développer le pôle central de Sherbrooke et de le doter des moyens pour remplir sa mission, soutenir la présence des programmes de formation qui s'y trouvent et appuyer les soins de la fine pointe qui y sont associés. Conséquemment, l'Université de Sherbrooke recommande :

Pour le réseau de la santé québécois, la création d'une catégorie distincte de CISSS qui sera reconnue comme centre intégré universitaire de santé et de services sociaux, qui seraient des CIUSSS. Seul un CISSS intégrant un CHU désigné en vertu de l'article 88 de la Loi de la santé et des services sociaux peut obtenir ce statut. Notre mémoire présente la mission proposée des CIUSSS, mais, par faute de temps, on pourra y revenir si vous avez des questions, mais ce à quoi pourrait ressembler une désignation de CIUSSS.

Considérant qu'on pourrait avoir cette désignation-là, nous recommanderions, pour l'Estrie, la reconnaissance d'un CIUSSS qui comprendra l'ensemble des établissements de la région, et plus spécifiquement un centre hospitalier universitaire, un centre de réadaptation affilié et l'Institut universitaire de gériatrie. Ça comprendrait aussi la désignation du CIUSSS Estrie comme institut universitaire de première ligne; l'élargissement de la base populationnelle au territoire des Cantons-de-l'Est, incluant les territoires des CSSS La Pommeraie et Haute-Yamaska; l'intégration des CSSS du Centre-du-Québec, soit Drummondville et le CSSS Arthabaska-Érable de l'Estrie, de manière à assurer les masses critiques nécessaires pour maintenir les programmes de formation spécialisés et surspécialisés et les corridors d'enseignement; le maintien des ententes de corridors de services déjà conclues avant le projet de loi n° 10 et répondant aux besoins de la population desservie.

L'Université de Sherbrooke est convaincue que l'Estrie constitue un milieu de premier choix pour amorcer l'implantation au Québec de ce nouveau modèle intégré de soins et de services, en association aussi avec la région du Centre-du-Québec. Nous proposons d'effectuer une démarche rigoureuse d'évaluation de cette transformation.

Troisième enjeu : favoriser la gestion de l'arrimage santé-éducation en Montérégie et permettre la poursuite du développement de la mission universitaire à Charles-Le Moyne et à son centre de recherche. À ce chapitre, l'Université de Sherbrooke recommande de subdiviser le territoire de la Montérégie en fonction des territoires d'enseignement et des corridors naturels de services, principalement primaires et secondaires. Cela se traduirait par les modifications suivantes : regrouper les CSSS et leurs territoires, Champlain, Charles-Le Moyne, Pierre-Boucher, Richelieu-Yamaska ou Haut-Richelieu—Rouville et Pierre-De Saurel dans un CISSS; de rattacher les CSSS Haute-Yamaska et La Pommeraie au CIUSSS de l'Estrie, comme mentionné plus tôt; et de regrouper les CSSS de la région ouest et sud dans un CISSS rattaché au RUIS de l'Université McGill, donc Jardins-Roussillon... On pourra revenir si vous avez des questions sur le modèle.

Deuxième point, nous recommandons de maintenir la désignation universitaire de Charles-Le Moyne et les mécanismes de gestion prévus au contrat d'affiliation en vigueur avec l'Université de Sherbrooke, notamment pour sa direction de l'enseignement et de la recherche.

Troisième point, de prévoir l'implantation d'un mécanisme de coordination des activités d'enseignement dans l'ensemble de ce nouveau CISSS, qui comprendra plusieurs activités d'enseignement dans toutes ses installations.

Quatrième enjeu. Notre quatrième enjeu, c'est de reconnaître et préserver les avancées réalisées depuis l'implantation des réseaux universitaires. En fait, en préambule, avant d'aller directement aux recommandations, il faut réaliser que, bien avant les RUIS, la Faculté de médecine et l'Université de Sherbrooke travaillaient en réseau avec un enseignement déployé en centre secondaire. Par exemple, ça fait plus de 30 ans que nous déployons à Drummondville et Victoriaville une variété de stages de formation.

De même façon, l'Université de Sherbrooke et son CHUS déployaient des corridors de services permettant à la population en réseau d'obtenir les soins surspécialisés de qualité et de constituer les masses critiques qui soutiennent la formation en CHU et en institut. Bien que l'élaboration de ces ententes impliquait les agences, elles étaient conclues essentiellement avec des établissements et leur corps médical. Or, ces établissements seront remplacés par des CISSS. Ça devient un enjeu assez important lorsque le CISSS est dirigé à partir d'une localisation hors du réseau de l'Université de Sherbrooke.

Donc, l'Université de Sherbrooke recommande la garantie du maintien du territoire de desserte de services surspécialisés du territoire du RUIS de l'Université de Sherbrooke. Elle recommande aussi, dans le cadre de cette reconnaissance des territoires de RUIS dans leurs limites actuelles, de confirmer les distinctions nécessaires pour les réseaux d'enseignement au Saguenay—Lac-Saint-Jean et en Montérégie afin de permettre le maintien des déploiements actuels des activités académiques d'enseignement et de recherche qui s'y retrouvent et de poursuivre le développement pertinent en télésanté et en téléformation, sur la base du déploiement des RUIS.

**Mme Samoisette (Luce) :** Encore une fois, l'Université de Sherbrooke et sa Faculté de médecine et des sciences de la santé souhaitent préserver l'arrimage entre le secteur de la santé et celui de l'enseignement supérieur au bénéfice des populations desservies, un objectif que partage sans aucun doute le gouvernement. Pour ce faire, la réalisation des recommandations que nous faisons aujourd'hui est primordiale. Merci de votre attention.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, nous allons maintenant passer à la période d'échange pour un bloc de 22 min 30 s. Je cède la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Mme Samoisette, M. Webster, Dr Cossette, bienvenue. Je dois avouer que je suis agréablement surpris de la présentation, pas surpris dans tous les sens du terme, vous allez évidemment comprendre pourquoi puis vous le savez sûrement. Mais je comprends, de votre présentation, que vous allez dans le sens du projet de loi n° 10, et plus loin.

**M. Cossette (Pierre) :** En fait, avec le modèle des CIUSSS, tout à fait. Donc, c'est une intégration, notamment pour l'Estrie, qui va dans le sens du projet de loi. Il faut savoir qu'il y avait déjà des intégrations en cours des plus petits... Parce que l'Estrie est composée de deux gros établissements de santé puis de plusieurs petits établissements de santé. Il y avait déjà plusieurs fusions en cours. Et il y a effectivement, selon nous, un potentiel d'intégration verticale parce que le CSSS, IUGS puis ces établissements-là concernent essentiellement la première ligne, tandis que le CHUS, c'est deuxième, troisième, quatrième ligne. Donc, on pense qu'il y a un potentiel réel d'intégration spécifiquement pour l'Estrie. Pour ce faire, par contre, le bassin de population doit être suffisant pour vraiment tirer profit de ça, d'où l'importance d'ajouter d'autres CSSS qui pourraient faire ce même type d'intégration là, première, deuxième ligne avec sa troisième, quatrième ligne du milieu universitaire.

• (15 h 20) •

**M. Barrette :** Donc, je comprends que vous, sur le plan... Parce que vous, vous êtes clinicien à la base, même si vous occupez évidemment des fonctions académiques, là, vous êtes un clinicien de formation. Je comprends que vous voyez positivement cette intégration-là dans une région comme la vôtre, intégration qui va de la première ligne, évidemment, jusqu'à la quatrième ligne, qui est le CHU comme tel, et vous y voyez un avantage. Je ne veux pas mettre des mots dans la bouche, mais je veux juste...

**M. Cossette (Pierre) :** ...certainement du potentiel, en tout cas, un beau potentiel qu'on pourrait réaliser.

**M. Barrette :** Donc, dans le sens contraire, s'il n'y en a pas, il y a quand même des choses qui peuvent boiter...

**Mme Samoisette (Luce) :** On est déjà en processus. Dans la région de Sherbrooke, ça fait longtemps que les institutions sont en processus pour travailler ensemble et faire une certaine fusion. Donc, on était déjà avancés à ce niveau-là.

**M. Barrette :** Vous êtes en train de me dire que je suis en retard sur vous.

**Mme Samoisette (Luce) :** C'est vous qui le dites.

**M. Barrette :** C'est correct, ça. Ça ne me dérange pas d'être en retard sur vous, ça permet à certaines autres personnes de comprendre que le projet de loi n° 10 a une plus-value. C'est déjà quelque chose de positif en soi en termes pédagogiques.

Ceci dit, maintenant qu'on a compris, tout le monde, qu'il y avait un avantage à faire cette intégration-là, évidemment j'en suis, là, puis je veux vous le dire, c'est vrai que, vous, à Sherbrooke, je le savais avant, dans mes fonctions précédentes, et je le note aujourd'hui, vous avez fait beaucoup, vous avez vraiment beaucoup intégré. Vous avez été à la base de bien des avancées en termes d'organisation des soins au Québec. Vous avez été les premiers à faire un certain nombre de choses, dont délocaliser, par exemple, là, vous avez été les premiers à délocaliser les facultés de médecine, et vous avez été probablement les premiers à aller dans la direction réelle de ce que voulaient être les RUIS. Dans une certaine mesure, les CIUSSS, c'est quasiment les avatars, dans une certaine mesure, ou la forme évoluée des RUIS, ou plus officialisée, puis vous avez été les premiers à embarquer là-dedans. Et d'ailleurs je vous en félicite, c'est quelque chose qui est tout à fait louable parce qu'à Sherbrooke vous avez réussi à éviter les écueils ou les problèmes de compétition entre le très universitaire et le très première ligne. Et ça, c'est normalement le but d'un système de santé puis c'est à votre honneur.

Maintenant, quand je regarde... pas quand je regarde, mais, quand j'écoute votre présentation, je suis obligé de constater... — puis là, corrigez-moi si je fais une lecture exagérée de la chose — je suis obligé de constater que vous trouvez que vous êtes trop petits puis que vous voudriez être un petit peu plus gros par rapport à ce qu'on propose. C'est correct de dire ça?

**M. Cossette (Pierre) :** Oui. En fait, si on veut vraiment capitaliser sur le modèle, si on fait une analogie avec des modèles américains comme la Cleveland Clinic, qui vient intègrement de la première à la quatrième ligne, bien, pour Cleveland Clinic, ça prend Cleveland, ça prend une base populationnelle qui permet vraiment d'aller dans ce sens-là. Donc, c'est un des enjeux significatifs qu'on voit dans le projet de loi.

**M. Barrette :** Alors donc, vous, à à peu près 300 000, vous trouvez que vous êtes un petit peu petits.

**M. Cossette (Pierre) :** Tout à fait.

**M. Barrette :** O.K. Parfait. Maintenant, je veux juste avoir quelques clarifications sur vos propositions. Et là je veux vraiment, vraiment... Sentez-vous libres, là. Je sais que c'est toujours un peu «touchy», sensible de faire telle ou telle affirmation, là, puis je ne veux pas vous mettre du tout mal à l'aise, mais, dans votre vision, là, vous voulez intégrer dans votre CISSS une partie de la Montérégie au complet, là. Je comprends bien ce que vous me dites, là?

**M. Cossette (Pierre) :** Oui...

**M. Barrette :** Parce que, de la manière que je lis votre affaire, de la manière que vous l'avez présentée, là, le CISSS de Sherbrooke, il va partir du Lac-Mégantic jusqu'au fleuve dans sa partie est.

**M. Cossette (Pierre) :** Pas tout à fait, là, je dirais. C'est sûr que, pour ce qui est de la Montérégie spécifiquement, pour répondre à votre question, on pense qu'en intégrant les deux CSSS de la Montérégie on fait une pierre deux coups. On adresse une situation d'une région qui est vraiment très grande au niveau administratif, qui est la Montérégie, là. Et je sais que plusieurs personnes en Montérégie travaillent à essayer de voir comment pourrait s'organiser la desserte des soins. Donc, ce serait une pierre deux coups. Donc, ça permet à la fois d'équilibrer certains territoires, d'en faciliter la gestion.

Et, donc, pour ce qui est de ce volet-là, c'est clair aussi que, si on prend les territoires de Granby puis Cowansville, dépendamment des ministères ou des institutions avec qui on fait affaire, parfois ça fait partie de la Montérégie, parfois des Cantons-de-l'Est. Donc, on pense que, dans un modèle comme celui-ci — puis c'est ce que la population de ces CSSS là aussi demande, puis leur administrateur — l'intégration avec Sherbrooke serait plus porteuse. De toute façon, plus de 50 % de leurs soins tertiaires sont consommés à Sherbrooke, les corridors d'enseignement sont déjà là, ils font partie du réseau universitaire. Donc, je ne sais pas si je réponds bien à votre question.

**M. Barrette :** Bien, partiellement. Bon, je peux vous dire tout de suite que je comprends bien les demandes qui sont faites de Granby puis Brome-Missisquoi, là. Vous savez, les nouveaux noms, les gens en perdent leur latin, à un moment donné, avec les nouveaux noms, ils sont plus habitués à se faire appeler de l'ancien nom. Mais, je comprends, effectivement, les populations locales s'expriment exactement dans le sens que vous le dites. Puis je dois vous avouer que je suis sensible à l'argument.

Par contre, j'aimerais ça vous entendre parce que ça pose... Pour moi, ça pose un problème, puis j'aimerais ça avoir votre vision là-dedans plus précisément. Quand vous me demandez... quand vous proposez de regrouper les CSSS de Champlain, Charles-Le Moyne, Pierre-Boucher puis Richelieu-Yamaska, là vous cherchez à intégrer dans le CIUSSS de l'Estrie des CSSS, alors que...

