



Projet de redéploiement du CUSM

PROGRAMME FONCTIONNEL ET TECHNIQUE
MODERNISATION DU CAMPUS DE LA MONTAGNE

Jun 2009



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Les meilleurs soins pour la vie
The Best Care for Life



Table des matières

1. Sommaire exécutif.....	1
1.1 Description du projet	1
1.2 Programme des besoins	9
1.3 Sommaire des coûts d'immobilisations	10
1.4 Échéancier	11
1.5 Coûts d'opération	12
2. Introduction	13
2.1 Présentation de l'établissement	13
2.2 Problématique visée par le PFT	16
2.2.1 Problématique sociosanitaire	16
2.2.2 Problématique technique.....	17
2.3 Études antérieures	19
3. Principes directeurs	21
3.1 Objectifs sociosanitaires.....	21
3.2 Objectifs urbains et architecturaux	24
3.2.1 Site de la Montagne.....	24
3.2.2 Les objectifs architecturaux.....	25
3.3 Objectifs opérationnels et fonctionnels.....	26
3.4 Objectifs techniques	30
3.5 Objectifs de mise en œuvre	31
3.6 Critères de conception généraux	31
4. Programme des besoins	35
4.1 Site et installations	35
4.1.1 Description de l'environnement	35
4.1.2 Description du site campus de la Montagne.....	52
4.1.3 Intégration urbaine campus de la Montagne	59
4.2 Installation existante.....	67
4.2.1 Description du construit.....	67
4.2.2 Fonctionnalité	70
4.2.3 Maintien d'actifs – sécurité incendie.....	71
4.3 Organisation spatiale.....	75
4.3.1 Liaisons fonctionnelles	75
4.3.2 Accès, circulations verticales et horizontales	77





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM

4.4 Modernisation - Campus de la Montagne	79
4.4.1 Introduction - Campus de la Montagne	79
4.4.1.1 Soins hospitaliers.....	81
4.4.1.1.1 Soins médicaux et chirurgicaux pour adultes..	81
4.4.1.1.2 Tableau des superficies	93
4.4.1.2 Services ambulatoires.....	115
4.4.1.2.1 Urgence	115
4.4.1.2.2 Tableau des superficies	129
4.4.1.3 Services diagnostiques et thérapeutiques	135
4.4.1.3.1 EEG / EMG.....	135
4.4.1.3.2 Bloc opératoire.....	135
4.4.1.3.3 Tableau des superficies	145
4.4.1.4 Soutien clinique.....	151
4.4.1.4.1 Centre de stérilisation	151
4.4.1.4.2 Tableau des superficies	157
4.4.2 Bilan des superficies brutes F1	159
4.5 Exigences techniques	161
5. Mise en œuvre et réalisation du projet.....	163
5.1 Mode de réalisation du projet.....	163
5.2 Échéancier de réalisation	163
5.3 Enjeux et risques.....	163
5.4 Estimation des coûts du projet de construction.....	163
5.5 Estimation du coût de projet d'immobilisation	164
5.6 Estimation des coûts d'opération	164
Annexe I : Liste des intervenants (juin 2008) et (mai 2009).....	165
Annexe II : Plan de localisation	185
Annexe III : Fiches techniques des locaux.....	186
Annexe IV : Tableau des coûts par éléments – Unifomat II.....	186
Annexe V : Liste des équipements médicaux spécialisés.....	186
Annexe VI : Études spécifiques	186
Annexe VII : Plan de blocage sommaire	195





1. Sommaire exécutif

1.1. Description du projet

Le projet de construction d'un nouveau centre hospitalier est un projet qui chemine depuis un grand nombre d'années déjà et dont la finalité première est de doter le Québec d'un centre hospitalier universitaire moderne, à la fine pointe des tendances en matière de soins, d'enseignement et de recherche, dans une infrastructure architecturale et technologique permettant l'atteinte de ces objectifs.

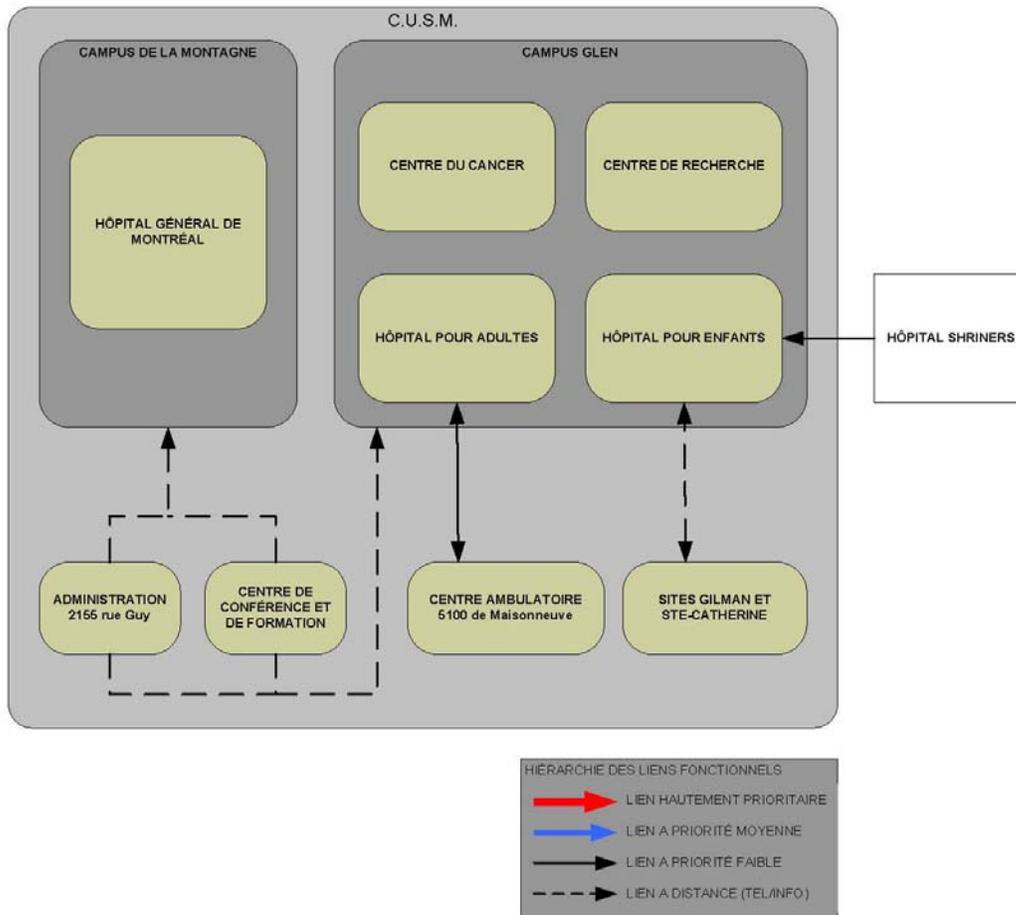
Depuis l'annonce de ce projet, plusieurs études ont été réalisées portant sur le contenu de la programmation clinique et les choix de redéploiement des programmes de soins et de services. Le complexe ainsi créé est à l'avant-garde des soins de santé et conçu en fonction des nouveaux modèles de prestation des soins, axés sur les besoins des patients et de leur famille. À titre de centre universitaire, la mission du CUSM comporte quatre (4) volets : les services aux patients, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Aussi, le CUSM s'est engagé à exploiter deux centres d'excellence, de qualité et de réputation égale, ayant en grande partie les mêmes normes de soins, centrés sur les patients et leur famille. Le CUSM reconnaît également le besoin de regrouper ses activités de façon optimale à l'un ou l'autre des deux emplacements : le campus Glen et le campus de la Montagne. Le présent document présente le PFT (programme fonctionnel et technique) des fonctions qui seront directement touchées par le projet de modernisation du campus de la Montagne.



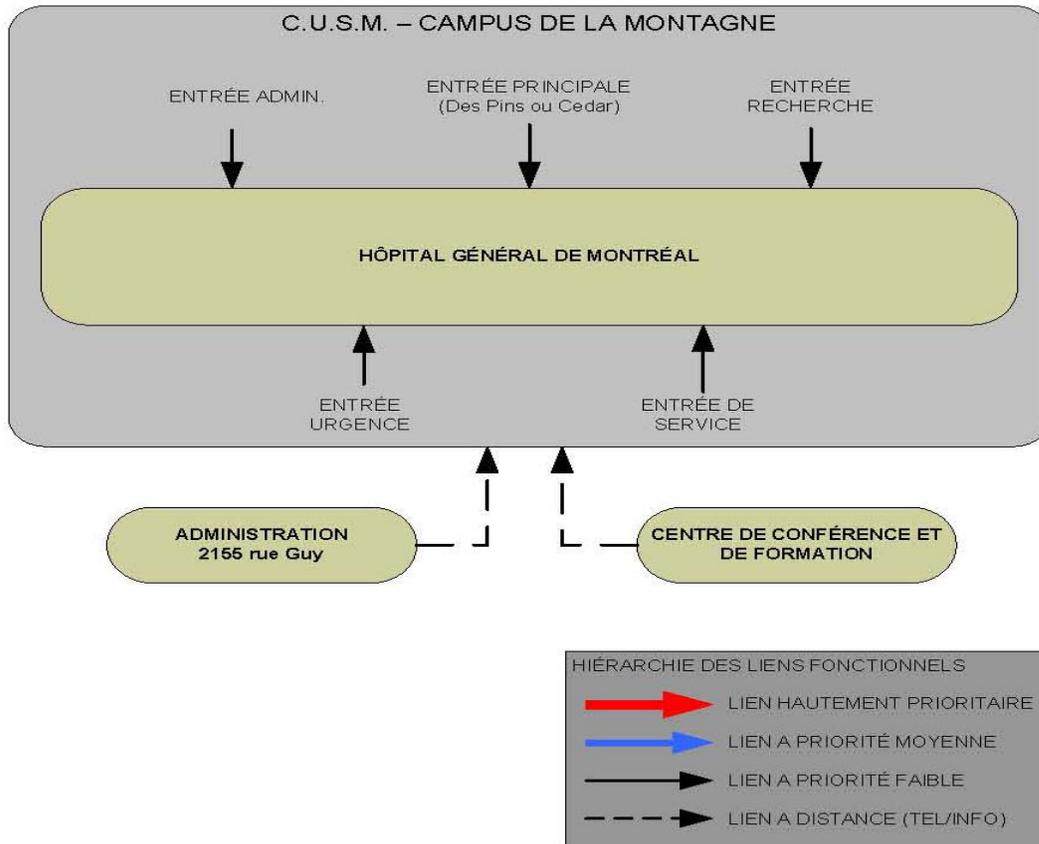


ORGANIGRAMME GÉNÉRAL - CUSM



L'Hôpital général de Montréal devient le campus de la Montagne. Il devra être réaménagé et amélioré en vue de mieux desservir la population du centre-ville. Il continuera d'offrir une gamme de services hospitaliers, en plus d'être le Centre de traumatologie du CUSM.

ORGANIGRAMME GÉNÉRAL – CAMPUS DE LA MONTAGNE



Campus de la Montagne

Le campus de la Montagne sera un centre d'excellence au centre-ville qui offrira un environnement novateur, propice à la guérison et à la fine pointe de la technologie pour les patients et leur famille. Il respectera le caractère historique et naturel du quartier tout en offrant une gamme de services exclusifs comme la traumatologie, la psychiatrie/santé mentale, entre autres. Figurent également sur cette liste la neurologie (programme ACV et TCC), la médecine générale, la chirurgie générale, l'orthopédie, ainsi que la chirurgie buccale et maxillo-faciale. Les services de chirurgie plastique continueront d'être assurés sur les deux campus en raison de leur rôle en oncologie et en traumatologie.

Le campus de la Montagne comprendra un total de 268 lits d'hospitalisation regroupés en 2 zones. Une première zone concentrera les lits des soins chirurgicaux dans les ailes AB et une deuxième zone regroupera les lits de soins médicaux principalement dans les ailes CDE. En plus des unités de soins, le campus sera doté d'un nouveau bloc opératoire de onze (11) salles, d'une urgence de 38 civières complètement réaménagées et d'une centrale de stérilisation répondant aux nouvelles pratiques et technologies, aux normes actuelles et directement reliée au bloc opératoire.

L'HGM devra être réaménagé et amélioré afin de desservir adéquatement la population. Des rénovations majeures et une expansion sont prévues pour assurer la conformité des espaces aux normes et aux directives de la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)—*Modélisation des CHU et Guide de gestion des urgences*.

Agrandissement de la Cour ouest

Le premier agrandissement est situé dans la cour ouest et logera l'urgence, le bloc opératoire et la stérilisation, puisque sa position est plus centrale et que cette configuration permet une meilleure flexibilité des aménagements.

Agrandissement des Ailes A et B

Le deuxième lieu d'agrandissement est devant les ailes A et B. Cet agrandissement logera principalement des unités de soins du niveau 2 au niveau 6, une partie de l'urgence et l'accueil-admission au niveau 1 et des fonctions de soutien au premier sous-sol. Le niveau S3 situé de plein pied avec l'avenue des Pins, accueillera une entrée et un auditorium.

Les unités des soins seront conçues de façon à optimiser l'environnement de guérison et à faciliter le plus possible le travail du personnel médical, clinique et de soutien.

Les installations et les services seront aussi flexibles afin de s'adapter aux conditions de travail et de minimiser les transferts de patients, coûteux en termes d'énergie pour le personnel. Des efforts importants ont été consentis pour prévenir les risques d'infection au sein des aires de soins.

La configuration des unités de soins contribuera à faciliter l'approche multidisciplinaire et le concept d'équipe de soins tout en diminuant les risques d'erreur. L'accent sera mis sur le respect de l'intimité et sur l'autonomie du patient et de ses proches. Toutes les chambres seront simples et chaque chambre possèdera ses propres contrôles de chauffage et d'aération.



Le personnel et les services de soutien des intervenants seront situés le plus près possible des patients. L'information au patient et à ses proches sera encouragée et soutenue à tous les stades de l'hospitalisation, grâce notamment à un accès universel à tous les modes de communication électronique (Internet, réseaux internes, etc.). Cet accès respecte les droits des personnes à la vie privée, conformément aux lois, aux règlements et aux politiques relatives à la confidentialité.

Lits dressés

	Actuel	Montagne 2010-2015
Soins palliatifs	16	0
Médecine interne générale	116	45
Pneumologie	27	0
Hémo-oncologie	35	0
Gériatrie	43	28
Cardiologie		4
Unité de soins critiques coronariens	20	9
L'USI pour médecine	22	12
Unité de court séjour	22	10
Total Médecine	301	108
Gynécologie	24	0
Chirurgie thoracique	5	0
Chirurgie générale	74	33
Transplantation	15	0
Chirurgie cardiaque	47	0
Chirurgie vasculaire	16	0
Ophthalmologie	4	1
Chirurgie buccale, maxilo-faciale et de dentisterie	2	1 (1)
Oto-rhino-laryngologie	10	0
Orthopédie / traumatologie	39	36
Chirurgie plastique	12	7 (1)
Urologie	18	2 (1)
L'USI pour chirurgie	34	12
Total Chirurgie	300	92
Neurochirurgie		0
Neurologie	125	26 (2)
Soins intensif	12	0
Total Neurosciences	137	26
Obstétrique	45	0
Psychiatrie	53	42
Sous Total - Adultes	836	268
Médecine / Chirurgie	98	0
Unité de court séjour	10	0
Psychiatrie	12	0
Soins intensifs	16	0
Soins néonataux intensifs	54	0
Soins immunodéprimés	16	0
Sous Total - Pédiatrie	206	
TOTAL - CUSM	1042	268

Notes:

(1) 10 lits de chirurgie regroupés en soins intermédiaire (Trauma step down)

(2) inclus 14 lits pour les ACV et 12 lits pour les TCC



Les services ambulatoires

Les services ambulatoires comprennent les hôpitaux de jour, les cliniques externes et l'urgence.

La coordination des soins ambulatoires constitue l'un des défis les plus difficiles et les plus exigeants du CUSM. Des principes d'organisation ont donc été établis en vue d'optimiser les contacts entre patients ambulatoires et praticiens :

- Les installations destinées à recevoir les patients sont regroupées de façon à faciliter la prestation de services et à améliorer la qualité de l'expérience vécue par le patient.
- L'organisation des soins ambulatoires est hybride, c'est-à-dire qu'elle obéit à des critères de spécialités et/ou de clientèle.
- Des horaires étendus et un accès simplifié aux services doivent être privilégiés pour les patients ambulatoires.
- Enfin, l'enseignement et la formation sont particulièrement présents au sein des services ambulatoires. Les salles d'examen et de consultation, standardisées, sont assez spacieuses pour que des stagiaires et des étudiants puissent assister aux rencontres entre les patients et les professionnels de la santé sans nuire au confort et au besoin d'intimité des patients.

Urgences

	2005-2006 Actuel HGM	Campus de la Montagne 2010-2015
Adulte		
Visites	35 902	36 737
Civières	26	38
Pédiatrie		
Visites	0	0
Civières	0	0



Le plateau technique

Établissement de soins spécialisés et centre d'enseignement et de recherche à la fine pointe de la technologie, le CUSM mise sur le partage des installations et des équipements afin d'offrir à sa clientèle et aux professionnels de la santé un meilleur environnement, et une plus grande accessibilité aux équipements médicaux coûteux utilisés dans les services de soins spécialisés et ultra spécialisés.

Le plateau technique réunit les installations et les équipements nécessaires aux techniques traditionnelles de chirurgie, et aux traitements spécialisés où les technologies peu ou non invasives sont en nette progression depuis plusieurs années. Situé entre les aires des services ambulatoires et les aires de soins hospitaliers, le plateau technique comprend le bloc opératoire, les salles péri-opératoires (et les salles reliées à ces services), les salles de procédures et les installations d'imagerie médicale.

Les salles sont toutes réparties sur un même niveau et regroupées par affinités ou par spécialités médicales. La configuration générale est souple et permet d'adapter les espaces selon l'évolution des besoins ou des pratiques médicales.

Salles d'opération

Mission	Actuel HGM	Campus de la Montagne 2010-2015
Adulte		
Chirurgie	8 salles	8 salles
M.I.S	3 salles	3 salles
Neurosciences	0 salle	0 salle
Pédiatrie	0 salle	0 salle
Grand total	11 salles	11 salles



Les services de soutien généraux :

Les services de soutien généraux comprennent

- L'admission et archives médicales;
- La centrale de stérilisation;
- La gestion du matériel;
- La buanderie;
- Le service alimentaire;
- L'éco-salubrité (entretien ménager);
- Les services techniques/entretien des bâtiments/ateliers;
- La sécurité et les mesures d'urgence;
- Le transport et courrier;
- Le service d'équipement biomédical;
- Les installations publiques et les ressources pour les patients;
- Le centre de gestion des déchets
- Le service de télécommunications et les services informatiques

Certains principes ont inspiré leur intégration aux installations du CUSM :

L'automatisation

Le recours à des systèmes de transport automatisés et robotisés, tant verticaux qu'horizontaux, a été encouragé autant que possible mais devra être adapté aux espaces existants du campus de la Montagne.

Le transport manuel

Le transport manuel sera partagé entre plusieurs services auxiliaires plutôt que d'être réservé à des besoins fragmentaires et spécifiques.

Les systèmes d'information

Les technologies de l'information seront mises à contribution afin de faciliter la logistique des différents services sur les campus.

La séparation des tâches entre personnel de soutien et personnel clinique

Les tâches reliées à la logistique et aux services du soutien généraux doivent être accomplies par le personnel embauché spécifiquement à cette fin.





1.2 Programme des besoins

Le tableau qui suit démontre les superficies brutes des immeubles du campus de la Montagne suite à la réalisation du projet de modernisation :

Immeuble du CUSM	Superficie brute actuelle existante	Superficie brute suite à la réalisation du projet de modernisation
Hôpital général de Montréal (campus de la Montagne)	101 976	70 737 existant 26 257 réaménagement 26 376 agrandissement
Total :	101 976 m²B	123 370 m²B





1.3 Sommaire des coûts d'immobilisations

Le 7 avril 2006, le gouvernement du Québec annonçait que deux modes de réalisation seraient envisagés pour la réalisation du projet de redéploiement:

- Mode conventionnel / forfaitaire
- Mode partenariat public-privé (PPP)

Le mode conventionnel / forfaitaire a été retenu pour le campus de la Montagne.





1.4 Échéancier

L'échéancier de réalisation est intimement lié au mode de réalisation. Un projet d'échéancier global pour les travaux au campus de la Montagne a été présenté avec le rapport d'étape préconcept (2 avril 2009, rév. 12 mai 2009, équipe-maître en gestion de projet et équipe-maître en architecture).



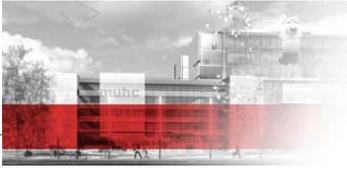


1.5 Coûts d'opération

Le calcul du budget opérationnel de l'an 1 a été fait conformément au cadre de référence fourni par l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal.

Le plan budgétaire détaillé a été soumis à l'Agence de santé et services sociaux de Montréal ainsi qu'au Ministère de la santé et des services sociaux. Un groupe de travail incluant ces deux organismes ainsi que le CUSM sera formé afin de valider la méthodologie, les hypothèses ainsi que les résultats de cette évaluation budgétaire.





2. Introduction

2.1 Présentation de l'établissement

Mission, contexte, historique

Historique du CUSM

C'est par l'entremise du système de santé que la société vient en aide aux personnes qui souffrent et arrive à promouvoir la santé et à prévenir la maladie. Pour utiliser cet outil complexe, nous devons canaliser toutes nos forces scientifiques, humaines, technologiques et organisationnelles. Dans l'ensemble, le système est d'une efficacité remarquable. Cependant, ses nombreuses composantes évoluent sans cesse et ne sont pas toutes aiguillées vers le même objectif.

Dans les années 1990, ce système a fait l'objet d'une refonte et d'une réorganisation en profondeur, principalement en raison de l'enrichissement des connaissances, des pas de géant réalisés au chapitre de la technologie ainsi que de la sensibilisation accrue d'une population scolarisée. D'autre part, certains facteurs ont eu un effet d'impulsion sur le processus de transformation : les attentes de la population ont changé; une plus grande espérance de vie se traduit par de nouveaux besoins; de nouvelles maladies ont fait leur apparition. Après avoir longuement réfléchi à la question et tiré parti de l'expérience des autres, nous savons qu'il est possible de mieux répondre aux besoins de santé de la population, de même que de lui assurer de meilleurs services, et ce, à moindre coût. Toutefois, si le changement était devenu inévitable, c'est parce que l'assainissement des finances publiques était incontournable.

Dès 1992, nous savions que le changement était inévitable, nécessaire et possible.

Créé en 1994, le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) est donc le résultat de la plus importante fusion volontaire d'hôpitaux jamais réalisée au Canada. Le CUSM est un centre hospitalier universitaire (CHU) réunissant l'Université McGill et cinq de ses hôpitaux affiliés, d'une superficie totale de près de 350 000 m² :

- L'Hôpital de Montréal pour enfants
- L'Institut thoracique de Montréal
- L'Hôpital Royal Victoria
- L'Hôpital général de Montréal
- L'Hôpital neurologique de Montréal

← - - - - Mise en forme : Puces et numéros





Les institutions ont fusionné sous la gouverne d'une administration unique. Nous avons également établi un plan concret, à la fois visionnaire et réaliste, qui explique comment notre institution s'acquittera de son rôle de CHU. Les principaux éléments du plan sont les suivants : assurer une intégration adéquate des services, de l'enseignement et de la recherche pour répondre aux besoins des patients et de la communauté; voir à ce que le patient ait accès à une gamme complète de services à toutes les étapes de sa vie; créer un partenariat avec d'autres dispensateurs au sein du réseau afin d'assurer la continuité des services aux patients, de l'enseignement et de la recherche sous le signe de la coordination; aménager de nouvelles installations dans l'optique du bien-être des patients et de leur famille, du personnel, des chercheurs et des étudiants.

Le CUSM ne fait pas que dispenser des soins; il est à l'avant-garde de l'avancement et de la transmission des connaissances aux fins de l'amélioration des services et du mieux-être de la population qu'il dessert. Nos services cliniques continueront de faire partie intégrante de notre potentiel énorme de recherche et d'enseignement. C'est grâce à la recherche que nous mettons au point et évaluons de meilleures méthodes de diagnostic, de traitement et de réadaptation. C'est grâce à l'enseignement que nous faisons connaître les résultats et transmettons les connaissances à la nouvelle génération. Pour la société, ce pont entre la recherche, l'enseignement et les services constituent le meilleur gage de qualité des soins et d'innovation et d'améliorations constantes.

Au sein de ce système de soins coordonnés et globaux qui s'intègre à un réseau de services, le CUSM perçoit son rôle comme suit :

- un centre universitaire de santé sur deux campus devant remplir une mission à quatre volets : les services aux patients, l'enseignement et la recherche et l'évaluation des technologies.
- un centre d'enseignement et de recherche qui demeurera un pôle d'attraction pour du personnel et des étudiants de haut calibre.
- un dispensateur de services spécialisés au sein du réseau régional de la santé avec une grande concentration de services qui requièrent du savoir-faire, des compétences, des technologies ou d'autres ressources spécialisés et ultraspecialisés.
- un partenaire qui prend une part active à la promotion de la santé dans la communauté qu'il dessert.



NOTRE MISSION

SOINS CLINIQUES :

Nos équipes pluridisciplinaires de professionnels de la santé offrent les soins tertiaires et quaternaires à la population du RUIS McGill. Nous assurons aussi des soins primaires et secondaires aux adultes et aux enfants de la clientèle avoisinante. Le CUSM assume sept missions cliniques : la médecine pédiatrique (Hôpital de Montréal pour enfants), la médecine, la chirurgie, les neurosciences, la santé de la femme, la santé mentale et l'oncologie.

RECHERCHE :

L'Institut de recherche du CUSM est un centre de recherche hospitalo-universitaire de réputation internationale. Il accueille plus de 500 chercheurs et 1 000 étudiants des cycles supérieurs et du niveau postdoctoral. Il compte plus de 300 laboratoires au service d'un large éventail de recherches fondamentales et cliniques et produit plus de 1 400 publications par an.

ENSEIGNEMENT :

Le CUSM est fier de la qualité et de la rigueur de sa formation clinique et scientifique. Chaque année, près de 3 000 personnes sont formées au CUSM, dont 825 résidents en médecine et en chirurgie, 1 075 infirmières et infirmiers, 450 étudiants en médecine et 525 autres étudiants dans des disciplines reliées à la santé. Les programmes de formation permanente sont également partie intégrante de la prestation de soins excellents aux patients.

ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ :

Conformément au statut universitaire du CUSM, l'évaluation des technologies est un volet important de la mission d'un CHU. L'Unité d'évaluation des technologies de la santé a été créée par le CUSM en juin 2001, et a pour but d'évaluer des systèmes de prestation de soins et de technologies émergentes afin de guider les décisions en matière d'allocation des ressources, d'adoption et d'utilisation des technologies. Doté d'un Institut de recherche très actif en recherche clinique, le CUSM possède la masse critique de chercheurs et de patients indispensables à une évaluation juste et bien documentée sur les équipements, les technologies et les modes de prestations de soins.

Les principes de bases qui guident l'Unité d'évaluation des technologies dans l'exécution de son mandat incluent:

- effectuer des évaluations de technologies de la santé (ETS). Les décisions concernant l'utilisation de technologies existantes ou émergentes sont basées sur des données fiables concernant l'efficacité et les coûts de cette technologie de même que de tout aspect social, éthique et légale pertinents.
- formuler des recommandations sur la base d'ÉTS. Une équipe de professionnels est responsable de la production d'ÉTS présentant des données fiables et valides sur l'impact économique, l'efficacité et le rapport coût-efficacité de la technologie.
- effectuer un suivi étroit de chacune des évaluations ou recommandations produites afin d'en documenter les répercussions éventuelles sur la politique hospitalière, l'efficacité clinique, la sécurité et l'efficience.



Afin d'aider les deux CHU de Montréal à prendre des décisions importantes face à l'évaluation de la technologie, le CHUM et le CUSM ont mis sur pied une unité conjointe d'évaluation des technologies. Cette unité a pour mandat de :

- a) produire les évaluations requises des technologies nouvelles ou existantes;
- b) développer, sur la base de ces évaluations, les recommandations de politiques de fonctionnement pour les deux CHU et des modèles d'utilisation de ressources selon les meilleures pratiques.

L'entente entre le CHUM et le CUSM, intitulée « Unité conjointe d'évaluation des technologies de la santé » est disponible sur demande.

Le Réseau universitaire intégré de santé McGill (RUIS McGill)

La vision des soins de santé assurés par le CUSM au XXI^e siècle a toujours reposée sur un réseau de partenariats qui desservirait le patient et sa famille sous le signe d'une transition en douceur au sein du réseau. En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a créé quatre réseaux universitaires intégrés de santé, les RUIS, au Québec. Le CUSM est le Centre hospitalier universitaire (CHU) du réseau hospitalier universitaire de McGill. Les régions affiliées au RUIS McGill sont notamment le Centre et l'Ouest de Montréal, l'Ouest de la Montérégie, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, les Terres-cries-de-la-Baie-James et le Nunavik. Ces territoires représentent une population de 1,7 million d'habitants répartie sur 953 000 kilomètres carrés. Le RUIS McGill coordonne les services de santé tertiaires ainsi que les activités d'enseignement et de recherche sur son territoire et il fournit des soins spécialisés et des activités de formation aux régions.

En collaboration avec le Centre hospitalier St. Mary's et l'Hôpital général juif de Montréal, le CUSM agit aussi en temps qu'hôpital de première instance pour les CSSS Cavendish et de la Montagne. Les trois hôpitaux partagent les responsabilités envers la population de ces deux CSSS ayant des besoins de soins primaires et secondaires.

2.2 Problématique visée par le PFT

2.2.1 Problématique sociosanitaire

CAPACITÉ DES INSTALLATIONS DU CUSM DE SOUTENIR LES ACTIVITÉS FUTURES

Le milieu bâti représente une des ressources les plus importantes mises à la disposition du personnel du CUSM, des patients et de la collectivité en général. Sa qualité a une influence déterminante sur la capacité des professionnels de la santé, des chercheurs et des enseignants de s'acquitter de leurs tâches. Les bâtiments de l'hôpital ne constituent pas un environnement neutre. Lorsqu'ils sont bien conçus, ils contribuent dans une large mesure au succès de l'intervention auprès du patient ainsi qu'à l'utilisation productive d'autres ressources telles que le temps, l'argent et le matériel.



Dès les premières études réalisées en 1993, les installations des cinq institutions composantes du CUSM apparaissent en mauvais état, peu accessibles et peu adaptables aux nouveaux besoins et aux nouvelles technologies en soins de santé. Dès lors, la décision de rénover les bâtiments existants ou de construire sur un nouveau site devient un enjeu déterminant pour l'élaboration du projet.

Afin de prendre une décision bien éclairée à ce sujet, il a été convenu d'évaluer les propriétés existantes dans l'optique non seulement de la sécurité et de la détérioration, mais également de la fonctionnalité et de la capacité des bâtiments d'être adaptés aux nouvelles exigences et d'être vraiment propices à la guérison. Il importait de déterminer si, d'un point de vue *fonctionnel*, les installations permettaient au CUSM de s'acquitter de sa mission au cours des prochaines années et de s'assurer qu'il pourrait rivaliser avec les meilleurs centres universitaires du monde pendant plusieurs décennies. Les conclusions de l'étude (Évaluation des immeubles existants, 1998 – Décarel & Dessau) étaient suffisamment probantes pour convaincre les hôpitaux d'unir leurs forces et de s'engager en faveur de la construction d'un nouveau centre. Cette prise de position a été endossée par le ministère de la Santé, qui, en vertu d'un décret, a accordé au CUSM une subvention afin de mettre en branle un processus de planification plus approfondi.

Maintenir l'Hôpital général de Montréal

Suivant la Commission Mulroney-Johnson, qui fut mandatée par le gouvernement en 2003 pour évaluer le projet de planification du CUSM, une réorganisation des services offerts au CUSM fut proposée. Afin de réaliser la réorganisation des services et de répondre à la directive du MSSS sur le maintien d'un campus au centre-ville, le CUSM propose de déployer ses activités sur les sites suivants :

- Le campus hospitalier de la Montagne, soit l'Hôpital général de Montréal
- Le campus hospitalier Glen

Le campus hospitalier de la Montagne sera un centre d'excellence au centre-ville qui offrira un environnement novateur, propice à la guérison et à la fine pointe de la technologie pour les patients et leur famille. Il offrira une gamme de services exclusifs comme la traumatologie tertiaire, la psychiatrie/santé mentale, l'orthopédie et la gériatrie, entre autres.

L'Hôpital général de Montréal sera réaménagé et amélioré afin de desservir adéquatement la population. Des rénovations majeures et une expansion sont prévues pour assurer la conformité des espaces et des normes et aux directives de la Corporation d'hébergement du Québec.

2.2.2 Problématique technique

Les études sur les installations du CUSM, réalisées entre 1993 et 1997 indiquaient que:

- les immeubles existants présentent des lacunes importantes en ce qui a trait à la conformité aux codes régissant la sécurité des personnes.
- les bâtiments possèdent des infrastructures inadéquates, ne les permettant pas de s'adapter facilement ou de s'agrandir, en fonction des besoins futurs.



- Il est capital que certains départements, tout particulièrement l'urgence, le bloc opératoire et les soins intensifs, soient contigus.
- L'espace pour les soins infirmiers et d'autres fonctions de soutien font gravement défaut dans les unités de soins. De plus, les chambres, dotées de toilettes ou d'une baignoire ont des aménagements vétustes. Ces aménagements reposent sur des trames structurales longues et étroites qui compromettent énormément la capacité d'intervention du personnel infirmier et des autres membres du personnel soignant.
- La plupart des chambres du CUSM comptent plusieurs lits (certaines en ont six). Dans le reste de l'Amérique du Nord et en Europe, on constate une tendance aux chambres simples, ce qui se traduit par un rétablissement plus rapide et une utilisation plus efficace des lits. Un tel résultat prend tout son importance dans un système hospitalier où le nombre de lits est en baisse.

L'objectif déterminant du redéploiement du CUSM est donc de fournir le meilleur environnement de guérison possible pour la sécurité et le confort des patients, des familles et des visiteurs.

Le campus modernisé de la Montagne répondront aux normes les plus avancées de l'architecture et de la rénovation hospitalières. Ils comporteront les caractéristiques suivantes :

- 100% de chambres individuelles assurant l'intimité du patient et maximisant le contrôle des infections.
- Des salles de consultation conviviales permettant de discuter avec les familles, des salles d'attente tout confort et des toilettes faciles d'accès.
- Une organisation efficiente des services diagnostiques et thérapeutiques pour la commodité des patients.
- Des systèmes d'information efficaces fournissant au personnel soignant et aux professionnels de la santé des renseignements cliniques rapides et précis.
- La capacité d'adaptation aux progrès de l'équipement médical.

Parmi les autres avantages du redéploiement, mentionnons la capacité renforcée du CUSM d'attirer les meilleurs professionnels de la santé. Les médecins, les chercheurs, le personnel infirmier et les professionnels des disciplines connexes à la santé souhaitent travailler dans des environnements qui leur permettent de donner le maximum de leur compétence. Le nouveau CUSM leur offrira cet environnement.





2.3 Études antérieures

(voir liste en annexe)





INTRODUCTION





3. Principes directeurs

La conception d'un centre hospitalier universitaire offre une opportunité idéale pour créer un environnement vraiment propice à la guérison. Par contre, cela est un exercice difficile, d'autant plus que le CUSM regroupe cinq hôpitaux d'enseignement dont les traditions et la culture interne diffèrent considérablement. La planification du CUSM s'est donc appuyée sur une vision claire des services aux patients qui tient compte des transformations radicales qu'ont connues les soins de santé depuis trois décennies, des tendances qui influenceront sur son évolution au cours des années à venir, ainsi que des demandes de plus en plus pressantes en faveur d'un meilleur contrôle des coûts et de la rationalisation des services.

3.1 Objectifs sociosanitaires

Le CUSM propose un nouveau modèle de guérison, construit autour d'un recentrage de la fonction de l'hôpital, afin que les ressources très importantes consenties par l'État, dans le domaine de la santé, soient affectées et utilisées de façon optimale.

Les principes directeurs de l'organisation des soins cliniques

Dans l'optique d'offrir un nouveau modèle de guérison véritablement centré sur les besoins du patient, la planification des soins cliniques du CUSM s'est appuyée sur les impacts positifs qu'un meilleur environnement génère quant au rétablissement plus rapide des patients, à une plus grande efficacité et à une plus grande qualité de prestation des soins de santé.