**Une voix :** Non.

**M. Barrette :** Bien, c'est comme ça que vous l'écrivez, là.

**M. Cossette (Pierre) :** O.K. Non. Pour nous, il y a deux choses. L'intégration vise seulement, pour ce qui est de la Montérégie, vise seulement Granby puis Cowansville. Ce qu'on propose par la suite puis pourquoi on s'y intéresse, c'est parce qu'on a un centre d'enseignement très important à Charles-Le Moyne, dans lequel on a plus de 100 équivalents temps plein en tout temps, de tous types d'enseignants, et on est préoccupé par la capacité de la Montérégie, à l'heure actuelle, tel que proposé dans le projet de loi, à dégager des gestions efficaces qui vont permettre d'organiser le travail puis d'organiser tout ce qui vient avec.

Donc, nous, l'idée qu'on a, c'est qu'une fois qu'on soustrait, si on va selon notre hypothèse, Granby et Cowansville de la Montérégie, bien, à ce moment-là, on peut resubdiviser la Montérégie en deux puis y aller de façon plus concordante avec les territoires naturels, si on veut. Donc, si on prend toute la portion sud-ouest de la Montérégie, donc Valleyfield, Châteauguay, si on parle en termes de territoires, et les autres, là, qui m'échappent, bien c'est des territoires qui naturellement vont surtout vers le West Island, vers McGill, et puis, si on en faisait un CISSS distinct, il pourrait se gérer assez bien. Le réseau tertiaire irait spontanément surtout vers McGill, ce qui est déjà le cas, et il pourrait se donner des règles de gouvernance propres, ce qui ferait que la portion résiduelle de la Montérégie, si on le dit comme ça, là, Pierre-Boucher, Charles-Le Moyne, Saint-Hyacinthe—Saint-Jean puis Saurel, bien, là, ça fait quelque chose qui ressemble à 800 000 de population. C'est encore très, très gros, mais, au moins, là, il y a une certaine homogénéité de densité urbaine. Et puis, on peut penser, par exemple, qu'à l'intérieur d'un tel CISSS, Charles-Le Moyne, qui est un centre affilié universitaire, pourrait se déployer comme centre régional, avec une belle cohésion des soins, là, sur la Rive-Sud. Il y aurait des grands, grands défis encore pour ce CISSS-là, mais ça aurait avantage à donner une solution pour la Montérégie qui serait peut-être plus gérable et surtout en lien avec les corridors naturels, là.

**M. Barrette :** Mais vous ne demandez pas à ce que... Parce que faisons l'hypothèse qu'on sépare la Montérégie en deux...

**M. Cossette (Pierre) :** Oui.

**M. Barrette :** Ça serait deux CISSS, mais les deux CISSS, vous comprenez que ça intègre tout. Ça ne peut pas être deux CISSS qui intègrent simplement deux CSSS. Il faut que ça implique la réadaptation, la jeunesse...

**M. Cossette (Pierre) :** Oui, oui, oui, tout à fait.

**M. Barrette :** ...les CHSLD, ainsi de suite, là.

**M. Cossette (Pierre) :** Oui.

**M. Barrette :** C'est juste pour qu'on ait une...

**M. Cossette (Pierre) :** Bien, si on prend, par exemple, le Centre montréalais de réadaptation, c'est déjà une institution universitaire affiliée à l'Université de Sherbrooke. On envoie de nombreux stagiaires là. Donc qu'il soit intégré avec le CSSS Champlain—Charles-Le Moyne actuel... bien, dans le CISSS de ce qui serait Longueuil, mettons, disons, Longueuil, Saint-Hyacinthe, Saurel et Saint-Jean...

**M. Barrette :** Ce n'est pas une critique, c'est juste qu'on clarifie nos pensées respectives, là. Nous, on ne peut pas... Ce n'est pas l'intention du gouvernement, si on faisait l'hypothèse d'une séparation de la Montérégie, de faire un CISSS de CSSS en laissant de côté tout le reste, là.

**M. Cossette (Pierre) :** Non, non, je me suis exprimé juste en fonction de territoires, là, mais effectivement qu'il y aurait les autres éléments de services sociaux qui sont à intégrer, tout à fait.

**M. Barrette :** O.K. Et vous ne demandez pas que ce CISSS éventuel là de la partie est de la Montérégie fasse partie intégrante du CIUSSS de l'Estrie. Il y aurait des contrats de services?

**Une voix :** Oui.

**M. Barrette :** Parfait. O.K. Je comprends bien votre point. Un autre élément que je voulais aborder, là, dans votre position... Ah oui! Bon, évidemment, ça, vous vous attendez à ce commentaire-là, là. Là, vous me demandez, dans votre deuxième recommandation, l'intégration des CSSS de Drummondville et d'Arthabaska au CIUSSS de l'Estrie. Ça, vous savez que, si je fais ça, ça rend obsolète le CISSS de Mauricie—Centre-du-Québec, là.

**M. Cossette (Pierre) :** Bien, il y a deux éléments...

**M. Barrette :** Vous faire grossir fait maigrir l'autre d'une telle façon que l'autre...

• (15 h 30) •

**M. Cossette (Pierre) :** Il y a deux éléments là-dedans. Puis c'est sûr que je ne voudrais pas m'avancer sur le territoire de la Mauricie, que je connais moins, sinon que je peux constater que sa taille est assez proportionnelle à ce que serait le Saguenay—Lac-Saint-Jean, dans lequel il y a aussi un campus délocalisé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé. Donc, ils ont des niveaux académiques similaires, on pourrait dire, là, la Mauricie et le Saguenay—Lac-Saint-Jean.

Pour nous, l'enjeu, il est vraiment de maintenir les territoires d'enseignement, les corridors de services avec le Centre-du-Québec, donc, parce que, dans la Mauricie—Centre-du-Québec, il y a le Centre-du-Québec, puis c'est des milieux qui historiquement ont une affiliation importante avec l'Université de Sherbrooke. Avec l'autoroute 55, il y a 40 minutes, là, entre l'hôpital de Drummondville puis le pavillon Fleurimont du CHUS, par exemple. C'est des centres qui réfèrent beaucoup. Puis l'exemple qu'on donnait, là, ça va jusqu'à nos résidents en pédiatrie, ils vont chercher les bébés, là, puis les mères en difficulté à Drummondville, là.

Donc, pour nous, là, la réorganisation dans un territoire géré complètement à partir de Trois-Rivières pose des défis organisationnels importants et des défis pour le futur. Donc, pour nous, c'est très important de nommer cet enjeu-là parce qu'on a une portion significative de notre enseignement qui est là. On a de l'enseignement en médecine de famille, en chirurgie, en médecine interne, en psychiatrie. Donc, ces milieux-là sont déployés depuis très longtemps comme milieux régionaux. Puis ça combine autant l'enseignement que les soins cliniques.

Donc, notre but n'est pas de défaire des choses qui marchent, là. Si la population de ces territoires-là obtient des soins secondaires ailleurs, il n'y a pas d'enjeu là pour nous, pas du tout. En fait, de toute façon, Drummondville puis Victoriaville sont des milieux qui sont relativement autonomes pour les soins primaires et secondaires. Donc, ce qu'ils ont besoin surtout, à mesure qu'ils se développent, c'est des soins tertiaires. Et puis, dans ce cadre-là, le lien avec Sherbrooke peut-être compléter davantage si on veut vraiment un potentiel d'intégration. Donc, c'est clair que, pour nous, il y a un enjeu vraiment pour le futur avec comment ces réseaux-là vont être dans notre réseau universitaire.

**M. Barrette :** Vous ne trouvez pas que le lien avec la Montérégie serait suffisant pour vous autres? J'imagine que...

**M. Cossette (Pierre) :** Bien, ça dépend. On s'est positionnés comme étant peut-être un succès futur, parce que je ne veux pas présager, il y a beaucoup de travail devant nous. Donc, si on intègre plus, on pense qu'on peut avoir un succès ou un grand succès, dépendamment du territoire sur lequel on nous donne la possibilité de déployer nos services intégrés puis l'enseignement et les corridors qui viennent avec.

**M. Barrette :** J'ai pris des notes sur votre présentation puis je vais quand même pouvoir vous donner des réponses tout de suite. Bon, je comprends votre demande, là, puis je pense que ça fait partie des choses qu'il va vraiment falloir

prendre en considération pour ce qui est du nombre de sièges pour les représentants... sur le C.A. pour les hôpitaux universitaires. Je vous ai répondu, je pense, pour ce qui est de la problématique des P.D.G., là; c'est la même chose.

Une chose sur laquelle je veux insister, là, le projet de loi, il est clair là-dessus à mon sens, il n'est pas question de toucher aux missions et aux ententes qu'il y a dans les hôpitaux affiliés pour quelque niveau d'affiliation que ce soit. Évidemment, le Québec, on a vécu, vous le savez, là, vous y avez participé vous-même, vous avez été des initiateurs... on a participé, à un moment donné, quasiment à une surenchère de la délocalisation. Et là, maintenant, on a des centres affiliés en formation à Montréal pour l'Université Laval. À Chicoutimi, toutes les universités sont là quasiment, dans le Centre-du-Québec aussi. Il y a juste à Sherbrooke que les autres universités ne sont pas allées mettre une succursale. Ça doit s'en venir en quelque part, j'imagine. Ça pose certains problèmes, mais pas pour la création des CISSS. Et on n'a pas l'intention de toucher aux affiliations d'aucune manière. Je pense que ça a été bénéfique pour le Québec et je pense que ça va continuer à l'être. Alors, de ce côté-là, je tiens à vous rassurer, on n'ira pas jouer là-dedans.

Par contre, je suis très sensible à la dénomination que vous demandez, et ça, je pense qu'on s'en était parlé un peu précédemment, c'est un aménagement avec lequel on est très, très, très confortables, pas simplement pour vous, là, la même chose pour d'autres. Je pense que la reconnaissance universitaire de votre CISSS doit exister dans le titre et dans les fonctions. Et il n'est pas question qu'on prenne une décision qui vienne nuire à votre mission universitaire. Ça, ça nous apparaît, au gouvernement, très, très clair.

On a parlé des subdivisions pour la Montérégie, là; ça, ça va. Et, pour ce qui est des RUIS, bien évidemment les RUIS, c'est une création qui est plus ou moins... c'est né d'ententes, de «gentlemen agreements» entre les universités, c'est plus ou moins officiel, mais, comme je l'ai dit, les CISSS vont venir un peu officialiser ça, quoiqu'on ne puisse pas calquer les CISSS évidemment sur les RUIS.

Il y a un élément, par exemple, sur lequel vous avez... que vous avez abordé, mais que vous n'avez pas détaillé, puis j'aimerais ça vous entendre là-dessus, parce que vous nous le demandez de façon spécifique, et c'est la question... Laissez-moi le retrouver. C'est la question de l'institut de première ligne, là. Là, je ne le retrouve plus, là, mais vous y avez fait référence à un moment donné. Et je sais que, pour vous autres, c'est quelque chose qui est assez important pour maintenant et le futur. Puis j'aimerais ça que vous élaboriez un petit peu là-dessus puis que vous articuliez ça avec la vision du CISSS.

**M. Cossette (Pierre) :** Bien, en fait, c'est une question qui a été discutée avec les directions du CHUS et du CSSS-IUGS. Il y avait eu d'enclenché dans les derniers deux ans un processus de désignation d'institut de soins de première ligne pour lequel il y a eu un processus éliminatoire et pour lesquels deux institutions restaient en lice jusqu'à maintenant, donc ce qui est le CSSS-IUGS à Sherbrooke et le CSSS de la Vieille-Capitale.

Ultimement, si vous me demandez mon avis, je pense qu'il faudrait qu'il y ait un institut de première ligne dans chaque réseau universitaire. Ça, ce serait mon choix. Mais c'est sûr qu'à l'heure actuelle, si on veut donner, dans le cas de l'Estrie, une couleur universitaire vraiment de la première à la quatrième ligne, d'avoir cette reconnaissance-là pour les gens qui travaillent au niveau première ligne, qu'ils comprennent bien qu'eux aussi vont être investis de la mission universitaire puis de regarder comment des interventions de quartier ou des choses en amont peuvent influencer les soins en aval, parce qu'il y a déjà une affiliation universitaire et puis c'est très interdisciplinaire, comme approche... Donc, c'est sûr que, pour tous les gens qui travaillent présentement en première ligne dans le réseau de Sherbrooke, cette désignation-là viendrait enrichir beaucoup le CIUSSS pour ne pas que le CIUSSS soit juste l'affaire des anciennes installations du CHU, mais soit vraiment une mission imbriquée dans toute la nouvelle organisation qui serait le CIUSSS de l'Estrie. Et, à ce moment-là, cette dénomination-là ou cette désignation-là a une valeur symbolique qui peut être assez forte pour mobiliser les gens puis les chercheurs autres que ceux qui font de la recherche surspécialisée, là, en soins de troisième ligne, là.

Donc, l'autre élément, c'est qu'on veut beaucoup développer la recherche en médecine de famille. On a des unités qui se développent dans les UMF de l'Estrie, puis ça aussi, ça viendrait être un poids supplémentaire pour reconnaître la contribution qu'ils ont à l'avancement des connaissances. Donc, pour toutes ces raisons-là, cette désignation-là serait vraiment un plus important pour le CIUSSS en devenir, si on veut.

**M. Barrette :** Alors, j'espère que l'opposition va écouter ce que je vais dire parce que, là, je vais vous mettre des mots dans la bouche que je n'ai jamais mis — ils n'écouteront pas. Alors, si je comprends bien, vous seriez la première Faculté de médecine à enseigner la médecine de façon intégrée, de la première à la quatrième ligne, hein?

**M. Cossette (Pierre) :** Bien, on pense qu'on le fait déjà.

**M. Barrette :** Mais vous le feriez plus, avec votre institut de première ligne, là.

**M. Cossette (Pierre) :** On pourrait faire de la recherche là-dedans davantage.

**M. Barrette :** Très bien, et un bénéfice pour la société et la clientèle. Voilà. Merci. C'était très clair.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, ceci met fin au bloc d'échange avec le ministre. Je cède maintenant la parole à Mme la députée de Taillon pour un bloc de 13 min 30 s.

**Mme Lamarre :** Merci beaucoup, M. le Président. Alors, Mme Samoisette, Dr Cossette, M. Webster, bienvenue. Alors, écoutez, j'entends bien votre démarche et l'analyse détaillée, la lecture détaillée que vous avez faite du projet de loi

et aussi des aménagements territoriaux pour essayer d'améliorer un petit peu, là, la répartition. Tout comme vous, je partage le côté totalement disproportionné du CSSS de la Montérégie et certainement certains autres aménagements qui ont d'ailleurs été évoqués par Mme Saint-Germain, Protecteur du citoyen, avant vous.

Je vous avoue par contre que l'exercice auquel vous vous êtes prêtés me questionne un peu dans le sens où on fait un peu le cheminement inverse, c'est-à-dire que, pour répondre aux besoins de l'Université de Sherbrooke, ce que vous proposez, ce sont des rapatriements et des déplacements de patients sur des longues distances et dans des territoires qui ne sont pas nécessairement des territoires facilement accessibles. Malgré le fait que vous disiez qu'il y a 40 minutes entre Drummondville et Sherbrooke, il reste qu'il y a des autoroutes, qu'il y a des gens âgés qui ont de la difficulté à se déplacer, et la dimension intégrée que vous proposez en tout cas m'apparaît être un peu dangereuse dans le sens où, plutôt que de partir du parcours du citoyen, du patient qui est chez lui, dans sa maison, dans un troisième étage, on se dit : Bien, la vocation universitaire fait en sorte qu'on aurait besoin de définir des corridors et d'aller chercher des bassins de population qui assureraient une diversité.

Je vous avoue que j'ai vraiment, vraiment de la difficulté à voir... Je comprends le bien-fondé, je comprends la mission universitaire, je suis moi-même une universitaire, mais là je trouve qu'il y a un danger. Il y a un danger. C'est peut-être le caractère très profond des transformations auxquelles on est confrontés qui nous amène à chercher des solutions, mais je vous avoue que ça me préoccupe, là. Quand je pense à la personne, là, qui va être avec le CLSC La Pommeraié puis qui va avoir à se rendre à Sherbrooke ou qui va recevoir des soins de Sherbrooke, ça me... Donnez-moi plus d'information peut-être, des exemples.

• (15 h 40) •

**M. Cossette (Pierre) :** Je vous remercie de votre question, ça va me permettre d'éclaircir un point qui, de toute évidence, n'était pas suffisamment clair dans la présentation. C'est parce que c'est la façon dont... On travaille déjà en réseau, à l'heure actuelle. Et, si on prend le cas de Cowansville puis de Drummondville, ces deux exemples là, c'est deux CSSS où la population n'est pas... Bien, Drummondville, je trouve ça proche, là, à 40 minutes, parce qu'à Montréal, des fois, les kilomètres sont courts, mais les minutes sont longues, là. Donc, c'est deux populations qui n'ont pas accès immédiatement sur leur territoire à un centre tertiaire.

Donc, si on regarde... si on le pose à l'envers, le problème, puis je pense que ce n'est pas pour rien que la population de Cowansville elle-même demande d'être attachée au CHUS de l'Estrie au moment où on se parle, incluant les membres du C.A., c'est qu'eux, ils se demandent : Quel est le centre tertiaire le plus proche de chez nous?, puis la réponse, c'est Sherbrooke. Donc, c'est ça qui est le plus proche en temps, c'est ça qui est le plus proche en fiabilité de transport. Donc, pour eux, déjà, donc, il n'y en a pas, de centre tertiaire proche de chez eux, donc ils doivent s'intégrer, pour offrir la gamme complète à leur population, à un centre tertiaire à quelque part.

C'est sûr qu'à Drummondville, si on prend cet exemple-là, il faut développer le plus possible régionalement les soins là. Mais, d'ailleurs, c'est un établissement exemplaire à plusieurs égards, qui ont développé une vaste gamme de soins primaires et secondaires avec des alliances diverses. Mais, déjà au moment où on se parle, quelqu'un qui fait un infarctus à Drummondville se fait dilater l'artère coronaire à Sherbrooke, là. Donc, ça, ça a été fait il y a déjà plusieurs années, c'est tout installé, même au niveau du transport préhospitalier. Donc, si vous vous trouvez... Si vous avez un infarctus maintenant à Cowansville, Granby, Drummondville ou Victoriaville, l'ambulance va vous amener directement à la bonne urgence du CHU Fleurimont où vous allez avoir une angioplastie. Donc, vous allez être débouché avec un ballonnet dans des temps qui sont vraiment exemplaires compte tenu de la distance, parce que la distance, évidemment, là, on ne peut pas faire autrement. Donc, ça fonctionne déjà comme ça.

Maintenant, notre but, c'est de dire : Si on va dans la logique du projet de loi, bien il faudrait que ce fonctionnement-là se reflète dans le territoire qui est défini. Donc, c'est pour ça que... Puis, quand on arrive sur des modèles pour la Montérégie... La Montérégie, il pourrait y avoir plusieurs autres modèles, j'en conviens bien, quoique, pour Granby et Cowansville, clairement le centre tertiaire le plus proche, c'est Sherbrooke. Pour le reste de la Montérégie, bien on ne voulait pas simplement arriver en disant : Ah! Bien, la Montérégie nous semble plus grosse. On voulait arriver avec une proposition qui aurait certains mérites puis qui peut être débattue. Ce n'est pas qu'on veut se mêler de toute l'organisation des soins en Montérégie, mais on se disait que, si on table sur la convergence université-santé, qui est assez fructueuse à plusieurs égards, ça pourrait donner une proposition comme celle qu'on vient de déposer.

Mais, pour ce qui est de Cowansville et de Granby ou de Drummondville, si on demande à ces populations-là... ou même les pouvoirs locaux — j'ai parlé avec le maire de Drummondville — c'est sûr qu'eux, les soins tertiaires, ils viennent les chercher à Sherbrooke, là, en majorité, déjà. Donc, c'est déjà ça. Donc, nous, on se dit : Puisque la population, quand elle ne peut pas avoir les soins chez elle, vient à Sherbrooke, pourquoi ne pas l'indiquer dans la constitution, là? On a une réforme, c'est le temps de le faire si on réforme les choses. Et puis, à ce moment-là, notre but, c'est de servir la population avec des soins, là, donc...

Puis c'est une autre raison aussi pourquoi on table sur la télémédecine, là, qui est passée vite, vite à la fin, là. Mais c'est parce qu'on veut développer la télémédecine avec ces endroits-là aussi parce qu'on est conscients que les distances sont différentes, dans un réseau comme Sherbrooke, d'une réalité de l'île de Montréal ou de ville de Laval. Mais, ceci dit, les distances sont importantes à beaucoup d'autres endroits au Québec aussi.

**Mme Lamarre :** Dans le fond, vous nous dites, en tout cas, que le découpage par région sociosanitaire, ce n'est pas toujours le plus approprié. Mais je veux juste vous ramener que les soins tertiaires ne sont pas non plus les soins auxquels les gens ont besoin dans des aspects plus chroniques de leur vie. Donc, c'est juste cette dimension-là.

Moi, je vous avoue, j'aurais un peu fait le chemin à l'inverse. Vous savez que, dans ce projet-là, il y a cinq CISSS et quatre à vocation suprarégionale. Je me serais attendue à ce que vous revendiquiez une vocation plus suprarégionale

au niveau de Sherbrooke, puisque ça a été questionné, le fait que tous les centres suprarégionaux étaient à Montréal. Et effectivement, ce que je connais de Sherbrooke, l'université mais aussi les centres hospitaliers, vous avez, par la télémédecine, vous avez, par beaucoup de fonctions au niveau suprarégional...

**M. Cossette (Pierre) :** C'est implicite que le CIUSSS est un centre suprarégional. Peut-être que je ne l'ai pas dit assez explicitement. Mais c'est essentiel, donc...

**Mme Lamarre :** ...en tout cas, là.

**M. Cossette (Pierre) :** Bien, c'est quand on a parlé de la description de ce qu'est un CIUSSS. Par définition, c'est une mission universitaire suprarégionale, parce qu'on ne peut pas faire tout le suprarégional sur l'île de Montréal.

**Mme Lamarre :** Vous demandez à ce qu'il y ait...

**M. Cossette (Pierre) :** Bien, c'est clair que c'est un... avec les prérogatives intégrées d'une mission CHU, clairement la mission suprarégionale est intégrée dans le CIUSSS de l'Estrie, clairement.

**Mme Lamarre :** Parce que, pour les centres suprarégionaux, il n'y a pas la même obligation, là, territoriale et de services de première ligne, deuxième ligne, troisième ligne, là, pour les autres qui sont déjà prévus, là, dans le projet de loi.

**M. Cossette (Pierre) :** C'est ça. Bien, nous, on a choisi de se concentrer sur ce qu'on pourrait faire pour Sherbrooke puis notre réseau pour améliorer son positionnement. Clairement, le pôle de Sherbrooke est suprarégional. Et, même si c'est un territoire géographique vaste, encore là je veux être clair, l'idée d'avoir des soins primaires et secondaires dans son milieu local — même pas régional, local — c'est là que ça doit être. D'ailleurs, nos unités de médecine de famille, là, à l'Université de Sherbrooke, on en a ouvert une il y a deux ans à Cowansville, on en ouvre une à Saint-Jean, il y en a une à Drummondville, il y en a à Saint-Hyacinthe, ces soins-là sont locaux, là. C'est extrêmement important que ça demeure local, même pas régional. C'est local que les gens ont besoin de la grande majorité de leurs services. Mais c'est déjà comme ça, là, dans la réalité sur le terrain. Puis l'enseignement qu'on y fait dans ces disciplines-là, il est local. Donc, les disciplines de base à Drummondville, médecine interne, chirurgie générale, psychiatrie, les résidents vont à Drummondville, là. C'est là qu'ils sont, là. Ils sont dans leurs réseaux locaux.

**Mme Lamarre :** Est-ce que vous avez été consultés pour le projet de loi n° 10?

**M. Cossette (Pierre) :** Avant son dépôt?

**Mme Lamarre :** Avant?

**M. Cossette (Pierre) :** Non.

**Mme Lamarre :** Non? O.K. Plusieurs groupes nous ont dit être d'accord avec les grands objectifs du projet de loi n° 10, donc améliorer l'accès, l'efficacité, la qualité et la fluidité, mais pas nécessairement retrouver les éléments pour atteindre ces objectifs-là. Qu'est-ce que vous pensez du projet de loi tel qu'il est actuellement dans la perspective d'améliorer, par exemple, l'accessibilité aux soins?

**M. Cossette (Pierre) :** Bien, les recommandations ou les propositions qu'on fait vont dans le but de permettre au projet de loi, pour le territoire sous notre... pas juridiction, mais pour le territoire du RUIS de Sherbrooke, d'atteindre les objectifs. Donc, c'est le but qu'on a en faisant les recommandations, c'est de se rapprocher de l'atteinte des objectifs du projet. On pense que c'est des éléments qui sont très importants.

**Mme Lamarre :** Mais, par rapport à d'autres... Parce qu'avec votre vocation universitaire vous êtes un peu plus détachés, je vous dirais, par exemple, des réflexions ou des positions des CMDP. C'est sûr que, si on a des gens d'hôpitaux, ils vont venir nous dire : Bien, le CMDP... Alors, vous avez, peut-être, avec votre rôle universitaire, un petit peu plus de recul, donc, par rapport au projet comme il est là. Est-ce que vous pensez qu'il y a des gains d'efficacité au niveau, entre autres, des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, là, qui vont être fusionnés et qui risquent de se retrouver, là, avec des nombres très, très importants... On parle de 1 600 à 2 000 médecins dans un même CMDP qui couvre plusieurs territoires et plusieurs établissements de différentes vocations.

**M. Cossette (Pierre) :** Mais mon collègue doyen de McGill vous a dit, je pense, quelques fois dans sa déposition que le diable est dans les détails. Donc, c'est sûr que, là, ici, on a des enlignements, mais la façon dont ça va être géré va faire toute la différence. Donc, cet équilibre-là entre la gestion régionale ou suprarégionale puis les niveaux ou les paliers locaux va être essentiel pour l'administration des soins, là. Ça a toujours été comme ça puis ça ne va pas... Peu importe la gouvernance qu'on donne, l'administration va demeurer... Il faut que tout ceci puisse continuer à fonctionner au niveau local.

Comme je vous dis, c'est pour ça aussi que, dans notre recommandation 2, on est volontaires pour évaluer la démarche avec des experts qui pourraient être issus de notre... On a des experts en organisation de la santé au centre de

recherche de Charles-Le Moyne. Il y en a d'autres au Québec. On serait contents de pouvoir évaluer cette démarche-là pour voir les bénéfices ou non, mais on pense qu'en appliquant les recommandations qu'on vous fait, on peut faire un succès dans notre réseau.