Création d'un milieu axé sur la guérison et sur le bien-être des patients et de leur famille, du personnel, des chercheurs et des étudiants.

Le CUSM doit répondre aux besoins d'intimité et de bien-être des patients tout en leur offrant les meilleures conditions possibles de rétablissement rapide et de guérison complète. *La politique environnementale du CUSM* (adoptée en juillet 2006) est destinée à assurer que le CUSM fournit ses services de façon responsable pour minimiser tout risque excessif et impact environnemental défavorable à la santé humaine et à l'environnement naturel. Sur les plans de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, le CUSM offre un environnement adapté aux normes actuelles et aux tendances les plus récentes dans les sciences et les pratiques de la santé. Une telle infrastructure aura pour effet d'augmenter le pouvoir d'attraction et de rétention de nouveaux talents dans les professions de la santé, et de contribuer à l'essor des biotechnologies, des industries pharmaceutiques et de toutes les branches connexes au Québec. Montréal aura davantage d'atouts pour renforcer son statut de l'un des centres d'excellence les plus dynamiques dans les domaines des soins et des sciences de la santé en Amérique du nord et dans le monde.

Le patient d'abord et avant tout

Le patient est au cœur de la mission du CUSM. Cela signifie en premier lieu que c'est la technologie qui va vers le patient et non l'inverse. On a donc conçu des chambres aptes à recevoir les équipements médicaux pour que les traitements puissent être administrés le plus souvent possible au chevet des patients. En réduisant au minimum les déplacements, cela augmente le sentiment de sécurité et de bien-être du patient tout en diminuant les risques d'infection.

Le patient et sa famille sont au cœur de l'organisation des services



Les patients qui participent aux décisions pour leur traitement se rétablissent plus rapidement. Pour le patient adulte et encore plus pour le patient enfant, la famille et l'entourage constituent des partenaires essentiels au processus de soins. La planification du CUSM a donc fait de cette dimension un pivot majeur de sa réflexion.

Les services aux adultes et les services pédiatriques sont dispensés dans des aires distinctes situées dans des secteurs différents du CUSM.

Pour tenir compte des différences psychologiques et physiologiques entre ces deux clientèles, les aires sont aménagées différemment suivant les besoins. Les jeunes patients n'ont pas à traverser de secteurs réservés aux adultes et l'inverse est aussi vrai. Les aires de services aux adultes et celles réservées à la pédiatrie sont toutefois adjacentes, ce qui permet aux professionnels d'échanger leur savoir-faire et leurs connaissances et de partager des services de soutien lorsque cela est possible.

Regroupement des services aux adultes et des services pédiatriques en vue de desservir les patients à toutes les étapes de leur vie.

Tendance de fond, qui prend de l'ampleur dans tout le monde industrialisé, le regroupement des services offre des avantages nombreux et manifestes. Reposant sur le fait que les fondements de la médecine sont les mêmes, peu importe l'âge, le regroupement favorise la continuité des services, particulièrement lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte, et permet de réunir le savoir-faire, la technologie et les services que requièrent les soins assurés à toutes les étapes de la vie. On obtient ainsi une masse critique de professionnels et un bassin de population qui permet de recueillir de précieuses données permettant de mieux comprendre l'évolution des maladies et les processus de guérison dans le système de santé.

Les soins cliniques sont divisés entre soins hospitaliers et services ambulatoires

Pour le patient appelé à recevoir des soins au CUSM, le partage des activités entre services ambulatoires et soins hospitaliers est la distinction la plus importante. L'accent a donc été mis sur les services ambulatoires, réservant l'hospitalisation aux cas qui requièrent des soins aigus ou spécialisés.

Les notions de proximité et d'adjacence sont mises à contribution afin de créer des unités de soins et de services d'une plus grande efficacité.

Dans la planification des unités de soins et des aires de services ambulatoires le CUSM adopte une division hybride, par programmes (par exemple, Oncologie, Cardio-vasculaire) et par clientèle (Santé des femmes, par exemple) et forme des modules pour faciliter la circulation des patients et le travail du personnel.



Des plateaux techniques reliés à la fois aux services ambulatoires¹ et hospitaliers permettent d'optimiser l'utilisation des équipements de pointe et de les rendre accessibles à toutes les clientèles.

Véritables pivots centraux de toute l'organisation spatiale du CUSM, les plateaux techniques sont stratégiquement placés entre les services ambulatoires et hospitaliers. Ils comprennent les blocs opératoires ainsi que les salles possédant des équipements de haute technologie comme l'imagerie médicale et les salles de procédures invasives et non invasives.

Le CUSM offre des services de santé de la meilleure qualité qui soit, et à la fine pointe de la recherche et des nouvelles connaissances dans les sciences de la santé

Cette caractéristique est indissociable du fait que le CUSM est un centre hospitalier universitaire. Le CUSM met à la disposition des patients et des professionnels de la santé les meilleurs services hospitaliers et ambulatoires disponibles en vue de réunir les conditions optimales de guérison pour ses clientèles. Cela signifie, entre autres, tirer le meilleur parti possible des nouvelles technologies de l'information, s'appuyer sur une approche multidisciplinaire, et poursuivre la recherche fondamentale et clinique en vue d'améliorer constamment les soins et l'enseignement dans les domaines de la santé.

Intégration des quatre volets de la mission du CUSM : services de santé, enseignement, recherche et évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

À titre de centre hospitalier universitaire, le CUSM ne fait pas que dispenser des soins. Il est à l'avant-garde de l'avancement et de la transmission des connaissances dans les domaines de la santé en vue d'améliorer la prestation des services et le bien-être de la population qu'il dessert. La recherche permet au CUSM de mettre au point les meilleures méthodes de diagnostic, de traitement et de réadaptation. L'enseignement permet de transmettre le savoir à de nouvelles générations de professionnels de la santé et de leur faire acquérir les meilleures pratiques en matière de santé. L'évaluation des technologies et des modes d'intervention constitue l'une des meilleures garanties que les services dispensés correspondent de façon optimale aux besoins de la population et aux ressources du réseau. De par sa conception, le CUSM s'est donné une approche et des structures qui lui permettent d'offrir les meilleures conditions d'intégration des quatre aspects de sa mission.

Les activités de recherche et d'enseignement sont intégrées aux aires cliniques.

Reconnaissant l'importance du rôle des cliniciens en tant que formateurs et l'apport des chercheurs dans l'amélioration des soins, le CUSM possède des locaux dédiés à l'enseignement et à la recherche dans les services ambulatoires et hospitaliers. Cette intégration se fait dans le plein respect de l'intimité et du bien-être des patients.

Le CUSM constitue un partenaire solide d'un réseau de santé qui coordonne les services en vue d'assurer le continuum de soins pour les patients

Grâce à des liens adéquats entre le CUSM et les autres partenaires du réseau de santé local et régional, les patients peuvent compter sur un ensemble intègre de ressources allant des soins de première ligne aux soins les plus spécialisés. Cette approche réseau, qui concilie la prévention, le dépistage, les soins de tous les niveaux et le suivi des patients, constitue la clé de voûte des soins de santé du XXI^e siècle. Elle repose également sur la prémisse que des ressources suffisantes et des compétences seront redistribuées et mises à la disposition du milieu communautaire. Cela a pour conséquence, non seulement de rapprocher les services de la population, mais aussi de modifier le rôle que jouent le CUSM et tous les hôpitaux au sein du système de santé.

¹ Les services ambulatoires du site Glen, excluant les cliniques externes et services du Centre ambulatoire au 5100 de Maisonneuve.



3.2 Objectifs urbains et architecturaux

Depuis 2002, plusieurs études ont permis au CUSM d'affiner et de définir ses grands objectifs en termes urbains et architecturaux. Ces objectifs sont présentés ici en synthèse.

Dans un premier temps, les prémisses urbaines sont présentées et ensuite les objectifs architecturaux qui adressent la vision intégrée du Centre Universitaire de Santé McGill.

3.2.1 Site de la Montagne

Les enjeux d'aménagements et d'intégration architecturale du projet du CUSM pour le site de la Montagne s'appuient sur trois grands principes directeurs :

Architecture et empreinte volumétrique

Dans le cadre du Projet de redéploiement du CUSM, réaliser la conception architecturale du campus de la Montagne en respectant la morphologie de la montagne, en maximisant les vues à partir de l'hôpital vers la ville et la montagne, et en favorisant une approche d'intégration.

Insertion dans le cadre bâti et paysager

Profiter du Projet de redéploiement du CUSM pour minimiser la frontière entre la ville et la montagne et préconiser les meilleures pratiques de développement durable en s'inspirant des orientations de Frederick Law Olmsted pour l'aménagement paysager et en poursuivant la certification des bâtiments écologiques LEED® pour le campus de la Montagne.

Accessibilité et circulation

Profiter du Projet de redéploiement du CUSM pour rendre l'accessibilité et la circulation sécuritaire, efficace et conviviale autour du campus de la Montagne pour les usagers de l'hôpital et les citoyens en favorisant des mesures de modération de la circulation véhiculaire.

Les enjeux d'aménagements

L'analyse des caractéristiques du milieu d'implantation a permis de dégager les enjeux urbains suivants :

Intégration au contexte historique et naturel du Mont-Royal

- Reconnaissance du caractère naturel du site et de son potentiel de mise en valeur pour en faire un lieu participant à l'amélioration des liens entre la ville et la montagne;
- Mise en place d'un parcours de sentiers, d'escaliers et de terrasses en continuité au réseau d'accès à la montagne et intégré au soutènement construit et à la géomorphologie du lieu;
- Mise en valeur du boisé faisant partie du site classé de la maison McConnell;
- Mise en valeur des vues privilégiées vers la ville à partir du site;
- Mise en valeur des percées visuelles d'intérêts vers la ville à partir du sentier et à travers les ouvertures naturelles que l'on retrouve dans la clairière menant au chemin Olmsted du Mont-Royal;
- Renforcer le caractère naturel du milieu et la présence de la montagne dans l'aménagement des cours intérieures, des plateaux inférieurs et aux abords du site;
- Améliorer l'accessibilité au site suivant des moyens diversifiés tant au niveau véhiculaire que piétonnier;



Intégration au milieu urbain

- Reconnaissance du caractère particulier du milieu environnant et de sa condition d'interface entre la ville et la montagne;
- Reconnaissance et mise en valeur de la nature des rues limitrophes et du caractère pittoresque définissant les chemins de pied de montagne ;
- Consolidation du cadre bâti de l'avenue des Pins sur son versant nord par l'intégration d'éléments typologiques reconnaissables et par la mise en place d'une paroi urbaine favorisant l'intégration volumétrique des nouvelles structures bâties;
- Établissement d'une relation hiérarchique harmonieuse entre le bâti de l'institution et les espaces publics en continuité au réseau d'accès à la montagne;
- Renforcer la relation d'interface entre le bâti et le milieu naturel environnant en privilégiant l'aménagement de toiture verte et y permettre l'accès ;
- Favoriser une distribution volumétrique intégrée aux conditions topographiques du site permettant à la fois la mise en valeur de l'escarpement naturel et la mise en valeur des vues privilégiées vers la ville;
- Consolidation du caractère naturel de l'avenue Cedar et mise en valeur des accès publics menant aux sentiers de la montagne.

Les principes conceptuels

- L'identification des enjeux d'aménagement a permis de dégager les principes conceptuels qui tiennent compte à la fois des exigences fonctionnelles, de la valeur historique et naturelle du lieu, des caractéristiques physiques et topographiques du site et du milieu urbain environnant.
- Les principes de design qui sous-tendent le développement conceptuel du projet du Centre Universitaire de santé McGill sur le site de la Montagne sont les suivants :
 - Distribution volumétrique intégrée à la topographie;
 - Orientation selon un axe nord /sud du volume;
 - Mise en valeur des vues d'intérêt;
 - Stratégie d'intégration aux quartiers environnants;
 - Consolidation urbaine du site;
 - Mise en valeur et consolidation du paysage;
 - Stratégie des accès au site;
 - Intégration au réseau piétonnier de la montagne.

3.2.2 Les objectifs architecturaux

Les objectifs architecturaux sont similaires pour le site de la Montagne et le site Glen. Bien que les prémisses d'intégration soit différentes, les grands enjeux découlent d'une vision commune qui fait du CUSM un centre intégré sur deux sites.

Cette vision se résume par les grands enjeux suivants :

- Conception d'un complexe axé sur le patient
- Création d'un milieu de vie
- Mise en valeur des sites afin de promouvoir la présence du CUSM dans le milieu urbain
- Liens étroits avec la communauté



- Clarté des accès, facilité d'orientation et hiérarchie des circulations
- Allier les fonctions programmatiques à la richesse des espaces et des systèmes architecturaux
- Fragmentation des volumes

Tout en répondant aux exigences du programme fonctionnel établi par le CUSM, la planification du projet devra se baser sur les bienfaits thérapeutiques d'une conception architecturale soucieuse de l'individu dans son environnement. Elle devra accorder une importance particulière aux principes suivants :

- créer par l'architecture un environnement propice à la guérison;
- utiliser les plus récents progrès technologiques en architecture et d'ingénierie pour créer un centre de la santé offrant les plus hauts standards de qualité;
- faire du complexe hospitalier un lieu propice à l'émergence d'une communauté;
- établir un lien étroit avec les quartiers voisins.

Les bienfaits thérapeutiques d'une architecture soucieuse de l'individu dans son environnement sont abondamment documentés. Nous retenons les caractéristiques suivantes :

- maximiser l'apport de lumière naturelle dans toutes les fonctions du programme;
- permettre des vues longues et dégagées; des perspectives visuelles
- lien physique et visuel avec la nature et les espaces extérieurs;
- faciliter l'orientation des usagers en créant des repères visuels facilement identifiables; (wayfinding) et ce, notamment en regard à la clientèle vieillissante
- contrôle des bruits générateurs de stress;
- contrôle des facteurs de confort environnemental (air, température, éclairage, acoustique, hygiène, etc.);
- accès à des lieux de socialisation;
- respect de l'intimité;
- promotion du sentiment de sécurité notamment par la prévention et le contrôle des infections

3.3 Objectifs opérationnels et fonctionnels

- Réduire au minimum les risques et l'impact environnemental défavorable à la santé humaine et à l'environnement naturel.
- Tenir compte de l'accessibilité universelle et des clientèles spécifiques (par ex: personne à mobilité réduite, personne à vision réduite, la clientèle obèse)
- Offrir des systèmes d'information qui seront facilement accessibles pour l'usage et le soutien des patients et des dispensateurs de soins.
- Rendre les installations facilement accessibles, surtout en ce qui a trait à la localisation, à la conception et à l'organisation des services.
- Offrir une ambiance et des facilités qui attirent et retiennent les meilleurs professionnels et gestionnaires de la santé.
- Innover et fournir des services qui établissent des normes de rendement hors pair pour les soins de tous niveaux.
- Faciliter les liens avec le réseau de la santé dans les domaines des services, de l'enseignement et de la recherche.
- Collaborer avec tous les dispensateurs de soins afin d'assurer une transition en douceur pour tous les patients.
- S'assurer de l'efficacité des soins en maintenant les volumes cliniques nécessaires.
- Adopter des changements à la lumière de l'évaluation continue des résultats.

- Orienter ses services de manière à utiliser avec efficacité et efficience les ressources publiques mises à la disposition des soins de santé.

Les principes de conception

Fruit de nombreuses études en matière de services de santé ainsi que sur les milieux de soins axés sur le patient, les principes de conception qui soutiennent le processus d'élaboration des nouvelles installations du CUSM visent à maximiser l'impact du milieu bâti sur la guérison des patients, sur l'efficacité du personnel et sur l'utilisation des ressources.

Si le traitement a une dimension scientifique et technologique, en revanche, la guérison a une dimension spirituelle et psychologique. Ces deux dimensions mettent en relief la dualité haute technologie/réponse humaine compensatoire. Le CUSM intègre ces deux dimensions dans le cadre d'une approche globale qui met l'accent non plus sur la maladie, mais sur le mieux-être.

La programmation fonctionnelle et technique du CUSM s'inspire donc des principes qui visent à concevoir un établissement de santé qui, étant mieux adapté aux besoins du patient, continuera à l'amélioration des résultats cliniques.

La haute technologie est également un élément déterminant. Les professionnels de la santé oeuvrant dans un établissement universitaire en ont absolument besoin, non seulement à des fins cliniques, mais aussi pour être en mesure d'assurer la recherche, la formation et l'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé.

Le CUSM s'assure que le patient peut exercer un contrôle sur son environnement et est impliqué dans le processus de guérison. Pour ce faire, le CUSM privilège la conception d'espaces à l'échelle humaine, des aménagements qui favorisent le bien-être, et une signalisation claire et accessible offrent au patient toutes les informations nécessaires.

La conception des installations tient compte de la participation des membres de la famille et de l'entourage dans le processus de soins. En prévoyant des espaces où les aidants naturels peuvent épauler le patient, en créant un milieu où la formation et l'information sont d'accès universel, en ne négligeant pas les besoins spirituels, le CUSM offre un milieu propice à tous les patients, quel que soit leur âge ou leur culture.

Le CUSM intègre diverses distractions positives comme des espaces verts, des aires décorées d'œuvres d'art et des lieux d'interaction sociale afin d'accroître le sentiment de bien-être chez le patient et de minimiser l'effet intimidant des équipements de pointe.

L'intégration des volets recherche, enseignement et évaluation des technologies se fait de façon à optimiser l'interaction professionnelle, la collaboration, l'innovation et l'efficacité. En prévoyant des aires adéquates réservées à tous les aspects de sa mission, le CUSM concilie à la fois les besoins d'intimité du patient et les exigences liées au travail des professionnels de la santé. La flexibilité des aires de travail facilitera l'adaptation à l'évolution de l'enseignement et de la recherche.

Le CUSM favorise la prestation des soins dans l'optique des pratiques exemplaires.

Le CUSM privilège la proximité et l'adjacence des aires en vue de soutenir les méthodes de travail et de favoriser l'interaction entre les dispensateurs de soins.



En ce qui a trait aux activités de recherche, les laboratoires et les animaleries seront conçues à partir des principes suivants :

- Conforme aux normes et standards applicables
- Basé sur un plan d'implantation qui incorpore les efficacités opérationnelles
- Basé sur un plan d'implantation qui incorpore les systèmes de sécurité nécessaires
- Basé sur un plan d'implantation assez flexible pour permettre un agrandissement des espaces dans le futur
- En promouvant une contiguïté fonctionnelle permettant une gestion optimale des environnements propres et souillés et une circulation simple et fluide
- En promouvant l'utilisation de la lumière naturelle, autant que possible
- En localisant les bureaux, les espaces de soutien et les zones de recherche de façon à maintenir le bio-confinement, tout en encourageant une efficacité des opérations et une interaction entre les chercheurs
- En promouvant la durabilité des surfaces, matériaux et éléments protecteurs afin d'assurer une longévité ainsi qu'une compatibilité avec les normes et procédures prescrites
- En effectuant une signalisation claire et précise

Conception durable

La conception d'un bâtiment durable et écologique prend en compte les aspects environnementaux, sociaux et économiques de sa construction et de son exploitation à court, moyen et long terme. Une telle démarche tient compte du cycle de vie du bâtiment et de ses composantes.

L'application de principes de conception et de construction durables revêt une importance toute particulière lors de la réalisation d'un projet hospitalier, afin de créer un environnement sain, propice à la guérison et offrant un lieu de travail adéquat, et ce pour tous les occupants de l'immeuble. C'est pour cette raison que le CUSM adopte de tels principes dans la conception et la construction de ses nouvelles installations, ainsi que dans leur exploitation tout au long de leur cycle de vie.

Étant donné les nombreux avantages d'une conception et d'une réalisation écologiques, le CUSM privilégie des stratégies de développement durable pour son projet de redéploiement. Celles-ci s'harmonisent avec les objectifs de la Stratégie gouvernementale de développement durable (2008-2013), les objectifs du Premier plan stratégique de développement durable de la collectivité montréalaise (2007-2009) ainsi que la politique environnementale du CUSM.

Le CUSM occupe une position de chef de file en matière d'efficacité énergétique et d'utilisation responsable des ressources. En conséquence, le projet de redéploiement vise la réalisation d'un hôpital fournissant un haut rendement, économique en terme d'énergie et offrant à ses occupants un environnement favorisant le rétablissement.

Processus de conception intégré

Dès le commencement du projet, l'équipe du CUSM et les professionnels (architectes, ingénieurs, experts en modélisation énergétique, spécialistes de l'éclairage, experts-conseils en contrôle des coûts, etc.) établiront une méthode de travail impliquant une collaboration étroite, soit en favorisant l'utilisation d'un processus de conception intégré (PCI). Ce processus exigera la collaboration de tous, et permettra d'intensifier les synergies entre les divers professionnels et de



mettre au défi les différents systèmes de construction possibles, les technologies et les crédits LEED®. Le PCI favorise l'optimisation de la conception d'un bâtiment.

Conception durable et certification LEED®

La conception et la construction de l'établissement viseront, comme minimum, le niveau Argent de la certification LEED® pour les nouvelles constructions et rénovations importantes (système d'évaluation LEED® Canada-NC Version 1.0 & Addenda). Le LEED (Leadership in Energy and Environmental Design) est un système d'évaluation des constructions écologiques, administré par le Conseil du bâtiment durable du Canada (CBDCa). Le Campus hospitalier de Glen comme celui de la Montagne sont inscrits auprès de LEED® Canada-NC version 1.0 auprès du Conseil du bâtiment durable du Canada. Compte tenu de la mission de soins du CHU et de ses préoccupations fondamentales en matière de qualité environnementale à l'intérieur des locaux, certains crédits LEED-NC sont considérés comme obligatoires.

Des facteurs importants agissent également sur la santé des patients et le bien-être et la productivité des professionnels de la santé : la lumière naturelle en abondance, la qualité de l'air intérieur à l'intérieur du bâtiment, des vues intéressantes et agréables, l'accès immédiat à l'extérieur et aux espaces verts, « jardins convalescence » et espaces de repos. Par conséquent, il faut donc adopter les stratégies nécessaires pour maximiser ces éléments bénéfiques, car ces derniers ont des répercussions sur la guérison des patients et la durée moyenne du séjour hospitalier, ainsi que sur le moral, le recrutement, le maintien en poste, l'absentéisme et la productivité des employés.

Il convient aussi d'accorder une grande importance à l'aménagement durable du site de projet et d'envisager la possibilité d'intégrer les mesures suivantes : gestion des eaux de ruissellement, récupération et réutilisation des eaux de pluie, rigoles de drainage biologiques (bioswales) ou bassins de rétention, revêtements de sol perméables et toits verts.

De plus, il conviendra également de suivre les recommandations de la version 2.2 du Green Guide for Health Care pour les établissements de santé lors de la conception, de la construction et de l'exploitation des bâtiments, compte tenu de la pertinence de ce document pour les établissements de santé.

Il est donc essentiel de garantir un environnement sain et de grande qualité aux patients, au personnel et aux visiteurs. De ce fait, il est primordial d'assurer la conformité du projet de redéploiement au système de gestion environnementale du CUSM, d'assurer le leadership du CUSM dans l'exploitation des installations durables, et de démontrer que le CHU est axé sur une amélioration constante de la qualité. En plus de la certification LEED-NC, les installations devront atteindre la certification du système d'évaluation LEED® for Existing Buildings: Operations & Maintenance (janvier 2008) – auprès de l'USGBC (ou du CBDCa, si une version canadienne est mise en place). Certains crédits du système d'évaluation LEED® for Existing Buildings: Operations & Maintenance sont considérés comme obligatoires.

Qualité environnementale de l'intérieur

On ne saurait trop insister sur l'importance de la qualité de l'air intérieur dans un hôpital, car elle influe de façon majeure sur la santé et le bien-être des patients comme des professionnels de la santé. Elle a également des répercussions sur la guérison des patients et la durée moyenne du séjour hospitalier, ainsi que sur le moral, le recrutement, le maintien en poste, l'absentéisme et la



productivité des employés. En conséquence, il faut assurer par tous les moyens la meilleure qualité de l'air possible.

Processus de conception intégré

Dès le départ, le recours à un processus de conception intégré (PCI) exigera la collaboration de tous les professionnels : architectes, ingénieurs, experts en modélisation énergétique, spécialistes de l'éclairage, experts-conseils en contrôle des coûts, professionnels du CUSM, etc. Ce type de processus intensifie les synergies entre les divers professionnels, les systèmes de construction, les technologies et les crédits LEED® et optimise l'efficacité par rapport au coût de la conception.

3.4 Les objectifs techniques

La maîtrise des technologies de pointe en matière d'architecture et d'ingénierie permet de créer un espace bâti flexible et riche, garant du confort des usagers et respectueux de l'environnement :

- intégrer les notions de développement durable (ensoleillement, contrôle de l'air et des gains thermiques, matériaux, paysage comme élément de contrôle climatique et sonore, durabilité, etc.);
- prévoir obtenir la certification du système d'évaluation LEED® Canada-NC Version 1.0 & addenda (mars 2007) pour les nouvelles constructions et rénovations importantes, le niveau Argent de certification comme minimum;
- prévoir obtenir la certification du système d'évaluation LEED® for Existing Buildings: Operations & Maintenance (janvier 2008) – auprès de l'USGBC (ou du CBDCA, si cette certification est mise en place);
- flexibilité des systèmes intérieurs et des stratégies électromécaniques permettant d'ajuster les conditions de confort aux différentes activités et facilitant les besoins d'expansion et/ou de modification des lieux dans le temps;
- automation et fluidité des systèmes de distributions internes;
- facilité de maintenance dans le temps;
- efficacité des systèmes de transport et de circulation sur le site et à l'intérieur du complexe;
- efficacité des scénarios d'aménagement intérieurs ;
- conception et choix de matériaux et de systèmes constructifs optimisant les coûts d'immobilisations, d'exploitation et d'entretien ;
- favoriser des technologies, des systèmes et des équipements disponibles par plusieurs manufacturiers, ayant une historique de fiabilité et de pérennité ;
- concevoir une architecture de qualité permettant l'adaptabilité des bâtiments aux besoins changeant du domaine de la santé ;
- développer des stratégies d'expansion pour les plateaux techniques, les urgences et pour les unités de soins ;
- rencontrer les exigences du Code national du bâtiment du Canada et du Code modèle national de l'énergie pour les bâtiments ; et
- maximiser la sécurité et l'efficacité énergétique des installations électromécaniques, et minimiser leur coût d'entretien en facilitant notamment leur accès.



3.5 Objectifs de mise en œuvre

Voir section 1.3

3.6 Critères de conception généraux

Les critères de conception suivants se réfèrent et / ou s'inspirent des critères de conception du *Guide de performance CHU* de la CHQ.

Identité et volumétrie

- Respecter l'organisation des bâtiments existants et favoriser le rapprochement avec le voisinage
- Développer une volumétrie générale qui projette une image d'accessibilité, d'accueil, tout en affirmant son importance civique
- Éviter la multiplication de matériaux en vue d'une intégration cohérente de l'ensemble architectural.
- Intégration des systèmes de construction
- Intégrer les systèmes électromécaniques à la volumétrie générale

Expansion et flexibilité

- Concevoir le plan d'aménagement en incorporant certains espaces publics majeurs de manière à structurer d'éventuels agrandissements sur le site.
- Développer des stratégies d'expansion horizontales pour des besoins futurs notamment pour les plateaux techniques, imagerie, bloc opératoire et les urgences
- Prévoir dans le concept général la possibilité d'une expansion verticale notamment des unités de soins pour le site Glen comme pour le site de la Montagne.
- Planifier les stationnements de manière à permettre leur expansion en accord avec l'expansion éventuelle des bâtiments et infrastructures.
- Situer les salles de mécanique, chaufferie et quais de livraison dans des zones ne favorisant pas les vibrations et/ou le bruit, et ne nuisant pas à d'éventuels agrandissements.
- Limiter/éviter l'impact des évacuations de l'air vicié sur d'éventuels agrandissement
- Donner le maximum de flexibilité aux planchers, par le choix de la trame structurale, une localisation efficace des puits mécaniques, ascenseurs, etc.
- Offrir une flexibilité aux planchers critiques par l'insertion de « softspaces », (unités fonctionnelles facilement relocalisables)

Orientation et repérage

- Localiser avec soin les entrées principales et en limiter le nombre pour des raisons de repérage et de contrôle des infections.
- Limiter le nombre d'accès aux stationnements, accès dédiés aux visiteurs et aux employés.
- Créer des points de repères notamment par des vues extérieures aux intersections des circulations principales.
- Faciliter l'identification visuelle des grands secteurs d'activité à partir des entrées principales et des halls.



- Offrir le maximum de vue sur l'extérieur et de lumière naturelle au cœur des bâtiments par la création de puits de lumière en concert avec les circulations, aires d'attentes, espaces publics etc.
- Limiter la profondeur des planchers.
- Faciliter le repérage et l'orientation, limiter les distances de parcours et prévoir la présence d'accompagnateur, surtout en fonction de la population vieillissante.

Traitement des accès

- Concevoir les entrées en fonction d'éventuels agrandissements
- Coordonner les entrées en fonction des voies d'accès piétons et véhicules
- Prévoir des protections adéquates contre les intempéries aux entrées principales, des urgences
- Prévoir une distance convenable entre les accès pour le public et les zones publiques de stationnement.
- Prévoir des coins repos le long des circulations ou aux carrefours de celles-ci, une signalisation adéquate et autres.
- Prévoir dans le secteur de l'entrée principale les dégagements nécessaires pour une cohabitation confortable des piétons et des véhicules.
- Hiérarchiser les entrées : distinguer clairement l'entrée principale de l'entrée des urgences par le traitement de leur échelle et image respectives.
- Aménager les accès principaux de façon sécuritaire, par l'éclairage artificiel, système de caméras de surveillance
- Localiser avec soins les entrées principales et secondaires, et en limiter le nombre pour des raisons de repérage et de contrôle des infections.
- Concevoir les accès et les services de façon à favoriser la supervision appropriée et la sécurité autant dans les zones cliniques que les zones publiques.

Circulation

(Voir 4.3.2 accès, circulations verticales et horizontales)

Environnement des patients

(voir aussi 3.2.3 objectifs architecturaux)

Chambres de patients

- Des chambres simples devront être planifiées pour l'ensemble des unités de soins ainsi que les unités de soins intensifs.
- Des toilettes avec douches et lavabos devront être planifiées à l'intérieur des chambres. Les douches devront avoir un système de ventilation efficace pour éliminer l'humidité et éviter la moisissure.
- Les murs et planchers devront être sans joints et sans coulis.
- Les drains de plancher devront être facilement lavables.
- Tous les meubles devront être facilement lavables avec un germicide approuvé par le CUSM.

- Chaque chambre devrait être munie d'un lavabo à l'intérieur de la chambre près de l'entrée pour le lavage des mains des employés et l'entreposage de matériaux pour le soin des patients (les robes, gants, et masques d'isolation, etc.)
- Les ordinateurs pour le personnel devront être situés à l'extérieur des chambres de patient. Selon les recommandations avancées par le Service de prévention et contrôle des infections, dans le document *Approche pour les solutions de PC adaptés dans les chambres de patients*, le PC (et ses accessoires) devrait avoir une surface non poreuse pour faciliter le nettoyage et la désinfection des surfaces, et devrait être hermétique pour éviter l'introduction de liquides ou de produits chimiques qui endommageraient le fonctionnement de l'appareil.

Les orientations en prévention et contrôle des infections

Orientations générales

Le Service de prévention et contrôle des infections ainsi que le Comité de prévention des infections ont participé au processus de programmation et ont établi des principes directeurs en CPI. Ces principes directeurs sont basés sur ceux du MSSS (Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, 2006), de l'AIA (Guidelines for Design and Construction of Health Care Facilities, 2006) et le Guide de référence CHU (CHQ, 2007) et sont les suivantes :

- Considérer les différents modes de transmission d'infections dans la conception des systèmes et composantes du bâtiment (aéroportée, manuportée).
- Tenir compte de la facilité d'entretien et de la durabilité des revêtements architecturaux, du mobilier et des équipements dans une optique de gestion globale de l'hygiène, de la salubrité et du contrôle des infections.
- Choisir les matériaux et revêtements en fonction des types de produits utilisés contre les agents infectieux.
- Localiser avec soins les entrées principales et secondaires, et en limiter le nombre pour des raisons de repérage et de contrôle des infections.
- Organiser les espaces et les circuits et proposer des aménagements aptes à induire ou favoriser des comportements qui limitent au maximum le risque d'infection.
- Porter une attention particulière aux secteurs à haut risques tels : salles d'opération, soins intensifs, hémodialyse, radiologie, endoscopie et autres.
- Évaluer la pertinence de tous les éléments pouvant entrer en contact avec les patients.
- Implanter des équipements facilitant le lavage systématique des mains.

Orientations spécifiques

Chambres d'isolement

Des chambres d'isolement permettront de contrôler la transmission des infections entre les patients ou les usagers aux unités de soins, unités de soins intensifs, ainsi que dans les urgences et aires ambulatoires. Ces chambres auront une salle de toilette dédiée au patient, un vestibule permettant aux personnels soignant d'avoir accès aux matériels de protections, et une pressurisation appropriée selon le type de salles d'isolements (positive ou négative mais non les deux).

Des chambres d'isolement respiratoire protégeront l'établissement d'un risque de contamination de maladie contagieuse aéroportée et requiert une pressurisation négative.

Des chambres d'isolement protecteur mettront à l'abri le patient des risques d'infection provenant de l'extérieur de la chambre et requiert une pressurisation positive.



Ces salles devront être capable d'accueillir n'importe quelle maladie infectieuse : SRAS ou autre (par ex., infection respiratoire sévère - IRS).

Hygiène des mains

- Des éviers pour lavage des mains devront être répartis à travers les unités de soin et les aires ambulatoires.
- Des distributeurs d'assainisseur instantané pour les mains devront être situés à l'intérieur et à l'extérieur de chaque chambre de patient.
- Les éviers et des distributeurs de serviettes en papier à main libre devront être prévus.

Ventilation

- Les bâtiments devront être desservis par un système de CVCA et une enveloppe du bâtiment qui optimisent l'efficacité des renouvellements d'air
- Les fenêtres devront être scellées pour permettre un meilleur contrôle de la qualité de l'air climatisé à travers tous les bâtiments.
- Selon les standards du Guide de référence CHU, toutes les aires de soins critiques et les unités d'Hématologie oncologie devront bénéficier d'air climatisée et de filtres HEPA.

Plomberie

- Les valves principales ne devront pas être situées dans des aires critiques (par ex. les unités des soins intensifs, bloc opératoire, centre de stérilisation centrale, hématologie oncologie, transplantation).
- Les valves devront permettre des réparations dans chaque secteur sans interrompre le service complètement.
- Aucun cul de sac ne devra exister.

Finitions intérieures

- Toute surface devra être facilement lavable et désinfecter avec un germicide approuvé par le CUSM.
- Tous joints devront être minimisés selon les principes directeurs de l'AIA.

Stations d'étiquette respiratoire et de renseignements

- Une station d'étiquette respiratoire devra être prévue à chaque entrée, devant chaque ascenseur, dans les salles d'attente et les aires ambulatoires
- Un endroit, situé à l'entrée de chaque unité de soins et aire ambulatoire, devra être dédiée pour offrir des renseignements aux patients et aux familles en ce qui concerne les conditions environnementales de l'unité (épidémies, précautions à prendre, instructions, etc.).

Fontaines : Aucune fontaine décorative ne devra être prévue.

Rénovations des aires de traitements et unités de soins

La politique et procédure du Service de prévention et contrôle des infections et Services techniques du CUSM (Travaux de construction, de rénovation, d'entretien ou de modernisation) s'applique aux aires de traitements et aux unités de soins.





4. Programme des besoins

4.1 Site et installation

4.1.1 Description de l'environnement – campus de la Montagne

Localisation du site

Le site s'inscrit à l'intérieur des limites de l'arrondissement historique et naturel du Mont-Royal et ses conditions topographiques particulières le positionnent en tant que lieu charnière entre le parc du Mont-Royal et la trame urbaine du centre-ville. Le site est localisé sur le flanc sud de la montagne en bordure immédiate du parc du Mont-Royal. Il est délimité au nord par le parc du Mont-Royal, au sud, par le secteur Lincoln-Tupper et à l'ouest, par la ville de Westmount. Le site de l'Hôpital Général de Montréal est désigné à titre de site de la Montagne. Avec le site Glen, il constitue l'un des deux sites privilégiés retenus dans le cadre du projet de redéploiement du Centre Universitaire de santé McGill.

Les sites retenus pour l'implantation des agrandissements sont localisés dans la cour ouest ainsi que devant les ailes A et B situées sur l'avenue des Pins.