**Mme Lamarre :** D'accord. Dites-moi, il y a eu plusieurs personnes qui sont venues un peu nous transmettre certaines préoccupations soit au niveau de l'organisation concrète de tout ça, au niveau peut-être aussi, là, du plan de transition. Est-ce que vous pensez qu'un projet pilote serait intéressant? Est-ce que vous seriez intéressé à le coordonner, à l'évaluer?

**M. Cossette (Pierre) :** Question hypothétique.

**Mme Lamarre :** Oui, oui, c'est une question hypothétique.

**M. Cossette (Pierre) :** En politique, je pense qu'on ne répond pas à ça. C'est sûr que nous...

**Des voix :** Ha, ha, ha!

**Mme Lamarre :** Parce qu'on se rend compte que c'est toute une modification dans les structures, là, à travers la province. Et il y a certainement quelque chose qui mérite d'être préévalué avant de lancer tout notre système de santé. Donc, est-ce que c'est quelque chose que vous envisageriez?

**M. Cossette (Pierre) :** Bien, ce que je peux dire, là, les gens du CHUS viendront présenter avec les gens du CSSS-IUGS plus tard cette semaine... La position de l'Estrie, elle est concertée, là. Les gens ont travaillé ensemble et pensent qu'on peut faire quelque chose dans ce sens-là. Donc, ça appartient au gouvernement après ça de décider de comment il mettra ça en application.

**Mme Lamarre :** Plusieurs personnes ont des préoccupations par rapport à la reconnaissance des services sociaux, du soutien aux personnes avec des déficits intellectuels, avec des besoins qui sont beaucoup plus longs, qui ne sont pas aussi précis qu'une maladie, un symptôme, un traitement, mais vraiment des processus, maladies de... problèmes de santé mentale. Comment vous voyez la valeur ajoutée du projet de loi n° 10 par rapport aux soins et à l'accompagnement de ces personnes-là?

• (15 h 50) •

**M. Cossette (Pierre) :** Bien, je pense qu'il y a... Encore, là, le diable va être dans les détails. Mais c'est sûr que, par exemple en Estrie, la désignation pour l'institut de première ligne est un élément important qui serait un signal qui permettrait de dire aux gens qu'on va aussi s'intéresser et suivre ça de près et qu'on va être capables... Parce que, dans le centre de recherche en question, les chercheurs qui sont là, c'est des travailleurs de la Faculté des lettres et sciences humaines, des départements de service social, de psychologie et aussi de la Faculté d'éducation physique et sportive. Donc, on a cette approche-là interdisciplinaire vraiment assez intégrée dans nos préoccupations. Évidemment, les règles de gestion qui découleront du projet de loi seront extrêmement importantes pour s'assurer que tous les besoins sont couverts de façon équitable.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, ceci met fin au bloc de 13 min 30 s. Je cède maintenant la parole au député de La Peltrie pour un bloc d'échange de neuf minutes.

**M. Caire :** Merci, M. le Président. Mme Samoisette, M. Webster, Dr Cossette, bonjour. Vous arrivez avec une présentation qui, je dois dire, à certains égards, est assez différente de ce qu'on a entendu jusqu'à date, notamment sur le fait que vous souhaitez effectivement avoir une organisation qui est plus importante, en disant : Bien, si on a une masse critique, on est capables d'avoir une meilleure continuité dans l'organisation des soins. Puis je vous dirais qu'à date j'ai plutôt entendu le contraire. Donc, il y avait une préoccupation assez grande qui a été exprimée par les fédérations médicales notamment sur la délocalisation des décisions au niveau de la prestation des soins. Puis on a même entendu que des organisations de plus de 100 000... même, la Protectrice du citoyen, tout à l'heure, disait que des organisations de plus de 500 000 perdent rapidement de leur efficacité administrative. Donc, j'aimerais vous entendre sur ce que vous avancez, donc : Si on a une plus grande population, on va être, au contraire, plus efficaces. Donc, j'aimerais ça, vous entendre là-dessus.

**M. Cossette (Pierre) :** Bien, au niveau universitaire, ce qui est important, puis au niveau du réseau, c'est de conserver... Ce qui serait très important, pour nous, là, puis c'est l'essence, on pense qu'on contribue d'une façon positive au leadership puis aux soins de santé dans tous les territoires dont on vous a parlé. Donc, à l'intérieur du cadre fixé par le projet de loi, on essaie de voir comment on peut le mieux possible maintenir les arrimages qui sont déjà existants.

Est-ce qu'il y a des enjeux de gestion? Il y a beaucoup d'enjeux de gestion à des regroupements, mais il y a aussi des potentiels. Notamment, en Estrie, on a la chance d'avoir un dossier informatisé clinique qui est là depuis plus de 20 ans. Donc, un des enjeux qu'on a dans nos territoires référents puis pour l'information et même pour la recherche, parce qu'on a une base de données de recherche qui utilise les données de ces patients-là qui consultent essentiellement en Estrie... Bien, un des potentiels gains qu'on peut avoir par des regroupements comme ça, c'est d'élargir cette base-là et de

s'assurer que l'information transite bien — les consentements aux soins permettent de transiter l'information — et qu'elle suit les patients dans leur trajectoire.

Néanmoins, c'est très important que la plus grande proportion des soins locaux possible soit donnée localement. Ce n'est pas du tout une question de faire un vacuum autour de Sherbrooke. Au contraire, c'est juste une question de regarder ce qui se fait déjà en termes d'articulation des soins entre les centres référents, de corridors d'enseignement où nos étudiants sont déployés puis, dans le cadre de ce projet de loi là, de s'assurer que ce projet de loi là ne met pas en péril ces corridors-là, ces acquis-là, ces façons de fonctionner là, qui fonctionnent depuis longtemps, là. Donc, nous, on travaille depuis longtemps avec Drummondville, on travaille depuis longtemps avec le CHUS, on travaille, bon, depuis plus de 20 ans avec Charles-Le Moyne. On ne veut pas qu'ils soient nécessairement dans le CIUSSS comme tel parce que c'est une population différente qui a des soins sur la Rive-Sud. Mais, pour nous, c'est vraiment l'importance, dans le contexte de ce projet de loi là, de s'assurer de maintenir les arrimages pertinents entre le réseau de la santé puis l'éducation.

**M. Webster (Alain) :** Si vous me permettez, il y a quelque chose de fondamental dans le discours que nous tenons. On n'est pas en train de dire : Élargissons le territoire desservi par l'Université de Sherbrooke en réponse à des besoins de développement de l'université. Tout ce qu'on dit simplement, c'est : Depuis des années, nous avons développé une concertation avec ces milieux, de Drummond, Victo, Montérégie, qui fonctionne très, très bien. Ce nouveau découpage du territoire ne doit pas nous faire reculer au niveau des soins de santé et de la collaboration avec ces milieux, il faut au contraire trouver une façon de maintenir ces liens spécifiques. C'est pour ça que, dans le cas de Drummond et de Victo, on parle d'intégration, ce qui peut se faire de plusieurs façons possibles, pour s'assurer que ces liens tertiaires sont maintenus et que le découpage du territoire ne se transformerait pas en une perte de services pour ces populations. On ne veut pas en faire plus qu'on fait présentement, mais on veut être sûrs que ce qu'on fait actuellement va continuer à être très, très bien fait, parce qu'on pense fondamentalement qu'on travaille bien.

**M. Caire :** Bien, en fait, ce que je comprends de votre message, c'est qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre une structure qui est plus large et une prestation de soins locale qui est efficace. Au contraire, il y a même un avantage au niveau de l'intégration. Donc, il n'y a pas de raison de craindre qu'une structure plus importante vienne empêcher, au niveau local, d'avoir une prestation de soins qui est efficace, qui correspond aux besoins de la population locale et...

**M. Cossette (Pierre) :** Au contraire, cette structure-là doit valoriser puis renforcer les prestations locales le plus possible.

**M. Caire :** Diriez-vous, dans le fond, que c'est plus une question de volonté des individus à l'intérieur de la structure que de la structure elle-même, là, si les soins locaux sont efficaces ou moins efficaces, là?

**M. Cossette (Pierre) :** Ça prend aussi de la structure. Parce que nous, à l'heure actuelle, l'Université de Sherbrooke, on travaille avec des établissements de santé. Les agences sont là pour nous aider, et tout ça, mais c'est avec des établissements de santé. Et là la présente réforme va fusionner ces établissements de santé dans des entités régionales. Donc, nous, on a besoin de... Les établissements qui sont là et surtout les populations qu'ils desservent puis les lieux de stage que ça représente, il faut rester arrimés avec ces établissements-là, dans l'état actuel.

**M. Caire :** Je vais accélérer parce que mon collègue aimerait aussi intervenir, M. le Président. Je vais revenir sur le modèle de gouvernance. Parce que vous dites : Bon, pour les centres intégrés universitaires... Puis vous m'excuserez, mais la dénomination, esthétiquement, je pense qu'il faudrait travailler là-dessus, là. Mais, bref, vous parlez de deux membres sur le conseil d'administration qui sont issus du milieu universitaire. Je vous dirais que j'ai une crainte puis que j'aimerais partager avec vous, c'est d'avoir des conseils...

Parce que chacun veut avoir son membre au sein du conseil d'administration, puis je pense qu'un des avantages de ce qui est proposé c'est de garder le conseil d'administration dans une taille où il peut être efficace. Mais là, si on se ramasse avec, bon... Récemment, la communauté anglophone nous disait : Bien, nous, on aimerait ça avoir des représentants sur le conseil d'administration. Vous dites : L'université voudrait avoir des représentants. Donc, on va se ramasser avec des conseils d'administration d'une dimension plus importante, moins efficace. Est-ce que c'est la seule façon pour le milieu universitaire d'avoir une espèce de contrôle ou d'avoir...

**M. Cossette (Pierre) :** Bien, en fait, on ne cherche pas le contrôle, on veut vraiment l'arrimage. Et pourquoi deux? Il y a longtemps, c'était quatre, mais là on avait baissé à deux, c'est parce qu'il y a : médecine et autres. Donc, si je prends le cas de Champlain—Charles-Le Moyne, bien, la médecine, c'est beaucoup, mais il y a aussi plein d'autres affiliations. Au CHUS, c'est la même chose. Donc, ça prend ces deux aspects-là. Puis cet arrimage-là est très important. Les universités investissent lourdement dans les centres de recherche, dans les salaires de professeurs, dans des facilités d'enseignement...

**M. Caire :** Mais, comme je dis, c'est parce que je veux garder... Je comprends cette préoccupation-là de... pardon, je comprends la préoccupation de l'arrimage. Maintenant, est-ce que d'avoir des membres dûment déterminés par le milieu universitaire, est-ce que c'est la seule façon d'y arriver ou il y a une autre façon de le faire sans augmenter indûment la taille du conseil d'administration? Parce que, de mon côté, la préoccupation, c'est que, si on arrive à 20, 30, 40, je ne sais pas combien de membres au conseil d'administration... Mme Samoisette, vous...

**Mme Samoisette (Luce) :** Bien, pour nous, là, c'est important d'avoir des représentants au conseil d'administration parce que le volet Enseignement et recherche, dans les centres hospitaliers universitaires puis dans tous les centres affiliés, c'est très important, c'est un volet très important. Il y a les soins, mais il y a la recherche et il y a l'enseignement. Alors, il faut qu'on fasse valoir auprès d'un conseil d'administration c'est quoi, les impacts sur l'enseignement, la recherche puis cet impact-là aussi qu'est-ce que ça aura sur les soins. Il faut qu'on ait notre mot à dire, il faut que, aussi, quand on parle d'un D.G., il faut qu'on soit capables de dire c'est quoi, les besoins en enseignement et en recherche, les liens, mais pas juste avec la Faculté de médecine, avec toutes les autres facultés aussi. Et c'est en étant sur le conseil d'administration qu'on peut faire valoir ça.

**M. Caire :** Puis vous pensez que le fait d'être à l'intérieur d'un CIUSSS, ça ne serait pas déjà une préoccupation de premier plan pour un conseil d'administration que de maintenir l'intégration ou l'arrimage avec sa mission universitaire?

**Mme Samoisette (Luce) :** ...loin des yeux, loin du coeur.

**M. Cossette (Pierre) :** J'ai eu la chance, dans les dernières années... Parce que, dans nos établissements affiliés, que ça soit Charles-Le Moyne, ou au CHUS, ou même à Chicoutimi, il y a eu des nouveaux D.G. qui ont été nommés. Puis le réseau de la santé est sous d'énormes pressions financières, et je ne vous apprends rien là, donc, et ce n'est pas long que... Parce que l'enseignement n'est jamais la première priorité, elle est toujours la deuxième, là, ou la troisième, donc, puis il y a toujours quelque chose de plus urgent qui arrive.

Donc, même dans des milieux avec la vocation universitaire bien ancrée, quand arrive le temps des compressions, bien là, on... C'est normal, c'est naturel. Si j'étais gestionnaire d'un établissement, j'irais vers le plus urgent. Mais c'est très, très important. On veut que ça fonctionne au niveau du terrain, il faut vraiment que l'arrimage soit là aussi au niveau de la gouvernance puis au niveau des directions, de la gestion, sinon le... Puis c'est des missions qui sont tellement imbriquées, là, que, si on n'est pas là pour... Puis ce n'est pas une question de contrôle, c'est une question d'enrichir les débats puis de donner des perspectives.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Peut-être le député de Drummond—Bois-Francs pour un dernier 10 secondes.

• (16 heures) •

**M. Schneeberger :** 10 secondes?

**Le Président (M. Tanguay) :** Aviez-vous un message à lancer ou c'était un débat et que vous vouliez lancer le débat?

**M. Schneeberger :** On va saluer les gens...

**Le Président (M. Tanguay) :** O.K. Je voulais vous offrir le dernier 10 secondes pour lancer un message, mais, si c'est un débat, alors malheureusement je dois constater qu'il n'y a plus de temps.

Alors, nous vous remercions, merci beaucoup, les représentants de l'Université de Sherbrooke.

Et je demande au prochain groupe de prendre place. Et je suspends momentanément nos travaux. Merci.

*(Suspension de la séance à 16 heures)*

*(Reprise à 16 h 5)*

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! On demanderait aux gens de bien vouloir... ceux qui ont à quitter la salle, de bien vouloir quitter la salle.

Alors, nous allons poursuivre nos travaux. Je souhaite la bienvenue à nos prochains invités, soit les représentants de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Je vous demanderais de bien vouloir vous identifier dans un premier temps, et par la suite vous disposerez d'une période de 10 minutes pour votre présentation. Alors, la parole est à vous.

#### **Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)**

**Mme Nadeau (Madeleine) :** Bonjour. Je me présente, Madeleine Nadeau, présidente du conseil d'administration de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Je suis accompagnée par le Dr De Larochellière, cardiologue et chef du département de cardiologie, et par le Dr Simon Martel, pneumologue et chef du département de pneumologie, de même avec Me Annie Caron, notre directrice des affaires institutionnelles.

Alors, M. le ministre, M. le Président de la commission, membres de la commission, je veux tout d'abord vous remercier, au nom du conseil d'administration de l'institut, de nous avoir invités à la commission pour vous faire part de notre point de vue sur le projet de loi n° 10.

M. le ministre, on veut vous dire que l'on partage vos objectifs de toujours améliorer la qualité des soins et la fluidité des services au bénéfice des Québécois. On veut vous assurer que vous aurez toujours notre pleine collaboration à

cet égard. Et je tiens dès le départ à vous féliciter pour la décision que vous avez prise dans votre projet de loi de maintenir l'Institut de cardiologie de Montréal comme un établissement autonome, étant donné qu'il offre des soins spécialisés et ultraspecialisés aux Québécois, de l'enseignement, de la recherche et qu'il a une vocation suprarégionale.

Là où on ne vous suit pas, M. le ministre, c'est pourquoi on n'a pas obtenu ce même statut. On est pourtant un institut de plus grande envergure que l'ICM parce qu'en plus de la cardiologie tertiaire on offre également des soins spécialisés et ultraspecialisés en pneumologie et en obésité, et ce, à la demande même du ministère. On est, à ce titre, le seul centre coeur-poumons-obésité au Canada, ce qui fait de nous un institut unique. On est aussi le seul institut de pneumologie du Québec, le centre d'excellence en chirurgie bariatrique et on est le seul centre de recherche au Canada et un des rares dans le monde à avoir parfaitement arrimé nos trois axes de recherche sur nos trois spécialités uniques.

Tout ça fait de nous le spécialiste québécois et canadien des maladies chroniques sociétales. Donc, pourquoi ne pas nous donner à nous aussi l'autonomie dont on a besoin pour continuer à développer notre expertise dans nos domaines? Il faut que la commission le réalise, c'est un Québécois sur trois que l'institut sert présentement, soit 2,2 millions d'habitants qui vont être touchés par cette situation. C'est 22 comtés au Québec qui sont concernés, dont plusieurs députés qui sont membres de cette commission sont présents aujourd'hui.

Mais on a bien entendu le message que vous vouliez obtenir nos commentaires, M. le ministre. Alors, on est bien contents aujourd'hui de venir vous aider à bonifier votre projet de loi. Notre demande est simple, M. le ministre, on veut que l'institut soit inclus à l'article 7 du projet de loi et se voie reconnaître son statut d'institut universitaire suprarégional avec une gouvernance autonome. C'est le seul moyen de pouvoir préserver l'expertise de l'institut.

• (16 h 10) •

M. le ministre, laissons de côté les idéologies et soyons pragmatiques, regardons la situation froidement. La suppression de l'autonomie de l'institut en l'intégrant dans un nouveau centre régional de soins généraux va avoir des impacts négatifs majeurs pour l'institut. Contrairement à ce que vous prétendez depuis le début de cette commission, ça va clairement faire régresser l'institut et la région de Québec au grand complet.

Bien sûr, vous nous direz de ne pas nous en faire, que ça va être comme avant, que notre désignation universitaire va demeurer, qu'on va pouvoir garder notre nom antérieur, que notre fondation va pouvoir continuer à opérer comme avant. Pour nous, M. le ministre, ce sont juste des illusions, parce que, sans le maintien de notre autonomie, ça ne veut absolument rien dire. Il ne faut surtout pas minimiser la situation.

Le vrai problème, et vous savez où il se situe, c'est qu'en nous fusionnant avec un CISSS vous nous enlevez tous les leviers décisionnels dont on a besoin et notre capacité d'agir rapidement et efficacement pour répondre aux nombreux défis particuliers qu'on doit rencontrer pour continuer à bien servir les Québécois et à rayonner à l'international. Avec cette fusion, on se retrouverait très minoritaires dans le CISSS pour faire valoir nos priorités.

M. le ministre, nos activités exigent des prises de décision rapides, adaptées à notre réalité particulière. Mais, si on devient une coquille vide, sans une gouvernance autonome, on ne pourra plus répondre aux missions particulières que vous nous avez pourtant confiées. Pourtant, c'est ce que l'on souhaite le plus au monde en ce moment. Tout le monde est mobilisé à l'intérieur en ce moment. Tant les médecins que l'ensemble du personnel, on veut pouvoir continuer à faire profiter la population de notre expertise unique.

Il ne faut pas se le cacher, M. le ministre, le nouveau CISSS va avoir de gros défis, et on peut présumer que les services de première et deuxième ligne vont prendre beaucoup de place. Nous, pendant ce temps, si on est fusionnés, qu'est-ce qu'on va faire? On va mettre beaucoup d'énergie pour tenter de maintenir le cap. Mais on n'y arrivera pas. On n'y arrivera simplement pas.

Le développement des activités universitaires de la région de Québec va donc être durement affecté. On risque de perdre également des chercheurs et cliniciens de renommée internationale qui vont peut-être nous préférer des instituts autonomes. Le centre de recherche va devenir beaucoup moins compétitif au niveau international par rapport notamment à l'Institut de cardiologie de Montréal. Et l'apport économique attendu au niveau des activités du centre de recherche de l'institut ne sera pas au rendez-vous. Il faut rappeler à la commission que, juste en 2013-2014, ce sont des investissements de l'ordre de 33 millions de dollars qui ont bénéficié à la région.

Pour nous, M. le ministre, le problème avec ce projet de loi, c'est qu'il offre une solution unique sans tenir compte de la réalité terrain. Permettez-moi cette analogie. Vous avez pensé et élaboré un nouveau design. Vous avez choisi un modèle uniforme pour l'ensemble des établissements du Québec et pour l'ensemble des régions sans distinction, sauf pour Montréal. Vous avez créé dans toutes les régions un magasin général de soins de santé et de services identiques. Vous démolissez les établissements spécialisés et ultraspecialisés, mais vous leur trouvez un rayon dans le nouveau grand magasin général où ils vont devoir faire entrer toute leur expertise.

Vous ne vous trompez pas sur nos prétentions, M. le ministre. Nous pensons que le modèle de magasin général peut très bien convenir à un certain nombre de régions et nous ne sommes pas en train de dire que c'est un mauvais magasin, loin de là. Mais ne tombez pas dans le piège de croire que le modèle du magasin général va convenir aux besoins de toutes les régions, et surtout pas de tous les services qui étaient offerts auparavant dans des établissements spécialisés et ultraspecialisés.

Cette décision, M. le ministre, on se l'explique d'autant plus mal qu'il n'existe aucun problème à Québec, vous l'avez d'ailleurs vous-même souligné à plusieurs reprises. La région de Québec n'a pas eu à attendre un projet de loi pour arrimer et mettre en place des ententes pour créer des corridors de services efficaces. Dans ces circonstances, pourquoi on a besoin d'une loi pour continuer à faire ce qu'on fait déjà bien? Pourquoi appliquer un puissant remède à la région de Québec, M. le ministre, alors que le patient n'est pas malade?

En plus, vous possédez déjà les leviers nécessaires dans votre projet de loi, au chapitre III, si vous voulez déterminer des nouveaux corridors de services. Cette solution, vous en conviendrez, serait beaucoup moins drastique que celle que vous avez privilégiée pour l'instant et ça aurait aussi pour net avantage de rétablir l'équilibre qui a été brisé par le

projet de loi et les rapports de force entre les activités universitaires de la région de la Capitale-Nationale par rapport à la région montréalaise. Je vous rappelle, à cet effet, que, dans la nouvelle organisation du réseau, il y aura au total 28 établissements de santé au Québec, donc 28 P.D.G. De ce nombre, neuf seront de la région de Montréal. Combien pour la région, pour la grande région universitaire de Québec? Un seul P.D.G., puisqu'il n'y aura qu'un seul établissement, et zéro établissement universitaire. Je pense que là-dessus les chiffres parlent d'eux-mêmes.

En conclusion, M. le ministre, nous vous posons cette question qui est cruciale pour nous et pour l'ensemble du réseau de la santé du Québec : Pourquoi vouloir faire disparaître le plus important centre de cardiologie tertiaire du Québec, le seul institut universitaire en pneumologie du Québec, le centre d'excellence en chirurgie bariatrique du Québec, le seul centre coeur-poumons-obésité-métabolisme du Canada, le seul centre de recherche canadien et un des rares au monde à effectuer des recherches, qui permet des avancées technologiques scientifiques directement applicables aux soins et qui en améliore sans cesse la qualité?

Avons-nous les moyens de nous priver de cette expertise unique qui a été développée depuis 100 ans au bénéfice de l'ensemble des Québécois? Avons-nous les moyens de nous priver des meilleurs professionnels et des meilleurs chercheurs dans ces domaines? Avons-nous les moyens de nous priver des retombées économiques et scientifiques majeures que créent les activités effectuées au centre de recherche de l'institut pour la région de la Capitale-Nationale et pour le Québec en entier?

Nous sommes présentement devant une incompréhension totale face à cette décision, M. le ministre, et nous vous demandons humblement de répondre à ces questions et de nous expliquer cette décision, de l'expliquer également à la population du Québec, qui va être très perdante au change. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup, Mme Nadeau. À la demande du ministre, nous vous avons accordé le temps de terminer votre intervention, ce qui va amputer d'autant le temps qui était dévolu au ministre, donc qui va passer de 23 min 30 s à 21 minutes, donc pour un bloc de 21 minutes d'échange avec le ministre. M. le ministre de la Santé.

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Mme Nadeau, Dr De Larochellière, Dr Martel, Me Caron, bienvenue, je suis content que vous soyez ici. C'est une commission parlementaire où les gens sont invités à venir s'exprimer, puis je pense que vous l'avez fait avec la plus grande transparence possible. Je vous en remercie.

Ceci dit, j'aimerais ça... Écoutez, là, je vais vous poser une question, une première question : Vous dites quoi si je mets l'institut de cardio de Montréal dans un CISSS?

**Mme Nadeau (Madeleine) :** M. le ministre, je vous réponds : Vous avez pris une excellente décision de lui laisser dans son autonomie parce qu'il en a absolument besoin pour poursuivre ses activités de développement. C'est un fleuron du Québec, le centre de cardiologie de Montréal. Québec, c'est un fleuron aussi, le centre de cardiologie et de pneumologie de Québec. Vous avez pris une bonne décision, et je vous félicite...

**M. Barrette :** Et je peux très bien la renverser, par exemple, je peux très bien mettre le... Parce que ça a été considéré. Je peux très bien mettre l'institut de cardio avec le CHUM.

**Mme Nadeau (Madeleine) :** Ce serait malheureux...  
• (16 h 20) •

**M. Barrette :** La raison pour laquelle je vous pose cette question-là, Mme Nadeau, elle est très simple, c'est parce que vous me proposez une vision pour le moins apocalyptique de ce qui va arriver à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, là. Je ne vois pas... Vous ne m'avez pas donné d'explication concrète qui supporte votre vision, qui est extrêmement négative. Vous avez été très transparente, je vais l'être moi aussi.

Je vais vous donner un ou deux exemples, là. Le premier exemple, Mme Nadeau, là, c'est que... Et ça a été dit clairement. Puis je ne vous dis pas que vos arguments ne sont pas valables, là. Je veux juste qu'on se comprenne, là. Vous m'avez dit clairement que, selon vous, là, ce n'est pas compliqué, on va détruire la carrière de tout le monde à l'institut universitaire de cardio et de pneumo de Québec. Vous allez perdre vos chercheurs, vous allez perdre votre mission, vous allez perdre votre développement. Vous allez essentiellement tout perdre, là, vous allez devenir quasiment un CLSC. Je ne vois pas, là, comment ça, ça peut arriver. J'aimerais ça que vous m'expliquiez...

Je vais vous donner un exemple. Le premier groupe qui est venu ici, là, O.K., c'est la fédération des fondations hospitalières du Québec. Et, sachant que probablement vous alliez venir à un moment donné, et d'autres hôpitaux universitaires, je leur ai posé une question très simple : Est-ce que, dans votre opinion, le fait de faire... d'intégrer un hôpital universitaire, ça va nuire à sa fondation? Et la réponse a été catégorique. En fait, le président de la fédération des fondations a été surpris de la question et il a répondu, là, d'une façon assez surprenante — surprenante dans le sens où il était pas mal surpris — que, non, il ne voyait pas... Il était surpris de la question parce que, pour lui, il ne voyait pas de lien entre les deux. Alors, voilà pour la question de la fondation.