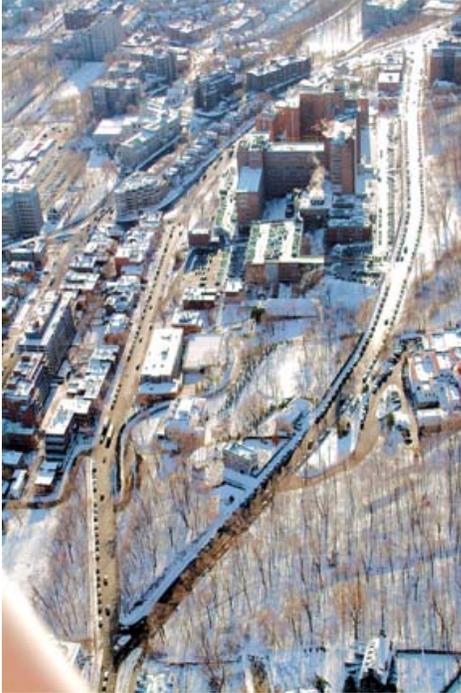




Plan de localisation



Vues aériennes



Arrondissement historique et naturel du Mont-Royal

Le décret créant l'Arrondissement historique et naturel du Mont-Royal a été adopté en mars 2005 par le gouvernement du Québec en vue d'assurer la protection et la mise en valeur du Mont-Royal. Le périmètre de cet arrondissement est défini par les voies de circulation suivantes :

- À l'est, l'avenue de l'Esplanade et la rue Saint-Urbain;
- Au sud, l'avenue des Pins est et ouest, la rue Sherbrooke et l'avenue du Docteur Penfield ;
- À l'ouest, l'arrondissement de Westmount, le chemin Summit et l'avenue d'Oakland ;
- Au nord, l'avenue du Mont-Royal est et ouest, le chemin de la Côte-Sainte-Catherine, l'avenue Decelles, le boulevard Édouard-Montpetit, l'avenue Louis-Colin et la rue Jean-Brillant.

Le parc du Mont-Royal, le parc Summit, le cimetière du Mont-Royal et le cimetière de Notre-Dame-des-Neiges définissent la majeure partie du territoire de l'arrondissement historique et naturel du Mont-Royal.

Les abords de cet arrondissement sont principalement occupés par les grands ensembles institutionnels qui se sont implantés sur les flancs de la montagne.

Le site de la Montagne est localisé à l'intérieur de ce périmètre historique et naturel du Mont-Royal tout comme le sont les campus de l'université de Montréal, de l'université McGill, de l'Hôpital Hôtel Dieu de Montréal, de l'Hôpital Royal Victoria et de l'Oratoire St-Joseph. Ces grands ensembles institutionnels définissent le paysage bâti sur les flancs au périmètre de la montagne.

La montagne et les institutions



Plan de mise en valeur du Mont-Royal

Le territoire où est localisé le CUSM fait partie intégrante de l'Arrondissement historique et naturel du Mont-Royal. Ceci impose au projet de souscrire aux valeurs paysagères énoncées par le Ministère de la Culture et des Communications (MCCQ) pour l'arrondissement. Le voisinage immédiat de la limite du parc du Mont-Royal implique de la part du CUSM une contribution à la mise en valeur du parc au bénéfice de la population montréalaise. En conséquence, le projet devrait adhérer aux orientations exprimées au *Plan de protection et de mise en valeur du Mont-Royal* (Ville de Montréal). Enfin, à un niveau plus détaillé, l'extrémité est du site a fait l'objet d'un classement (Québec, 2003) comme partie du site de la Maison McConnell. Ce secteur est donc assujéti aux règles d'approbation prescrites par ce statut. Lignes directrices de mise en valeur applicable au territoire du CUSM.



En plus, le CUSM s'est engagé, par une entente avec la Ville de Montréal, à protéger le bois des Bénédictins, les vues vers et à partir de la montagne dans l'axe de l'hôpital, et à améliorer l'intégration du complexe hospitalier à son milieu.

Liens entre la ville et la montagne

- Accès principal : Cedar/ Côte-des-Neiges
- Accès secondaires: Cedar et Redpath
- Lien au réseau vert projeté par la ville : Atwater
- Améliorer la signalisation des accès au parc du Mont-Royal
- Améliorer la desserte des transports en commun
- Mettre en valeur ses qualités d'artère panoramique
- Améliorer la qualité d'usage pour les piétons
- Restaurer des éléments d'art décoratifs (murets, clôtures de fer forgé, portes)
- Améliorer la relation entre les flancs de la montagne (boisés, affleurements rocheux) et l'avenue Chemin de la Côte-des-Neiges
- Aménagement paysager
- Plantation d'arbres

Vues et qualité des paysages

- Protéger les vues vers la ville et la montagne à partir des lieux publics fréquentés
- Participer à la qualité des paysages de la montagne en préservant les espaces verts, les boisés et le patrimoine bâti.
- Accroître les possibilités d'ouverture de la montagne aux Montréalais par l'ouverture des sites institutionnels au public.
- Réaliser les travaux en tenant compte de la topographie, de la végétation ainsi que du paysage naturel et bâti de la montagne.
- Tendre à conserver, à restaurer et à entretenir les murs, murets, escaliers, clôtures, passages et autre élément d'intérêt caractéristique de la montagne, qu'ils soient naturels ou construits
- Maintenir et mettre en valeur les percées visuelles, les points de vue et les perspectives sur les éléments topographiques et paysagers du Mont-Royal.
- Dans les cas d'agrandissements, limiter les impacts reliés à leur implantation (hauteur et volumétrie) sur les paysages, les points de vues et les perspectives visuelles, sur la silhouette, les affleurements, les escarpements rocheux, les pentes abruptes, le relief, la végétation du Mont-Royal les éléments construits et sur les aménagements d'intérêt patrimonial.

Historique HGM

Patrimoine

Cette section traite de tout le volet patrimoine. L'emphase a été mise sur l'histoire évolutive de l'emplacement occupé par l'Hôpital général de Montréal, puis sur les valeurs patrimoniales de l'immeuble Travancore et les critères d'intervention sur les terrains qui sont la propriété de l'Hôpital général de Montréal où se situe le Travancore. Deux autres aspects sont traités soit le patrimoine immobilier de l'Hôpital général de Montréal et le contexte patrimonial de l'environnement immédiat.

Histoire évolutive de l'emplacement

Du domaine Seigneurial au lieu de villégiature

L'emplacement du Travancore se trouve à un endroit fameux et stratégique sur les flancs du Mont-Royal. À maintes reprises les cartographes et les aquarellistes du XIX^e siècle ont immortalisé ce fragment de la ville, qui faisait initialement partie du Domaine de la Montagne. En 1802, les Seigneurs de Montréal vendent l'emplacement à un spéculateur nommé John Gray, qui deviendra plus tard le premier président de la Banque de Montréal. À la mort de Gray l'emplacement est fractionné et vendu à quatre riches propriétaires, dont le plus fameux est John Samuel McCord, qui y construit sa villa *Temple Grove*. Ses voisins érigent également des maisons de campagne pour profiter du grand air et des vues spectaculaires sur la Ville, le Fleuve et la plaine.

L'air pur de la montagne convient aussi aux hôpitaux

L'intérêt des bien nantis pour l'air pur et les vues imprenables offerts par le Mont-Royal, est partagé par les institutions hospitalières. Du milieu du XIX^e siècle au milieu du XX^e siècle, cinq hôpitaux s'implantent au pied de la Montagne. L'Hôtel-Dieu en 1859, le Royal Victoria en 1891-93, le Children Memorial en 1907, le Shriner en 1926 et l'Hôpital Général de Montréal en 1953.

Le parc du Mont-Royal

Depuis les années 1840, les projets précurseurs du parc du Mont-Royal prévoyaient des boulevards en périphérie des trois sommets, pour profiter des panoramas. La Ville limite toutefois son projet à la partie occidentale du Mont-Royal et à partir de 1872, acquiert plusieurs terrains de la montagne. En 1874, la Ville confie la conception du parc à F.L. Olmsted. Le parc est inauguré en 1876, mais à l'encontre des intentions esthétique d'Olmsted, la raison politique de la Ville maintient en place les parties nord des propriétés de McCord et de ses voisins, Alexander Cross (lot 1724), John D Day, W.F. Lewis et S.W. Beard, de même, que celle des illustres John Redpath de Hugh Allen et John H.R. Molson, situées plus à l'ouest.

L'installation de l'Hôpital Royal Victoria modifie les limites du parc

Dès la création du parc, des pressions au développement s'exercent sur lui. L'Hôpital Royal Victoria, en voie de création, acquiert les terrains de la famille Molson à proximité de l'Hôtel-Dieu. L'hôpital développé par l'architecte anglais, H. Jackson Snell, ne peut pas se réaliser sur les seuls terrains des Molson. Des terrains privés alors sont échangés contre des terrains publics.

La fonction résidentielle et la fonction hospitalière se côtoient au pied de la montagne

Pendant la construction de l'hôpital Royal Victoria, la Ville prolonge la rue des Pins vers l'est et ouvre la rue Cedar. On assiste à l'établissement de résidences de même qu'à l'installation du Children Memorial Hospital. En 1909, le notaire G.P.R Lighthall fait construire une maison de rapport nommée Travancore, en face du Children Memorial. Un article de l'époque souligne l'existence des terrasses sur le toit et des jardins à l'arrière de l'immeuble et des vues spectaculaires qu'ils offrent. Par ailleurs, en 1926 la présence du Children suscite la construction de l'hôpital des Shriners au nord de Cedar au moment même où John Wilson McConnell complète la maison de Samuel Burland de l'autre côté de la rue.



Mais pourquoi le lot 1724 du quartier Saint-Antoine ne se développe-t-il pas ?

Le propriétaire de ce lot, d'Alexander Cross décède le 17 octobre 1895. Les aléas du règlement de sa succession figent toute transaction sur le terrain. Ce n'est qu'en 1939 que l'hôpital Children achète la partie nord du lot 1724. Survient la 2^e guerre mondiale et l'agrandissement du Children est mis en veilleuse; si bien que plus de cinquante ans après le décès d'Alexander Cross, la propriété est demeurée figée dans le temps.

L'Hôpital Général rejoint la montagne et l'hôpital Children Memorial est forcé de la quitter.

En 1946, l'Hôpital Général entreprend des négociations avec la succession d'Alexander Cross et engage l'architecte Cecil Mc Dougall pour définir la programmation d'un nouvel hôpital. Mc Dougall siège au conseil de ville de Montréal et facilite les changements de zonage requis.

Le 15 juillet 1948, l'Hôpital Général acquiert les 385 000 pieds carrés de la partie sud du terrain de la succession Cross. De 1948 à 1951, un programme gigantesque est mis au point pour la réalisation du nouvel hôpital et l'Hôpital acquiert le Travancore en 1951 pour y installer la résidence des internes. Peu de gens contestent alors la construction de cet immense hôpital qui se vante d'être plus haut que le Mont-Royal. À la suite d'interminables modifications au programme et de multiples réajustements budgétaires, Maurice Duplessis, préside la cérémonie d'installation de la pierre angulaire en 1953 et la reine Élisabeth II préside les cérémonies d'inauguration en 1955. Tout le monde y trouve son compte, sauf le Children Memorial qui s'est fait obstruer la vue du terrain sur lequel il voulait construire un agrandissement depuis 1939. Le Children se porte donc acquéreur de l'ancien hôpital Western, le modernise puis met en vente sa propriété de la Montagne.

D'illustres défenseurs du Mont-Royal

Des promoteurs immobiliers proposent de construire de l'habitation en hauteur à l'emplacement des anciennes constructions du Children et sur le terrain adjacent. S'en suit alors une levée de boucliers qui durera près de sept ans à laquelle participent des architectes et des urbanistes de renom dont Hazen Sise et les Van Ginkel, de même qu'un polémiste célèbre, Pierre Elliot Trudeau. Tant et si bien que le 28 décembre 1964, la Ville exproprie pour fin de parc plusieurs des terrains visés par ces opérations immobilières. Désertées depuis 1956, l'ensemble des constructions du Children sera démoli en 1965 et les terrains seront incorporés dans le parc du Mont-Royal.

Le Travancore

Le Travancore a été construit en 1909, pour le notaire George Peter Rutherford Lighthall, selon les plans des architectes Hutchison, Wood et Miller. Il s'agit d'une oeuvre mineure d'une firme qui a d'importantes réalisations à Montréal. Le nom de l'immeuble évoque celui d'un ancien royaume des Indes, aujourd'hui intégré à l'état du Kerala, le long de la côte sud-ouest de l'Inde ; des photos anciennes témoignent de l'évocation de cette appellation par des motifs décoratifs intégrés au bâtiment mais aujourd'hui disparus.

Le Travancore se situe sur un îlot occupé par l'Hôpital Général, construit en 1955. Quelques immeubles construits sur cet îlot ont une valeur patrimoniale importante notamment la maison John-Wilson McConnel, classée monument historique et construite sur un terrain lui même classé site historique. L'îlot est par ailleurs situé dans l'arrondissement historique et naturel du





Mont-Royal; le parc Thérèse Casgrain qui constitue l'extrémité est de l'îlot y prolonge le caractère naturel de la montagne.

Le Travancore a été construit dans la foulée des grandes résidences du « square mile » adossées au Mont-Royal. Il a cependant des prétentions plus modestes : celles de créer des appartements d'environ 1 500 pieds carrés, quatre par étage, bien éclairés et avec des vues vers la montagne ou vers la ville. Le bâtiment est de la première génération des immeubles d'appartements à Montréal ; son architecture soignée demeure cependant plus modeste que celle de plusieurs de ses contemporains.

À première vue, l'enveloppe du Travancore apparaît relativement intact aujourd'hui mais son environnement a été considérablement modifié. Le long de l'avenue Cedar, le rez-de-chaussée se situe désormais sous le niveau de la voie d'accès à l'hôpital ; à l'arrière, le stationnement étagé le prive de tout dégagement visuel ; vers l'ouest, un lien aérien avec l'hôpital transforme complètement son organisation interne.

Un examen plus attentif révèle plusieurs modifications à l'architecture de l'immeuble, notamment une addition construite en 1988 qui vient fermer la cour avant du bâtiment et en fausse la lecture. À l'intérieur, les espaces résidentiels, assez modestes au départ, ont pour la plupart été transformés en espaces à bureaux, sans souci de conservation. Seul l'escalier central témoigne avec quelque conviction de l'aménagement d'origine.

Le Travancore a encore aujourd'hui une certaine valeur d'usage même si la configuration d'un immeuble d'appartements n'est pas la mieux adaptée à un usage administratif. Son échelle n'altère pas le caractère de la montagne qui lui fait face et son architecture modeste demeure relativement intacte.

Critères pouvant régir les interventions sur les terrains de l'Hôpital général

Le plan d'urbanisme de Montréal, ainsi que son *Plan de protection et de mise en valeur du Mont-Royal*, et l'énoncé des valeurs et patrimoines du Mont-Royal par le ministère de la Culture et des Communications postulent la prééminence de la montagne sur ce territoire et le fait que tout nouvel aménagement doit contribuer à en affermir le caractère. C'est d'ailleurs dans un esprit de conservation du caractère naturel de son emplacement que s'est fait le classement du site de la maison McConnell.

Tout nouvel aménagement doit donc contribuer à la préservation du patrimoine bâti et naturel du flanc sud du Mont-Royal, tisser des liens entre la ville et la montagne et en protéger les vues respectives. Dans cet ordre d'idées, les aménagements du territoire public doivent contribuer à l'harmonisation des paysages et ne doivent pas être contredits par des aménagements peu conséquents sur le domaine privé adjacent.

Patrimoine du parc immobilier de l'Hôpital général de Montréal

L'Hôpital général est propriétaire de quelques édifices classés et d'autres bâtiments qui, sans être classés, ont tout de même une valeur patrimoniale certaine. Entre autres, les anciennes résidences de l'avenue des Pins, acquises par l'Hôpital, sont représentatives de la qualité du bâti que l'on retrouve dans le secteur sud du site.

Les bâtiments institutionnels des années 50 de l'Hôpital général de Montréal ne représentent pas un patrimoine architectural de même nature que les maisons élégantes de la rue des Pins, mais



sont l'expression du rationalisme et du fonctionnalisme progressiste de leur époque. Ce patrimoine institutionnel a su conserver ses caractéristiques, malgré certains ajouts plus ou moins heureux qui n'ont pas trop altéré ses qualités d'ensemble. Une étude patrimoniale devra être réalisée, particulièrement pour le pavillon Travancore qui, si son emplacement était choisi comme site d'implantation, devrait être démoli.

Tennis intérieur

L'hôpital est propriétaire d'un bâtiment associé à la Maison John-Wilson-McConnell. Il s'agit d'un tennis couvert intérieur construit pour la famille McConnell de 1924 à 1926; le bâtiment d'origine en entier est maintenant classé. Ainsi, la loi impose à l'hôpital la responsabilité de conserver l'édifice en bon état; en outre, aucune modification ou réparation – même mineure – ne peut être effectuée sans l'autorisation du ministère de la Culture et des Communications.

Description du bâtiment

Adresse :	13, avenue Steyning, Montréal, Québec H3G 2S4	
Construction :	env. 1990	
Dernière rénovation :	n.d.	
Fonction d'origine :	tennis intérieur	
Statut de la propriété :	classée	
Superficie intérieure :	710,16 m ² nets	1 030,53 m ² bruts
Nombre d'étages :	2	
Nombre de niveaux :	2	

Fonctions principales

- Centre de réadaptation du Service psychiatrique
- Tennis intérieur d'origine transformé en petit gymnase

Caractéristiques architecturales

- Construction en béton armé, encastrée dans le flanc de la montagne
- Toiture métallique à 4 versants
- Premier tennis intérieur privé
- Façade principale en brique d'argile brune
- Façades latérales en béton et en brique
- Peu d'ornementations, à l'exception d'une petite Juliette

Aire de protection de la Maison Charles-G.-Greenshields (Maison Birks)

La maison Birks, située immédiatement à l'est du terrain de l'Hôpital général, au 1547, avenue des Pins Ouest, bénéficie d'une aire de protection d'un rayon de 500 pieds autour du bâtiment. Les lots 1722-1, 1723-1 et 1723-3 de l'ancien cadastre se rattachent à cette propriété. La belle villa bourgeoise néo-classique, construite en 1898 pour John Henry Birks, deuxième fils du célèbre bijoutier, est l'œuvre d'Edward Maxwell.



Description du bâtiment

Adresse : 1547, avenue des Pins Ouest, Montréal, Québec H3G 1B3
 Construction : env.1990
 Dernière rénovation : n.d.
 Fonction d'origine : résidence
 Statut de la propriété : classée
 Superficie intérieure : 699,09 m2 nets 776,57 m2 bruts
 Nombre d'étages : 3 + 1 sous-sol
 Nombre de niveaux : 4

Fonctions principales

- Services ambulatoires en psychiatrie

Caractéristiques architecturales

- Bella villa néoclassique
- Toiture plate
- Lanterneau sur le toit

Maison Durnford

Bien que la maison Durnford ne soit pas classée, elle constitue un bel exemple d'architecte bourgeoise de l'ère victorienne. Sans tomber dans une opulence spectaculaire, elle présente les caractéristiques de l'architecture de cette époque, qui se manifestent ici avec raffinement. Même si l'intérieur a subi quelques modifications, on y retrouve, pour l'essentiel, l'organisation de la maison d'origine avec des boiseries de bois sombre finement ouvragées.

Description du bâtiment

Adresse : 597, ave. Des Pins Ouest, Montréal, Québec H3G 1B3
 Construction : n.d.
 Dernière rénovation : n.d.
 Fonction d'origine : résidence
 Statut de la propriété : d'intérêt patrimonial, non classée
 Superficie intérieure : 519,33 m2 nets 551,91 m2 bruts
 Nombre d'étages : 3 + 1 sous-sol
 Nombre de niveaux : 4

Fonctions principales

- Services administratifs

Caractéristiques architecturales

- Maison victorienne
- Brique d'argile rouge intégrant brique ornementale en chaînage aux planchers
- Premier niveau en pierre bosselée
- Tourelle à demi engagée dans corps de bâtiment
- Hiérarchisation de la fenestration entre étages



- Riche travail du couronnement, avec toit mansardé sur deux façades et intégration de lucarnes.

Contexte patrimonial de l'environnement immédiat

Au-delà de l'arrondissement historique et naturel du Mont-Royal, le contexte est très riche en bâti d'intérêt patrimonial. Ce secteur s'est principalement développé durant la période de 1860 à 1930, lorsque la concentration de la bourgeoisie à cet endroit mena à la formation du « Golden Square Mile », qui regroupa la richesse du Canada jusqu'à la grande crise des années 30. Le site de l'hôpital est à la limite nord de ce secteur privilégié et l'on retrouve sur l'avenue des Pins plusieurs belles maisons isolées ou contiguës, dont celle de l'architecte David Robertson Brown et, un peu plus à l'est, celle d'Ernest Cormier.

Site historique de la Maison John-Wilson-McConnell (trois bâtiments – aussi connue sous le nom de Maison Jeffrey-Hale-Burland)

La maison fut construite en 1913 et 1914 par l'architecte Davie Jerome Spence pour Jeffrey Hale Burland, colonel de carrière et homme d'affaires prospère. Ce dernier fut nommé commissaire de la Société Canadienne de la Croix Rouge à Londres où il décédera en 1914, alors que la maison est inachevée. En 1924, elle est vendue à John Wilson McConnell, éditeur, industriel et financier, qui mandata les architectes Kenneth G. Rea et Charles A. Platt pour réaliser l'aménagement intérieur (avec Julia Gulash, décoratrice), le porche et les dépendances, dont le tennis couvert intérieur et le Coach House.

Analyse du patrimoine architectural moderne

Ceci se veut un complément à l'étude sectorielle en patrimoine produite par la firme Beaupré et Michaud architectes. L'étude produite initialement mettait l'emphase sur l'histoire évolutive de l'emplacement occupé par l'Hôpital général de Montréal, puis sur les valeurs patrimoniales de l'immeuble Travancore et les critères d'intervention sur les terrains qui sont la propriété de l'hôpital. Deux autres aspects ont également été traités dans le rapport synthèse de 2006 : le patrimoine immobilier de l'Hôpital général de Montréal et le contexte patrimonial de l'environnement immédiat.

Dans le rapport synthèse, au niveau du patrimoine immobilier, seuls les bâtiments d'intérêt ont été évalués mettant de côté le corps principal de bâtiment de l'hôpital qui a une facture architecturale plus moderne. Toutefois, sa valeur patrimoniale est non négligeable et mérite qu'on s'y attarde.

Dans le contexte du projet de redéploiement du CUSM, la Ville de Montréal a entrepris une étude sur l'ensemble de l'îlot de l'Hôpital général de Montréal. Le présent chapitre fait une synthèse des informations recueillies par le CUSM et par la Ville de Montréal pour faire un bilan du patrimoine moderne des bâtiments appartenant à l'Hôpital général de Montréal.

La propriété située au 1559-1569, avenue des Pins est aussi présentée dans ce chapitre puisque d'une part, ce terrain est enclavé dans le site de la Montagne et d'autre part, parce que l'architecture du bâtiment soulève un intérêt patrimonial sans être classé.

1559-1569, avenue des Pins



Propriétaire constructeur :	Maurice Day Baldwin, fils de Sarah Jessie Day, builder
Adresse actuelle :	1559-1569, avenue des Pins Ouest
Anciennes adresses :	721-729, Pine Avenue
Ancien numéro de lot :	1723-2-1
Date de construction :	1904
Architectes :	Finley & Spence
Utilisation actuelle :	Habitation
Sources :	VM-GDA. Feuilles de route

En 1904, cette maison jumelée est le plus ancien bâtiment érigé sur ce lot après celui de la villa *Casa des Monte*. Elle est construite par Maurice Day Baldwin, petit-fils de l'avocat John James Day. Maurice D. Baldwin fait appel aux architectes Finley et Spence. Ce dernier sera également sollicité par Jeffrey Hale Burland en 1913 pour construire une nouvelle villa sur le lot voisin.

La façade de ce bâtiment donne directement sur l'avenue des Pins Ouest (1904). Cette habitation surplombe la voie publique et elle est accessible par une entrée sinueuse abrupte qui passe sous une porte cochère et donne accès au bâtiment à l'arrière. Il s'agit d'une maison jumelée symétrique organisée selon un plan en H. D'imposants balcons terminent les deux ailes de la façade et les garde-corps en bois forment une ornementation contrastant avec la brique rouge du recouvrement.

Au rez-de-chaussée, l'arc en pierre en anse de panier sert à la porte cochère centrale qui relie chacune des maisons au deuxième étage. Aucune entrée n'est en façade. Elles se trouvent sous la porte cochère. En 1914, cette maison jumelée est aménagée en cinq logements. Ce bâtiment occupe toute la largeur du lot.

Le bâtiment principal, 1625, avenue des Pins Ouest*HGM en 1955**Tiré de JRAIC, septembre, 1955*

Propriétaire constructeur :	Montreal General Hospital
Adresse actuelle :	1650, avenue Cedar 1625, avenue des Pins Ouest
Ancien numéro de lot :	1724
Date de construction :	1953-1955
Nom actuel :	Montreal General Hospital/Hôpital général de Montréal
Architectes :	McDougall, Smith & Fleming
Utilisation actuelle :	Hôpital
Sources :	MJ- BPDM Annuaire Lovell JRAIC

Fondé au début du XIXe siècle, le *Montreal General Hospital (MGH)* est le premier hôpital à desservir la population anglo-protestante de Montréal. Après avoir occupé quelques bâtiments, le MGH construit son premier hôpital en 1821 sur la rue Dorchester (actuellement le boulevard René-Lévesque) près de la rue Saint-Dominique. Ce premier hôpital pouvait recevoir 72 patients. En 1910, après plusieurs agrandissements, l'hôpital est toujours à l'étroit et on songe à le déménager. Les objections à l'interne sont grandes. Toutefois, le 21 mai 1948, le conseil d'administration fait la première annonce publique d'un déménagement de l'hôpital. Le site choisi est le terrain appartenant à la succession du juge Alexander Cross.

Il s'agit d'un immense site disponible sur la montagne et encore intact. Il est situé à proximité de l'Université McGill, il répondra mieux aux besoins de la population anglophone située à proximité et les espaces de stationnements seront multipliés par cinq. De plus, l'arrivée d'un tel hôpital sur la montagne permettra une meilleure concentration des services hospitaliers. La firme d'architectes choisie afin de réaliser ce projet est McDougall, Smith & Flemming. La pierre angulaire est posée en 1953 et l'hôpital occupe presque tout le site du lot 1724.



Le site du MGH passe donc de 65 000 pieds carrés sur la rue Dorchester à 358 000 pieds carrés sur le Mont-Royal. Le bâtiment permet des accès sur plusieurs niveaux étant donné la dénivellation importante du site. Les membres du personnel médical ont été consultés tout au long de la construction afin d'assurer le plus grand confort aux patients.

L'hôpital pourra contenir 600 lits ce qui est alors considéré comme un nombre optimum pour un seul hôpital à cette époque.

Les architectes

James Cecil McDougall (1886-1959) est un ingénieur et un architecte né à Trois-Rivières. Il fait ses études d'ingénierie (1909) et d'architecture (1910) à l'Université McGill. Au cours de sa carrière, il change plusieurs fois d'associés. Intéressé par l'action municipale, il est conseiller municipal pendant 17 ans, position qu'il occupe au moment de la construction du Montreal General Hospital.

En 1910-1911, il fait un stage d'étudiant chez les architectes Edward et William Sutherland Maxwell. Après l'obtention de ses diplômes, il devient membre de plusieurs associations professionnelles dont l'Engineering Institute of Canada (1914), le Royal Institute of British Architects (1914), le Royal Architectural Institute of Canada, l'Association des architectes de la province de Québec (AAPQ) (1914) dont il devient président en 1926.

Seul ou avec des associés, il développe une expertise importante dans le domaine des hôpitaux et de leurs dépendances. C'est ainsi qu'il construit la résidence des infirmières du Montreal General Hospital (1913 et 1923) à l'époque où cet édifice est situé sur la rue Dorchester; la résidence des infirmières et d'autres pavillons pour le Verdun Protestant Hospital for the Insane – l'actuel hôpital Douglas, des ailes pour l'hôpital Children's Memorial, le pavillon de l'école des infirmières de l'hôpital général juif. De plus, il obtient, seul ou avec des associés, des contrats pour des nouveaux hôpitaux soit l'hôpital général juif (1923 et 1939), le Royal Edward Laurentian, l'hôpital Children's Memorial. Outre ses contrats dans le domaine hospitalier, il obtient aussi des commandes pour des grandes institutions et entreprises dont l'université McGill, le Protestant Board of School Commissioners et la brasserie Molson.

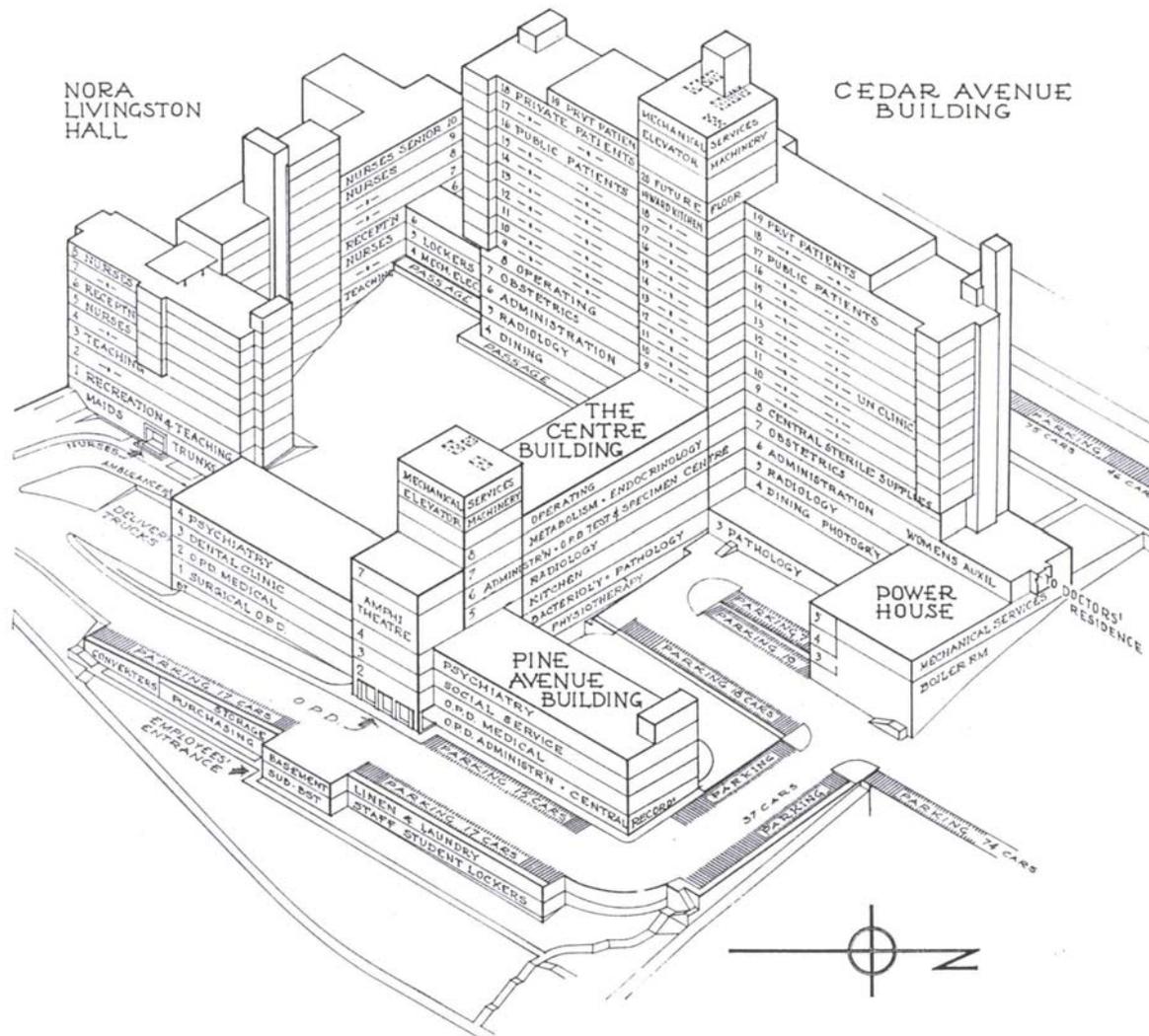
De 1947 à 1956 (dates approximatives), il s'associe aux architectes J. Roxburg Smithe et Robert P. Flemming. Ces derniers sont devenus membres de l'AAPQ en 1944. Sans doute a-t-il apporté à cette firme son expertise dans la construction d'hôpitaux et ses contacts dans le milieu hospitalier anglophone. Les deux associés de James Cecil McDougall sont peu connus.

L'architecture : le bâtiment d'origine

Le site escarpé pose un défi de taille aux architectes. Ceux-ci prennent le parti de construire l'édifice en palier avec une gradation dans le nombre des étages.

Une même composition architecturale, caractérisée par la simplicité des formes et des lignes ainsi que l'unité des matériaux (brique chamois et pierre) est utilisée pour les deux ailes étroites et parallèles qui regardent la ville : le Pine Avenue Building au bas et le Cedar Avenue Building au sommet. Une tour centrale en décrochée lui donne un élan vertical et le Centre Building relie ces deux tours. Les autres ailes en périphérie (Nora Livingstone Hall et le Power House) se replient sur le site et forment des cours intérieures. Le Cedar Avenue Building domine l'ensemble. Les plans des étages varient selon la topographie. À certains étages, le Centre Building permet l'accès aux deux ailes principales.

SITE ET INSTALLATIONS



La façade de l'avenue Cedar reprend la même composition que la façade de l'avenue des Pins mais, de ce côté, on perçoit mieux le contraste entre la verticalité de la tour – moins dégagée – et l'horizontalité de la fenestration. Cette façade plus élaborée est visible de la voie publique. En contrebas, le portique de pierre est projeté de la tour centrale. De part et d'autre de l'entrée, à la même hauteur et dans le même matériau, les ouvertures sont rythmées par des pilastres qui s'élèvent sur deux étages, donnant à la base une verticalité qui ne se répète pas aux étages supérieurs.



Les caractéristiques urbaines du secteur

Les usages et les typologies

La distribution des usages

Usages institutionnels

Le flanc sud de la montagne se définit par la présence de deux pôles institutionnels, le pôle institutionnel de la Côte-des-Neiges regroupant l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital des Shriner's, le Collège de Montréal et le Collège Marianopolis et le pôle de l'Université McGill regroupant le campus de l'université, l'Hôpital Général Royal Victoria et l'Hôpital Neurologique de Montréal.

Usages résidentiels

L'usage résidentiel constitue l'essentiel de l'occupation des rues sur le flanc sud de la montagne. De typologies variées on retrouve des maisons de ville en rangée, des maisons jumelées, des duplex et triplex et une série d'immeubles de moyenne densité sur la parcelle ouest du site de l'Hôpital général de Montréal. Il y a aussi des immeubles résidentiels de haute densité sur les rues Atwater et le Chemin de la Côte-des-Neiges.

Usages commerciaux

Les usages de commerces de détail et de service, de même que les activités de bureaux sont distribués principalement sur la rue Sherbrooke à l'est de la rue Guy. Quelques immeubles de gros gabarits sur le Chemin de la Côte-des-Neiges logent des commerces de services au rez-de-chaussée.

Typologie des bâtiments

La typologie des immeubles que l'on retrouve sur le flanc sud du Mont-Royal offre un usage mixte axé sur le résidentiel. Les rues du quartier sont occupées selon des typologies de maisons de ville en rangée, de maisons de ville jumelées, de résidences de type villa et d'immeubles d'appartements résidentiels de moyenne et de haute densité. L'encadrement de l'avenue des Pins se distingue par une différence typologique contrastée entre le côté nord et sud de l'avenue. Le côté sud de l'avenue est caractérisé par la continuité de la paroi bâtie que forme l'ensemble de maisons de ville en rangée accessible de plein pied à partir du niveau du trottoir. Le côté nord de l'avenue est caractérisé par la présence des résidences de type villa implantées en amont de la pente de la montagne. Cette condition donne lieu à la mise en forme de talus naturels, de murets de soutènements et de formes bâties propre à la topographie du lieu. Les rues Atwater, Guy et le Chemin de la Côte-des-Neiges se distinguent par la présence des bâtiments résidentiels de moyenne et de haute densité dont certains logent des commerces de proximité au niveau du rez-de-chaussée.

Caractère des rues

Le site de l'Hôpital Général de Montréal se situe à la jonction de la trame urbaine du centre-ville et de la montagne. Ce site est marqué par une dénivellation topographique d'approximativement 35 mètres suivant le flanc sud de la montagne entre l'avenue Cedar et l'avenue des Pins. Ces rues qui entourent le site se trouvent déformées pour s'adapter aux conditions particulières du flanc de la montagne. À cet égard, l'avenue des Pins constitue le chemin pittoresque qui induit la rupture avec la trame de rue régulière.