Or, on sait que les fondations vivent sur la réputation des hôpitaux, la notoriété des hôpitaux. Alors, ces gens-là, là, des fondations nous disent : À partir du moment où les installations, là, l'hôpital qui est le vôtre garde sa mission, n'est pas altéré dans sa vision et dans sa finalité, je ne vois pas, là, moi, comment vous... J'aimerais ça que vous me l'expliquiez, là. Elle est où, la cascade qui part de maintenant, là, CISSS, et puis, woups! c'est fini, vous devenez, à toutes fins utiles, un CLSC? De la manière que vous le décrivez, là, Mme Nadeau, là, c'est la fin de votre hôpital. J'ai de la misère à voir le lien entre le début de la cascade et la fin que vous décrivez dans votre présentation, qui était très claire, soit dit en passant.

**M. De Larochellière (Robert) :** Avec tout votre respect, M. le ministre, ce que Mme Nadeau vous a décrit, c'est une réalité qui est propre à celle d'un institut. J'ai entendu tantôt l'éloquente présentation des collègues de Sherbrooke, qui ont décrit une réalité très différente. Quand on parle de la perte de notre expertise, on parle de la perte de l'expertise d'un institut dont 60 % de la clientèle est une clientèle suprarégionale dépendante d'autres CISSS sur lesquels notre institut va perdre toute influence administrative. On parle d'un institut où 70 % des clientèles sont des clientèles tertiaires et quaternaires, ce qui est une réalité très différente de celle d'un CHU, où il y a 30 % des clientèles qui sont des clientèles tertiaires et quaternaires. Alors, ces clientèles-là, cet arrimage, et cet arrimage parfait que nous avons établi dans notre institut entre les axes de la pneumologie, de l'obésité et de la cardiologie, ce parfait arrimage-là, c'est ça qui est menacé.

**M. Barrette :** Mais pourquoi?

**M. De Larochellière (Robert) :** Alors, cet arrimage-là est menacé parce que tout ça repose sur des échanges académiques, tout ça repose sur des partenariats qui sont établis avec des chercheurs à l'étranger, avec des partenaires de l'industrie et qui vont nécessiter beaucoup de flexibilité au niveau administratif. Cette flexibilité-là est essentielle au niveau administratif pour arriver à prendre des décisions qui vont pouvoir être prises rapidement. La recherche est un milieu compétitif, et, si on n'arrive pas à prendre nos décisions rapidement, les décisions seront prises plus rapidement ailleurs, puis l'argent va aller ailleurs, la recherche va aller ailleurs, puis les chercheurs vont suivre la recherche. Alors, c'est ça qui est menacé chez nous. Alors, que ce soit à Montréal, à Toronto ou ailleurs, c'est ce que nous sentons comme menace. C'est une menace sincère et c'est une préoccupation très importante.

L'IUCPQ a fait un travail absolument exceptionnel au cours des dernières années pour améliorer sa performance économique. Je pourrais vous citer un paquet d'exemples que vous connaissez aussi bien que moi. Quand on va arriver à l'intérieur d'un CISSS qui va être pris avec des réalités où on a un CHU de 1,3 milliard à 1,5 milliard à construire, on a un établissement à construire à La Malbaie, un autre établissement à construire à Baie-Saint-Paul puis qu'on va faire valoir qu'on a un projet de recherche intéressant pour lequel il faut avancer en cardiologie tertiaire ou quaternaire, on risque d'être loin dans les priorités. On risque de courir après nos compétiteurs, si on veut les appeler comme ça, dans le domaine de la recherche en cardiologie et de ne pas être capables de les suivre.

Vous nous imposez de courir le 110 mètres haies avec une jambe coupée aussi vite que les autres vont courir le 100 mètres. Ça devient impossible, M. le ministre. Quand on va s'asseoir à la table pour vous parler, on va avoir un P.D.G. de CISSS, il va y avoir neuf P.D.G. des CISSS de la région de Montréal, il va y avoir quatre P.D.G. d'institutions universitaires de la région de Montréal, zéro de Québec. Au hockey, on appelle ça manger une volée. Alors, c'est ça qui nous attend, M. le ministre. Et, quand on va en être rendus là, bien on va les perdre, nos chercheurs, puis on va perdre l'intérêt, puis on va perdre notre mobilisation et cette motivation-là très importante qui est aujourd'hui mobilisante pour l'ensemble des médecins et des chercheurs à l'IUCPQ.

Alors, M. le ministre, pour moi, la question fondamentale que j'ai envie de vous poser, c'est : Pourquoi refuser de donner à l'IUCPQ le statut que vous avez donné à l'Institut de cardiologie de Montréal? C'est ça, la vraie question. C'est tout ce qui reste, M. le ministre, après avoir parlé. Tout ce qui reste, c'est : Pourquoi l'Institut de cardiologie de Montréal et pourquoi pas l'IUCPQ?

**M. Barrette :** Alors, la question ici, je suis content que vous la placiez comme ça parce qu'effectivement c'est juste ça, la question, la question, c'est essentiellement une question de statut comparatif d'abord et avant tout, parce que dans le fond, là, vous savez bien comme moi que l'apocalypse, ça n'arrivera pas, là, mais ce que vous voulez, c'est la même indépendance que l'autre. Puis je ne vous dis pas qu'on ne vous la donnera pas. Mais le fond du fond, là, c'est celui-là.

D'abord et avant tout, vous posez le problème exactement de la même manière qu'un centre de réadaptation. Un centre de réadaptation, là, a exactement peur de ça, d'être avalé par l'hôpital. Et là vous me décrivez une situation essentiellement apocalyptique. Les gestionnaires du réseau, là, de ce CISSS-là, là, vont se donner comme mission de vous rabaisser et de ne pas garder la performance que vous représentez en vous avalant vers le centre de réadaptation, tant qu'à faire. C'est ça que vous me décrivez, là. Vous me décrivez des gestionnaires qui seront incapables de gérer dans votre intérêt et qui, si on donne l'orientation ministérielle, par exemple, de garder votre statut et de garder tout ce qui fait de vous ce que vous êtes, ne seront pas capables de le faire.

Je vais vous conter une petite histoire, juste une histoire personnelle qui va vous faire rire, parce que, moi, elle me fait rire beaucoup. Alors, il y a deux ans, là, je suis allé en vacances en Nouvelle-Angleterre et puis je suis arrêté, à l'automne, à Nantucket. O.K.? Nantucket, ce n'est pas exactement un centre hospitalier universitaire de Nantucket, là, c'est au mieux un CLSC, là. Il n'y a tellement pas d'ouvrage là qu'il n'y a pas de technicienne en radiologie en permanence sur place, elle est à la maison. Je me suis enfargé sur le trottoir, je suis tombé sur le poignet, je me suis cassé le poignet. Je savais que j'avais une fracture qui n'était pas bien, bien grave, mais j'étais sûr d'en avoir une. Je suis allé passer une radiographie au cas où, gnanngnan, gnanngnan. Alors, mes films, là, ils ont été lus par le Mass General parce que le groupe

du Mass General fait une bonne partie de l'État du Massachusetts, incluant Nantucket. Puis, juste aux dernières nouvelles, là, le Mass General, par rapport à vous autres, je pense que c'est aussi connu, puis c'est aussi notoire, puis ça ramasse autant d'argent, puis il y a autant de chercheurs, puis il y a autant de tout ce que vous voulez. Mais la radiologiste de garde, au Mass General, a lu ma fracture linéaire du poignet qui a eu besoin d'une attelle seulement. Expliquez-moi, là, comment le Mass General peut être ce qu'il est et en même temps couvrir Nantucket...

**Mme Nadeau (Madeleine) :** M. le ministre...

• (16 h 30) •

**M. Barrette :** ...sans perdre sa notoriété, ses chercheurs, et ainsi de suite? Mon point, c'est que je comprends votre point, mais j'aimerais ça avoir des arguments de votre part qui seront fondés sur autre chose que l'impression que la fin du monde va vous arriver parce que vous pensez que le système qui va être mis en place va être tellement délétère pour vous autres que, dans le fond, je vais donner la mission au CISSS de vous détruire.

**Le Président (M. Tanguay) :** Mme Nadeau.

**Mme Nadeau (Madeleine) :** M. le ministre, je ne commenterai pas votre expérience personnelle, mais je vais revenir sur vos propos avant de... Je vais vous dire, M. le ministre, avec tout le respect que je vous dois, que je suis en désaccord avec plusieurs points que vous avez soulevés dans vos commentaires.

C'est vrai, tout comme vous, le patient, la rapidité de l'action, l'amélioration des services est au coeur de nos préoccupations. Mais, pour ça, je dois vous réitérer ceci, comme institut, il est de notre devoir et de notre responsabilité de demander de conserver notre gouvernance autonome et notre vocation suprarégionale pour pouvoir... Ce n'est pas une question de structure, c'est pour pouvoir continuer à offrir les meilleurs soins spécialisés, ultraspecialisés que nous offrons à 2,2 millions d'habitants du Québec, pour continuer à développer notre expertise au bénéfice de tous.

En clair, M. le ministre, tout ce que nous vous demandons, c'est très simple, nous vous demandons de nous inclure à l'article 7, comme l'ICM. C'est essentiel pour nous, c'est ça qui fait de nous le seul... et qui confirme le seul spécialiste québécois des maladies chroniques sociétales, pour qu'on soit capables de continuer à servir les Québécois. Le projet de loi, il ne faut pas se faire d'illusions, il va entraîner la mort à petit feu de l'expert québécois des maladies chroniques sociétales. C'est les maladies cardiovasculaires, respiratoires reliées à l'obésité. Enlever notre autonomie, notre capacité de prendre des décisions rapides et efficaces... C'est vital pour continuer à nous développer.

J'ai le goût, en ce moment, de vous faire une analogie qui peut illustrer mon propos, si vous me permettez cette analogie. Si, demain matin, le ministère fédéral de la Santé indiquait, pour des raisons économiques ou autres, qu'il rapatriait unilatéralement tous les pouvoirs du ministère de la Santé du Québec au fédéral, mais qu'il vous disait de ne pas vous inquiéter, qu'il va vous préserver votre titre de ministre et va vous laisser vos bureaux, il va vous laisser vos employés, qu'il va continuer à payer votre loyer, votre dépense, mais, à chaque fois que vous voudrez donner une orientation à vos activités, à chaque fois que vous voudrez investir dans des activités propres à votre ministère et utiles aux Québécois, vous devrez lui en faire la demande et attendre le traitement de votre dossier avant de pouvoir agir... M. le ministre, c'est exactement ce qui va se produire pour nous si on est fusionnés avec le CISSS de Québec et qu'on perd notre gouvernance autonome.

L'enjeu, pour nous, est très important. Ce n'est pas juste une question de titre, c'est une question d'être capables et d'avoir le pouvoir et les leviers pour répondre aux besoins de la population dans nos domaines d'expertise. L'enjeu, il est là, il n'est pas ailleurs. Je vais vous dire, pour nous, si rien n'est changé au projet de loi — j'espère que ça n'arrivera pas — il est raisonnable de penser qu'en moins de 10 ans les habitants du Nord, de l'Est et du Nord-Est du Québec peut-être qu'ils vont être obligés de se rendre à Montréal pour obtenir des soins spécialisés.

L'enjeu est crucial, M. le ministre. Et je suis persuadée qu'on partage cette préoccupation de bien desservir les Québécois dans des domaines de pointe. Je suis sûre que c'est votre préoccupation également. À moins que vous me dites non. Je ne vous ai pas entendu nous dire que ça ne vous préoccupe pas que les Québécois aient accès à ces excellents services.

**M. Barrette :** Et évidemment vous ne m'entendez pas dire une chose comme celle-là, donc, comme vous ne m'entendez pas dire ou décider que je... mettre en place quoi que ce soit qui diminue votre niveau de prestation de soins. Ce que vous dites à propos de l'institut, c'est tout vrai, j'en conviens à 100 %. Que vous me disiez que vous voulez préserver votre statut de support régional, je peux vous garantir que je...

C'est vrai que les terminologies dans le projet de loi sont non idéales, c'est vrai, je suis d'accord avec vous. Et je suis d'accord avec vous que, dans les dénominations, il doit y avoir clairement un statut suprarégional pour votre installation, votre établissement. Je suis d'accord avec vous avec ça, et ce sont des choses qui vont être corrigées. Comme on l'a dit tantôt aux gens de Sherbrooke, le côté universitaire et le côté suprarégional de vos institutions doit être reconnu, j'en suis, je suis tout à fait d'accord avec vous.

Maintenant, si vous me permettez de reprendre votre parallèle, contrairement à ce que vous pensez, je ne peux pas faire ce que je veux, moi, là, là. Je reprends votre exemple, là. Moi, je dois aller au Conseil du trésor quand je prends des décisions qui ont des dollars qui sont mis en cause. Je suis comme vous, je suis autonome, mais il faut que j'aille demander à quelqu'un au-dessus de moi. Et le au-dessus de moi ne m'empêche pas de gérer le ministère de la Santé et des Services sociaux non plus, mais, en quelque part, il y a une autorisation qui doit venir. Et je ne dis pas qu'on doit vous mettre dans une structure où vous devez être assujettis à qui que ce soit, surtout pas si la structure vous reconnaît votre mission comme c'est la finalité. Je suis d'accord avec vous, Mme Nadeau, pour ce qui est de la dénomination, de la notoriété, il y a des choses à corriger, je suis d'accord 100 % avec vous, mais... Et je vous pose la question, là — parce que là j'imagine qu'il nous reste moins de temps, là — ...

**Le Président (M. Tanguay) :** Il vous reste à peu près trois minutes.

**M. Barrette :** ...y a-t-il, Mme Nadeau... Et là je vais faire un parallèle qui est imprécis. Je sais qu'actuellement, dans la région de Québec, vous étiez quand même en réflexion pour joindre... avant que je présente le projet de loi n° 10, là, vous étiez en réflexion pour joindre le CHU de Québec. Vous étiez dans cette réflexion-là. Je ne vous dis pas... Puis je ne veux pas vous mettre des mots dans la bouche, là, je ne vous dis pas que vous aviez conclu que vous alliez le faire, mais vous aviez une réflexion, là, qui est engagée là-dessus ou du moins il y avait des pourparlers avec... Là vous me dites non?

**Mme Nadeau (Madeleine) :** Non. Je regrette, mais non.

**M. Barrette :** Y a-t-il un chemin qui vous apparaîtrait praticable pour que, vous et moi, arrivions à une destination qui nous satisfasse l'un et l'autre?

**Le Président (M. Tanguay) :** Mme Nadeau.

**Mme Nadeau (Madeleine) :** M. le ministre, nous sommes vos partenaires, nous ne sommes pas vos adversaires. Je vous ai dit d'entrée de jeu, nous souhaitons collaborer avec vous, nous souhaitons collaborer de tout coeur avec vous. Ce que je vous dis : Vous avez fait un design pour le système de santé au Québec. Ce que je vous dis tout simplement : Dans ce design-là, il s'est glissé quelque part une erreur. Cette erreur-là, c'est de ne pas mettre l'IUCPQ dans votre article 7 et lui conserver son autonomie. Je ne vous demande pas de défaire quoi que ce soit. Je m'approche de vous. Ce que je vous dis : Prenez l'IUCPQ et mettez-le sous l'article 7 en lui conservant sa pleine autonomie. Si on obtient cet élément-là, ça enlève ce déséquilibre Québec-Montréal et ça nous met sur la même longueur d'onde. Et vous allez pouvoir continuer pour longtemps à être responsable et avoir la fierté d'avoir deux instituts de cardiologie, un de cardiologie, un de cardiologie et pneumologie de Québec, très performants, dont vous allez être fier, dont les Québécois vont être fiers. Et, pour y arriver, dans l'ensemble de votre projet, avec cet élément de modification là, nous serons au rendez-vous pour collaborer avec vous, nous serons au rendez-vous pour que vous puissiez atteindre vos objectifs à 100 %. Nous sommes d'accord que le Québec est dans une situation financière difficile. C'est un défi majeur qui vous attend. Nous voulons relever ce défi-là avec vous. Nous le souhaitons de tout coeur. Donnez-nous l'oxygène, donnez-nous l'opportunité, en nous inscrivant à l'article 7 de cette loi-là, de nous joindre à vous et de faire le reste du chemin ensemble.

**M. Barrette :** Bien, Mme Nadeau, je vous remercie de vos commentaires, je vais les prendre en considération de façon sérieuse et...

**Mme Nadeau (Madeleine) :** Merci.

**M. Barrette :** Bien, on va revenir un peu plus tard avec d'autres décisions. Mais vous avez fait un plaidoyer qui était très clair, et j'en prends bonne note.

**Mme Nadeau (Madeleine) :** Merci, M. le ministre.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, ceci met fin à ce premier bloc d'échange. Je cède maintenant la parole à notre collègue députée de Taillon pour un bloc de 14 minutes.

• (16 h 40) •

**Mme Lamarre :** Merci beaucoup, M. le Président. Mme Nadeau, Dr De Larochellière, Dr Martel et Me Caron, merci, merci d'être là. Je dois vous dire d'entrée de jeu qu'à ma première lecture du projet de loi n° 10 j'ai eu la même réaction que vous, c'est-à-dire : Comment se fait-il qu'on n'ait pas un centre suprarégional à Québec et à Sherbrooke et... à Québec. Il est clair que l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec doit avoir ce statut et doit être reconnu par, non pas le titre ou une pseudocompétition avec Montréal, mais par la nature même des actes que vous posez, de la recherche que vous faites et du caractère très de pointe que vous... la mission de pointe que vous avez. En tout cas, je suis très consciente de la distinction.

Et autant je suis pour une intégration verticale de notre système de santé, qui passe à travers toutes les démarches, incluant les gens qui ont des besoins au niveau des services sociaux, des gens qui ont des problèmes en santé mentale, qui ont des besoins particuliers, avant même la première ligne ou parallèlement à la première ligne, deuxième ligne, troisième ligne, mais il faut quand même reconnaître qu'au Québec on a quelques secteurs d'excellence, d'expertise et de recherche, et ce sont les créneaux dont on doit être fiers et qu'on doit protéger, et vous appartenez certainement à ça.

Et tantôt vous avez fait une analogie et peut-être que je la bonifierais ou, en tout cas, je pense qu'elle traduirait peut-être mieux ce que vous essayez d'illustrer. Par exemple, le sport, qui est quelque chose de bénéfique et auquel on veut que tout le monde ait accès, bien il se fait de différentes façons et à différents niveaux. Il faut une intégration, il faut un sport au niveau scolaire, il faut un sport d'élite même, il y a du sport-études, il y a du sport dans la rue, mais, à un moment donné, on décide qu'on a quelques individus qui sont de compétiteurs olympiques qui rayonnent à travers la planète, et qui font avancer de façon particulière la connaissance, la recherche, le rayonnement, et qui ont même, je dirais, un impact économique. Donc, il y a des retombées économiques certainement à certaines recherches que vous faites, ne serait-ce que dans l'accueil des étudiants du Québec, mais aussi des étudiants étrangers, la collaboration avec des experts étrangers. Alors, tout ça, je pense que le Québec en a bien besoin et je pense qu'il faut vraiment soutenir.

Et, à travers ça, la reconnaissance d'un statut suprarégional devrait vous être reconnue sans que vous ayez à livrer un combat exceptionnel.

Je trouve que vous avez, dans votre présentation, un élément où j'aimerais peut-être vous entendre et qui va peut-être nous aider, tous ensemble, à convaincre le ministre. Vous avez, dans l'enjeu 3... Vous avez dit — et tout ceci, en tout cas, pour moi, m'apparaît clair — que et l'Institut de cardiologie de Montréal, comme vous l'avez dit, et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec sont des pôles de grande expertise. Mais vous dites, donc, dans l'enjeu 3 : «...il montre des forces distinctes reconnues au niveau international.» Pourriez-vous me parler de quelques forces distinctes qui sont reconnues au niveau international?

**M. De Larochellière (Robert) :** Bien, si on parle de l'Institut de cardiologie de Montréal, on parle d'un centre absolument exceptionnel. Si on parle de l'IUCPQ, on parle d'un centre absolument exceptionnel. Alors, en ce sens-là, on se ressemble.

La différence réside surtout dans nos missions. Alors, on a des missions fortes en cardiologie, une mission également en pneumologie, qui n'existe pas à Montréal, puis une mission avec une surspécialisation en chirurgie bariatrique, dans le traitement de l'obésité. Alors, ça fait de nous un institut unique. Et ce n'est pas seulement d'avoir ces trois missions-là qui fait de nous une force unique, c'est le fait d'avoir réussi à intégrer parfaitement ces trois missions-là de façon horizontale entre eux autres quand c'est le temps de donner des soins aux patients, mais aussi au niveau de la recherche. Alors, au niveau de la recherche, ces trois missions-là sont parfaitement alignées sur les trois réalités cliniques de dispensation des soins, et ces recherches-là, qui sont conduites dans les trois axes, cardiologie, pneumologie et obésité, améliorent la prestation des soins aux patients dans les trois axes. Alors, c'est ce qui fait de nous un institut unique. C'est une caractéristique qui est très importante.

Notre centre de recherche est extrêmement productif. Quand les gens parlent de l'Institut de cardiologie de Montréal, on parle d'un joyau. Quand on parle de l'IUCPQ, on parle aussi d'un joyau. Alors, notre centre de recherche a une prestation en volume qui est égale, voire supérieure quand on regarde le nombre de publications par chercheur qui émanent de chez nous.

Alors, on a un institut unique qui est le seul institut — et là je vais sortir des frontières québécoises pour aller au Canada — le seul institut canadien des maladies sociétales. Affaiblir l'institut, c'est affaiblir le seul institut de soins et de recherche des grandes maladies sociétales. Il ne se passe pas une semaine sans qu'on parle des problèmes épidémiologiques de cardiologie, pneumologie et d'obésité; ce n'est pas pour rien. Alors, ça prend un institut qui conduit les recherches, et c'est ça que nous faisons. À l'IUCPQ, on conduit les recherches sur les grandes maladies sociétales. Et, comme on est présents dans les trois axes, que les trois axes sont parfaitement alignés au niveau vertical, horizontal, dans le sens que vous voulez, bien c'est ça qui fait de nous un institut unique.

Alors, perdre l'institut, c'est perdre quelque chose qui ne s'en ira pas nécessairement à Montréal. Perdre l'institut, c'est perdre quelque chose qui va peut-être s'en aller à Toronto, à Cleveland, au Mass, alors c'est ça. Alors, tu sais, c'est ça, perdre l'institut, c'est sortir des investissements, prendre 3 millions dans la dernière année... On a un chercheur... On a parlé d'une première, la semaine dernière, on a implanté une valve mitrale de façon absolument extraordinaire. Alors, on en a parlé la semaine dernière. Bien, on a un chercheur qui vient... qui est en finalisation d'une entente avec la NIH pour amener un contrat de 9 millions de dollars de recherche à l'institut, mais tout ça vient du fait qu'on a eu une gouvernance qui nous a permis d'avancer dans ces soins ultraspécialisés là. Et perdre l'autonomie de cette gouvernance-là, c'est possiblement renoncer à ça et possiblement renoncer aux chercheurs qui conduisent ces travaux-là. Je m'excuse, M. le ministre, mais c'est une grande inquiétude et c'est une inquiétude sincère de tous les chercheurs et de tous les cliniciens de notre centre.

**Mme Nadeau (Madeleine) :** Est-ce que je peux me permettre de vous ajouter juste un élément? On a des économies à faire au Québec, on en est conscients, et tout le monde veut y participer. Mais, à la lecture de notre document, de notre mémoire, je veux vous ajouter ceci, c'est qu'à l'institut actuellement, en termes de performance de gestion, selon le palmarès, les données du ministère de la Santé, sur les 126 établissements, nous sommes le septième établissement le plus performant au Québec. L'agrément... Agrément Canada, quand ils sont venus nous évaluer l'année passée, ils nous ont donné la note exceptionnelle, notre gouvernance, elle a mérité la note 10 sur 10.

Dans ce contexte-là, quand on regarde notre taux d'encadrement, le nombre de cadres qui est disponible, nous sommes parmi les plus performants au Québec. On manque de cadres, en réalité, on est en dessous de la moyenne québécoise, on a moins de cadres que la moyenne du Québec, on a encore beaucoup moins de cadres qu'à l'ICM. Donc, quand on regarde notre modèle de gouvernance... On a reçu des messages de différents gouvernements nous rappelant... je ne dirais pas nous rappelant à l'ordre, mais nous sensibilisant à la situation financière du Québec. On les a écoutés et on a fait le ménage chez nous. Donc, on se pose la question : Sur le plan financier, quelle est la valeur ajoutée de nous fusionner puisque nous sommes en bonne situation financière?

**M. Martel (Simon) :** Peut-être en complétant, en termes de soins également, parce qu'on est déjà dans un modèle d'intégration, peut-être pas dans une structure administrative intégrée, mais dans un modèle de soins qui nous permet de collaborer étroitement avec nos partenaires du réseau, que ce soit à l'intérieur de la région 03, ou même, vous allez voir dans notre mémoire, avec plusieurs régions qu'on collabore. Donc, on participe, nos collègues cardiologues vont dans les autres régions, nos pneumologues également, on participe à ça. On essaie d'intégrer...

Justement, on parlait d'intégration avec la première ligne. Moi, je peux parler du cancer du poumon. Donc, on a mis en place un réseau de coordination d'investigation du cancer du poumon qui s'adresse justement avec les cliniques

de médecine familiale de tout le territoire. Donc, on a tout fait ça justement pour être des partenaires actifs du réseau, même si on parle beaucoup de nos missions tertiaires et quaternaires qui sont très importantes, mais on est aussi des acteurs importants avec la première ligne ou la deuxième ligne justement pour permettre la prise en charge rapide des patients, une belle fluidité. Et aussi éventuellement on parle de maladies chroniques sociétales, ces patients-là, bien, on veut justement les aider à rester à domicile et on collabore à plusieurs projets, justement, pour permettre des meilleurs soins, justement, à ces patients-là à domicile.

• (16 h 50) •

**Mme Lamarre :** Alors, écoutez, je pense que ce que vous me décrivez, ça correspond vraiment à la vocation d'un site suprarégional. C'est vraiment dans ces dimensions-là qu'on veut que ça se réalise et ça se concrétise. Je vois aussi qu'à travers votre recherche il y a probablement de l'innovation technologique qui peut amener éventuellement des économies dans l'organisation des soins. Mais il faut avoir, donc, des gens qui ont aussi ce recul et cette distance pour juste être capables de bien prendre la mesure d'une innovation plutôt que d'être constamment pris dans un type de fonctionnement traditionnel.