SITE ET INSTALLATIONS

C'est à partir de ce lieu que les voies de circulation se transforment suivant un tracé de chemin pittoresque de flanc de montagne et que les trottoirs deviennent des escaliers et des sentiers piétonniers adaptés aux conditions particulières de la topographie aux abords de la montagne.

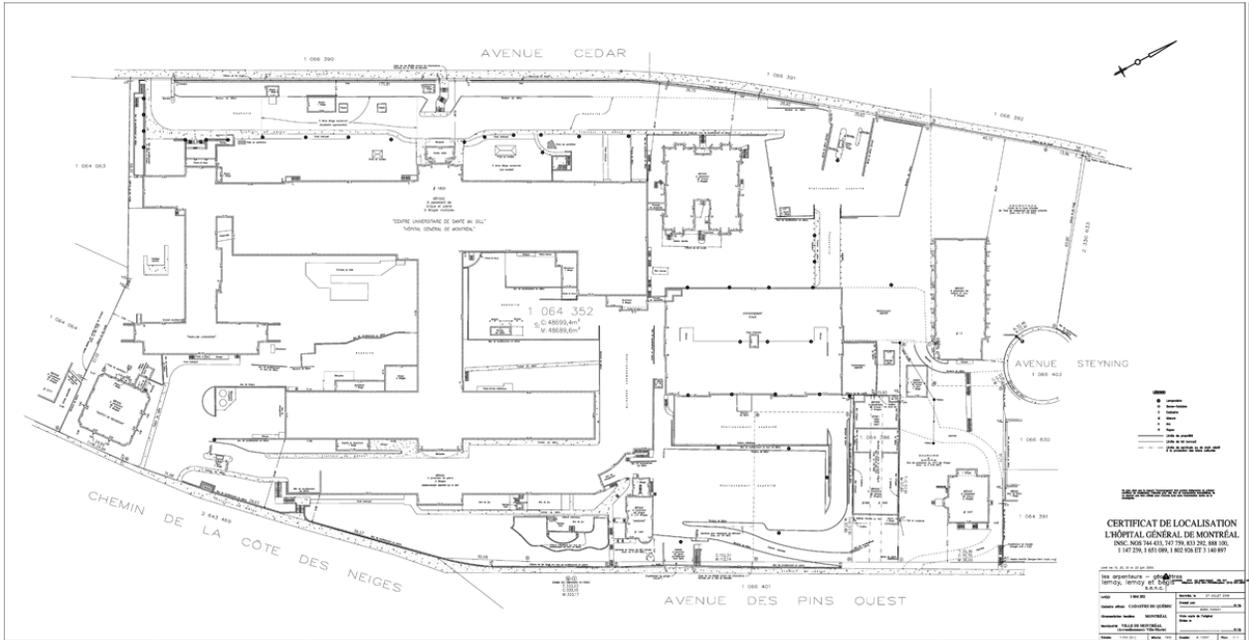
Le site se trouve sur un îlot atypique de forme irrégulière et le secteur est de cet îlot est marqué par la nature sauvage du Parc Thérèse-Casgrain et le boisé protégé de la Maison McConnell. Ces conditions naturelles renforcent la présence de la montagne dans la ville et elles offrent le potentiel d'être intégré au réseau d'accès à la montagne suivant l'axe nord/sud de la trame de rues. L'avenue des Pins qui borde le site, est majoritairement résidentielle et est dominée par une typologie de maisons de ville de deux à trois étages du côté sud et par la présence de résidences pavillonnaires de type villa du côté nord. La présence de plusieurs grands ensembles institutionnels et hospitaliers complète le cadre participant à la définition de l'avenue. L'hôpital Général de Montréal constitue l'une des institutions qui marque le caractère particulier de l'avenue des Pins.

L'avenue Cedar est marquée par l'aspect de nature sauvage qu'offre la présence directe du parc du Mont-Royal dans la ville. Elle borde le flanc sud du parc qui a préservé son caractère naturel et offre le potentiel d'aménagement d'accès public au réseau de sentiers menant vers le chemin Olmsted et le sommet de la montagne.



4.1.2 Description du site campus de la Montagne:

Plan d’implantation de l’existant



Le site occupe la partie centrale d’un îlot atypique de forme elliptique d’une superficie approximative de 48 690 m.c. et il a la particularité d’être bordé par des rues en rupture avec la trame urbaine traditionnelle. La limite nord est définie par l’avenue Cedar qui constitue le dernier chemin d’interface entre le pied de la montagne sur son flanc sud et la ville. La limite sud du site est bordée par l’avenue des Pins laquelle rencontre le chemin de la Côte-des-Neiges, cette limite est marquée par la rupture tant physique que visuelle entre la ville et la montagne. La limite ouest est bordée par des bâtiments résidentiels de typologies et gabarits variés et la limite est du site est définie par le boisé du site classé de la Maison McConnell. (Québec, 2003)

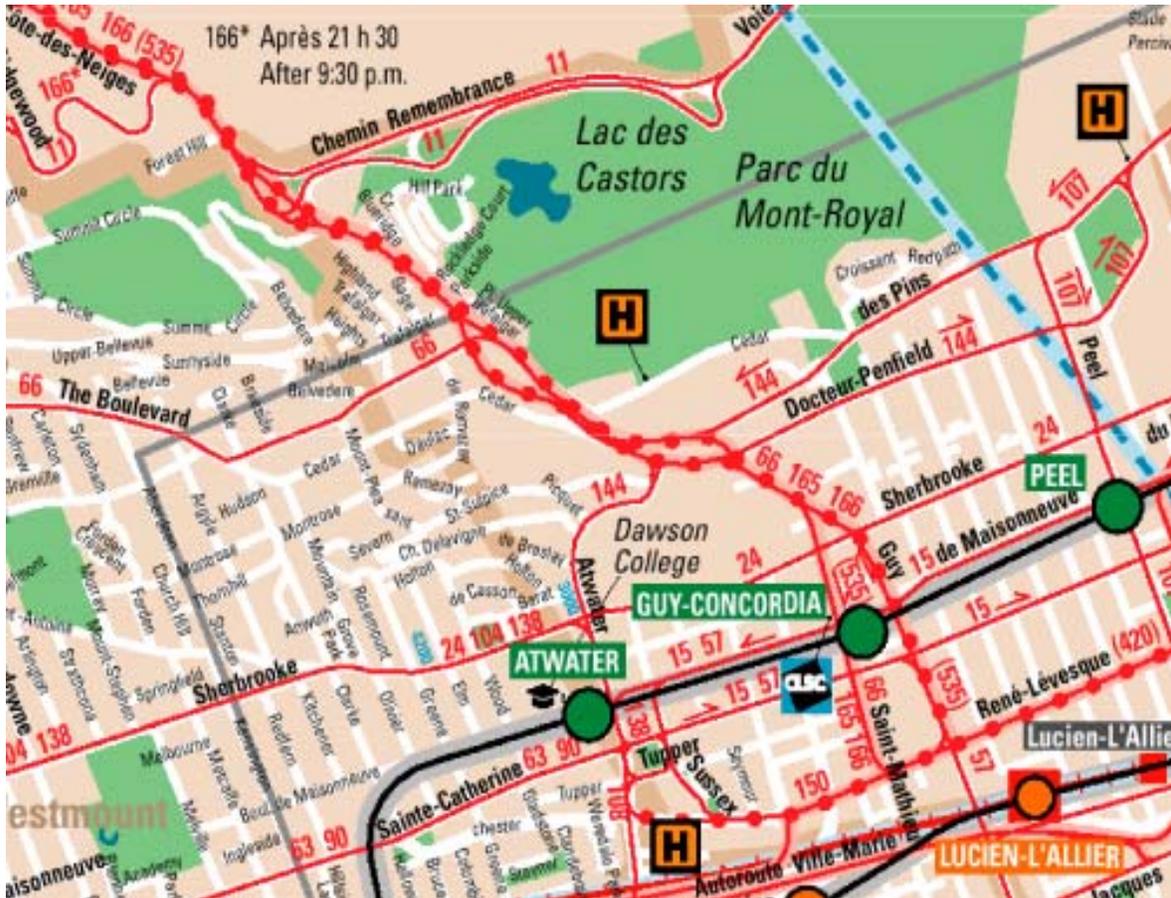
L’accessibilité au site

Le choix de la localisation du site de la Montagne au centre-ville de Montréal en fait un lieu particulièrement accessible, autant pour la population locale que régionale. Cette situation exceptionnelle a été un élément important dans la désignation du site pour le Projet de redéploiement du CUSM.

Au niveau régional, les autoroutes 10, 15, 20 et 720 communiquent aisément avec ce secteur du centre-ville. La Métropolitaine, plus au nord, rejoint aisément l’autoroute 15. Les autres artères importantes du réseau régional, communiquent avec l’une ou l’autre de ces autoroutes. De l’autoroute 20, l’aéroport Pierre Élliot Trudeau est à une vingtaine de minutes de l’hôpital.

La haute densité de cette portion de la ville, rend les services de santé accessibles à un large bassin de population. Plusieurs artères encadrant le périmètre de l'hôpital communiquent avec différents quartiers de la ville : le chemin de la Côte-des-Neiges au nord et au sud, avenue des Pins à l'est, Atwater au sud-ouest et tout près, la rue Sherbrooke qui traverse la ville d'est en ouest. Le transport en commun permet l'accès au site de la Montagne de façon considérable. La figure suivante illustre la desserte en transport en commun actuelle du secteur de l'Hôpital général de Montréal.

La desserte en transport en commun



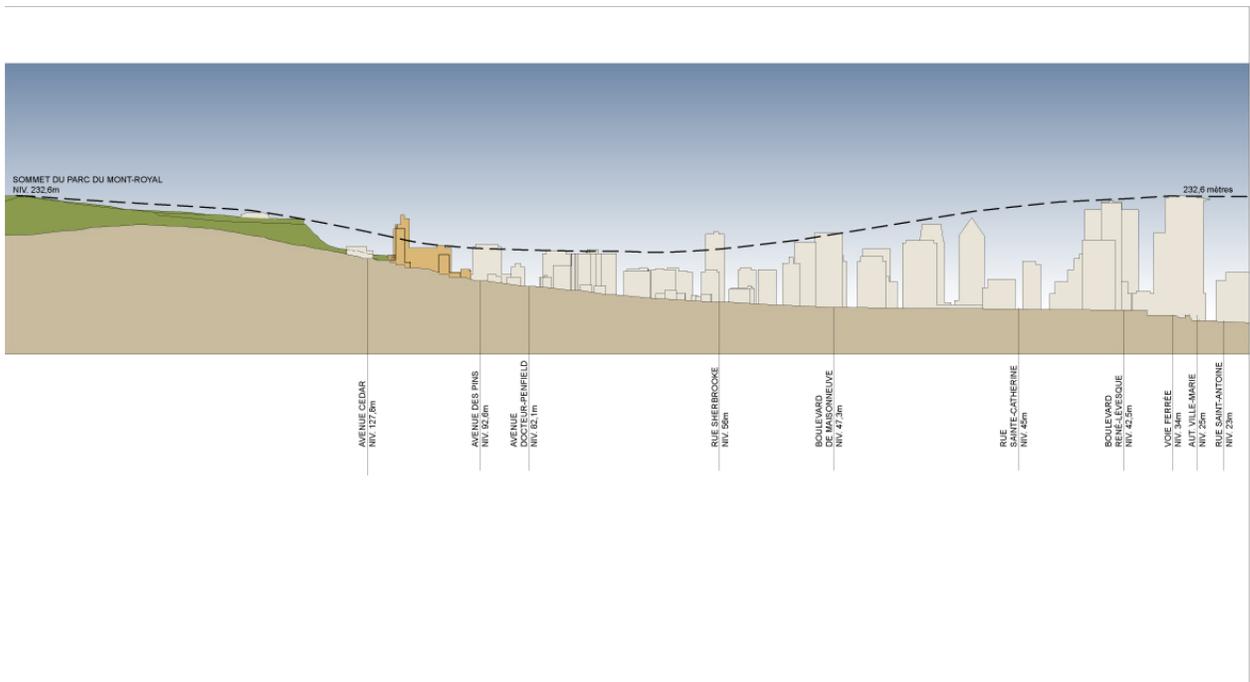
Inventaire de l'offre de Transport en commun

La station de métro Guy-Concordia est située à environ 600 mètres de l'entrée de l'hôpital sur le chemin de la Côte-des-Neiges. Lignes d'autobus 66, 165 et 166 sur le chemin de la Côte-des-Neiges, ligne d'autobus en voie réservée 535 sur la Côte-des-Neiges. La ligne 535 opère en période de pointe seulement. Cette ligne assure la desserte des stations de métro Guy-Concordia et Côte-des-Neiges ainsi que la desserte d'un large secteur incluant le centre-ville.

La ligne 144 assure une desserte Est-Ouest dans le corridor de l'avenue des Pins ainsi que la desserte du métro Atwater. La combinaison de la proximité relative du métro et des autobus en voie réservée offre une desserte en transport en commun satisfaisante en termes de fréquence de service depuis la Côte-des-Neiges. Aucune desserte de transport en commun n'est actuellement offerte sur l'avenue Cedar. Certaines difficultés d'accessibilité au service existent. L'accès aux autobus en direction Sud sur le chemin de la Côte-des-Neiges est difficile en raison de la configuration particulière de cet axe. En effet, face à l'Hôpital Général, les deux directions de circulation sont séparées par un îlot d'habitations. L'accès à l'entrée principale depuis l'abribus à l'intersection des Pins / Côte-des-Neiges n'est pas direct et impose de traverser le stationnement en façade de l'hôpital. Le réseau cyclable formalisé est absent de ce secteur. Plusieurs adeptes de la bicyclette utilisent la trame de rues ou se déplacent via le chemin Olmstead.

L'héliport sur le toit du nouveau pavillon permettra une desserte pour un très grand rayon pour les cas particuliers nécessitant des soins urgents. Cet accès répond à un besoin entre autres pour les cas de traumatologie, spécialité offerte sur ce campus.

Distribution volumétrique



CUSM - Campus de la Montagne
Distribution volumétrique

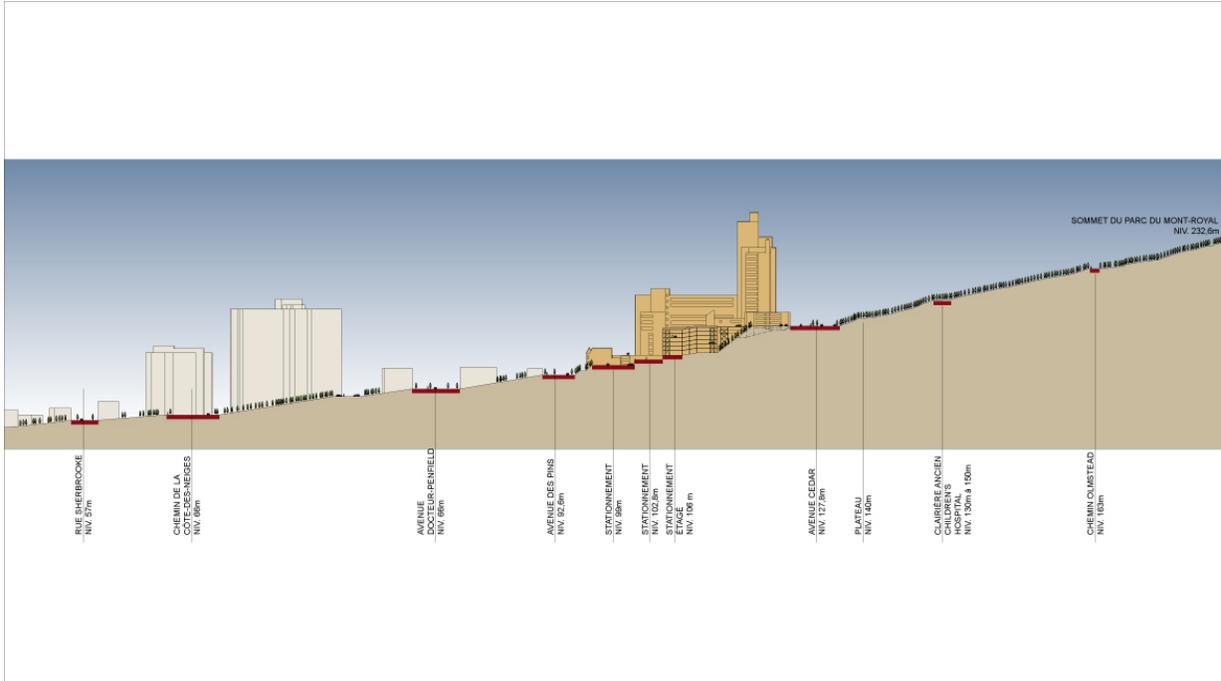


No projet: 35320 20 mars 2006 Fichier: Coupe_0315.dwg

Daniel Arbour & Associés



Caractéristique topographique



CUSM - Campus de la Montagne
Flanc sud et distribution volumétrique



No projet: 35320

20 mars 2006

Fichier Coupe_0315.dwg

Daniel Arbour & Associés

Le site s'inscrit à l'intérieur de la morphologie du flanc sud de la montagne et il est localisé à un niveau moyen de 110 mètres entre le chemin Olmsted et la rue Sherbrooke. Il est marqué par un escarpement variable qui atteint un dénivelé maximum d'approximativement 35 mètres de hauteur entre l'avenue des Pins et l'avenue Cedar. Le site, dans sa partie construite, présente des niveaux intermédiaires à l'endroit des cours intérieures et une succession de plateaux aux niveaux inférieurs à l'endroit de l'avenue des Pins.



Vélos et automobiles

Des modifications au stationnement des vélos seront apportées en accord aux recommandations émises par l'association Vélo Québec. Il s'agira principalement d'ajouter des places de stationnement pour les vélos et de remplacer les supports endommagés. Les espaces de stationnement des automobiles seront davantage affectés par le projet. En voici le bilan actuel :

Emplacement	Quantité	Échéance
Sur site		
Avenue Cedar	68	-
Condos sur Cedar	42	-
Avenue des Pins	90	-
Maison Dunford	96	-
Stationnement étagé	519	-
Hors site		
Grand séminaire de Montréal	221	Décembre 2010
Collège de Montréal	28	Décembre 2006

Le CUSM estime que les espaces actuellement loués hors site ne sont pas sécurisés à long terme et que le nombre d'espaces totaux est insuffisant. Les contraintes particulières du site influenceront l'offre disponible en stationnement. Le CUSM étudie présentement diverses options pour optimiser le nombre de place de stationnement disponible sur le site.

Le renforcement de politiques internes d'encouragement à l'usage du transport en commun par les employés continuera de soulager la pression sur la demande en stationnement.

Au cours des rencontres tenues à ce jour sur le projet, il a été mentionné que le site du Grand Séminaire pourrait facilement offrir 400 places de stationnement pour le CUSM. Cela permettrait au CUSM de réduire le nombre de places sur le site de la Montagne voire de démolir le stationnement étagé existant. À cet égard, le CUSM émet de sérieuses réserves pour les raisons suivantes

- Distance et topographie : La distance (environ 500 mètres) et la topographie rendent l'accès à l'hôpital peu convivial voire pénible pour les usagers ayant des problèmes de mobilité.
- Intégrité du site : Le site du Grand Séminaire des Sulpiciens est un site classé faisant aussi parti de l'Arrondissement historique et naturel du Mont-Royal et soumis aux mêmes conditions que le site de l'Hôpital général de Montréal.
- Contraintes budgétaires
- Maintien à long terme : La négociation d'un bail qui n'offre pas de garanties à long terme ne peut sécuriser les espaces de stationnement à long terme. Pour l'instant, ces places sont sécurisées jusqu'en décembre 2010.
- Pour toutes ces raisons, le CUSM a choisi de maintenir les espaces de stationnement sur le site de l'Hôpital général de Montréal. Le stationnement étagé occupe présentement 15 764 mètres carrés.



DESCRIPTION DU SOUS PROJET

Circulation piétonne et automobile

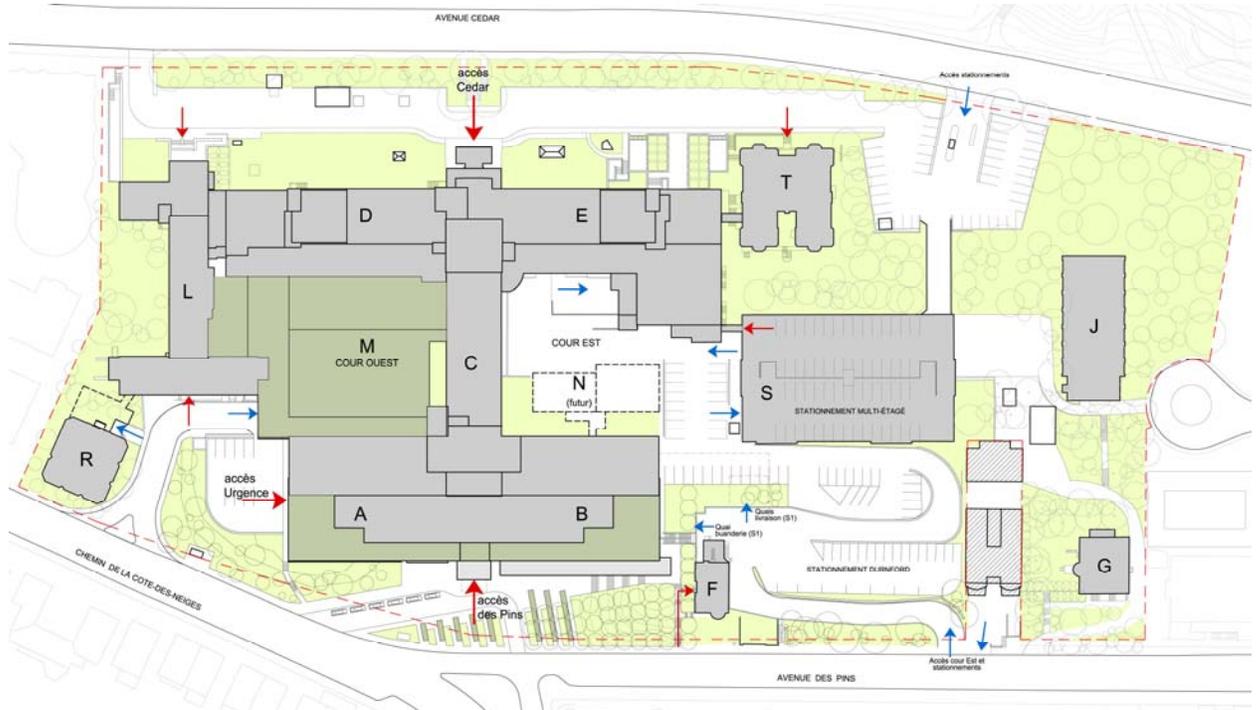
Le projet de modernisation du campus de la Montagne est l'occasion pour le CUSM de mettre en valeur sa propriété, de résoudre les problèmes de circulation existants et d'améliorer les conditions de déplacement des usagers de l'hôpital. Au-delà de la fonctionnalité des accès au site, le CUSM a saisi l'opportunité qui se présente pour permettre l'appropriation du site par la collectivité en planifiant des aménagements piétonniers à cet effet. Concrètement, voici quelles sont les interventions sur la circulation tel qu'illustrées sur le plan général des accès et circulation « in situ »: Les accès de livraison et au stationnement sont combinés du côté de l'avenue des Pins.

- Le stationnement étagé n'est plus accessible à partir de l'accès du côté du chemin de la Côte-des-Neiges réduisant le débit de circulation à ce point de convergence problématique;
- L'aménagement d'un accès à l'hôpital sur le chemin de la Côte-des-Neiges est plus convivial pour les usagers du transport en commun.
- La sortie du stationnement en façade de l'hôpital sur l'avenue Cedar se fait à 90°.
- Un feu de circulation sécurise les circulations piétonne et automobile au carrefour de l'avenue Cedar et du stationnement étagé. La traverse sécurisée des piétons devrait favoriser les liens avec le parc du Mont- Royal.

Un réseau de sentiers piétonniers au travers du site permet un accès aux toits-terrasse donc à des points de vue privilégiés vers la ville, créer des liens vers la montagne et permet une appropriation du site par la collectivité.



Plan accès & circulation



Livraison

Actuellement à l'Hôpital général de Montréal, il y a six quais de déchargement. Du côté de la cour intérieure Ouest, on retrouve deux quais de déchargement pour le département de l'approvisionnement et au bout du pavillon Livingston, est situé un autre point de livraison à l'usage de l'Institut de recherche. Dans la cour intérieure Est, il y a trois quais dont un de déchargement pour le département de la buanderie, un pour la morgue et un pour les déchets. L'essentiel des livraisons s'effectue à ces quais. Exceptionnellement, des colis urgents arrivent en taxi via les entrées principales.

Suite à la réalisation du projet de modernisation du CUSM, les deux quais de réception des marchandises ainsi que le quai de livraison de la buanderie seront relocalisés du côté Est de l'île B et l'accès véhiculaire sera situé sur l'avenue des Pins. Les autres quais de déchargement seront maintenus au même endroit.

Le déplacement de ce point de livraison signifie concrètement le passage de six ou sept camions de moins de 18 pieds sur l'avenue des Pins entre 6h00 et 22h00. Cela signifie aussi que ces camions cesseront d'utiliser le chemin de la Côte-des-Neiges et ne transigeront pas par le point identifié critique (étude sectorielle en circulation automobile) de la sortie de l'hôpital sur cette artère.

4.1.3 Intégration urbaine - Campus de la Montagne

Dans le cadre de son Projet de redéploiement, le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) entrevoit moderniser l'Hôpital général de Montréal, construire de nouveaux agrandissements adjacents au bâtiment principal et effectuer des aménagements paysagers. Puisque l'hôpital se situe dans l'arrondissement historique et naturel du Mont-Royal, la construction est une source de préoccupation pour divers groupes.

Le CUSM s'est engagé à ratifier trois principes directeurs pour guider le Projet de redéploiement sur le campus de la Montagne, à partir d'ébauches élaborées par Les Amis de la montagne et Héritage Montréal et soumises dans une note le 29 août 2006. Les ébauches de principes directeurs sont:

- 1) Architecture et empreinte volumétrique : Réaliser le projet à l'intérieur de l'empreinte volumétrique existante de l'Hôpital général de Montréal et en respectant la silhouette actuelle de l'immeuble par rapport à la montagne, afin de conserver les liens visuels entre la ville et celle-ci.
- 2) Insertion dans le cadre bâti et paysager : Corriger l'insertion déficiente de l'hôpital dans l'ensemble paysager du Mont-Royal par des interventions architecturales et des aménagements paysagers qui diminuent la place de l'automobile sur le site et réduisent la rupture d'échelle du côté Nord, face au parc du Mont-Royal et le long de l'avenue Cedar.
- 3) Accessibilité et circulation : Établir les accès principaux et ambulatoires au site de manière à réduire leur impact sur la montagne et le voisinage, notamment réduire la présence de voiries du côté Nord, le long de l'avenue Cedar dont le caractère local devrait être rétabli au bénéfice de la relation entre la cité et le parc du Mont-Royal.

Afin de respecter son engagement, le CUSM a invité des experts internes et externes à mettre à contribution leur expertise en siégeant à l'un des trois sous-comités formés pour explorer les volets suivants: l'architecture et l'empreinte volumétrique, l'insertion dans le cadre bâti et paysager ainsi que l'accessibilité et la circulation. Les sous-comités ont remis leur rapport le 30 janvier 2007 et entérinaient les recommandations suivantes :

Architecture et aménagement paysager

- Redonner la sensation d'être en milieu boisé : renforcer le couloir végétal le long de l'avenue Cedar en procédant à un reboisement avec des plantations qui respectent la palette végétale du Mont-Royal, ainsi que son échelle forestière, afin d'enrichir l'expérience piétonne et d'inciter les conducteurs de véhicules à ralentir.
- Respecter l'aspect aléatoire des plantations rappelant l'implantation d'une végétation spontanée.
- Minimiser la rupture entre le minéral et le végétal.
- Introduire des mesures de gestion des eaux de ruissellement afin de mieux gérer l'utilisation d'eau dans le quotidien de l'hôpital.
- Mettre en relief le roc lorsque possible et renforcer le caractère des pentes fortes par l'ajout de murets.
- Ceinturer les chemins et les sentiers ainsi que le pied des pentes par une végétation dense. Créer un effet de resserrement et d'intimité par la végétation dense autour des chemins et des sentiers. Marquer les paliers dans la topographie par une forte bande de végétation.
- Développer des parcours piétonniers qui permettent de découvrir les nombreuses qualités du site, aux tracés variés avec des expériences spatiales diverses (plateaux de

repos, aires de pique-nique) et proposant des fenêtres, c'est-à-dire des vues cadrées du site. Assurer que certains de ces parcours soient accessibles aux personnes physiquement limitées et aux familles avec enfants.

- À partir de l'avenue Cedar, créer de façon fluide une sensation de coulée verte du Mont-Royal vers la ville.
- Rétrécir la largeur de la chaussée de l'avenue Cedar en créant des avancées de trottoirs, en favorisant le stationnement sur rue et en réduisant l'ouverture visuelle grâce à la plantation d'arbres en bordure de la chaussée et à l'installation de bancs de repos ainsi que de tables de pique-nique.

Accessibilité et circulation

- Étudier la faisabilité de la recommandation de la Ville quant à la fermeture de la bretelle d'accès chemin de la Côte-des-Neiges/avenue Cedar.
- Sécuriser la traverse piétonne et les mouvements de circulation à l'accès au stationnement sur l'avenue Cedar par la mise en place d'un système complet de feux de circulation.
- Sécuriser la traverse piétonne devant l'accès principal au bâtiment sur l'avenue Cedar en soulignant particulièrement sa présence par l'aménagement d'avancées de trottoirs et la mise en place d'une signalisation adéquate.
- Aménager et sécuriser les accès piétons ainsi que la circulation, en automobile ou en vélo, dans le quartier.
- Trouver des solutions à la problématique de fluidité engendrée sur l'avenue des Pins entre autres par les va-et-vient associés à l'Académie Michelle Provost.
- Mettre en place dès aujourd'hui les moyens pour assurer un virage réussi vers le transport en commun, le co-voiturage et les modes de transport actifs (vélo entre autres) afin d'atténuer le trafic et de minimiser l'impact des véhicules sur l'environnement.
- Renforcer la desserte de transport en commun pour tous les hôpitaux du CUSM dès maintenant afin de faciliter le programme Allégo.
- Explorer la possibilité de changer l'adresse civique principale de l'Hôpital général de Montréal de l'avenue Cedar à l'avenue des Pins pour inciter les gens à utiliser cette entrée.
- Combiner les accès pour la livraison.
- Explorer la possibilité d'atténuer le volume de trafic sur l'avenue Cedar par une meilleure répartition des flots de circulation en favorisant la sortie à partir du stationnement sur l'avenue des Pins.
- Créer des liens et des entrées autour du site pour mieux desservir la clientèle. Par exemple, explorer la possibilité d'un arrêt d'autobus sur l'avenue des Pins en face d'une entrée plus directe à l'hôpital.
- Créer un réseau interne de circulation piétonne avec des liens Sud-Nord et Est-Ouest branché au réseau piétonnier public.

Réglementation - Campus de la Montagne

La localisation du site de la Montagne aux abords du parc du Mont-Royal oblige à prendre en considération les particularités propres à la Ville de Montréal, à l'Arrondissement de Ville-Marie, à l'Arrondissement historique et naturel du Mont-Royal et aux exigences du Ministère de la Culture et des Communications du Québec (MCCQ). Dans ce contexte, depuis le début de l'année 2006 ont lieu des rencontres bimensuelles du comité technique composé des représentants du CUSM, de la Ville, de l'Arrondissement de Ville-Marie et du MCCQ.

Dans le cadre de la réalisation de son projet de redéploiement, le CUSM a entamé les démarches nécessaires à la modification du cadre règlementaire sur le site du campus hospitalier de la Montagne. Déjà, trois documents ont été déposés aux instances décisionnelles: le rapport synthèse le 18 mai 2006, un addenda à celui-ci le 24 août dernier et un complément daté de septembre 2006.

Cadre réglementaire et intervenants

En raison des nouvelles lois adoptées ces dernières années dans le but de protéger le secteur de la montagne et dans le contexte actuel où différents groupes de pression et d'intérêts agissent pour défendre les patrimoines vert et bâti, le Projet de redéploiement du CUSM sur le site de la Montagne s'inscrit obligatoirement dans une démarche de modification du cadre règlementaire applicable et de dialogue avec les intervenants. La présente section introduit les principaux intervenants, tant des différents paliers gouvernementaux que des groupes de défense et de sauvegarde du patrimoine.

Arrondissement historique et naturel du Mont-Royal (Gouvernement provincial) Depuis le 11 mars 2005, le Mont-Royal est officiellement devenu l'Arrondissement historique et naturel du Mont-Royal. Son territoire englobe les trois sommets ainsi que le bâti varié que l'on y retrouve. L'Hôpital général de Montréal fait partie des institutions de cet arrondissement et doit maintenant présenter au Ministère de la Culture et des Communications du Québec tous projets d'agrandissement, de modification, d'affichage, etc. Le MCCQ reçoit et étudie le dossier du projet soumis et fait ses recommandations, menant à une approbation éventuelle.

Plan d'urbanisme de la ville de Montréal

Le site de l'Hôpital général de Montréal est régi par le plan d'urbanisme de la Ville de Montréal. Voici quelques aspects règlementaires du site, décrits au plan d'urbanisme :

Zone : 0026

Hauteur maximale : 23 mètres

Taux d'implantation maximum : 70%

Densité maximale (COS) : 3

Mode d'implantation isolé, jumelé et contigu

Aucuns parcs ou espaces verts

Catégorie d'usage principale : équipements collectifs

Il est situé dans le secteur de planification détaillé « Atwater nord, flanc Sud du Mont-Royal ». Dans un objectif de mise en valeur de ce secteur au patrimoine exceptionnel, la Ville a formulé les orientations générales suivantes :



- Favoriser le maintien des institutions d'enseignement supérieur et de santé; Protéger les vues sur la montagne à partir du Centre;
- Améliorer les liens entre le parc du Mont-Royal et les milieux avoisinants et les milieux avoisinants;
- Protéger et mettre en valeur les éléments significatifs du patrimoine. Dans ses balises d'aménagement, la Ville préconise un dialogue avec les principales institutions, dont l'Hôpital général de Montréal, pour encadrer la planification des interventions à effectuer sur son territoire et ce, en fonction des caractéristiques propres à chacune d'entre elles. Le Projet de redéploiement du CUSM doit être présenté à l'Arrondissement de Ville-Marie pour évaluation, en fonction des conditions spécifiques applicables à sa situation particulière. Par la suite, le Projet est présenté au Comité consultatif d'urbanisme (CCU) de l'arrondissement, qui présente alors le projet au Conseil d'arrondissement, pour son approbation. Après l'approbation de ce dernier, la modification du cadre réglementaire est conditionnelle aux consentements de la Ville et du MCCQ, qui doivent avaliser le projet.

Dans le cadre du Projet de redéploiement du CUSM, le processus de modification du cadre réglementaire doit nécessairement passer par l'article 89 de la Charte de la Ville de Montréal sous la juridiction de la Ville de Montréal. Cette procédure n'implique pas directement les arrondissements. Le projet de règlement doit être soumis à l'Office de consultation publique de Montréal ayant pour fonction de tenir les audiences publiques et de recommander ou non son adoption par le Conseil municipal. S'il est approuvé avec ou sans recommandation, le plan d'urbanisme de la Ville de Montréal et la réglementation d'urbanisme de l'arrondissement visé est automatiquement modifiée. Cependant, l'article 89 de la Charte stipule que si un projet est inscrit à l'intérieur l'Arrondissement naturel et historique du Mont-Royal, il est soumis aux consultations publiques de l'OCPM et suivi d'une approbation référendaire.

Un rapport présentant le projet du Campus de la Montagne et regroupant notamment analyses urbaines, potentiels archéologique et patrimonial, évaluation environnementale, impacts sociaux-économiques, impact sur la végétation, étude d'ensoleillement et impact visuel a été déposé à la ville de Montréal en janvier 2008.

Ce rapport établit que la mise en œuvre du projet demande une modification du règlement d'urbanisme de l'arrondissement Ville-Marie puisqu'il déroge à certains articles notamment quant aux hauteurs et aux espaces de stationnement requis.

La municipalité a donc formulé une proposition de règlement autorisant l'agrandissement de l'Hôpital Général de Montréal (CUSM) (P-08-012) et a donné le mandat au conseil municipal de tenir une consultation publique sur ce projet le 31 mars 2008. La séance publique d'information et la présentation des mémoires ont eu lieu au printemps 2008 et le dépôt du rapport le 25 août 2008.