On voit toutes les nouvelles technologies au niveau du diagnostic. Ce matin, on m'a montré un appareil qui permet de détecter la fibrillation auriculaire, il y a plein de nouvelles technologies, et c'est sûr qu'à ce moment-là un rôle suprarégional permet même d'être... de donner des conseils au ministre sur une nouvelle façon de réorganiser les soins en tenant compte de cette nouvelle technologie, puisqu'au Québec je pense qu'une de nos défaillances ça a été peut-être de continuer à rester dans des vieilles pratiques ou dans des vieux stéréotypes où on voit, par exemple, que certains spécialistes continuent de faire des activités qui pourraient être faites par d'autres professionnels, et ainsi de suite pour les médecins de famille, et ainsi de suite pour tous les niveaux de soins infirmiers.

Donc, je pense que ce que vous reflétez, c'est vraiment une mission qui est celle d'un centre suprarégional. Et je vous soutiens absolument dans votre démarche. J'ai confiance que le ministre nous aura entendus. Et je pense, en tout cas, que vous faites un très bon rapport. Je voudrais vous entendre parler un peu des retombées économiques. Vous avez parlé de la recherche ou du retour de recherche que vous avez. Peut-être que ces éléments économiques là pourraient être... Vous avez parlé de 33 millions de dollars.

**M. De Larochellière (Robert) :** C'est le budget du centre de recherche au cours...

**Mme Lamarre :** C'est votre budget, mais...

**M. De Larochellière (Robert) :** ...les investissements dans le centre de recherche au cours de la dernière année.

**Mme Lamarre :** O.K. Mais, dans des retours de...

**M. De Larochellière (Robert) :** Alors, le centre de recherche, c'est 700 employés. Vous avez parlé tantôt de chercheurs étrangers qui viennent séjourner chez nous. On appelle ça communément des «fellows», du côté des médecins. On en accueille 24 cette année, le plus gros programme de «fellowship» au Québec actuellement. C'est des médecins étrangers qui viennent travailler chez nous pour un an ou deux avant de rapporter leur expertise et la notoriété de notre institut.

**Mme Lamarre :** ...reçoit quelque chose pour l'accueil de ces «fellows»?

**M. De Larochellière (Robert) :** L'hôpital ne reçoit pas d'argent, mais le séjour de ces médecins-là favorise la productivité, nous permet d'amener... Ils arrivent la plupart d'entre eux avec des bourses qui supportent leur venue ici, parce qu'ils ont des coûts. Alors, ils viennent vivre chez nous avec leur famille pendant un an ou deux. Ils viennent travailler en recherche principalement, contribuent beaucoup à la vie académique. Alors, c'est ce que les programmes de «fellow» apportent chez nous. Mais, au-delà de ça, la vie économique d'un centre de recherche, il y a des employés permanents, il y a les investissements de nos partenaires de l'industrie qui sont très importants, de façon annuelle, qui amènent des argent dans la région de Québec, qui favorisent les travaux des chercheurs qui sont en place. Alors...

**M. Martel (Simon) :** Peut-être pour ajouter. Même que, si on regarde, depuis la création de l'institut — dans le fond, on a été nommés en 1996 — cette performance-là a amené une belle intégration avec nos axes cliniques, nos axes de recherche, a fait une croissance extraordinaire de notre centre de recherche. On est passés d'un centre de recherche qui était beaucoup plus petit, beaucoup plus modeste, et maintenant on est tout près de 800 employés. On a parlé plus de 700, mais je pense que c'est 796 employés. Donc, on a eu une croissance importante. Et ça vient avec... justement on parle de renommée, d'attraction, de gens qui viennent travailler avec nous, de collaborations, après ça, en échange. On a des gens qui viennent chez nous, mais, après ça, ça nous permet de faire des collaborations avec ces gens-là et d'amener des investissements qui sont très intéressants pour la région.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, ceci met fin à ce bloc d'échange. Je cède maintenant la parole à notre collègue de La Peltrie pour un bloc de 9 min 30 s.

**M. Caire :** Merci, M. le Président. Bonjour à vous quatre. Je dois vous dire que votre présentation se distingue par la clarté de vos propos et de vos revendications, parce que je pense qu'on n'est plus à l'étape de recommandations,

on parle vraiment de revendications. Puis je veux vous dire que c'est probablement la première présentation où j'ai commencé avec des questions et j'ai fini avec des réponses.

Parce que, quand j'ai lu le projet de loi, moi aussi, je me suis étonné de voir effectivement qu'il y avait ce deux poids, deux mesures et je me posais la question : Est-ce que l'erreur, c'est de ne pas intégrer les instituts aux CISSS ou l'erreur, c'est de les intégrer? Et visiblement vous répondez à cette question-là. D'ailleurs, le ministre vous l'a dit : Voudriez-vous que j'intègre l'Institut de cardiologie de Montréal aux CISSS? Et vous avez dit : Non, ce serait une erreur. Ce serait une erreur. C'est vraiment fondamental pour vous de garder cette autonomie-là. Puis j'aimerais qu'on s'entretienne, peut-être qu'on aille un petit peu plus loin dans cette réflexion-là.

Parce que vous semblez dire qu'un conseil d'administration d'un CISSS ne serait pas en mesure de vous donner la flexibilité nécessaire. Donc, au quotidien, là, qu'est-ce qui est votre réalité? Qu'est-ce qui fait en sorte que vous avez besoin de réunir le conseil d'administration rapidement, prendre des décisions? Quels types de décisions nécessitent cette flexibilité-là? Quelles situations vous mettent dans une position, je dirais, d'urgence, où c'est d'avoir un investissement ou de ne pas l'avoir, d'obtenir la venue d'un chercheur ou de ne pas l'obtenir, de voir même peut-être des chercheurs quitter? Parce que vous avez dit, Dr De Larochellière, que les chercheurs vont suivre les fonds de recherche, ce qui est tout à fait normal. Donc, pouvez-vous nous en dire un peu plus sur cette réalité-là au quotidien pour bien faire comprendre au ministre que l'institut de cardiologie de Québec a besoin du même statut que celui de Montréal?

**M. De Larochellière (Robert) :** L'autonomie de gouvernance d'une institution, c'est une autonomie qui lui permet de gérer son budget, si je comprends bien, et qui lui permet aussi de signer des ententes avec des fournisseurs et éventuellement des partenaires. Alors, la perte de la capacité pour une installation physique de gérer son budget ou de signer des ententes va faire en sorte que ceci va devoir être amené à un autre niveau administratif, beaucoup plus large, qui va avoir des problématiques très importantes, on ne les nie pas, on voit l'ensemble des problématiques, mais qui vont avoir une réalité puis une vision bien différentes. Alors que nous, on est 70 % de soins spécialisés et ultraspecialisés, bien, si on prend un CISSS, ça va être 80 %, 90 % de soins de première, deuxième et début de troisième ligne. Alors, le conseil d'administration va être pris avec toutes sortes de problématiques très importantes, sociales, accessibilité des médecins de famille, organisation des GMF, de grands problèmes qui vont faire en sorte que le problème qui va pouvoir être mis sur le brûleur arrière, là, bien...

**M. Caire :** ...

**M. De Larochellière (Robert) :** Et voilà. Et voilà. Alors, c'est possiblement ce qui nous permet aujourd'hui d'être compétitifs. Quand on parle de recherche, on parle d'un monde de compétition qui est aussi féroce sinon plus que le monde du sport. Cette compétition-là, elle est internationale, elle est en tout temps. Pendant que je vous parle présentement, on est au congrès canadien, des collègues qui sont en train de défendre des projets, en train de... Alors, c'est continu, ça ne s'arrête pas.

Et cette perte de l'autonomie administrative, cette perte de la capacité de réaction, cette difficulté de pouvoir appeler un administrateur à l'hôpital, un directeur général, une direction des finances pour lui expliquer que, oui, ça vaut la peine d'investir dans cette technologie-là, oui, le développement, les efforts que ça prend pour développer une façon... par le poignet pour aller voir les artères coronaires, à long terme ça va mener à quelque chose. Bien, aujourd'hui, ça a mené à une façon qui a changé, qui a révolutionné les soins en cardiologie. Aujourd'hui, une coronarographie, une dilatation des artères, le patient arrive à l'hôpital, sort le même soir.

Bien, il y a eu des investissements, il a fallu que notre établissement nous suive, il a fallu qu'ils acceptent des efforts économiques quand on a développé, quand on a fait un projet de recherche original, pas supporté par l'industrie, hein, puis qu'on a conduit ce projet de recherche là puis qui a fait en sorte qu'aujourd'hui ça a changé la pratique de la cardiologie tertiaire non pas seulement qu'à l'institut, mais sur l'ensemble du territoire québécois, voire de l'Amérique du Nord. Alors c'est ça, la flexibilité puis l'autonomie dont nous avons besoin. Et c'est cette flexibilité puis cette autonomie-là qui rendent la recherche plus dynamique puis qui permettent d'avancer, puis d'aller chercher, puis de retenir ces chercheurs-là.

**Mme Nadeau (Madeleine) :** M. Caire, je voudrais compléter ce que dit mon collègue.

**M. Caire :** Allez-y, madame.

• (17 heures) •

**Mme Nadeau (Madeleine) :** Elle est majeure, cette question-là. Parce qu'au fond l'autonomie de gouvernance, qu'est-ce ça veut dire? Ça veut dire l'identité. Ça veut dire l'identité juridique, c'est ça que ça veut dire. Et les organismes subventionnaires, si on devient un département du CISSS, les organismes subventionnaires, les sommes qu'on reçoit et qui contribuent au développement économique de la région... On ne transige pas avec un département. Les organismes subventionnaires, ils ont leur identité juridique. Alors, quand ils traitent, ils veulent traiter comme toutes les entreprises, ils traitent avec le décideur. On ne traite pas avec le représentant du décideur. Quand on est prêt à mettre des millions, on veut une entité juridique distincte avec... celle qu'on traite. C'est ça, les règles du jeu. C'est ça, dans la vraie vie, ça marche comme ça. Je m'excuse de le dire crûment, mais c'est ça, la game. Je ne sais pas... Simon, tu le sais plus que moi.

**M. Martel (Simon) :** Bien, en fait, les opportunités... Souvent, on a l'impression que c'est au ralenti, des fois, les choses, mais je pense que les opportunités sont vraiment rapides. Et Dr De Larochellière faisait allusion à nos contacts

qu'on peut avoir facilement avec la direction des finances, le directeur général. Toutes les semaines, des chercheurs vont discuter avec la direction des finances, la directrice des finances pour tel projet : C'est important. Donc, d'avoir une efficacité dans la gestion nous permet justement d'avoir des opportunités de partenariat, que ce soit avec d'autres institutions à travers le Canada et le monde ou d'autres partenaires de l'industrie. Donc, cette flexibilité-là facilite le travail, justement, de demeurer toujours à la fine pointe puis en avant du train, pas dans le wagon en arrière, en avant du train. Donc, je pense que c'est ça, je pense, qu'on défend pour que ce soit une garantie pour nous autres de pouvoir toujours offrir cette plus-value-là qu'on a à l'IUCPQ.

**M. Caire :** Tout à l'heure, le ministre faisait le parallèle avec les fondations qui disaient essentiellement : C'est important que les institutions auxquelles nous, on est rattachés, gardent leur nom parce que les donateurs veulent avoir l'assurance que l'argent qui va être donné va aller à cette institution-là. Mais, dans le fond, ce que vous dites, c'est : Dans notre cas à nous, c'est différent parce que c'est le centre de décision qui doit réagir très rapidement, puis, quand on est noyés dans un... Vous faisiez le parallèle tout à l'heure avec un magasin général. Quand on est le gérant de département des fruits, bien, c'est bien de valeur, mais on n'est pas le gérant du magasin.

Plusieurs organismes sont venus plaider leurs particularités, et la revendication était à l'effet d'avoir un représentant au sein du conseil d'administration. Mais vous, vous êtes formels, on n'est pas à ce niveau-là, il faut vraiment avoir une entité juridique complètement indépendante.

**Mme Caron (Annie) :** Si vous me permettez, M. Caire. Effectivement, parce que, si on avait seulement une représentation au niveau d'un conseil d'administration, comme vous avez entendu l'ensemble des porte-parole aujourd'hui, ça ne nous permettrait pas d'établir, et de déterminer, et de faire voter les priorités de la troisième et de la quatrième ligne, qui est l'institut universitaire de cardio et de pneumo de Québec, par rapport aux priorités qui vont être assez urgentes pour la première ligne et la deuxième ligne avec l'adoption éventuelle du projet de loi n° 10.

Parce que, vous le savez, l'adoption du projet de loi n° 10, le ministre vise essentiellement à une meilleure fluidité au niveau des première et deuxième lignes. Donc, essentiellement, ça va être leur priorité, donc, demain matin. Et, comme Dr De Larochellière vous l'a mentionné, Dr Martel également, nous, nos priorités se situent ailleurs. Donc, une simple chaise de représentant au sein d'un conseil d'administration, ça ne serait nettement pas suffisant, avec respect pour M. le ministre. Donc, nous, la gouverne autonome, quand on parle de gouverne autonome, ce dont on a besoin, c'est véritablement d'avoir un conseil d'administration autonome, un établissement autonome — donc, je vais prêcher pour ma paroisse — donc, au niveau... une entité juridique distincte pour faire en sorte véritablement de pouvoir continuer à se développer. Puis comment on va le faire? C'est d'avoir justement un gouverne proche. Donc, les décideurs doivent être proches de nos médecins, de nos surspécialistes. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, il nous reste à vous remercier, les représentants et représentantes de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.

Compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux jusqu'à demain matin, 10 heures. Merci beaucoup.

*(Fin de la séance à 17 h 4)*