À son assemblée du 15 décembre 2008, le conseil de la Ville de Montréal a adopté le règlement 08-012 - RÈGLEMENT AUTORISANT L'AGRANDISSEMENT DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL (CUSM).

Situation actuelle et approche de développement

Dans un premier temps, l'approche veut que les services déjà en place soient restructurés afin de mieux répondre aux objectifs de planification. Dans un deuxième temps, l'approche propose l'agrandissement du parc immobilier du Site de la Montagne afin de respecter les nouvelles normes d'aménagement et les visions pour les services diagnostiques et thérapeutiques et les unités de soins. Cette demande d'espace supplémentaire oblige l'agrandissement du parc immobilier actuel, réalisé en deux grandes interventions.

La première partie du projet d'agrandissement s'insère dans la cour intérieure à l'ouest de l'aile C. (aile M). Il permet de doter le parc immobilier d'une infrastructure adéquate à la planification de certains services diagnostiques et thérapeutiques et regroupe les fonctions suivantes :

- Stérilisation
- Bloc opératoire
- Urgence

La deuxième partie du projet regroupe la majorité des unités de soins dans les ailes A et B existantes et agrandies. En s'alignant avec le socle existant, le nouveau volume rapproche l'hôpital de la ville tout en créant un parvis et un accès direct depuis la rue, seuil entre la ville et le CUSM. Ainsi, le Campus de la Montagne acquiert une adresse dans la ville.

Dans cet agrandissement seront situées une majorité d'unités de soins et permettra de répondre aux besoins suivants :

- Unités de soins (2 grappes de 18 lits) à chaque étage (niveau 2 à 6)
- Salle de mécanique au toit pour l'apport d'air frais
- Salle de mécanique secondaire sur chaque étage
- Nouveau bloc d'ascenseurs
- Auditorium
- Espaces de soutien
- Une partie de l'urgence
- Clinique d'ergo-physio au niveau 7



USAGES PRINCIPAUX

La catégorie d'usages autorisée dans cette zone est E.5(3) :

- Équipements collectifs et institutionnels.

Les usages suivants sont permis dans cette catégorie :

- Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- Centre de réadaptation
- Maison de retraite
- Centre de services de santé et de services sociaux
- Centre hospitalier
- Les usages de la famille habitation ainsi que les cliniques médicales et tout autre établissement lié au secteur de la santé sont également autorisés dans un bâtiment existant.

Les usages suivants sont également autorisés :

- Activités communautaires ou socioculturelles
- Garderie
- Bibliothèque

USAGES COMPLÉMENTAIRES :

Les usages complémentaires suivants sont autorisés pour un usage de la catégorie E.5(3) :

- Cadeaux et souvenirs
- École d'enseignement spécialisé
- Epicerie
- Fleuriste
- Librairie
- Papeterie, articles de bureau
- Restaurant
- Services personnels (guichet bancaire automatique)
- Soins personnels
- Studio de production

USAGES CONDITIONNELS :

Les usages conditionnels associés aux catégories d'usages prescrites peuvent être autorisés comme usages principaux, par secteur, conformément au règlement et en suivant la procédure des usages conditionnels. L'usage conditionnel « bureau » est associé à la catégorie d'usages E.5(3).

Il est prévu que les matériaux qui seront utilisés pour l'agrandissement respecteront ceux employés pour le bâtiment principal. Le traitement architectural des nouveaux volumes des ailes A et B sera une réinterprétation de celui du bâtiment existant et reflètera le caractère institutionnel de l'établissement. Par le choix des matériaux, leur coloration et par la rythmique de la fenestration, les nouvelles ailes s'arrimeront aux anciennes. Ainsi, le revêtement des murs d'enveloppe sera de maçonnerie. La coloration s'apparentera à celle de la brique existante. La façade des ailes A et B sur l'Avenue des Pins sera composée d'une surface vitrée créant un jeu de transparence au 1^{er} niveau (urgence et secteur admission), ainsi qu'au niveau public de l'entrée au S3.

Les principaux intervenants

Le site de la Montagne situé à l'intérieur des limites de l'Arrondissement historique et naturel du Mont-Royal, constitue l'un des secteurs les plus sensibles de l'agglomération montréalaise. Ce patrimoine vert emblématique de la ville est symbolique depuis la fondation de Montréal. Il s'agit d'un écrin de verdure faisant battre le cœur des montréalais et, par conséquent, est imbu d'une valeur exceptionnelle. Ce secteur est aussi l'objet d'attention des groupes d'intérêts voulant le préserver et le mettre en valeur. Le parc du Mont-Royal, situé au cœur de l'île de Montréal, agit comme poumon de la ville et représente un lieu privilégié pour la communauté montréalaise. Les Amis de la Montagne fondé en 1986, est un organisme à but non lucratif regroupant des individus très impliqués et actifs dans les dossiers qui touchent la Montagne, de près ou de loin. Ils ont, notamment, contribué à la mise sur pied de la Fondation du Mont-Royal, en collaboration avec la Chambre de commerce du Montréal métropolitain. Bien connu à Montréal, Héritage Montréal est un organisme à but non lucratif oeuvrant à la promotion et à la protection des patrimoines architectural, paysager, urbain et social des quartiers de la ville. Très impliqué et s'investissant dans différents types d'activités, Héritage Montréal participe aux débats de tous les dossiers de développement importants influant sur le caractère distinctif des éléments significatifs de Montréal.

DOCOMOMO

(Documentation Conservation Modern Movement) DOCOMOMO est un regroupement voué à la conservation et à la mise en valeur du patrimoine architectural moderne. À ce titre, les composantes d'origine des bâtiments actuels de l'hôpital constituent des éléments du patrimoine architectural moderne qui pourraient faire l'objet d'une éventuelle intervention de la part de DOCOMOMO.





SITE ET INSTALLATIONS

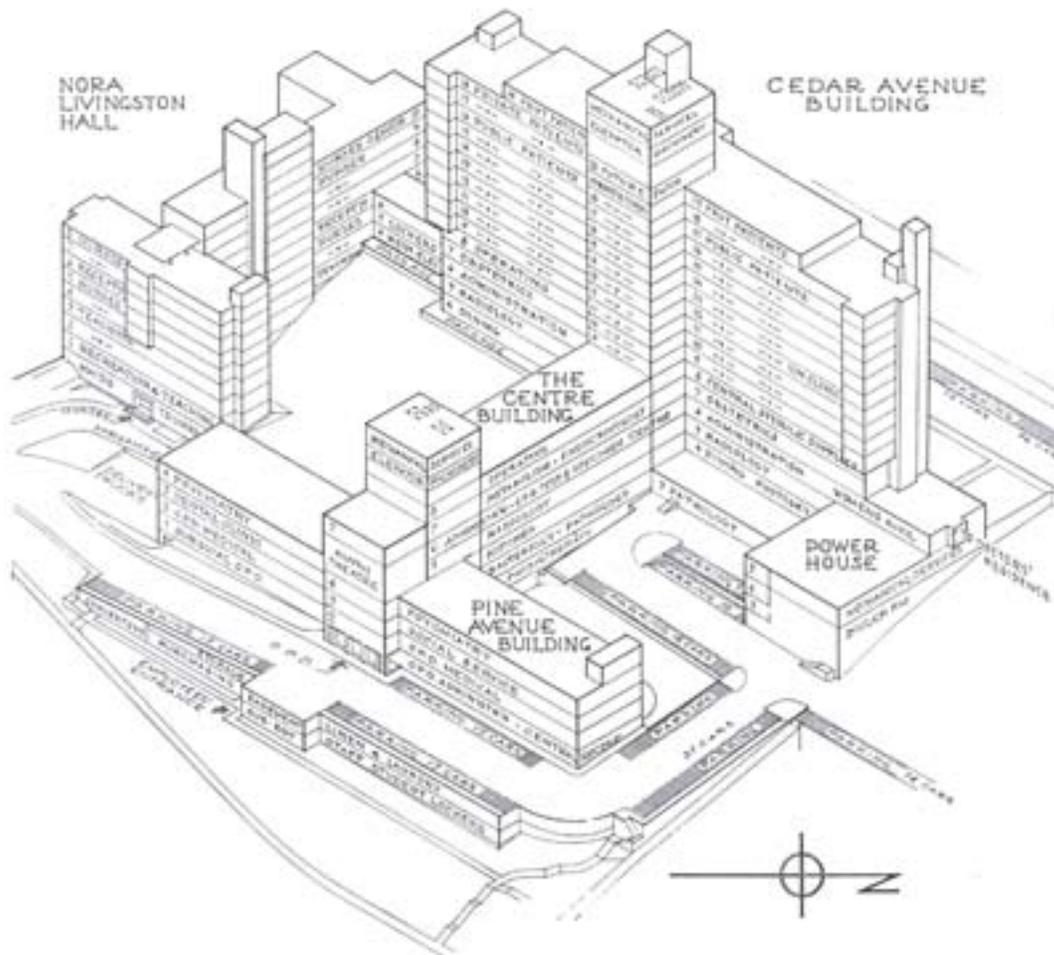




4.2 Installations existantes

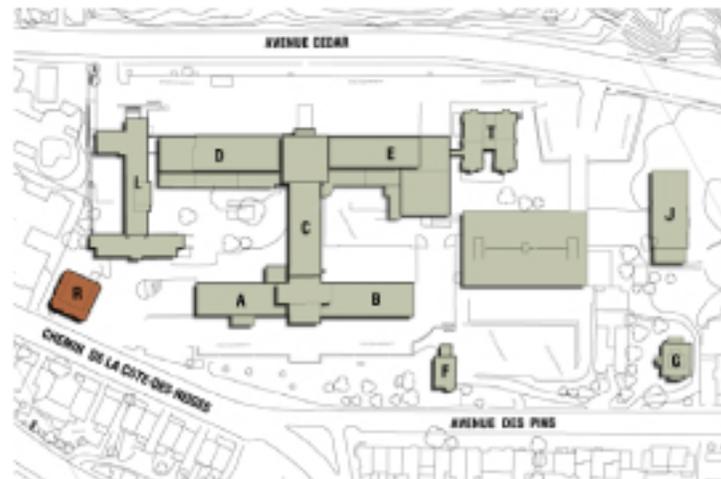
4.2.1 Description du construit :

Le site de la Montagne regroupe plusieurs bâtiments construits à différentes époques et réalisés pour répondre aux besoins et aux orientations cliniques de leurs époques. Le corps principal de cet ensemble a été réalisé dans les années 50 et est constitué d'une implantation en H, avec plusieurs entrées sur différents niveaux, qui permettent d'épouser la morphologie du site. Bien que l'entrée principale du bâtiment principal soit située sur la rue Cedar, l'entrée la plus utilisée et la plus facilement repérable est celle de l'avenue des Pins, accessible par Côte-des-Neiges. Tout au long de son histoire, le CUSM a tiré le maximum de son parc immobilier, et plusieurs améliorations récentes témoignent de sa volonté manifeste d'optimiser l'utilisation de cet équipement.





INSTALLATIONS EXISTANTES



La parcelle qui inclut l'ancien tennis couvert de la maison McConnell fait partie du site historique classé en 2002 par le MCC. C'est une zone peu fréquentée située dans la marge du site de l'hôpital. Le boisé regroupe les meilleurs spécimens de la propriété. C'est un espace ensoleillé en matinée et rapidement ombragé par la suite. Ce espace a conservé sa topographie naturelle et est accessible par l'avenue Steyning. Aucun accès ne le relie à l'avenue Cedar mais des escaliers en rendent l'accès possible à partir de l'avenue des Pins.

Entrée principale / Cedar

Cette bande de terrain est constituée de trois composantes : une pente gazonnée plantée d'arbres en marge de l'avenue Cedar, une voie d'accès bordée de deux voies de stationnement (patients et taxis), un trottoir et un parterre gazonné en front de bâtiment. Le bâtiment se prolonge en souterrain jusqu'à la limite de la pente. Cette zone, ensoleillée tôt le matin et vers le milieu de l'après-midi, est sujette à de fortes rafales de vent en toutes saisons en raison du couloir que créent l'hôpital et la montagne. C'est une zone d'inconfort maximal pour l'usager. En été, c'est autour de l'entrée principale que se regroupent fumeurs et patients qui veulent passer un moment à l'extérieur. Un escalier relie à l'avenue Cedar en face du hall d'entrée de l'hôpital. La montagne est visuellement omniprésente dans cette zone. Les vues sur la ville sont ponctuelles et limitées aux extrémités du site.

Travancore/ stationnement étagé

Cette zone suit la pente naturelle du site. Son boisé y est de mauvaise qualité. L'accès visuel se limite à l'arrière du stationnement étagé qui ouvre sur cette pente. C'est une zone ombragée la majeure partie de la journée. L'accès y est limité à partir de l'ouest du Travancore par un escalier métallique.

Cour intérieure Est

Les services de livraison sont l'affectation principale de cette zone. La topographie a été remaniée pour niveler la surface au niveau moyen de 109,00 mètres et resserrant la pente en une aire gazonnée au sud. L'ensoleillement est limité en matinée et cette zone est à l'abri des vents dominants. Cette zone est une cour presque fermée visuellement du reste du site.





Cour intérieure Ouest

Cet espace a été aménagé en aire de repos pour les usagers de l'hôpital. C'est une zone exposée au sud, partiellement ensoleillée, à midi et en après-midi. La topographie suit la pente naturelle du terrain et une végétation s'y développe. Une grande terrasse de bois, située au nord de la zone, au sommet de la pente est accessible par un escalier. Cet espace offre des vues sur la ville et le fleuve en direction Sud-Ouest. La vue peut cependant être coupée à certains endroits par la masse foliaire des arbres.

Accès Des Pins

Entièrement exposée au sud, cette zone est limitée à un trottoir, deux allées de circulation desservant le stationnement étagé et une bande de stationnement. En dépit d'une exposition exceptionnelle, le piéton n'a pas le confort requis pour sa circulation en raison du conflit d'usage avec la circulation automobile. En dépit de son absence de végétation, celle de la terrasse inférieure crée un avant-plan qui offre une transition avec l'animation de la Côte-des-neiges. Un escalier situé à l'ouest de la zone permet de rejoindre la rue et l'arrêt d'autobus.

Escalier Ouest

Cet espace est constitué d'un escalier reliant l'avenue Cedar à un accès technique situé au 2^e étage de l'hôpital. Deux dégagements partiellement boisés ponctuent la course de l'escalier et créent des paliers de bonne dimension. Le caractère dominant est urbain, et l'espace est bien protégé des vents et partiellement ensoleillé en après-midi. Actuellement, l'escalier n'est pas accessible au grand public et n'est pas relié à la Côte-des-Neiges.

Terrasse inférieure

C'est le secteur le plus aménagé du site de l'hôpital. Il regroupe escalier, passage piétonnier, aire de jeux d'enfants, plantation d'arbres de bonne qualité. Cette bande est adossée à un bâtiment de deux étages. C'est la zone la mieux exposée du site : ensoleillée, abritée des vents, offrant une vue ouverte sur la ville dans l'axe de la Côte-des-Neiges. Le raccordement à Côte-des-Neiges est délimité par un mur de soutènement qui épouse la limite de la propriété sur toute sa longueur.





4.2.2 Fonctionnalité :

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) est le résultat de la plus importante fusion volontaire d'hôpitaux jamais réalisée au Canada réunissant cinq (5) hôpitaux affiliés à l'Université McGill soit : l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Institut Thoracique de Montréal, l'Hôpital Royal Victoria, l'Hôpital Général de Montréal (HGM) et l'Hôpital neurologique de Montréal. Le gouvernement du Québec a confirmé la réalisation du projet de redéploiement du CUSM sur deux campus différents, le Campus Glen et le Campus de la Montagne. Ce choix est établi afin de répondre aux besoins de la population qui est desservie par le CUSM, pour qu'elle puisse bénéficier d'un niveau de services adéquat et d'une excellente qualité de soins. Le Campus Glen sera situé à la convergence d'importants axes de mobilité, accessible par les autoroutes et les transports en commun, offrant de plus un potentiel d'espace considérable pour le développement d'une infrastructure architecturale fonctionnelle et intégrée dans l'espace urbain. Le Campus hospitalier de la Montagne sera quant à lui situé au cœur du centre-ville de Montréal sur le site actuel de l'HGM, constituant un emplacement idéal pour accueillir l'un des quatre centres de traumatologie de niveau tertiaire du Québec.

La réalisation de ces deux centres est soumise au respect de plusieurs principes directeurs et plus spécifiquement pour le campus de la Montagne les points suivants :

- L'implantation d'installations modernes aptes à recevoir de nouvelles technologies, au sein de bâtiments conformes aux nouvelles normes gouvernementales;
- Des chambres simples facilitant le contrôle des infections;
- Des services connexes intégrés et adjacents (blocs opératoires, salles d'imagerie, unités de soins intensifs, urgence, etc.);
- Une meilleure accessibilité et signalisation pour la clientèle;
- Un environnement de soins bénéficiant d'un maximum de lumière naturelle, d'espaces verts, de couleurs reposantes facilitant la guérison des patients ;
- Le développement durable (LEED, Visez Vert).

Transformation du site de l'Hôpital général de Montréal

Pour parvenir à l'atteinte de ces objectifs, l'HGM devra être réaménagé et amélioré.

Ces travaux devront se conformer aux normes les plus rigoureuses qui prévalent dans le milieu de la santé (MSSS, CHQ, Ashe, etc).

De plus, cette transformation entend se réaliser à trois niveaux : (1) Projet de redéploiement, (2) Maintien des actifs – sécurité-incendie, ainsi que (3) Projets d'efficacité énergétique.





Projet de modernisation:

Agrandissement de la Cour ouest :

L'urgence du Campus de la Montagne sera réaménagée au niveau 1 de l'agrandissement de la cour ouest pour mieux répondre aux besoins du centre de traumatologie et aux normes actuelles d'aménagement d'urgences. Actuellement, l'urgence de l'HGM se situe au premier étage dans l'aile A, à la jonction de l'avenue des Pins et du chemin de la Côte-des-Neiges, à une distance relativement importante des soins critiques (soins intensifs, bloc opératoire, imagerie médicale, etc.), situés à l'autre extrémité de l'hôpital (aile D). Cette situation occasionne des déplacements importants qui se font par l'utilisation d'un corridor public sur une distance d'approximativement 80 mètres et par un déplacement vertical (8-9 étages) qui se fait par des ascenseurs publics non dédiés. Le réaménagement de l'urgence est critique étant donné qu'il est le seul hôpital au Centre-ville possédant une urgence de traumatologie de niveau tertiaire et que les cas de polytraumatisés nécessitent des interventions efficaces et rapides.

Le bloc opératoire occupera l'étage au-dessus de l'urgence pour permettre une grande flexibilité, surtout en ce qui concerne la traumatologie. Un total de onze (11) salles d'opérations sont planifiées pour le Campus de la Montagne, soit neuf (9) salles générales et deux (2) salles ultra-spécialisées.

La centrale de stérilisation sera aussi réaménagée au niveau S1 de la cour ouest. Celle-ci sera en lien direct avec le nouveau bloc opératoire et des ascenseurs dédiés au matériel propre et au matériel souillé seront prévus.

Agrandissement des ailes A et B :

La majorité des unités de soins d'hospitalisation seront situées dans les ailes A et B agrandies mais les unités qui demeurent dans les ailes D et E seront aussi réaménagées selon les mêmes critères d'aménagement. La modernisation des unités de soins répond au principe directeur de réaliser des chambres simples. Cela va permettre à l'établissement de mieux gérer le contrôle des infections et de créer un environnement propice à la guérison au sein duquel la famille pourra participer, ce qui n'est pas pleinement possible présentement.

4.2.3 Maintien d'actifs

L'HGM étant construit dans les années 1950, un Plan triennal de maintien des actifs est prévu pour la correction de déficiences (sécurité-vétusté)

De fait, une partie du Plan triennal est dédié à l'Hôpital général de Montréal pour un certain nombre d'interventions, notamment la réfection de parements de briques, la fenestration, la réfection de systèmes de ventilation vétustes, la mise aux normes des ascenseurs, etc.

Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux a émis en date du 8 mars 2006, une circulaire concernant l'entretien et le maintien des actifs¹, à l'effet que l'établissement assure

¹ Circulaire, Normes et pratiques de gestion, Tome II, repertoire, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 8 mars 2006.





INSTALLATIONS EXISTANTES

l'entretien de son parc immobilier et qu'il y consacre annuellement environ 2% de la valeur de remplacement de son parc immobilier.

En 2005, une étude a été réalisée visant la mise en place d'un plan de maintien d'actifs à l'HGM. Cette étude fut confiée aux firmes Michel Dallaire pour l'architecture, Dessau-Soprin pour la mécanique et Pageau Morel et associé pour l'électricité.

Le sommaire du P.D.M.A. précise les mesures à mettre en place et à prioriser au MGH pour les 5 prochaines années. Certaines de ces mesures sont en marche pour être réalisées et nous avons également révisé celles-ci en fonction du projet ESE déjà autorisé par l'Agence. Le projet d'économie d'énergie est également en cours, celui-ci corrigera des actifs déficients de l'HGM.

Sécurité incendie

L'alarme-incendie est déficiente dans certains secteurs des bâtiments du MGH, cependant chaque projet de réaménagement fonctionnel remet aux normes les secteurs touchés. Il est donc prévu de corriger tous les secteurs qui ne sont pas réaménagés dans les 5 prochaines années et de les intégrer comme un élément à considérer dans le PDI. Certaines mises aux normes sont déjà prévues au P.D.M.A..

Le même exercice est prévu pour les gicleurs du MGH où les budgets requis pour les secteurs non rénovés sont inclus au P.D.M.A.

Projets d'efficacité énergétique

Projets autofinancés :

Le CUSM a mis en œuvre un programme d'efficacité énergétique visant à réduire son compte d'énergie pour l'ensemble de ses installations. Cette stratégie inspirée de la perspective de développement durable - permettra également d'améliorer la qualité de vie à la fois des patients, des soignants ainsi que des usagers, sensibles au confort que procurent ces appareils de conception nouvelle (meilleure qualité de chauffage, climatisation, contrôle des contaminants, contrôle des bactéries, etc.). Ce projet étant réparti sur 3 années.

Travaux de rehaussement des salles électriques :

En raison de l'expansion de l'HGM et des projets de développements, plus particulièrement de l'installation de nouveaux équipements mécaniques (climatisation, chauffage, etc.) et médicaux, des travaux de rehaussement des salles électriques sont impératifs. L'Agence de la Santé et des services sociaux entend contribuer à la réalisation de ce projet.

Complexité liée au chevauchement des niveaux de financement

Il est possible que certains travaux (d'agrandissement, de réaménagement, d'aménagements extérieurs, etc.) puissent relever à la fois du redéploiement, du maintien des actifs ou de projets d'efficacité énergétique. En effet, le projet de redéploiement intéresse divers éléments directement liés au maintien des actifs, notamment l'amélioration de la centrale d'énergie, l'ajout





INSTALLATIONS EXISTANTES

d'ascenseurs aux ailes A et B. Ce budget prévoit donc déjà certains éléments qui visent à contribuer à la transformation du bâtiment au niveau mécanique et fonctionnel².

Les projets d'efficacité énergétique demeurent également étroitement liés au maintien des actifs, concernant principalement l'installation d'équipements modernes à consommation d'énergie réduite, nous permettant de réaliser dès aujourd'hui et à l'avenir des économies substantielles et d'autofinancer d'autres interventions.

Pour illustrer ce chevauchement, prenons pour exemple les interventions suivantes :

Désamiantage : Projet de redéploiement / Maintien des actifs / Projets d'efficacité énergétique

Ascenseur : Projet de redéploiement

Salle mécanique : Projet de redéploiement / Maintien des actifs / Projets d'efficacité énergétique

Refroidisseur : Projet de redéploiement / Maintien des actifs / Projets d'efficacité énergétique

Interventions parasismiques : Projet de redéploiement

Chauffage : Projet de redéploiement / Maintien des actifs / Projets d'efficacité énergétique

Enveloppe : Projet de redéploiement / Maintien des actifs

Conclusion

Les diverses sources de financement permettent d'établir clairement que le CUSM dispose de suffisamment de ressources pour gérer l'ensemble des interventions requises et estime avec certitude avoir les moyens d'aller de l'avant dans la réalisation des travaux qui seront menés à l'Hôpital général de Montréal et ce, bien qu'un exercice destiné à éliminer toute complexité liée au chevauchement des niveaux de financement soit présentement en cours. Le CUSM entend mettre à profit son expérience et son expertise pour gérer efficacement l'ensemble des interventions nécessaires et des financements rendus disponibles à cette fin. Il s'assurera de faire du futur campus de la Montagne un centre d'excellence comparable au campus Glen, à la fine pointe des tendances en matière de soins, d'enseignement et de recherche en tenant compte des technologies, de l'architecture, du design et des capacités budgétaires de l'État.

² Voir en ce sens le sommaire détaillé du budget de construction du campus de la Montagne, préparé par le CUSM, ci-joint.





INSTALLATIONS EXISTANTES





4.3 Organisation spatiale

Principes de planification et d'implantation

La planification hospitalière est directement liée à l'évolution des pratiques, des technologies et des pathologies. La géométrie de ces ensembles complexes a donc évolué en réponse à l'avancement de la connaissance et des grands défis médicaux.

À titre d'exemple, les services diagnostiques et thérapeutiques nécessitent aujourd'hui des aménagements plus rectangulaires, s'éloignant ainsi de la typologie des ailes étroites répondant davantage aux besoins des unités de soins. Cette nouvelle approche vise à créer des espaces plus flexibles, dotés de plus grandes portées structurales qui facilitent l'intégration des nouveaux équipements. Elle permet également de respecter les proximités fonctionnelles qui sont au cœur de la prestation des soins et de l'efficacité d'intervention. L'urgence et le bloc opératoire sont deux (2) services majeurs de ce secteur qui requièrent une des géométries spécifiques, afin de permettre l'intégration de circulations dédiées qui rehaussent l'efficacité fonctionnelle.

Dans le même ordre d'idées, les unités de soins évoluent davantage pour répondre au grand défi du contrôle des infections. Dès le début du ^{XX^e} siècle et suite à de grandes épidémies, les principes de dortoirs communs ont été révisés, afin de réduire le risque de contamination. Les pathologies de plus en plus complexes, les bactéries multi résistantes et les risques importants d'une pandémie dictent une nouvelle approche privilégiant la planification de chambres individuelles.

Cette évolution de ces approches de planification respecte toutefois les grands principes de planification fonctionnelle qui influent obligatoirement sur l'implantation de ces grands ensembles.

La planification du Centre universitaire de santé est constituée de diverses composantes, toutes en interactivité, dont les principales sont : le plateau technique accueillant les services thérapeutiques et diagnostiques, les services ambulatoires pour les clientèles externes, l'urgence (et, plus spécifiquement, le Centre de traumatologie du CUSM, qui sera situé sur le site de la Montagne), les unités de soins, l'enseignement qui est présent dans l'ensemble des composantes et les fonctions de Recherche clinique et fondamentale.

4.3.1 LIAISONS FONCTIONNELLES

Cette section trace les grandes lignes du concept afin de clarifier les relations entre les différents espaces établis à l'étape du programme fonctionnel.

CAMPUS DE LA MONTAGNE

Hôpital général de Montréal

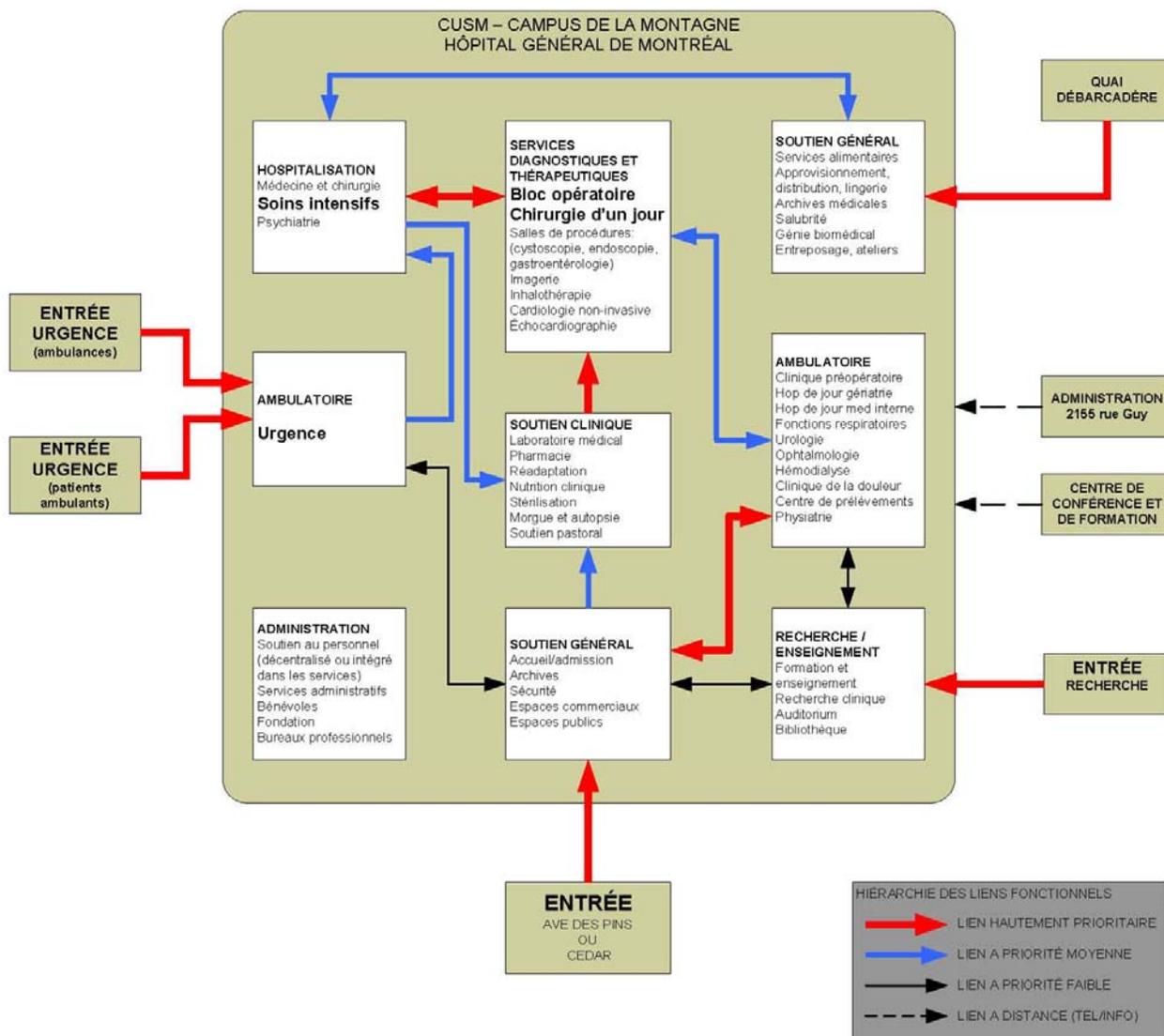
Les prémisses de planification dictent une première organisation fonctionnelle du site, où l'urgence, le bloc opératoire et les services de stérilisation centrale sont regroupés et situés dans l'agrandissement de la cours ouest. Cet ensemble est au cœur de la planification, compte tenu de la fonction du centre de traumatologie de l'Urgence du CUSM. L'accessibilité aux unités de soins et services diagnostique est une prémisses majeure de la planification.



IDENTIFICATION DES SECTEURS D'ACTIVÉS

La géométrie des unités de soins répond également aux nouveaux défis et aux nouvelles approches cliniques. Les nouvelles tendances en aménagements proposent des unités de ± 36 lits, qui optimisent le ratio de personnel / patients. Ces unités sont par la suite subdivisées en deux groupes de 18 lits, chacun étant doté d'un poste de garde pour les différents intervenants cliniques.

CUSM – Campus de la montagne





4.3.2 ACCÈS, CIRCULATIONS VERTICALES ET HORIZONTALES

- Les critères suivants décrivent les grandes lignes de planification des circulations à travers les deux sites du Centre universitaire de santé McGill :
- Planifier de façon à ce que la principale circulation publique intérieure rejoigne le principal point d'entrée du public.
- Localiser les circulations intérieures principales en périphérie des espaces extérieurs afin que l'usager soit en contact avec le lieu de sa destination et qu'il soit capable de s'orienter facilement.
- Localiser à proximité les départements dont les activités sont connexes afin de minimiser les distances pour la majorité des déplacements.
- Favoriser les circulations directes pour minimiser entre autre les risques de contamination.
- Favoriser une économie de déplacements du personnel à l'intérieur de l'établissement.
- Privilégier les liens fonctionnels rapides et de courte distance.
- Considérer les trois types de circulations; soit celle des services (propre, souillé, services alimentaires), celle du personnel et des patients (médicales, internes aux secteurs et aux services) et celle du public (visiteurs, clientèle debout).
- Éviter les croisements entre les voies réservées aux services et celles des patients et de leur famille.
- Éviter dans les circulations le croisement du propre et du souillé.
- Doter les unités d'une entrée pour le personnel et le transport des patients et d'une autre pour les visiteurs.
- Effectuer la distribution des fournitures par un ensemble de systèmes de livraison manuels et automatisés dont la technologie est éprouvée. La technologie de transport automatisé capable de mouvement horizontal et vertical (par ex., « tortues » robotiques) continuera d'être étudiée. Des corridors horizontaux et des ascenseurs spécifiques devraient être réservés au transport de service et devraient être de nature générique afin d'accepter un nombre indéfini d'options de transport automatisé, aujourd'hui et à l'avenir. Le transport manuel appuiera la distribution automatisée.
- Prévoir en nombre suffisant et adéquat des rangements pour les équipements afin d'éviter les encombrements dans les corridors et assurer la sécurité.

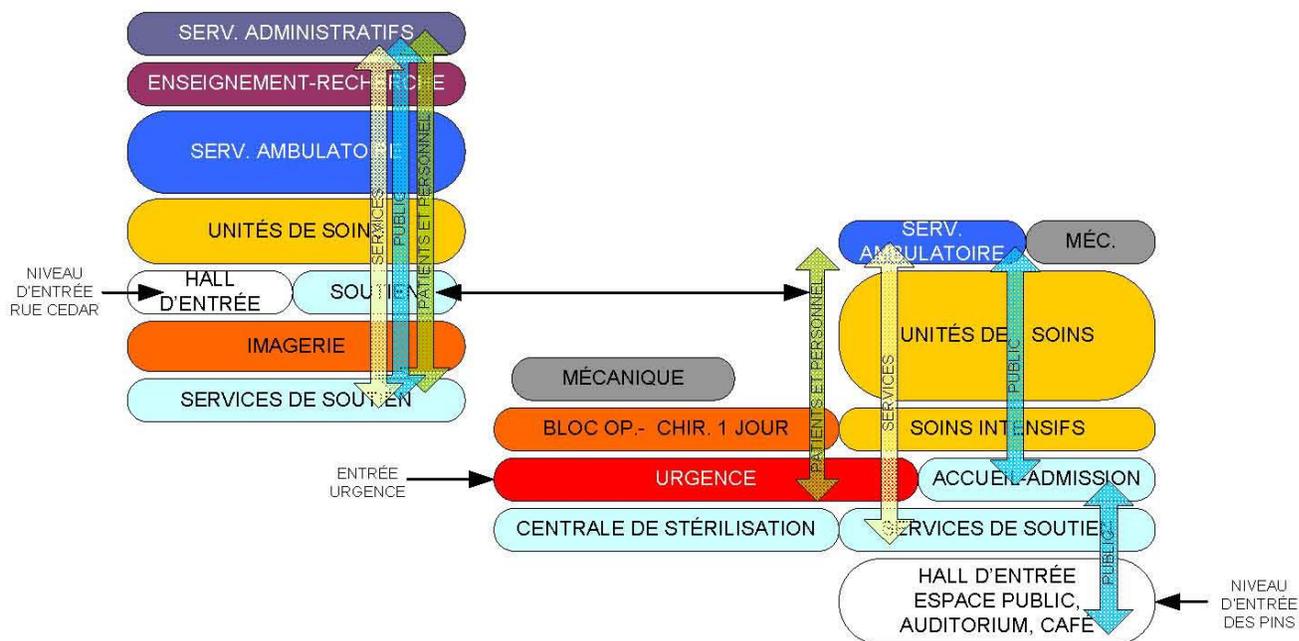


IDENTIFICATION DES SECTEURS D'ACTIVITÉS

- Dédier des corridors horizontaux et des monte-charge et convoyeurs verticaux spécifiquement à la distribution et au ramassage du Service de stérilisation centrale. Ces corridors de transport et convoyeurs seront utilisés séparément pour les matières stériles ou contaminées.

Circulations et accès :

Coupe schématique -Campus de la montagne





4.4 MODERNISATION - CAMPUS DE LA MONTAGNE

4.4.1 INTRODUCTION – CAMPUS DE LA MONTAGNE

La modernisation de l'Hôpital Général de Montréal du Campus de la Montagne du CUSM comporte une série d'interventions dont deux agrandissements majeurs et de multiples réaménagements intérieurs qui, une fois complétés, contribueront à la réputation d'excellence de l'établissement et à son esprit innovateur reconnu internationalement. Le projet de modernisation permet de restructurer le campus dans son organisation générale et d'avoir la possibilité de doter le parc immobilier de plateaux techniques modernes libérés des contraintes et limites imposées par les dimensions et caractéristiques des bâtiments existants du campus.

Il est important de noter que l'implantation de l'urgence du CUSM et de son centre de trauma au Campus de la Montagne définit les dimensions requises pour le nouveau plateau technique. Ce plateau doit être situé de façon à permettre de communiquer avec les fonctions connexes qui se trouvent dans l'hôpital existant ou qui sont en continuité dans un même département.

Les balises de planifications :

- Démarche centrée sur le patient;
- Simplification de la lecture du parc immobilier;
- Réutilisation optimale des infrastructures en place;
- Mise à niveau des installations lorsque requis;
- Amélioration et révision des liens fonctionnels;
- Consolidation des espaces d'enseignement;
- Intégration de la recherche clinique.

Composantes principales du nouveau plateau technique :

- Bloc opératoire de 11 salles : 9 salles générales et 2 salles ultraspecialisées
- Urgence et centre trauma campus Montagne
- Stérilisation centrale
- Services de support clinique

La programmation de l'**urgence** répond aux mêmes critères de planification que ceux du Campus Glen et nouvelles normes du MSSS. Le Département d'urgence desservira tout le campus de la Montagne.

La programmation des **unités de soins** s'inspire des mêmes principes d'organisation que celles de l'agrandissement proposé du pavillon principal et de la planification des unités du Campus Glen.

La **recherche clinique** est une composante importante de l'organisation.



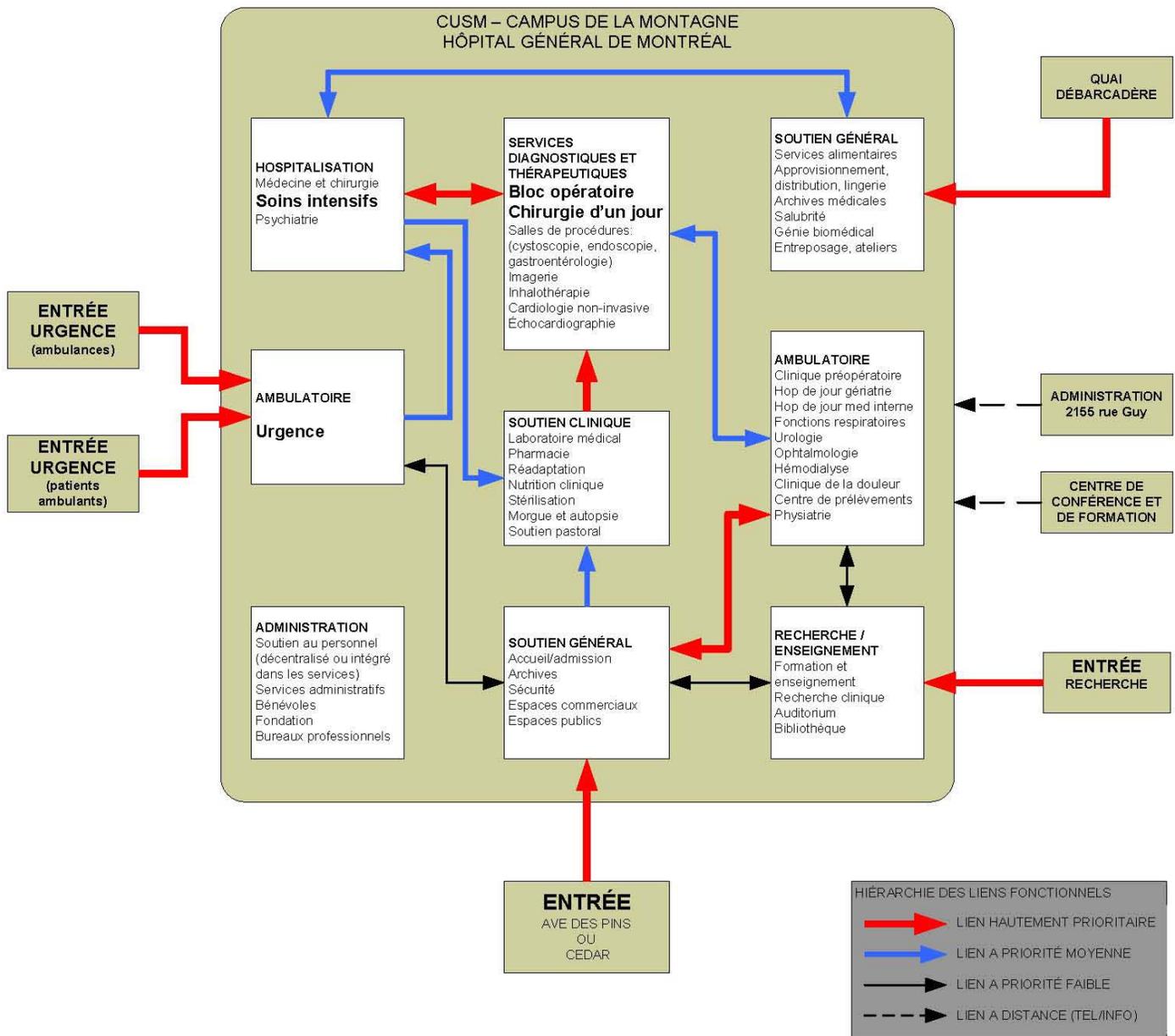


PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE MODERNISATION

Cet organigramme illustre les grandes lignes des relations fonctionnelles des soins hospitaliers du campus de la Montagne.

CUSM – Campus de la montagne





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SOINS HOSPITALIERS

4.4.1.1 SOINS HOSPITALIERS

.1 SOINS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX POUR ADULTES

Le Campus de la Montagne comprendra un total de 268 lits d'hospitalisation. Le projet de modernisation prévoit l'aménagement de 189 lits d'hospitalisation regroupés en 2 zones. Une première zone concentre les lits des soins chirurgicaux dans les ailes AB et une deuxième zone regroupe les lits de soins médicaux principalement dans les ailes CDE. Le projet engendre aussi comme conséquence la relocalisation des unités de soins intensifs et de psychiatrie.

Les lits prévus au 11^e étage des ailes D et E sont des projets en cours selon le plan de développement des actifs du CUSM.

Le tableau ci-bas explique la distribution des lits prévus.

Niveau	C	D	E	Nombre de lits
16		Psychiatrie		42
11		CCU (9 lits)	Échocardiographie (4 lits)	13
10	Court séjour (10 lits)	Médecine interne générale (11 lits)	Médecine interne générale (11 lits)	32
9		Médecine interne générale (12 lits)	Médecine interne générale (11 lits)	23

	A	B		
6	Gériatrie			28
5	Chirurgie générale			34
4	Orthopédie			36
3	Neurologie (ACV-14 lits et TCC-12 lits) et Trauma "Step down" (10 lits)			36
2	Unité de soins intensifs (médecine/chirurgie)			24
TOTAL:				268
				dont 189 lits sont inclus au PFT

Projet de modernisation

Unités de soins déplacées

Développement des actifs





ÉTENDUE DES SERVICES

Les unités de soins médicaux et chirurgicaux pour patients hospitalisés dispensent des soins continus de haute qualité aux adultes qui requièrent des soins de médecine, de chirurgie, d'observation ou de traitement et qui répondent aux critères d'hospitalisation.

Horaire de travail

- 24 heures sur 24, 365 jours par an

Taille des unités de soins :

Soins Chirurgicaux :

- Orthopédie – 36 lits répartis en deux groupes de 18 lits
- Chirurgie générale – 34 lits répartis en deux modules
- Neurologie – 26 lits répartis en un groupe de 14 lits pour les accidents cérébraux-vasculaires (ACV) et 12 lits pour les traumatismes crâniens cérébraux (TCC).
- Unité de soins intermédiaires chirurgicaux (Trauma Step down) – 10 lits regroupés en une unité.

Soins Médicaux :

- Médecine interne – 45 lits répartie en 4 modules.
- Gériatrie – 28 lits répartis en 2 groupes de 10 lits incluant des espaces de support et de soutien spécialisé et un groupe de 8 lits aménagés pour des patients ayant des troubles de comportement.
- Court séjour – 10 lits regroupés en une unité.

Proportion de lits simples

- Toutes les unités d'hospitalisation auront 100 % de chambre individuelle.

Proportion de lits à pression négative et positive

Des chambres d'isolement avec sas seront prévues pour chaque unité de soins selon la répartition suivante :

CHAMBRE D'ISOLEMENT			
Unité de soins	pression		Total
	+	-	
Court séjour	0	1	1
Gériatrie	1	3	4
Orthopédie	1	3	4
Médecine	1	3	4
Chirurgie	1	3	4
Neuro ACV-TCC	1	1	2
Trauma step down	0	1	1
Total	5	15	20



ORGANISATION ET CONFIGURATION

Principes directeurs

- 1) Les intervenants seront situés le plus près possible des patients pour éviter l'isolement de ceux-ci.
- 2) Le personnel et les services de soutien des intervenants seront situés le plus près possible des intervenants, y compris l'accès au système d'information.
- 3) Les dossiers patients et autre matériel d'information relatif aux patients ainsi que certaines fournitures peuvent être entreposés près de la chambre du patient et y rester jusqu'au départ du patient.
- 4) Les installations et services auront les caractéristiques suivantes :
 - a) Être aussi flexibles que possible afin de minimiser les transferts de patients
 - b) Appuyer le concept de fonctions multiples du personnel soignant travaillant en équipe
 - c) Appuyer la prévention de maladies et le bien-être
 - d) Minimiser le risque d'erreur de médication ou autre
 - e) Accueillir aussi bien que possible les familles et faciliter l'indépendance des patients et des familles
 - f) Appuyer la formation et l'information aux patients et aux familles
 - g) Appuyer la formation continue et l'enseignement au personnel
 - h) Appuyer la mission éducative et de recherche des professionnels de la santé du CUSM
 - i) Appuyer un environnement propre et calme
 - j) Appuyer la confidentialité à l'égard des patients

Chambres de patients

Médecine/chirurgie

Une unité de soins 36 chambres réparties en deux groupes de 18 chambres a été utilisée comme modèle pour le développement des divers services. Ce modèle satisfait entre autres la masse critique pour la répartition des équipements et matériels de soutien en plus de permettre une flexibilité pour la dotation en personnel infirmier.

Personnel type par unité

La composition approximative du personnel permettra de définir les besoins spatiaux au sein des unités de patients hospitalisés. L'unité a été conçue pour appuyer un certain nombre de rapports infirmières-patients, selon la répartition spécifique des patients, la nouvelle conception du modèle de soins du CUSM et les contraintes budgétaires futures.

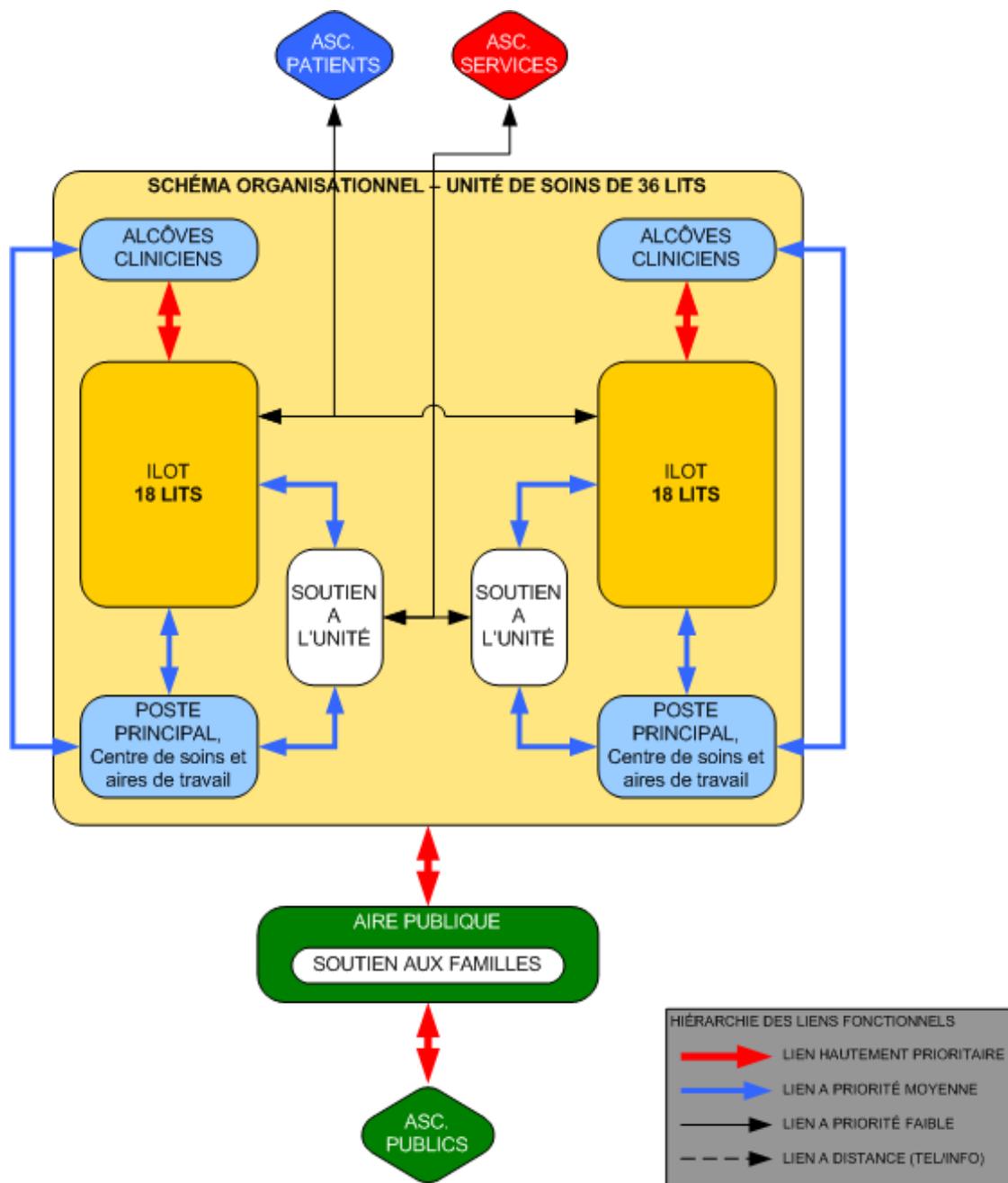




PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SOINS HOSPITALIERS

Organisation – Unité de soins de 36 lits

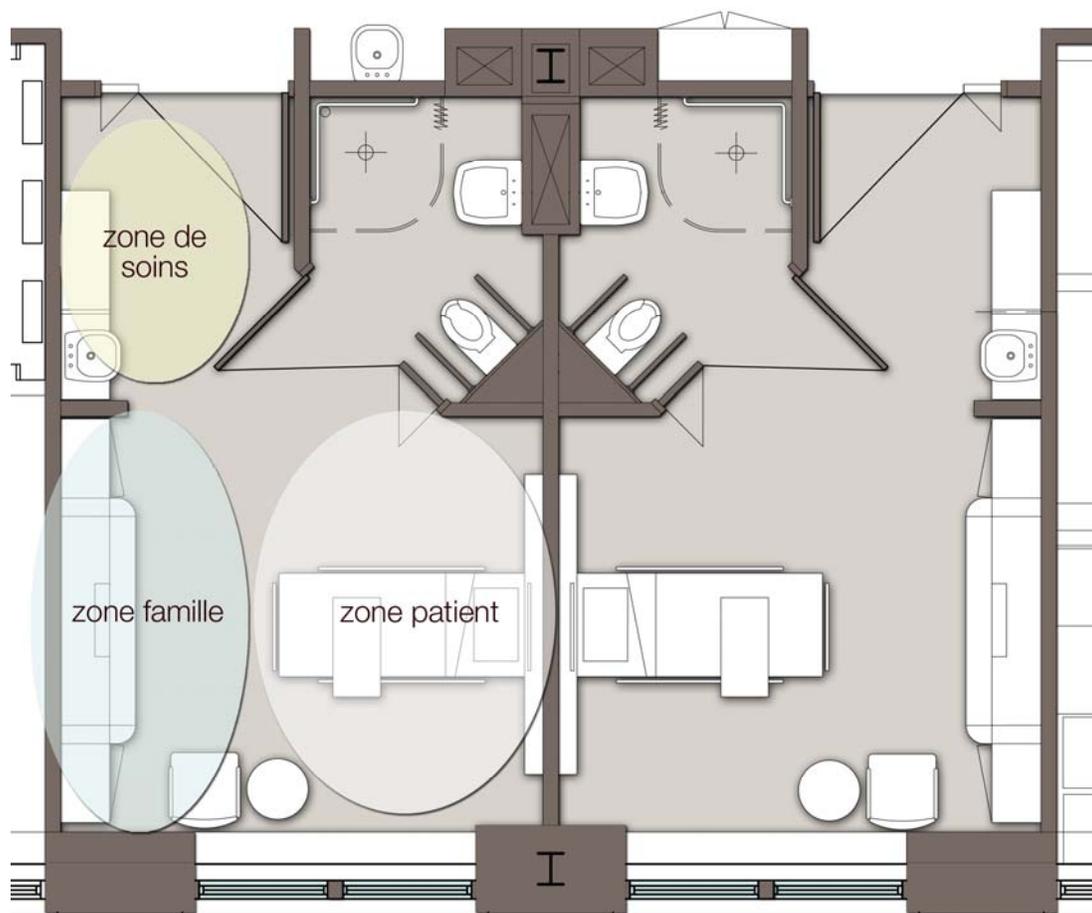




Unité de soins – exemple d’une proposition d’aménagement de la chambre type

La chambre de patient est subdivisée en trois zones distinctes :

- Zone de soins réservée au personnel soignant
- Zone dédiée au patient
- Zone permettant la présence de la famille et des visiteurs





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SOINS HOSPITALIERS

Fonctionnement et cadre opérationnel

CONFIGURATION FONCTIONNELLE

Locaux de soutien	Intérieur de la chambre	Extérieur des chambres (18 lits)	Soutien groupe (18 lits)	Unité de soins (36 lits)
Poste d'accueil				1
Dépôt de matériel propre			2	
Aire pour chariots de réanimation (varie selon la configuration de l'unité)			1min.	
Salle de consultation (à usages multiples)			2	
Poste de soins principal			2	
Salle d'équipe/Aire de travail (à usages multiples)			2	
Éducation: aire de travail (à usages multiples)				1
Aire pour chariots d'alimentation			1	
Lavabo	2	2 (corr.)	2 (poste)	84
Dépôt de produits d'entretien				2
Aire pour chariots à linge			1	
Entreposage d'équipements volumineux (civières, fauteuils roulants, lits, etc.)			1	
Aire pour chariots de matériel			1	
Poste de transport de matériel/Tube pneumatique			2	
Salles des médicaments / distribution automatisée			1	
Salle à usages multiples/consultation famille /rapport (20 personnes)				1
Aire d'alimentation				1
Alcôve clinicien				18
Salle de consultation famille				1
Bureau infirmière clinicienne				1
Bureau, Infirmière-chef				1
Bureau, infirmière-chef adjointe				1





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SOINS HOSPITALIERS

Locaux de soutien	Intérieur de la chambre	Extérieur des chambres (18 lits)	Soutien groupe (18 lits)	Unité de soins (36 lits)
Bureau, partagé (travailleur social, nutritionniste, etc.)			1	3
Toilettes publiques				1
Entreposage des effets personnels des patients (meuble fixe chambre)	1			
Dépôt de matériel souillé			4	
Casiers du personnel				1
Salle de repos du personnel/résidents				2
Toilettes du personnel				2
Toilette/douche	1			36
Salle de bain ou douche thérapeutique				1
Déchets/ linge souillé/recyclage				2
Secrétaire de l'unité				1
Documents de travail (matériel de référence)				1
Salon de famille				1

ARRIVÉE ET ORIENTATION DES PATIENTS, DES FAMILLES ET DES VISITEURS

ACCUEIL, INSCRIPTION ET ATTENTE

- Services aux patients et aux familles :
 - Collation/alimentation disponibles pour les familles (micro-onde, distributrices)
 - Informations et références en matière de santé (ordinateurs/Internet, vidéo, imprimés)
 - Accès électronique sûr aux dossiers des patients.
- Tous les visiteurs arrivent à l'unité de soins par une salle d'accueil et de réception centrale avant de passer aux aires de soins. Cet espace permettra de diriger ou contrôler la clientèle sur l'unité de soins. Ce poste pourrait être occupé par un bénévole ou par un agent de sécurité selon le cas. Cette salle peut être une aire d'accueil séparée ou se trouver au poste central des soins infirmiers.
- Les salles d'attente et les salons d'unité auront le confort nécessaire pour les familles et les visiteurs qui doivent quitter les chambres de patients.

SOINS AUX PATIENTS ET SOUTIEN DIRECT

- Les changements de chambres ainsi que les transferts seront réduits au minimum. Le type de soins sera adapté à la gravité de l'état du patient de « très critique » à « autorisé à sortir » sans, autant que possible, changer de chambre. La conception et l'infrastructure des chambres seront flexibles. Les chambres régulières de soins pourront inclure par exemple un ventilateur / respirateur et un équipement de télémétrie. Des ajustements de personnel seront nécessaires pour satisfaire les divers types de soins.





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SOINS HOSPITALIERS

- Les chambres seront équipées de toilettes avec douche permettant la présence d'un accompagnateur. L'organisation de la chambre permettra au patient d'avoir un accès direct et facile à la toilette.
- Dans le but d'optimiser l'organisation des chambres, les éléments suivant seront à considérer :
 - Le principe de chambre identique ou de chambre inversé
 - La salle de toilette positionnée du côté corridor ou du côté fenêtre
 - La salle de toilette positionnée du côté de la tête ou du pied de lit du patient
- L'aménagement permettra que la tête du lit du patient soit facilement visible de l'entrée de la chambre par le personnel.
- Des chambres adaptées à la clientèle obèse (incluant toilette et douche) sera prévu dans certaines unités de soins.
- Une chambre adaptée à la clientèle agitée ou violente sera prévu dans certaines unités de soins.
- Les membres de la famille ou les soignants peuvent dormir dans la chambre du patient pour participer aux soins. Un « espace familial » est prévu dans chaque chambre.
- Services aux patients et aux familles :
 - Téléviseurs avec lecteur vidéo VCR/films et jeux sur demande
 - Radios/lecteurs DC et cassettes
 - Postes informatiques/branchement pour portables
 - Lits de jour ou fauteuils inclinables pour la famille ou autres invités du patient
 - Entreposage des effets personnels des patients (p. ex. garde-robe et tiroirs à verrouillage)
 - Service de repas
 - Téléphones (à chaque lit)
- L'aire de soutien aux soignants consistera en une aire de communication principale, pour chaque module de 18 lits et des alcôves cliniciens décentralisés permettront au travail d'être effectué le plus près possible des chambres. En plus, il sera possible au personnel de surveiller 2 chambres à partir d'une alcôve clinicien.
- Les lavabos seront installés dans chaque chambre de patient ainsi que dans chaque unité centrale de 18 lits (un par poste de soutien des soignants et 2 par corridor).
- Tout le matériel dans les chambres et aires de soins devra être placé entre 6 po – 8 po du sol ou être facilement déplacé pour fins de nettoyage.
- Les patients en état critique seront placés dans les chambres immédiatement en face des postes de soutien du personnel soignant ce qui implique que soit prise en compte une visualisation supplémentaire (p. ex. fenêtres intérieures).
- Les exercices de réadaptation pourront s'effectuer à l'intérieur de la chambre du patient. En plus, un gymnase de réadaptation sera centralisé sur l'unité de soins.





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SOINS HOSPITALIERS

SYSTÈMES DU BÂTIMENT : ÉCLAIRAGE, PLOMBERIE, CHAUFFAGE ET AÉRATION

- Chaque chambre aura ses propres commandes de chauffage et d'aération.
- Des aires séparées d'éclairage seront prévues pour les patients et les soignants de manière à éclairer le soignant sans gêner le patient.
- L'éclairage doit permettre d'effectuer des interventions ponctuelles dans les chambres.

COMMUNICATIONS ET SYSTÈMES INFORMATIQUES

- Dans la mesure où elle est disponible en ligne, toute l'information (coordonnées des patients, consignes, résultats, documentation clinique, etc.) sera saisie, transmise et récupérée électroniquement.
- L'information électronique pertinente sera accessible au moyen de dispositifs fixes ou portables, de plusieurs endroits, notamment la chambre du patient, les aires de travail des soignants incluant les alcôves cliniciens et les postes principaux et de soutien administratif.
- La technologie doit permettre au personnel de se déplacer tout en conservant l'accès aux informations requises et aux systèmes de télécommunications (ex. accès au système téléphonique sans fil pour le préposé de l'unité afin de lui permettre d'effectuer certaines activités tout en assurant la réception téléphonique).
- Chaque lit sera doté d'un système d'appel infirmier relié au centre de communications.
- Les chambres doivent être dotées des câbles nécessaires aux technologies d'avant-garde.
- L'accès à Internet doit être possible à partir de chaque chambre.
- Une aide nécessaire aux malentendants, telle un DTS, sera disponible dans toutes les chambres ainsi que sur tous les téléviseurs des salles de repos et d'attente. Les aides nécessaires aux malvoyants seront également prévues.
- On veillera à la confidentialité des informations relatives aux patients, en particulier sur les ordinateurs dans les chambres et dans les unités de soins.
- En attendant que le CUSM soit complètement informatisé, les rapports sur papier ne seront fournis à l'unité que par le personnel des archives selon le besoin.

LOCAUX DU PERSONNEL DE SOUTIEN

- Les équipes de soignants se réunissent dans les unités de soins pour discuter des cas.
- Les étudiants et le personnel ont facilement accès aux documents de référence dans l'unité.
- Le personnel non soignant de soutien sera centralisé dans l'unité.
- Des casiers pour ranger manteaux, bottes, etc. seront situés à proximité des unités de soins des patients ou dans celles-ci.
- Chaque unité d'enseignement clinique ou toute autre aire de soins importante peut recevoir jusqu'à 20 étudiants et doit fournir un accès facile aux locaux suivants :
 - Salles de réunion/d'enseignement avec accès aux systèmes informatiques appropriés. Ces salles seront entièrement équipées des connexions nécessaires aux aides pédagogiques, Internet, projections multimédia, etc.
 - Une salle de conférence de dimension suffisante pour regrouper tout les membres du service.
 - Une salle d'une capacité de 25 personnes pour 36 lits.
 - Des salles d'une capacité de 10 personnes pour 36 lits





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SOINS HOSPITALIERS

- Salle d'entreposage du matériel pédagogique
- Petites salles d'enseignement ou d'entrevues (capacité de 4-6 personnes).
- Alcôves cliniciens dans les couloirs pour la prise de données sans gêner la circulation. Ces alcôves peuvent inclure un siège mais ne nécessitent pas de porte.
- Aires de travail pour le personnel attiré et étudiant en soins infirmiers, dotées d'accès aux systèmes informatiques appropriés, dans la zone de travail centrale des soignants des unités cliniques d'enseignement.
- Petits casiers pour effets personnels dans les unités de soins. Les grands casiers pour manteaux d'hiver, bottes, livres, etc. peuvent se trouver ailleurs, mais de préférence à proximité.
- Les chambres de patients seront suffisamment grandes pour recevoir de 2 à 4 résidents/étudiants.
- Des chambres de repos seront disponibles sur l'unité pour le personnel.

APPROVISIONNEMENT, LOGISTIQUE ET ENTREPOSAGE

Transport des patients

- Une équipe de l'hôpital s'occupera de transporter les patients entre les différentes unités.
- Les ascenseurs pour patients et personnel doivent permettre un accès facile aux unités de soins intensifs et aux unités de soins aigus à partir des urgences et du plateau interventionnel, dont les salles d'opération.
- Les ascenseurs destinés aux patients et ceux destinés aux visiteurs doivent être, dans la mesure du possible, distincts.
- La circulation du personnel, du matériel et des patients doit être séparée de celle des visiteurs.

Matériel, logistique et entreposage

- Le matériel et la lingerie seront gardés sur des chariots pour chaque module 12 ou 18 lits.
- Les déchets, produits recyclables, linges souillés, déchets biologiques dangereux et fournitures souillées seront enlevés des chambres par le personnel de nettoyage et apportés à une aire de transit pour leur élimination.
- Le personnel des services alimentaires livrera les plateaux de repas aux unités sur des chariots et répartira les repas dans les chambres. Les plateaux seront enlevés sur des chariots par le personnel de l'unité et remis au personnel des services alimentaires.
- L'entreposage des équipements se fera dans l'unité. Les services centraux de stérilisation emporteront le matériel souillé et le rapporteront propre à l'unité.
- Un espace d'entreposage pour les bassins et autres matériaux jetables sera prévu pour chaque module de 18 lits.
- Les médicaments, les narcotiques et les médicaments de première dose seront disponibles sur les unités par des distributrices automatisées situées en alcôve dans les salles de médicaments.
- Un entreposage inférieur sera aussi prévu pour les chariots pharmaceutiques.
- Des lavabos seront installés dans la salle des médicaments.
- Un système de gestion automatisée des fournitures, de saisie de données d'admission et du suivi de la documentation relative aux patients par codes à barres devrait être envisagé. Idéalement, ce système utiliserait un code à barres ou une technologie semblable pour identifier les patients, les





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SOINS HOSPITALIERS

fournitures (y compris les médicaments) et les formulaires imprimés ou rapports relatifs aux patients. Dans la mesure du possible, les fournitures arriveront aux unités de soins et en repartiront par des corridors et ascenseurs de service séparés.

- Les lits de spécialité seront entreposés dans une aire centrale sur l'unité.
- Une aire centrale près des ascenseurs de service sera utilisée par les services d'approvisionnement et de logistique pour l'assemblage du matériel nécessaire aux unités de soins.

PARTICULARITÉS DES SERVICES

Unité de Gériatrie :

- À même l'unité de gériatrie, une zone de gestion de comportement sera aménagée. Cette zone inclura les items suivants :
 - 8 chambres individuelles avec toilette et douche.
 - L'aménagement des chambres offrira un aménagement sécuritaire pour les patients agités ou violents.
 - Le secteur sera à accès contrôlé et localisé de façon à éviter les circulations de transit.
 - Une salle de traitement Snoezelen (stimulation sensorielle des patients) sera prévue à proximité de la zone de gestion de comportement.
 - Une chambre d'essai permettant d'évaluer l'autonomie des patients avant leur congé sera prévue à proximité de la zone de gestion de comportement.
- Une aire centrale près des ascenseurs de service sera utilisée par les services d'approvisionnement et de logistique pour l'assemblage du matériel nécessaire aux unités de soins.
- Un gymnase de réadaptation et une zone d'activité de vie normale permettra que l'évaluation des patients ainsi que les exercices de réadaptation s'effectuent à même l'unité de soins de gériatrie.
- Des bureaux seront requis à l'unité de gériatrie : recherche clinique, réadaptation et bureau multidisciplinaire.
- Une salle à manger permettra aux patients le désirant, de prendre leur repas en groupe à l'extérieur de leurs chambres.
- Une buanderie sera prévue sur l'unité pour le nettoyage des effets personnels des patients.
- Une chambre adaptée à la clientèle obèse sera prévue.

Unité de Court séjour :

- L'unité de Court séjour reçoit les patients ayant une durée de séjour entre 24 et 48 heures.
- Puisque qu'un fort pourcentage de la clientèle provient de l'urgence, un accès facile à ce département est recommandé.
- 10 chambres individuelles avec toilette et douche seront prévues.
- Une chambre adaptée à la clientèle obèse sera prévue.





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SOINS HOSPITALIERS

Unité de soins intermédiaire chirurgicaux (Trauma Step Down) :

- 10 chambres sans toilette seront requises dans l'unité de "trauma step down".
- Prévoir un accès contrôlé à l'unité et une localisation qui évite les circulations de transit.
- À partir des postes décentralisés, une visibilité complète et constante de la clientèle sera possible. L'utilisation de panneaux vitrés pour la porte de la chambre, le mur du corridor et les murs mitoyens des chambres serait à considérer.
- Un ratio d'une infirmière pour deux patients est recommandé. Cependant le ratio d'une infirmière pour trois patients serait envisagé.
- En plus des espaces prévus sur l'étage pour l'accueil et pour la famille, l'unité de "trauma step down" bénéficiera d'un salon de famille à proximité de l'entrée de l'unité.
- Une proximité avec l'unité de soins intensifs est souhaitée.

Unité de Neuro Trauma (Accidents cardio vasculaire ACV et trauma crânien cérébraux TCC)

- Un ratio d'une infirmière pour quatre patients est recommandé mais certains cas plus aigus requièrent d'une infirmière pour deux patients.
- Un service de télémétrie sera prévu pour l'unité.
- Le secteur sera à accès contrôlé et localisé de façon à éviter les circulations de transit.
- Pour permettre au personnel de soins de desservir à la fois l'unité de TCC et d'ACV, une proximité entre ces deux unités est requise.



CUSM - site de la montagne

Programme fonctionnel et technique | tableau des superficies

hospitalisation

Unité de chirurgie - 34 lits

aile-étage : AB-5

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques			
		Nbr	sup.	total					
	Traitement patient								
01-101	Chambre privée aile D	44	25.0	275.0	0	0.0	0.0	-275.0	localisation modifiée
01-101	Chambre privée aile E	43	25.0	325.0	0	0.0	0.0	-325.0	localisation modifiée
01-101	Chambre privée aile C	42	33.9	406.8	0	0.0	0.0	-406.8	chambre de transition non requise inclus wc+douche, 2 chambres pour traitement radioisotope, 1 chambre conçu pour patient violent
01-101	Chambre privée	0	0.0	0.0	29	25.0	725.0	725.0	ajouté (non prévu au PFT) inclus toilette et douche 7m2
01-101H	Chambre privée bariatrique	0	0.0	0.0	1	34.0	34.0	34.0	incluant toilette avec douche, 3 négatives, 1 positive
01-112	Chambre d'isolement	0	0.0	0.0	4	25.0	100.0	100.0	inclus évier+équipement de protection
01-117	Sas chambre d'isolement	0	0.0	0.0	4	7.0	28.0	28.0	
	Sous-total			1006.8			887.0	-119.8	
	Aire de travail du personnel								
01-104	Poste de soins central / accueil	4	12.5	12.5	0	0.0	0.0	-12.5	
	Poste d'accueil	0	0.0	0.0	1	10.0	10.0	10.0	bénévole, sécurité
25-109	Dépôt fournitures de bureau et dossiers	1	10.3	10.3	2	7.0	14.0	3.7	inclus photoc./fax, près du poste
01-108	Poste de soins décentralisé aile C	4	16.7	16.7	0	0.0	0.0	-16.7	
01-108	Poste de soins décentralisé aile D	4	19.0	19.0	0	0.0	0.0	-19.0	
01-108	Poste de soins décentralisé aile E	4	15.6	15.6	0	0.0	0.0	-15.6	
	Poste de soins	0	0.0	0.0	2	35.0	70.0	70.0	1/ 18 lits, inclus 4 éviers au total (1/pod), photocopieur/fax, pneum.
	Salle d'équipe	0	0.0	0.0	2	11.0	22.0	22.0	5.5m2/postes, près du poste de soins
30-128	Alcôve chariot urgence médical	1	1.4	1.4	2	1.4	2.8	1.4	un chariot ajouté, près des postes principe du pft ajouté au programme. 1 pour 2 lits
01-103	Alcôve clinicien	0	0.0	0.0	16	2.0	32.0	32.0	nouvelle salle ajoutée, inclus distributeur 1er dose et narcotique,
01-106	Salle de médicaments	0	0.0	0.0	2	24.0	48.0	48.0	localisation modifiée
01-122	Utilité propres décentralisées C	4	15.4	15.4	0	0.0	0.0	-15.4	
01-122	Utilité propres décentralisées D	4	12.7	12.7	0	0.0	0.0	-12.7	
01-122	Utilité propres décentralisées E	4	13.4	13.4	0	0.0	0.0	-13.4	localisation modifiée
01-122	Utilité propres décentralisées	0	0.0	0.0	2	20.0	40.0	40.0	1/18 lits, inclus chariot linge et soluté, cylindres O2, fournitures
30-130	Utilité souillé satellite C	4	9.1	9.1	0	0.0	0.0	-9.1	
30-130	Utilité souillé satellite D	4	4.9	4.9	0	0.0	0.0	-4.9	
30-130	Utilité souillé satellite E	4	4.2	4.2	0	0.0	0.0	-4.2	
30-130	Utilité souillé satellite	0	0.0	0.0	4	9.0	36.0	36.0	ajouté pour réduire la distance de parcours, inclus macérateur
30-140	Salle de bain thérapeutique	1	20.3	20.3	1	20.0	20.0	-0.3	inclus douche sur civière et toilette non utilisé, inclus dans salle de bain thérapeutique
	Salle de douche thérapeutique	4	14.4	14.4	0	0.0	0.0	-14.4	

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total		
30-117	Cuisine	1	25.3	25.3	2	12.5	25.0	-0.3	1/18 lits, dédié personnel soignant pour patient, inclus distributrice à eau/glace, m-o, chariot alimentaire,
	Sous-total			195.2			319.8	124.6	
	Soutien a l'unité								
30-132	Alcôve lavage des mains	0	0.0	0.0	8	0.9	7.2	7.2	principe du pft ajouté tableau de superficie (2/corridor + postes de soins)
01-111	Salle de réadaptation	0	0.0	0.0	1	40.0	40.0	40.0	inclus toilette et bain accessible type résidentielle
	Salon d'unité coté montagne	4	47.7	47.7	0	0.0	0.0	-47.7	non requis
30-119	Salon d'unité coté ville	1	50.8	50.8	1	60.0	60.0	9.2	inclus cuisinette famille
30-112	refroidisseur d'eau	1	1.4	1.4	1	1.4	1.4	0.0	inclus dans le salon de l'unité
30-114	téléphone public - alcôve	1	0.9	0.9	1	0.9	0.9	0.0	inclus dans le salon de l'unité
30-102	toilette-mixte universelle	1	4.6	4.6	1	4.5	4.5	-0.1	près du salon de l'unité
30-144	toilette publique existante	0	0.0	0.0	0	7.5	0.0	0.0	toilettes existantes
	Alcôve machines distributrices	0	0.0	0.0	3	2.0	6.0	6.0	près du salon de l'unité
30-120	Salle de rencontre famille	0	0.0	0.0	1	20.0	20.0	20.0	nouvelle salle ajoutée (10 pers.)
01-109	Dépôt souillé central (chute à linge)	1	9.1	9.1	2	8.0	16.0	6.9	1/18 lits, inclus chariot à déchet
	Dépôt radio isotope	0	0.0	0.0	1	3.0	3.0	3.0	mur plombé
30-127	Dépôt matériel roulant	1	26.0	26.0	2	24.0	48.0	22.0	inclus 2 lits de spécialité, chaise d'aisance, 4 chaises roul., 3 cylindres O2, lève patient portatif, pôles solutée, pompes, chaises douches
	Entreposage équipement général	0	0.0	0.0	2	28.0	56.0	56.0	
	Assemblage des marchandises	0	0.0	0.0	1	25.0	25.0	25.0	agile assembly, tel qu'au Glen
30-141	Entreposage recyclage	1	7.5	7.5	1	8.5	8.5	1.0	inclus papier confidentiel, objet pour recyclage
30-143	Alcôve recyclage	0	0.0	0.0	4	2.0	8.0	8.0	demande du CUSM
30-133	Entretien ménager	1	8.7	8.7	2	5.0	10.0	1.3	augmenté tel que demandé au pft (1/ailes)
01-114	Antichambre ascenseur service 1	4	24.8	24.8	0	0.0	0.0	-24.8	inclus dans le facteur F1
01-115	Antichambre ascenseur service 2	4	29.5	29.5	0	0.0	0.0	-29.5	inclus dans le facteur F1
01-118	Salle mécanique aile D	4	49.2	49.2	0	0.0	0.0	-49.2	inclus dans le facteur F2
01-118	Salle mécanique aile E	4	48.0	48.0	0	0.0	0.0	-48.0	inclus dans le facteur F2
01-121	Salle électrique	4	8.5	8.5	0	0.0	0.0	-8.5	inclus dans le facteur F2
01-120	Salle télécom	4	7.0	7.0	0	0.0	0.0	-7.0	inclus dans le facteur F2
	Sous-total			323.7			314.5	-9.2	
	Soutien au personnel								
25-101C	Bureau : Infirmière chef	1	11.0	11.0	1	11.0	11.0	0.0	
25-101	Bureau : Assistant infirmière chef	1	10.3	10.3	1	9.0	9.0	-1.3	

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total		
25-101	Bureau	1	8.5	8.5	4	9.0	36.0	27.5	2 pour 18 lits
25-101	Bureau	1	6.1	6.1	1	9.0	9.0	2.9	
25-101	Bureau	1	8.0	8.0	1	9.0	9.0	1.0	
25-104	Local polyvalent	1	10.2	10.2	2	25.0	50.0	39.8	12 pers, 1/18 lits, respecte géométrie d'une chambre
25-104	Local polyvalent	1	9.2	9.2	2	12.0	24.0	14.8	8 personnes, 1/ 18 lits
25-104	Local polyvalent	4	10.6	10.6	0	0.0	0.0	-10.6	
25-105	Salle polyvalente	1	32.0	32.0	1	32.0	32.0	0.0	Salle de formation, 17 personnes
30-109	Salle infirmières - coins repos	1	28.7	28.7	2	7.0	14.0	-14.7	
30-106	Toilette	0	0.0	0.0	1	2.5	2.5	2.5	adjacent au casiers
30-107	Douche	0	0.0	0.0	1	3.0	3.0	3.0	adjacent au casiers
	casiers	0	0.0	0.0	1	20.0	20.0	20.0	40 casiers
01-110	Salle du personnel	1	37.6	37.6	1	40.0	40.0	2.4	inclus cuisinette, salon
30-102	Toilette mixte - accès universel	1	3.6	3.6	1	4.5	4.5	0.9	
	Sous-total			175.8			264.0	88.2	
	Enseignement								
25-104A	Salle d'enseignement / conférence	1	49.5	49.5	1	50.0	50.0		25 personnes
30-139	Salle des résidents	1	57.0	57.0	1	40.0	40.0		inclus cuisinette, 3 postes de travail, 20 personnes
	casiers	0	0.0	0.0	1	10.0	10.0		20 casiers plein hauteur
30-107	Douche	0	0.0	0.0	1	3.0	3.0		adjacent au casiers
30-106	Toilette	0	0.0	0.0	1	2.5	2.5		adjacent au casiers
30-109	Chambre de garde	0	0.0	0.0	2	7.0	14.0	14.0	
25-101	Bureau d'enseignement	1	8.0	8.0	1	9.5	9.5	1.5	
	Sous-total			114.5			129.0	15.5	
Superficie nette totale				1,816.0	1,914.3			99.3	
Facteur de conversion F1				1.50	1.50				
Sous-total brut F1				2724	2871			147	
Facteur de conversion F2				1.15	1.15				
Sous-total brut F2				3133	3302			170	
Facteur de conversion F3				inclus dans F2	1.10				
TOTAL F3				3133	3632			500	

PFT - JUIN 2008				PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009			
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)		Superficie nette (m ²)		Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	Nbr	sup.		

CUSM - site de la montagne

Programme fonctionnel et technique | tableau des superficies

hospitalisation

Unité d'orthopédie - 36 lits

aile-étage : AB-4

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques			
		Nbr	sup.	total					
	Traitement patient								
01-101	Chambre privée aile D	44	25.0	275.0	0	0.0	0.0	-275.0	localisation modifiée
01-101	Chambre privée aile E	43	25.0	325.0	0	0.0	0.0	-325.0	localisation modifiée
01-101	Chambre privée aile C	42	33.9	406.8	0	0.0	0.0	-406.8	chambre de transition non requise inclus wc+douche, 1 chambre concu pour patient violent
01-101	Chambre privée	0	0.0	0.0	31	25.0	775.0	775.0	
01-101H	Chambre privée bariatrique	0	0.0	0.0	1	34.0	34.0	34.0	inclus toilette et douche 7m2
01-112	Chambre d'isolement	0	0.0	0.0	4	25.0	100.0	100.0	inclus toilette et douche, 3 négatives, 1 positive
01-117	Sas chambre d'isolement	0	0.0	0.0	4	7.0	28.0	28.0	inclus évier+équipement de protection
	Sous-total			1006.8			937.0	-69.8	
	Aire de travail du personnel								
01-104	Poste de soins central / accueil	4	42.5	42.5	0	0.0	0.0	-12.5	
	Poste d'accueil	0	0.0	0.0	1	10.0	10.0	10.0	bénévole, sécurité
25-109	Dépôt fournitures de bureau et dossiers	1	10.3	10.3	2	7.0	14.0	3.7	inclus photoc. / fax / imprimante
01-108	Poste de soins décentralisé aile C	4	46.7	46.7	0	0.0	0.0	-16.7	
01-108	Poste de soins décentralisé aile D	4	49.0	49.0	0	0.0	0.0	-19.0	
01-108	Poste de soins décentralisé aile E	4	45.6	45.6	0	0.0	0.0	-15.6	
	Poste de soins	0	0.0	0.0	2	35.0	70.0	70.0	1/ 18 lits, incl. armoire sécurisée bladder scan, 4 éviers au total (1/pod), photocopieur/fax, pneum.
	Salle d'équipe	0	0.0	0.0	2	11.0	22.0	22.0	5.5m2/postes, près du poste de soins
30-128	Alcôve chariot urgence médical	1	1.4	1.4	2	1.4	2.8	1.4	un chariot ajouté, près des postes principe du pft, ajouté au programme.
01-103	Alcôve clinicien	0	0.0	0.0	18	2.0	36.0	36.0	1 pour 2 lits
01-106	Salle de médicaments	0	0.0	0.0	2	24.0	48.0	48.0	1/18 lits, distributrice 1er dose et narcotique, ditributrice 24h, frigo, évier, comptoir, 3 chariots inf.
25-104	Local polyvalent	1	10.2	10.2	2	20.0	40.0	29.8	10 personnes, 1/18 lits
25-104	Local polyvalent	4	9.2	9.2	0	0.0	0.0	-9.2	
25-104	Local polyvalent	4	10.6	10.6	0	0.0	0.0	-10.6	
25-105	Salle polyvalente	1	32.0	32.0	1	48.0	48.0	16.0	25 personnes
01-122	Utilité propres décentralisées C	4	15.4	15.4	0	0.0	0.0	-15.4	localisation modifiée
01-122	Utilité propres décentralisées D	4	12.7	12.7	0	0.0	0.0	-12.7	localisation modifiée
01-122	Utilité propres décentralisées E	4	13.4	13.4	0	0.0	0.0	-13.4	localisation modifiée
01-122	Utilité propres décentralisées	0	0.0	0.0	2	20.0	40.0	40.0	1/18 lits, inclus lingerie, chariot à IV, fournitures, 15 cylindres O2
30-130	Utilité souillé satellite C	4	9.1	9.1	0	0.0	0.0	-9.1	

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total		
30-130	Utilité souillé satellite D	1	4.9	4.9	0	0.0	0.0	-4.9	
30-130	Utilité souillé satellite E	1	4.2	4.2	0	0.0	0.0	-4.2	
30-130	Utilité souillé satellite	0	0.0	0.0	4	9.0	36.0	36.0	ajouté pour réduire la distance de parcours, inclus macérateur
30-140	Salle de bain thérapeutique	1	20.3	20.3	1	20.0	20.0	-0.3	inclus douche sur civière, toilette, évier shampoing
	Salle de douche thérapeutique	1	14.4	14.4	0	0.0	0.0	-14.4	non utilisé, incl. ds bain thérap.
30-117	Cuisine	1	25.3	25.3	2	12.5	25.0	-0.3	1/18lits dédié pers.soignant pour patient, inclus dist.glace,m-o, chariot alim.
	Sous-total			257.2			411.8	154.6	
	Soutien a l'unité								
30-132	Alcôve lavage de mains	0	0.0	0.0	8	0.9	7.2	7.2	principe du pft ajouté tableau de superficie (2/corridor + postes de soins)
01-113	Salle de réadaptation	0	0.0	0.0	1	40.0	40.0	40.0	inclus toilette et bain accessible résidentiel
	Salon d'unité coté montagne	1	47.7	47.7	0	0.0	0.0	-47.7	non requis
30-119	Salon d'unité coté ville	1	50.8	50.8	1	60.0	60.0	9.2	inclus cuisinette famille
30-112	refroidisseur d'eau	1	1.4	1.4	1	1.4	1.4	0.0	changer pour dist.eau & glace, près du salon de l'unité
30-114	téléphone public - alcôve	1	0.9	0.9	1	0.9	0.9	0.0	près du salon de l'unité
30-102	toilette-mixte universelle	1	4.6	4.6	1	4.5	4.5	-0.1	près du salon de l'unité
	Alcôve machine distributrice	0	0.0	0.0	3	2.0	6.0	6.0	près du salon de l'unité
30-120	Salle de rencontre famille	0	0.0	0.0	1	20.0	20.0	20.0	nouvelle salle ajoutée (10 pers.)
01-109	Dépôt souillé central (chute à linge)	1	9.1	9.1	2	8.0	16.0	6.9	1/18 lits, inclus chariot à déchet
30-127	Dépôt matériel roulant	1	26.0	26.0	2	24.0	48.0	22.0	chaises roul., chaises d'aisance, équipements orthopédiques
	Dépôt équipement général	0	0.0	0.0	2	35.0	70.0	70.0	7 lits (spécialités et supl.), tractions, lève patient portatif
	Dépôt réadaptation	0	0.0	0.0	1	20.0	20.0	20.0	orthèses, béquilles, marchettes
	Assemblage des marchandises	0	0.0	0.0	1	25.0	25.0	25.0	agile assembly, tel qu'au Glen
30-143	Alcôve recyclage	0	0.0	0.0	4	2.0	8.0	8.0	demandé par le CUSM
30-141	Entreposage recyclage	1	7.5	7.5	1	8.5	8.5	1.0	inclus papier confidentiel et objet pour recyclage
30-133	Entretien ménager	1	8.7	8.7	2	5.0	10.0	1.3	augmenté tel que demandé au pft (1/ailes)
01-114	Antichambre ascenseur service 1	1	24.8	24.8	0	0.0	0.0	-24.8	inclus au F1
01-115	Antichambre ascenseur service 2	1	29.5	29.5	0	0.0	0.0	-29.5	inclus au F1
01-118	Salle mécanique aile D	1	49.2	49.2	0	0.0	0.0	-49.2	inclus dans le facteur F2
01-118	Salle mécanique aile E	1	48.0	48.0	0	0.0	0.0	-48.0	inclus dans le facteur F2
01-121	Salle électrique	1	8.5	8.5	0	0.0	0.0	-8.5	inclus dans le facteur F2
01-120	Salle télécom	1	7.0	7.0	0	0.0	0.0	-7.0	inclus dans le facteur F2
	Sous-total			323.7			345.5	21.8	

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total		
	Soutien au personnel								
30-109	Salle infirmières - coins repos	1	28.7	28.7	3	7.0	21.0	-7.7	
	Casiers	0	0.0	0.0	1	40.0	40.0	40.0	80 casiers,
30-106	Toilette	0	0.0	0.0	2	2.5	5.0	5.0	adjacent au casiers
30-107	Douche	0	0.0	0.0	1	3.0	3.0	3.0	adjacent au casiers
01-110	Salle du personnel	1	37.6	37.6	1	40.0	40.0	2.4	inclus cuisinette, salon
30-105	Toilette mixte - accès universel	1	3.6	3.6	1	4.5	4.5	0.9	
25-101C	Bureau : Infirmière chef	1	11.0	11.0	1	11.0	11.0	0.0	
25-101	Bureau : Assistant infirmière chef	1	10.3	10.3	1	9.0	9.0	-1.3	
25-101	Bureau	1	8.5	8.5	2	15.0	30.0	21.5	bureau partagé médecin, 2 postes
25-101	Bureau	1	6.1	6.1	1	9.0	9.0	2.9	infirmière clinique spécialisé (CNS)
25-101	Bureau	1	8.0	8.0	0	0.0	0.0	-8.0	
	Sous-total			113.8			172.5	58.7	
	Enseignement								
25-104	Salle d'enseignement / conférence	1	49.5	49.5	1	76.0	76.0		40 personnes, 1.9/pers.
30-139	Salle des résidents	1	57.0	57.0	1	40.0	40.0		inclus cuisinette, 3 pc
	casiers	0	0.0	0.0	1	10.0	10.0		20 casiers plein hauteur
30-107	Douche	0	0.0	0.0	1	3.0	3.0		adjacent au casiers
30-106	Toilette	0	0.0	0.0	1	2.5	2.5		adjacent au casiers
30-109	Chambre de garde	0	0.0	0.0	1	7.0	7.0	7.0	
25-101	Bureau d'enseignement	4	8.0	8.0	0	0.0	0.0	-8.0	
	Sous-total			114.5			138.5	-1.0	
Superficie nette totale				1,816.0	2,005.3			164.3	
Facteur de conversion F1				1.50	1.50				
Sous-total brut F1				2724.0	3008.0			284	
Facteur de conversion F2				1.15	1.15				
Sous-total brut F2				3133	3459			327	
Facteur de conversion F3				inclus dans F2	1.10				
TOTAL F3				3133	3805			672	

PFT - JUIN 2008				PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009			
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)		Superficie nette (m ²)		Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	Nbr	sup.		

CUSM - site de la montagne

Programme fonctionnel et technique | tableau des superficies

hospitalisation

Unité de gériatrie - 28 lits

aile-étage : AB-6

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques			
		Nbr	sup.	total					
	Traitement patient								
01-101	Chambre privée aile D	42	25.0	300.0	0	0.0	0.0	-300.0	localisation modifiée
01-101	Chambre privée aile E	4	25.0	100.0	0	0.0	0.0	-100.0	localisation modifiée
01-101	Chambre privée aile C	42	33.9	406.8	0	0.0	0.0	-406.8	chambre de transition non requise
01-101	Chambre privée	0	0.0	0.0	15	25.0	375.0	375.0	inclus toilette avec douche inclus toilette et douche, secteur contrôlé, gestion de comportements, aménagement sécuritaire, 1 chambre conçu pour patient violent
01-101	Chambre privée	0	0.0	0.0	8	25.0	200.0	200.0	
01-101H	Chambre privée bariatrique	0	0.0	0.0	1	34.0	34.0	34.0	inclus toilette et douche 7m2 incluant toilette et douche, 3 névatives, 1 positive
01-112	Chambre d'isolement	0	0.0	0.0	4	25.0	100.0	100.0	inclus évier+équipement de protection
01-117	Sas chambre d'isolement	0	0.0	0.0	4	7.0	28.0	28.0	
	Sous-total			806.8			737.0	-69.8	
	Aire de travail du personnel								
01-104	Poste d'accueil	1	12.5	12.5	1	10.0	10.0	-2.5	bénévole, sécurité
	Poste de soins	0	0.0	0.0	2	35.0	70.0	70.0	inclus pneum., photoc./fax, 4 éviers au total (1/pod)
01-108	Poste de soins décentralisé aile C	4	16.7	16.7	0	0.0	0.0	-16.7	localisation modifiée
01-108	Poste de soins décentralisé aile D	4	19.0	19.0	0	0.0	0.0	-19.0	localisation modifiée
01-108	Poste de soins décentralisé aile E	4	15.6	15.6	0	0.0	0.0	-15.6	localisation modifiée
25-109	Dépôt fournitures de bureau et dossiers	1	10.3	10.3	2	7.0	14.0	3.7	
01-108	Poste de soins décentralisé - poste de préparation	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	
01-103	Alcôve clinicien	0	0.0	0.0	14	2.0	28.0	28.0	principe du pft. Ajout 1pr 2 lits
	Salle d'équipe	0	0.0	0.0	2	11.0	22.0	22.0	5.5m2/postes, près du poste de soins
30-128	Alcôve chariot urgence	1	1.4	1.4	2	1.4	2.8	1.4	localisée près des postes de soins 1/18 lits, distributrice 1er dose et narcotique, ditributrice 24h, frigo, évier, comptoir, 3 chariots inf.
01-106	Salle de médicaments	0	0.0	0.0	2	20.0	40.0	40.0	
25-104	Local polyvalent	1	10.6	10.6	2	20.0	40.0	29.4	
25-104	Local polyvalent	4	10.2	10.2	0	0.0	0.0	-10.2	
25-104	Local polyvalent	1	9.2	9.2	2	20.0	40.0	30.8	10 personnes
25-105	Salle polyvalente	1	32.0	32.0	1	48.0	48.0	16.0	25 personnes
01-122	Utilité propres décentralisées C	4	15.4	15.4	0	0.0	0.0	-15.4	localisation modifiée
01-122	Utilité propres décentralisées D	4	12.7	12.7	0	0.0	0.0	-12.7	localisation modifiée
01-122	Utilité propres décentralisées E	4	13.4	13.4	0	0.0	0.0	-13.4	localisation modifiée
01-122	Utilité propres décentralisées	0	0.0	0.0	2	20.0	40.0	40.0	1 pr 12 lits, incl. chariot linge et soluté, fournitures
30-130	Utilité souillé satellite C	4	9.1	9.1	0	0.0	0.0	-9.1	

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total		
30-130	Utilité souillé satellite D	1	4.9	4.9	0	0.0	0.0	-4.9	
30-130	Utilité souillé satellite E	1	4.2	4.2	0	0.0	0.0	-4.2	
30-130	Utilité souillé satellite	0	0.0	0.0	4	9.0	36.0	36.0	inclus macérateur, entreposage matériel souillé
30-117	Cuisine	1	25.3	25.3	2	12.5	25.0	-0.3	dédié au soins infirmier pour le patient, inclus chariot alim., machine à glace, comptoir, évier
	Sous-total			222.5			415.8	193.3	
	Soutien a l'unité								
30-132	Alcôve lavage des mains	0	0.0	0.0	8	0.9	7.2	7.2	principe du pft ajouté tableau sup. (2/corridors+postes de soins)
01-111	Gymnase-réadaptation	1	30.0	30.0	1	40.0	40.0	10.0	
01-124	Zone d'activité de vie normale	1	28.0	28.0	1	30.0	30.0	2.0	inclus toilette universelle
	Buanderie	0	0.0	0.0	1	6.0	6.0	6.0	laveuse sècheuse résidentiel
01-123	Chambre d'essai	0	0.0	0.0	1	25.0	25.0	25.0	chambre résidentielle, inclus toilette avec douche
01-119	Salle Snoezelen	0	0.0	0.0	1	30.0	30.0	30.0	inclus dépôt entreposage et nettoyage équipements 5 m2
	Salon d'unité coté montagne	4	47.7	47.7	0	0.0	0.0	-47.7	non requis
30-119	Salon d'unité coté ville	1	50.8	50.8	1	65.0	65.0	14.2	2.5mc/pers, inclus accès internet
	Salle à manger	0	0.0	0.0	1	45.0	45.0	45.0	3m2/pers. jumelé av. salon d'unité 15 pers., incl. cuis.
	Salle de bain thérapeutique	1	20.3	20.3	0	0.0	0.0	-20.3	non requis
	Salle de douche thérapeutique	1	14.4	14.4	1	24.0	24.0	9.6	2 salles de douches avec toilettes
30-112	refroidisseur d'eau	1	1.4	1.4	1	1.4	1.4	0.0	près du salon d'unité
30-114	téléphone public - alcôve	1	0.9	0.9	1	0.9	0.9	0.0	près du salon d'unité
30-102	toilette - accès universel	1	4.6	4.6	1	4.5	4.5	-0.1	près du salon d'unité
	Alcôve machine distributrice	0	0.0	0.0	1	6.0	6.0	6.0	Près du salon de l'unité
30-120	Salle de rencontre famille	0	0.0	0.0	1	20.0	20.0	20.0	nouvelle salle ajouté (10 pers.)
	Dépôt équipement général	0	0.0	0.0	2	20.0	40.0	40.0	Lève personne portatif, pôles à soluté, pompes
30-127	Dépôt matériel roulant	1	26.0	26.0	2	24.0	48.0	22.0	chaises d'aisances, 4 chaises roul., lits, chaises de douches
	Dépôt-cylindre à oxygène	0	0.0	0.0	1	5.0	5.0	5.0	6 cylindres O2
01-109	Dépôt souillé central (chute à linge)	1	9.1	9.1	2	8.0	16.0	6.9	inclus chariot à déchet et accès chute à linge
	Assemblage des marchandises	0	0.0	0.0	1	25.0	25.0	25.0	Agile assembly, tel qu'au Glen
30-141	Entreposage recyclage	0	0.0	0.0	1	8.5	8.5	8.5	inclus papier confidentiel
30-143	Alcôve recyclage			0.0	4	2.0	8.0	8.0	ajouté par le CUSM
30-133	Entretien ménager	1	8.7	8.7	2	5.0	10.0	1.3	
01-114	Antichambre ascenseur service 1	1	24.8	24.8	0	0.0	0.0	-24.8	inclus dans le facteur F1
01-115	Antichambre ascenseur service 2	1	29.5	29.5	0	0.0	0.0	-29.5	inclus dans le facteur F1
01-118	Salle mécanique aile D	1	49.2	49.2	0	0.0	0.0	-49.2	inclus dans le facteur F2

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total		
01-118	Salle mécanique aile E	1	48.0	48.0	0	0.0	0.0	-48.0	inclus dans le facteur F2
01-121	Salle électrique	1	8.5	8.5	0	0.0	0.0	-8.5	inclus dans le facteur F2
01-120	Salle télécom	1	7.0	7.0	0	0.0	0.0	-7.0	inclus dans le facteur F2
	Sous-total			408.9			465.5	56.6	
	Soutien au personnel								
30-109	Salle infirmières - coins repos	1	28.7	28.7	2	7.0	14.0	-14.7	
	Casiers	0	0.0	0.0	1	20.0	20.0	20.0	40 casiers
30-106	Toilette	0	0.0	0.0	1	2.5	2.5	2.5	adjacent casiers
30-107	Douche	0	0.0	0.0	1	3.0	3.0	3.0	adjacent casiers
01-110	Salle du personnel	1	37.6	37.6	1	40.0	40.0	2.4	inclus cuisinette, salon
30-102	Toilette mixte - accès universel	1	3.6	3.6	1	4.5	4.5	0.9	
25-101C	Bureau : Infirmière chef	1	11.0	11.0	1	11.0	11.0	0.0	
25-101	Bureau : Assistant infirmière chef	1	10.3	10.3	1	9.0	9.0	-1.3	
25-101	Bureau: Recherche clinique	1	9.0	9.0	1	9.0	9.0	0.0	
25-101	Bureau	1	8.5	8.5	1	9.0	9.0	0.5	infirmière éducatrice
25-101	Bureau	1	8.0	8.0	1	9.0	9.0	1.0	clinicienne spécialisé (CNS)
25-101	Bureau	0	0.0	0.0	1	11.0	11.0	11.0	médecin
25-101	Bureau	1	6.1	6.1	1	9.0	9.0	2.9	infirmière soins de transition
	Bureau: Réadaptation	1	9.0	9.0	0	0.0	0.0	-9.0	non requis
	Bureau: Multidisciplinaires	1	9.0	9.0	0	0.0	0.0	-9.0	non requis
	Sous-total			140.8			151.0	10.2	
	Enseignement								
25-104	Salle d'enseignement / conférence	1	49.5	49.5	1	76.0	76.0	26.5	40 personnes, 1.9/pers inclus cuisinette, salon, postes de travail
30-139	Salle des résidents	1	57.0	57.0	1	40.0	40.0	-17.0	
	casiers	0	0.0	0.0	1	10.0	10.0	10.0	20 casiers
30-107	Douche	0	0.0	0.0	1	3.0	3.0	3.0	adjacent au casiers
30-106	Toilette	0	0.0	0.0	1	2.5	2.5	2.5	adjacent au casiers
30-109	Chambre de garde	0	0.0	0.0	2	7.0	14.0	14.0	
25-101	Bureau d'enseignement	1	8.0	8.0	1	9.0	9.0	1.0	bureau multidisciplinaire
	Sous-total			114.5			154.5	40.0	

PFT - JUIN 2008				PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009			
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)		Superficie nette (m ²)		Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	Nbr	sup.		
Superficie nette totale		1,693.5		1,923.8		230.3	
Facteur de conversion F1		1.50		1.50			
Sous-total brut F1		2540.3		2885.7		345	
Facteur de conversion F2		1.15		1.15			
Sous-total brut F2		2921		3319		397	
Facteur de conversion F3		<i>inclus dans F2</i>		1.10			
TOTAL F3		2921		3650		729	

CUSM - site de la montagne

Programme fonctionnel et technique | tableau des superficies

hospitalisation

Unité de court séjour - 10 lits

aile-étage: C-10

N°	Local		Réaménagement			Agrandissement			Remarques
			Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			
			Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total	
	Traitement patient								
1	Chambre privée		8	25.0	200.0				inclus WC+douche 5.5m2. 1 chambre conçu pour patient violent
2	Chambre bariatrique		1	34.0	34.0				inclus wc bariatrique de 7m2
3	Chambre d'isolement respiratoire		1	25.0	25.0				pression négative
4	Sas chambre d'isolement		1	7.0	7.0				inclus évier+équipement de protection
5	Alcôve matériel de protection		9	2.5	22.5				situé à l'entrée de la chambre
	Sous-total				288.5				
	Aire de travail du personnel								
6	Poste de soins			25.0	0.0				6 postes+imprimante+pneumatique, photocopieur
7	Salle d'équipe		1	11.0	11.0				4 postes, près du poste de soins
8	Alcôve - Clinicien		5	2.0	10.0				1 pour 2 lits
9	Alcôve chariot urgence		1	1.4	1.4				
10	Alcôve Chariot de procédure		2	1.4	2.8				chariots pour soins infirmier
11	Salle de médicaments		1	15.0	15.0				inclus distributeur 1er dose+narco, frigo, chariot médicament 24h
12	Utilité propres décentralisées		1	12.0	12.0				incluant chariot IV, lingerie et matériel, près de la salle de
13	Utilité souillée satellite		1	9.0	9.0				inclus macérateur
14	Cuisine		1.0	10.0	10.0				partagé avec l'étage, dédié pers. soignant pour patient, inclus dist. eau/glace, chariot alimentaire
15	Local polyvalent		1	20.0	20.0				inclus rencontre famille, 10 personnes
	Sous-total				91.2				
	Soutien a l'unité								
16	Alcôve lavage des mains		3	0.9	2.7				2 /corridor + 1 au poste
17	Dépôt souillé central		1	5.0	2.5				inclus chute linge + chariot déchet, partagé avec étage, barré
18	Dépôt matériel roulant		1	20.0	20.0				
19	Entreposage - recyclage		1.0	6.0					partagé avec l'étage
20	Local entretien ménager		1.0	8.0	8.0				partagé avec l'étage
	Sous-total				33.2				

N°	Local		Réaménagement			Agrandissement			Remarques
			Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			
			Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total	
	Soutien au personnel								
21	Toilette personnel		1	2.5	2.5			adjacent au salon du personnel	
22	Douche personnel		1	2.5	2.5			adjacent au salon du personnel	
23	Salon du personnel		1	15.0	15.0			inclus cuisinette et table ,2 postes informatiques, salon pour 6 pers.	
24	Casiers personnel		1	3.0	3.0			5 casiers	
25	Chambre de garde		1	7.0	7.0			à l'intérieur du salon du personnel	
	Sous-total				30.0				
	Soutien a la famille								
26	Salon d'unité - familles		1.0	35.0	35.0			inclus cuisinette, partagé avec l'étage	
27	Alcôve machines distributrices		1.0	6.0	6.0			près du salon d'unité, partagé avec l'étage	
28	Toilette universelle		1.0	4.5	4.5				
29	Refroidisseur d'eau		1.0	1.4	1.4			Partagé, près du salon d'unité	
30	Téléphone publique-alcôve		1.0	0.9	0.9			Partagé, près du salon d'unité	
	Sous-total				47.8				
Superficie nette totale					490.7		0.0		
Facteur de conversion F1					1.5		1.5		
Sous-total brut F1					736.1		0.0		
Facteur de conversion F2					1.15		1.15		
Sous-total brut F2					846		0		
Facteur de conversion F3					1.10		1.10		
TOTAL F3					931		0		

CUSM - site de la montagne

Programme fonctionnel et technique | tableau des superficies

hospitalisation

Unités de neurologie - 26 lits: ACV (14 lits) et TCC (12 lits)

aile-étage : AB-3

N°	Local		Réaménagement			Agrandissement			Remarques
			Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			
			Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total	
	Traitement patient - ACV								
1	Chambre patient 1 lit				13	25.0	325.0	inclus toilette et douche	
2	Chambre d'isolement				1	25.0	25.0	pression négative, partagé avec TCC	
3	Sas - chambre d'isolement				1	7.0	7.0		
	Traitement patient - TCC								
4	Chambre patient 1 lit				11	25.0	275.0	inclus toilette et douche	
5	Chambre d'isolement				1	25.0	25.0	pression positive, partagé avec ACV	
6	Sas - chambre d'isolement				1	7.0	7.0		
	Aires de travail du personnel								
7	Poste d'accueil				1	10.0	10.0	partagé ACV, TCC, trauma	
8	Poste de soins principal ACV				2	18.0	36.0	incluant 1 pneumatique, évier	
9	Poste de soins principal TCC				1	18.0	18.0	incluant 1 pneumatique, évier	
10	Alcôve clinicien ACV				7	1.3	9.1	1 pour 2 lits	
11	Alcôve clinicien TCC				6	1.3	7.8	1 pour 2 lits	
12	Dépôt fourn. bureau + dossier				2	3.7	7.4	1 par unité	
13	Salle d'équipe ACV				2	11.0	22.0	attenant au poste principal	
14	Salle d'équipe TCC				1	11.0	11.0	attenant au poste principal	
15	Salle polyvalente (grande)				1	50.0	50.0	partagé avec TCC et trauma step down, 25 pers	
16	Salle polyvalente (petite)				2	15.0	30.0	partagé avec TCC et trauma step down, Pour enseignement	
	Soutien à l'unité								
17	Alcôve lavage de mains				6	0.9	5.4	partagé avec TCC et trauma step down, répartis sur l'étage (2/corridors+poste de soins)	
18	Utilité propre				3	9.0	27.0	partagé avec TCC et trauma step down, répartis sur l'étage	
19	Utilité souillée				3	9.0	27.0	partagé avec TCC et trauma step down, répartis sur l'étage	
20	Chute à déchets				1	4.8	4.8	partagé avec TCC et trauma step down	
21	Alcôve - Lingerie ACV				1	1.9	1.9		
22	Alcôve - Lingerie TCC				1	1.9	1.9		
23	Alcôve chariot urgence médical				2	1.4	2.8	1 par unité	
24	Cuisinette				1	12.0	12.0	Dédié pers. soignant pour patient, inclus dist. eau/glacé, chariot	

Unités de neurologie - 26 lits: ACV (14 lits) et TCC (12 lits)

aile-étage : AB-3

N°	Local		Réaménagement			Agrandissement			Remarques
			Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			
			Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total	
25	Salle médicament ACV					1	12.0	12.0	incluant distributrice 1er dose + narco,et 1 chariot solutés
26	Salle médicament TCC					1	12.0	12.0	incluant distributrice 1er dose + narco,et 1 chariot solutés
27	Salle de bain thérapeutique					1	20.0	20.0	partagé avec TCC et trauma step down, icluant toilette
28	Douche thérapeutique					1	12.0	12.0	partagé avec TCC et trauma step down
29	Salle de réadaptation					1	40.0	40.0	1 par étage (partagé avec TCC et trauma step down)
30	Entreposage matériel roulant					2	18.0	36.0	partagé avec TCC et trauma
31	Entreposage inhalo					1	6.0	6.0	12 bonbonnes gros cylindres
32	Assemblage des marchandises					1	25.0	25.0	partagé avec étage, agile assembly tel qu'au Glen
	Soutien à la famille								
33	Salon d'unité - familles					1	32.0	32.0	partagé avec TCC , incl. Cuis.
34	Salle de consultation famille					1	15.0	15.0	rencontres famille-médecin
35	Toilette visiteur accessible					1	4.5	4.5	partagé avec TCC et trauma step down
	Soutien au personnel								
36	Salon du personnel					1	35.0	35.0	inclus cuisinette
37	Toilette personnel					2	2.5	5.0	1 par unité
38	Salon des résidents (6 postes)					1	35.0	35.0	inclus cuisinette (6x5,5 + 2,3) partagé avec TCC
39	Bureau inf. chef					1	11.0	11.0	partagé avec TCC
40	Bureaux partagés (2 pers)					3	15.0	45.0	7,5 par pers., partagés avec TCC
41	Casiers					1	30.0	30.0	env 50 casiers, partagé avec TCC
42	Chambre de garde					3	7.0	21.0	partagé avec TCC et trauma step down
43	Toilette avec douche (personnel)					2	5.5	11.0	partagé avec TCC et trauma step down
44	Entretien ménager					2	5.0	10.0	2 par étage (partagé avec TCC et trauma step down)
45	Entreposage recyclage					1	6.0	6.0	partagé avec TCC et trauma step down
Superficie nette totale						1,371.6			
Facteur de conversion F1						1.50			
Sous-total brut F1						2057.4			
Facteur de conversion F2						1.15			
Sous-total brut F2						2366			
Facteur de conversion F3						1.10			
TOTAL F3						2603			

CUSM - site de la montagne

Programme fonctionnel et technique | tableau des superficies

hospitalisation

Unité de soins intermédiaires: trauma step down - 10 lits

aile-étage : **B-3**

N°	Local		Réaménagement			Agrandissement			Remarques
			Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			
			Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total	
	Traitement patient								
1	Chambre privée		9	25.0	225.0				sans toilette
2	Chambre d'isolement		1	25.0	25.0				pression négative
3	Sas - chambre d'isolement		1	7.0	7.0				inclus matériel de protection
	Aire de travail du personnel								
4	Accueil		0	10.0	0.0				partagé neurologie (AVC-TCC)
5	Poste de soins infirmier décentralisé		4	8.0	32.0				
6	Alcôve clinicien		4	2.0	8.0				1 pour 2 lits
7	Salle de médicament		1	12.0	12.0				inclus distributeur 1er dose, narco, frigo, distributeur 24h, chariot inf. dédié pers. Soignant pour patient , inclus chariot alimentaire, dist eau/glacé
8	Cuisinette		1	12.0	12.0				
9	Utilité propre		1	9.0	9.0				
10	Utilité souillée		1	9.0	9.0				
	Soutien à l'unité								
11	Alcôve lavage de mains		3	0.9	2.7				2 au corridor + 1 au poste de soins
12	Alcôves lingerie et matériel		1	1.9	1.9				
13	Dépôt macérateur		3	3.0	9.0				inclus macérateur
14	Réserve équipements		1	15.0	15.0				
15	Dépôt cylindres O2		1	3.0	3.0				
16	Local de déchets-recyclage		0	6.0	0.0				partagé neurologie (AVC-TCC)
17	Local d'entretien ménager		0	5.0	0.0				partagé neurologie (AVC-TCC)
	Soutien au personnel								
18	Salle polyvalente		1	28.5	28.5				inclus consultation famille
19	Salon du personnel		1	20.0	20.0				incluant cuisinette, vestiaire, salon, repos
20	Bureau		1	9.0	9.0				
21	Toilette personnel		1	2.5	2.5				

Unité de soins intermédiaires: trauma step down - 10 lits

aile-étage : B-3

N°	Local		Réaménagement			Agrandissement			Remarques
			Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			
			Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total	
22	Toilette et douche accessible		0	5.5				partagé neurologie (AVC-TCC)	
	Soutien famille								
23	Salle d'attente - famille		1	25.0	25.0			inclus téléphone	
24	Toilette visiteurs		1	4.5	4.5			partagé neurologie	
Superficie nette totale					460.1	0.0			
Facteur de conversion F1					1.50	1.50			
Sous-total brut F1					690.2	0			
Facteur de conversion F2					1.15	1.15			
Sous-total brut F2					794	0			
Facteur de conversion F3					1.10	1.10			
TOTAL F3					873	0			

Programme fonctionnel et technique | tableau des superficies

hospitalisation

Unité de médecine - 45 lits

aile-étage : DE-9, DE-10

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total		
	Traitement patient								
01-101	Chambre privé aile D	44	25.0	275.0	0	0.0	0.0	-275.0	localisation modifiée
01-101	Chambre privé aile E	43	25.0	325.0	0	0.0	0.0	-325.0	localisation modifiée
01-101	Chambre privé aile C	42	33.9	406.8	0	0.0	0.0	-406.8	localisation modifiée
01-101	Chambre privé	0	0.0	0.0	40	25.0	1000.0	1,000.0	inclus toilette avec douche
01-101H	Chambre privé bariatrique	0	0.0	0.0	1	34.0	34.0	34.0	ajouté (non prévu au pft) inclus toilette bariatrique 7m2
01-112	Chambre d'isolement	0	0.0	0.0	4	25.0	100.0	100.0	incluant toilette avec douche, 3 négatives, 1 positive
01-117	Sas chambre d'isolement	0	0.0	0.0	4	7.0	28.0	28.0	inclus évier+équipement de protection
	Sous-total			1006.8			1162.0	155.2	
	Aire de travail du personnel								
01-104	Poste de soins central / accueil	1	12.5	12.5	2	19.0	38.0	25.5	inclus poste du commis
25-109	Dépôt fournitures de bureau et dossiers	1	10.3	10.3	2	3.5	7.0	-3.3	adjacent au poste central, inclus photocopieur
01-108	Poste de soins décentralisé aile C	4	46.7	46.7	0	0.0	0.0	-16.7	localisation modifiée
01-108	Poste de soins décentralisé aile D	4	19.0	19.0	0	10.0	0.0	-19.0	localisation modifiée
01-108	Poste de soins décentralisé aile E	4	45.6	45.6	0	10.0	0.0	-15.6	localisation modifiée
	Poste de soins décentralisé	0	0.0	0.0	4	10.0	40.0	40.0	inclus évier, pneum.
09-128	Salle d'équipe			0.0	2	8.0	16.0	16.0	adjacent au poste central
30-128	Alcôve chariot urgence médical	1	1.4	1.4	2	1.4	2.8	1.4	un chariot ajouté, localisé près du poste central
09-104	Alcôve clinicien			0.0	12	5.5	66.0	66.0	principe du pft ajouté au programme, 1 pour 4 lits
01-106	Salle de médicaments	0	0.0	0.0	4	16.0	64.0	64.0	nouvelle salle ajoutée, non au pft
25-105	Local polyvalent	1	10.2	10.2	1	10.0	10.0	-0.2	5 personnes
25-105	Local polyvalent	4	9.2	9.2	0	0.0	0.0	-9.2	
25-105	Local polyvalent	1	10.6	10.6	1	15.0	15.0	4.4	
25-105	Salle polyvalente	1	32.0	32.0	1	32.0	32.0	0.0	adjacent au poste central
01-122	Utilité propres décentralisées C	4	15.4	15.4	0	0.0	0.0	-15.4	localisation modifiée
01-122	Utilité propres décentralisées D	4	12.7	12.7	0	0.0	0.0	-12.7	localisation modifiée
01-122	Utilité propres décentralisées E	4	13.4	13.4	0	0.0	0.0	-13.4	localisation modifiée
01-122	Utilité propres décentralisées	0	0.0	0.0	4	12.0	48.0	48.0	inclus chariot linge et soluté, fournitures
30-130	Utilité souillé satellite C	4	9.1	9.1	0	0.0	0.0	-9.1	localisation modifiée
30-130	Utilité souillé satellite D	4	4.9	4.9	0	0.0	0.0	-4.9	localisation modifiée
30-130	Utilité souillé satellite E	4	4.2	4.2	0	0.0	0.0	-4.2	localisation modifiée
30-130	Utilité souillé satellite	0	0.0	0.0	4	9.0	36.0	36.0	inclus macérateur

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques			
		Nbr	sup.	total					
							Nbr	sup.	total
30-140	Salle de bain thérapeutique	1	20.3	20.3	19.7	peut servir comme douche, inclus toilette non utilisé, inclus dans salle de bain thérapeutique			
	Salle de douche thérapeutique	1	14.4	14.4	-14.4				
30-117	Cuisine	1	25.3	25.3	-15.3	dédié au soignant pour le patient, inclus chariot alim., machine glace			
	Sous-total			257.2	167.6				
	Soutien a l'unité								
30-132	Alcôve lavage de mains	0	0.0	0.0	7.2	principe du pft ajouté tableau de superficie (2/corridor+ postes de soins)			
01-111	Salle de réadaptation	0	0.0	0.0	60.0	inclus toilette et bain accessible résidentiel			
	Salon d'unité coté montagne	1	47.7	47.7	-47.7	non requis			
30-119	Salon d'unité coté ville	1	50.8	50.8	-15.8	incluant cuisinette, autre salon partagé avec Court séjour			
09-129	refroidisseur d'eau	1	1.4	1.4	0.0	changer pour dist.eau & glace, près du salon de l'unité			
09-108	téléphone public - alôve	1	0.9	0.9	0.0	près du salon de l'unité			
09-109	toilette-mixte universelle	1	4.6	4.6	4.4	près du salon de l'unité			
	Alcôve machine distributrice	0	0.0	0.0	3.0	près du salon de l'unité			
30-120	Salle de rencontre famille	0	0.0	0.0	40.0	10 pers., adjacent salon famille			
01-109	Dépôt souillé central (chute à linge)	1	9.1	9.1	-4.1	inclus chariot à déchet			
30-127	Dépôt matériel roulant	1	26.0	26.0	22.0	inclus 2 lits de spécialité, chaise d'aisance, 4 chaises roul.,			
30-143	Alcôve recyclage	0	0.0	0.0	8.0	ajouter par le CUSM			
30-141	Entreposage recyclage	1	7.5	7.5	-1.5	inclus papier confidentiel et objet pour recyclage			
09-136	Entretien ménager	1	8.7	8.7	-3.7				
01-114	Antichambre ascenseur service 1	1	24.8	24.8	-24.8	inclus au F1			
01-115	Antichambre ascenseur service 2	1	29.5	29.5	-29.5	inclus au F1			
01-118	Salle mécanique aile-D	1	49.2	49.2	-49.2	inclus dans le facteur F2			
01-118	Salle mécanique aile-E	1	48.0	48.0	-48.0	inclus dans le facteur F2			
01-121	Salle électrique	1	8.5	8.5	-8.5	inclus dans le facteur F2			
01-120	Salle télécom	1	7.0	7.0	-7.0	inclus dans le facteur F2			
	Sous-total			323.7	-95.2				
	Soutien au personnel								
01-110	Salle infirmières - coins repos	1	28.7	28.7	-14.7				
30-130	Salle du personnel	1	37.6	37.6	32.4	inclus cuisinette, salon			
30-106	Toilette	0	0.0	0.0	5.0	adjacent au casiers			
30-107	Douche	0	0.0	0.0	6.0	adjacent au casiers			
	Casiers - personnel	0	0.0	0.0	20.0	40 casiers			

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total		
30-105	toilette-mixte	1	3.6	3.6	2	2.5	5.0	1.4	près du salon de l'unité
25-101C	Bureau : Infirmière chef	1	11.0	11.0	2	11.0	22.0	11.0	
25-101	Bureau : Assistant infirmière chef	1	10.3	10.3	2	9.0	18.0	7.7	
25-101	Bureau	0	0.0	0.0	2	9.0	18.0	18.0	
25-101	Bureau	4	8.5	8.5	0	0.0	0.0	-8.5	
25-101	Bureau	4	6.4	6.4	0	0.0	0.0	-6.1	
25-101	Bureau	4	8.0	8.0	0	0.0	0.0	-8.0	
25-101B	Bureaux partagés (2)	0	0.0	0.0	3	15.0	45.0	45.0	2 postes de travail par bureau
Sous-total				113.8			223.0	109.2	
Enseignement									
09-130	Salle d'enseignement / conférence	1	49.5	49.5	1	76.0	76.0	26.5	40 personnes, 1.9/pers. Pour regrouper l'unité
30-139	Salle des résidents	1	57.0	57.0	2	35.0	70.0	13.0	incl.cuisinette, 3 postes
	Casiers pour résident	0	0.0	0.0	1	20.0	20.0	20.0	40 casiers
30-109	Chambre de garde	0	0.0	0.0	2	7.0	14.0	14.0	adjacent au salon des résidents
30-106	Toilette	0	0.0	0.0	1	2.5	2.5	2.5	adjacent au casiers résidents
30-107	Douche	0	0.0	0.0	1	3.0	3.0	3.0	adjacent au casiers résidents
	Salle pour étudiant en soins infirmier	0	0.0	0.0	1	25.0	25.0	25.0	12 personnes, incluant 1 poste de travail
	Salle d'enseignement / soins infirmier	0	0.0	0.0	1	30.0	30.0	30.0	20 personnes
25-101	Bureau d'enseignement	4	8.0	8.0	0	0.0	0.0	-8.0	
Sous-total				114.5			240.5	126.0	
Superficie nette totale				1,816.0	2,278.8			462.8	
Facteur de conversion F1				1.50	1.50				
Sous-total brut F1				2724	3418			694.2	
Facteur de conversion F2				1.15	1.15				
Sous-total brut F2				3133	3931			798.3	
Facteur de conversion F3				inclus dans F2	1.10				
TOTAL F3				3133	4324			1,191.4	

PFT - JUIN 2008				PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009			
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)		Superficie nette (m ²)		Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	Nbr	sup.		



4.4.1.2 SERVICES AMBULATOIRES

.1 URGENCE

ÉTENDUE DES SERVICES

Le Département d'urgence Adulte – (DU-A) du site de la Montagne offrira, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, une gamme complète de services aux patients adultes se présentant pour les prestations suivantes :

- **Soins d'urgence** : Évaluation et traitement non planifié de patients dans un état grave et/ou dont la vie ou une partie du corps est en danger, qui nécessitent des soins et une prise de décision immédiates par un médecin (p. ex., blessures avec traumatisme, maladies graves ou attaques soudaines).
- **Soins urgents** : Évaluation et traitement non planifié de patients dont la vie n'est pas en danger.
- **Soins d'urgence liés au comportement** : Requérant un isolement et/ou une désintoxication dans l'attente d'une admission à l'hôpital ou de la décision qu'une hospitalisation n'est pas nécessaire.
- **Exposition à des produits dangereux** : Décontamination à la suite d'accidents en relation avec des produits chimiques ou dangereux.

Le DU du site de la Montagne développera une expertise dictée en partie par la mission du site soit en traumatologie, chirurgie orthopédique, et santé mentale.

Une attention particulière sera portée dans la planification pour répondre aux besoins des personnes âgées.

Les patients de moins de 18 ans recevront des soins d'urgence dans le Département d'urgence – Pédiatrie, situé à côté de l'urgence pour adultes au site Glen.

Dès leur entrée dans le DU, tous les patients seront triés selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) à l'usage des départements d'urgence, de la façon suivante :

- I Réanimation : attention immédiate
- II Très urgent : à voir dans les 15 minutes
- III Urgent : à voir dans les 30 minutes
- IV Moins urgent : à voir dans les 60 minutes
- V Non urgent : à voir dans les 120 minutes

Certains patients pourraient être classés dans une catégorie « Voie rapide » afin d'accélérer leur traitement et leur renvoi. Ce sont les patients qui ne requièrent pas d'intervention ou d'examen médical approfondi (p. ex., prescriptions, évaluation et traitements rapides et courtes visites de suivi).



Une entrée distincte chauffée et abritée (de type garage) sera aménagée pour l'arrivée des patients ambulatoires.

Un stationnement chauffé et couvert sera aménagé pour permettre aux ambulances de déposer les patients. Il serait préférable que la zone de stationnement des ambulances de l'urgence soit distincte de celle destinée à recevoir, transporter ou transférer des patients requérant une admission non urgente, des tests de laboratoire ou un traitement, ou ceux ayant reçu leur congé. Ces cas devront transiter par les autres entrées de l'hôpital.

Une unité de court-séjour (UCS) sera établie aux unités de soins dans le pavillon principal afin de faciliter les admissions de courte durée et servira de service aux patients adultes nécessitant un soutien infirmier ou une intervention durant en moyenne 48 heures.

ORGANISATION ET CONFIGURATION

Le MSSS a complété le nouveau Guide de gestion de l'urgence en septembre 2006. Ce guide vise à optimiser les installations en fonction de nouvelles réalités. Différents projets de réaménagement et d'agrandissement, présentement en cours de réalisations, appliquent en totalité ou partiellement ces nouvelles recommandations.

L'esprit de cette révision répond majoritairement à un souci de contrôle des infections. Dans cette perspective, les salles d'attentes sont fractionnées et les civières séparées pour mieux contrôler les risques. Les impacts sur la programmation sont principalement sur les principes de planification et sur certaines superficies à ajuster en fonction de cette nouvelle approche.

La présente révision du PFT tient compte du Cadre de référence normatif (novembre 2006) et du Guide de performance CHU, proposés par la CHQ, en collaboration avec le MSSS. Elle tient également compte des intentions de conception de la direction du CUSM de créer un département d'urgence selon le modèle « I-Beam », développé ailleurs aux Etats-Unis. Le I-Beam mise sur la polyvalence des locaux, sur un aménagement linéaire plutôt que sur un principe de grappes. Le département peut ainsi mieux faire face aux pics d'achalandage avec le personnel en place. Le I-Beam veut aussi que toutes les salles de traitement (incluant les salles d'examen) soient à double accès afin que le personnel qui se trouve dans l'aire de travail centrale ait une vue sur l'ensemble des salles incluant les salles de réanimation.

Contiguïtés clés

- Les contiguïtés clés (de plain-pied ou d'accès rapide par ascenseur) seront les suivantes :
 - Unités de soins intensifs
 - Chirurgie
 - Unité de soins coronariens
 - Unité de court-séjour (UCS)
 - Radiologie diagnostique, tomodensitomètre, ultrasons



Principes généraux de planification

- Le département devra offrir des aires de traitement adaptées pour l'évaluation et le traitement médical/chirurgical, et psychiatrique d'adultes de tout âge (y compris une clientèle âgée importante).
- Il faudra prévoir des espaces appropriés pour le soutien à la famille, tels que des salles d'attente suffisamment spacieuses, et des postes de collations.
- Il est très important de tenir compte de la confidentialité du patient dans la conception de l'accueil, du triage et des autres secteurs du DU.
- On pourrait utiliser les critères de sévérité et de durée moyenne de séjour pour différencier les grands secteurs de soins. (p. ex., aire des civières, aire ambulatoire). Toutes les salles d'examen et de traitement devraient avoir la même superficie afin d'optimiser au maximum l'utilisation de l'espace du DU.
- A l'exception de la psychiatrie, toutes les salles d'examen et de traitement seront dotées du même équipement, afin de pouvoir répondre avec efficacité et flexibilité aux variations de volume et de flux de patients. Toutes les aires de traitement devront être équipées pour le monitoring des fonctions physiologiques et permettre la fourniture d'oxygène, de gaz médicaux ainsi que les traitements de succion.
- Le degré d'isolement du patient variera en fonction de la gravité du cas. Les secteurs de soins urgents bénéficieront du plus haut niveau d'isolation visuelle et sonore, tandis que l'isolation sera moindre dans les espaces consacrés aux cas les plus critiques (qui nécessitent une observation constante du patient par le personnel). La conception de ces différents niveaux doit se faire en respectant l'intimité et la dignité du patient.
- Un minimum de mesures d'isolation sera possible dans toutes les aires.
- Il faut prévoir deux types de salles d'examen « de sécurité » pour le secteur de psychiatrie : l'une conçue pour les patients qui présentent des symptômes ou comportements potentiellement dangereux, l'autre pour les consultations psychiatriques dans un environnement de type bureau.
- Le département d'urgence sera équipé d'un système de sécurité identifiable et qu'un poste de sécurité soit installé à l'entrée du public, permettant la surveillance du comptoir d'admission, du secteur de triage, de la salle d'attente, de l'entrée ambulatoire et de l'entrée des ambulances.
- Les espaces consacrés à l'attente doivent être configurés de quatre manières : salle d'attente publique près de l'entrée ambulatoire; salles d'attente privées pour la famille, séparées du public (elles pourraient également être utilisées comme salles de recueillement, salles de consultation ou encore pour isoler les cas que l'on soupçonne infectieux); et des secteurs d'attente complémentaires où la famille et les patients attendraient les résultats d'examens, etc.
- L'Unité de court-séjour (UCS) pour soins médicaux et chirurgicaux de courte durée devra être située à l'extérieur du département d'urgences aux unités de soins
- Le transfert, à partir et en direction des aires d'ambulance, des patients n'étant pas en urgence devra se faire par l'extérieur du DU lui-même (p. ex., transferts vers d'autres hôpitaux, admissions directes à l'hôpital, transport en néonatalogie).
- Un espace bien signalé et facilement accessible pour le rangement des fauteuils roulants sera prévu à chaque entrée.
- Une entrée distincte chauffée et abritée (de type garage) sera aménagée pour l'arrivée des patients ambulatoires.
- Un stationnement chauffé et couvert est souhaitable pour permettre aux ambulances de déposer les patients.

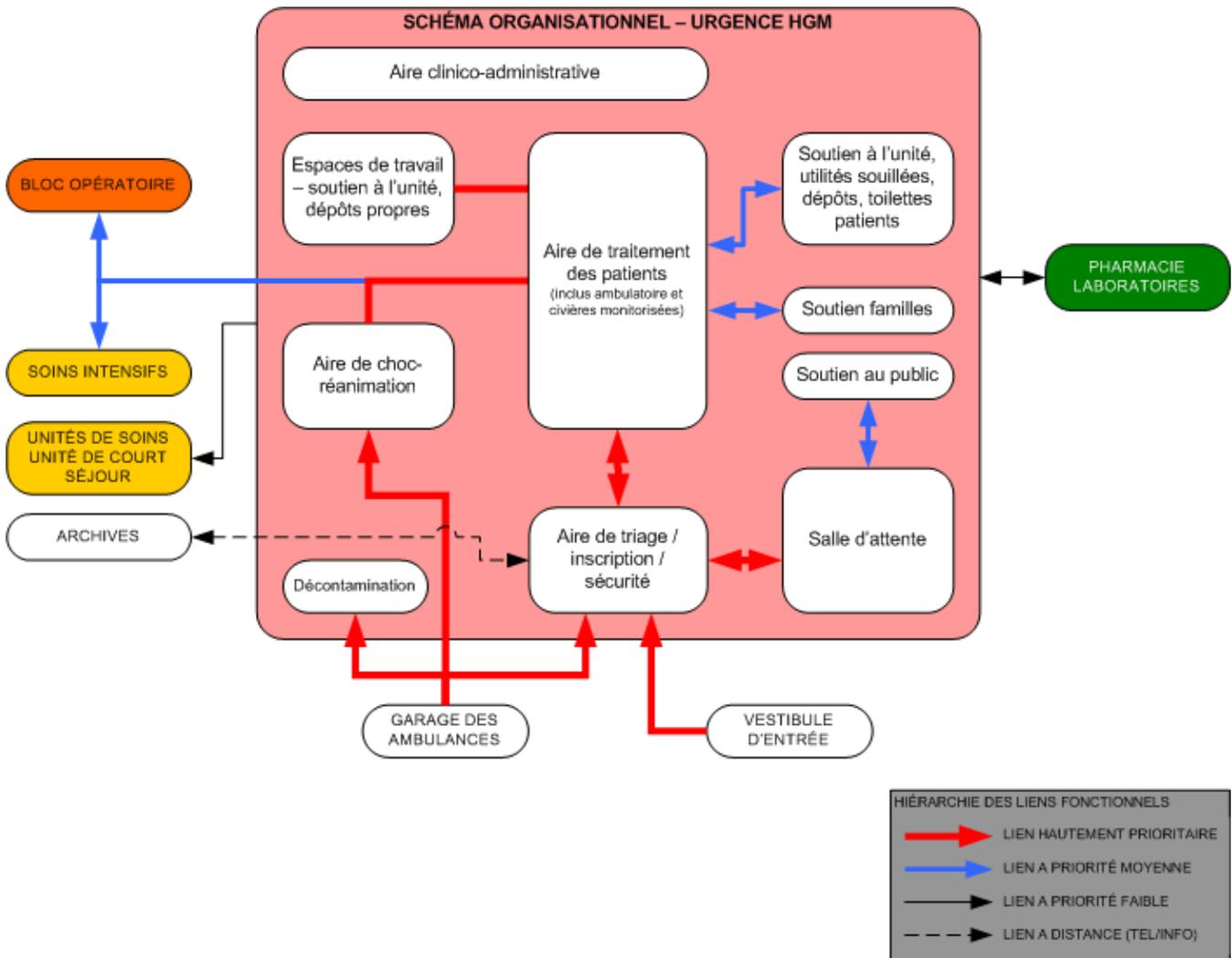


PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SERVICES AMBULATOIRES

Heures d'ouverture

- 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SERVICES AMBULATOIRES

DÉTERMINANTS DES ESPACES REQUIS

Volume actuel et volume prévu

- Sur la base des durées de séjour prévues (8 heures pour patients sur civières non hospitalisés et 12 heures pour les patients sur civières hospitalisés), le volume prévu au Campus de la Montagne sera de 36 736 visites et créerait le besoin de 38 espaces de traitement sur civières pour adultes. Ce chiffre ne comprend pas les 5 salles de traitement pour la traumatologie/réanimation : (2 pour la traumatologie, 2 pour la réanimation, et 1 flex).
- Le tableau qui suit indique le volume actuel et le nombre de civières prévu selon la formule du CCNU (Centre nationale de coordination des urgences) et les recommandations du MSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Volumes actuels et prévus et civières prévues

Calcul du nombre de civières	HGM
Visites totales 2005-2006	35902
Patients provenant de Montréal (83% du total)	29799
Augmentation de 2.8 % des patients provenant de Montréal	30633
100% des patients de Cat. 4 & 5 hors région (17 % du total) aucune aug.	6103
Soustrait 1	36736
Patients hospitalisés 2005-2006	5814
Patients hospitalisés (prévus) 16%	5878
Patients non-hospitalisés (prévus)	30859
Civiers (65% du total) selon le CCNU	23879
Soustrait 2	23879
Patients sur civières non-hospitalisés	18625
Heures civières/année DMS de 8 heures (2010)	149003
Heures civières/jour	408
Civiers requis pour patients non-hospitalisés	17.0
Patients sur civière hospitalisés (22% des patients sur civière)	5253
Heures civières/année DMS de 12 heures (2010)	63040
Heures civières/jour	173
Civiers requis pour patients hospitalisés	7.2
Soustrait 3	24.2
Périodes de pointe quotidiennes (ajout de 30 % au Soustrait 3)	7.3
Soustrait 4	31.5
90e percentile	77
Moyenne par 24 heures 2005-2006 (facteur de multiplication du CCNU)	1.2
GRAND TOTAL nombre de civiers requis	38





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SERVICES AMBULATOIRES

- Lors de la révision des volumes des patients du DU, on a fait remarquer que, dans l'avenir, on pourrait encourager les patients nécessitant des soins primaires à se rendre dans les centres de soins communautaires. C'est pourquoi, suite aux discussions avec l'Agence de Montréal et le MSSS, malgré un taux de croissance historique de 2% par année (10% pour une période de cinq ans), qu'une légère augmentation de 2.8% pour les patients provenant de la région de Montréal (le pourcentage moyen pour les urgences des CHUs de la Région 06) est prévue.
- Aucune croissance de la clientèle provenant des régions de Laval, de la Montérégie, et des autres régions de Québec est prévue. Ceci prend en considération une certaine diminution de la clientèle des Catégories 4 et 5 provenant de ces régions. Cette diminution des visites de patients permettrait de traiter un plus grand nombre de patients ayant vraiment besoin de services d'urgence dans l'espace actuellement planifié.
- Selon la recommandation du CCNU, le pourcentage de patients sur civières demeure le même que l'actuel.

Prévisions du nombre de salles

- Dans la dotation en salles indiquée plus haut, il faut compter une chambre d'isolement (à pression négative) par module de 8 à 10 civières avec salle de toilette spécialisée et sas.
- En ce qui concerne la dotation en chambres et la distribution de celles-ci, on se basera également sur les principes essentiels suivants, établis dans le Guide de gestion de d'urgence (septembre 2006), publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec :
- Aménagement d'espaces vastes et éclairés, fonctionnels même en période de grand achalandage.
- Accessibilité et sécurité pour le personnel et les patients.
- Proximité avec les services diagnostiques (radiologie et laboratoire) et les unités de soins critiques (bloc opératoire, unité coronarienne, soins intensifs) ou facilité d'accès à ces services et unités.
- Capacité évolutive des locaux (afin de pouvoir les transformer selon des besoins futurs).
- Importance de la notion de confort et de confidentialité.
- Polyvalence des espaces.
- Visibilité des patients et proximité de ceux-ci avec le personnel.
- Contrôle de la circulation à l'intérieur des locaux de l'urgence et accès réservé à l'aire de choc.
- Élimination des espaces de soins dans les corridors.
- Réservation des locaux à la seule mission de l'urgence.





Espaces dédiés au personnel

- Dans le DU, les coefficients de personnel (membres du personnel spécialisé/patients) varient entre 1/1, 1/3 et 1/5-6, selon le quart et selon l'état de gravité du patient.
- Le volume du personnel (total et en période de pointe) détermine le nombre de postes de travail, de casiers, de salles de repos et de bureaux nécessaires dans le département d'urgence. Les postes de travail doivent être distribués dans l'ensemble du DU, mais les bureaux, les casiers et les salles de repos peuvent être situés à l'étage supérieur ou inférieur, l'accès direct au DU se faisant par des escaliers.
- La permanence sera assurée 24 heures sur 24 par un personnel médical et infirmier. On prévoira une zone de sommeil pour le personnel distincte du secteur vestiaire/repos, de façon à permettre aux membres du personnel de se reposer durant leurs pauses.
- La présence de bénévoles devrait être assurée autant que possible. Ceux-ci seront considérés comme faisant partie de l'équipe de soins, travaillant aux côtés du personnel régulier à la réception, dans la salle d'attente et dans les secteurs de soins aux patients.
- Les bureaux de l'administration seront installés à proximité du département d'urgence, mais non à l'intérieur de celui-ci. Ces bureaux pourraient être regroupés avec les espaces du vestiaire et de repos, ainsi qu'avec les espaces de réunion du département clinique.
- **Bureaux :**
 - médecins (Chef de département, médecins-enseignants, trauma, médecins soins adultes, médecins soins ambulatoires, médecins toxicologie, Chef résident, « Fellow », Directeur de la recherche, infirmière de recherche, Directeur du programme de résidence, coordonnateur des étudiants)
 - soins infirmiers (directeur, technicien administratif, directeur adjoint, infirmiers responsables, spécialistes cliniques, éducateurs soins infirmiers)
- **Postes de travail :**
 - secrétaire exécutive, soutien administratif, médecins-enseignements non-PTG, résidents, secrétaire médicale

FONCTIONNEMENT ET CADRE OPÉRATIONNEL

ARRIVÉE DU PATIENT, DE LA FAMILLE OU DU VISITEUR – ORIENTATION

- Accès au site et stationnement : on établira des accès séparés pour les patients en ambulance et pour les patients venant par leurs propres moyens.
- Entrée des ambulances : on prévoira une zone de débarquement intérieure, dotée d'une hauteur libre suffisante pour l'accès des véhicules d'urgence. Elle devra être séparée de l'entrée ambulatoire (sans rendez-vous). Le lieu d'entrée des ambulances devra être visible de l'entrée ambulatoire principale ou des salles d'attente. Il est nécessaire de prévoir des stationnements séparés (de longue durée) pour les véhicules de soins d'urgence et des stationnements réservés (de courte durée) pour les ambulances, les véhicules de police et autres véhicules d'urgence.





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SERVICES AMBULATOIRES

- Il faudra prévoir un stationnement de courte durée, à niveau, pour les familles et les visiteurs, ainsi que la possibilité de stationnement de plus longue durée dans un stationnement structuré. Le département et les entrées doivent être accessibles aux personnes handicapées. Les entrées seront munies de souffleries à air chaud et de portes étanches pour éviter les courants d'air dans la zone d'accueil.
- Des gratte-pieds sont prévus aux portes d'entrées pour empêcher l'infiltration de saletés à l'intérieur du centre médical.
- Des postes de sécurité bien en vue seront aménagés près de l'entrée, dans la salle d'attente et au poste d'accueil.
- Le corridor ouvert à la circulation publique vers et depuis le Centre médical devra contourner le secteur des soins du DU.
- Les patients et les visiteurs devront disposer d'un accès commode et bien signalé au service de taxis et de transport en commun depuis le DU.
- **Orientation**
 - Il faudra prévoir une signalisation et des repères visuels permettant aux patients et aux familles de s'orienter rapidement et de se diriger vers le secteur de triage. On facilitera également l'orientation vers d'autres secteurs du Centre de santé, en évitant le passage dans le secteur des soins du DU.
 - Aussitôt entrés, les patients sans rendez-vous se dirigeront immédiatement vers un poste d'accueil, pour y être triés et enregistrés, puis ils seront dirigés vers le secteur approprié pour recevoir un traitement ou être mis en attente.
 - Les patients dans un état critique arrivant en ambulance seront emmenés directement vers le secteur des traitements très urgents. Le patient lui-même ou un membre de la famille fournira les renseignements nécessaires à l'enregistrement dans l'aire de traitement, ou encore avant l'admission ou le congé.
- **Autres questions relatives à l'accès extérieur**
 - Soutien extérieur des services ambulanciers: une zone destinée au lavage des véhicules, comprenant un bassin de rétention et un bon équipement, devra être aisément accessible au personnel ambulancier et de la police.
 - Des armoires de rangement destinées à entreposer temporairement l'équipement et les planches dorsales utilisées pour le transport des personnes immobilisées, doivent être installées dans une zone protégée à l'extérieur du département.
 - Une unité de décontamination devra être située à proximité de l'entrée des ambulances. Elle sera dotée d'une entrée indépendante menant au DU. On prévoira un bassin de rétention indépendant, permettant d'isoler les eaux contaminées. Cet espace doit comprendre une douche pour les patients ainsi que des installations pour la toilette et l'épouillage des patients ou du personnel.





ACCUEIL, ADMISSION ET ATTENTE

- Il faudra prévoir une signalisation et des repères visuels près des entrées, permettant aux patients et aux familles de s'orienter rapidement et de se diriger vers le secteur de triage.
- Les besoins physiques et psychosociaux d'une population importante de patients gériatriques devront être pris en compte lors de la conception de l'entrée donnant accès au département. Toutes les aires devront être facilement accessibles.
- Des postes d'enregistrement entièrement automatisés, destinés aux patients et aux membres de la famille, devront être situés dans un secteur adjacent au poste de triage. Ces postes devront donner accès en ligne à toute l'information nécessaire à l'auto enregistrement par le patient et au suivi de son traitement par les membres de la famille.
- On prévoira un service d'enregistrement auprès du patient pour les cas nécessitant des soins d'extrême urgence.
- On prévoira des secteurs d'attente distincts afin d'isoler les patients qui présentent des symptômes potentiellement contagieux.
- La salle d'attente devra être confortable, accueillante et agrémentée d'un éclairage naturel. Les chaises, les plantes et les aquariums devront être agencés de manière à créer une ambiance plus personnelle. Des ordinateurs donnant accès à Internet, à des jeux vidéo ou à d'autres divertissements devront être mis à la disposition des patients.
- Une aire semblable à un café, comportant des distributeurs automatiques ou des comptoirs pour la vente d'aliments et d'autres articles, devra être aménagée à proximité des secteurs d'attente.
- La salle d'attente comportera un kiosque d'information/éducation sanitaire et des porte-brochures
- Une aire d'attente spéciale, à l'intérieur de l'aire de traitement, devra être réservée aux patients qui attendent les résultats d'un test ou d'une radiographie. Ainsi, ces patients n'auront pas besoin de retourner à la salle d'attente principale.
- Des postes de contrôle de la circulation devront limiter l'accès depuis les aires publiques vers l'aire de traitement.
- Des services de consultation devront être offerts aux familles, et une salle ou des salles de recueillement mise à leur disposition. Celles-ci devront être assez spacieuses pour accueillir une civière, plusieurs membres de la famille, des interprètes et du personnel.

SOINS ET SOUTIEN DIRECT AU PATIENT

- **Triage**
 - Les postes de triage devront être les premiers points de contact entre les patients et le personnel. Les patients qui le nécessitent seront immédiatement amenés aux aires de traitement.
 - Le processus de triage devra se dérouler dans une aire séparée mais contiguë du bureau d'enregistrement.
 - On prévoira une possibilité de surveiller sur un ou des moniteurs l'ensemble des secteurs d'attente depuis les postes de triage et le bureau d'enregistrement. Un poste de sécurité devra également être visible depuis la salle d'attente.
 - Chaque aire de triage devra accueillir une civière ou un fauteuil roulant, des membres de la famille, un interprète, etc.





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SERVICES AMBULATOIRES

- Les salles de réanimation et de traumatisme devront être aménagées de la même manière et comporter ce qui suit : des lampes d'examen à bras mobile, des gaz médicaux, des prises électriques, des moniteurs et des appareils de radiologie. Ces derniers seront suspendus du plafond dans la salle de traitement des traumatismes, afin de ne pas encombrer l'espace autour du patient (à 360 degrés) et de respecter les exigences de l'autorité provinciale responsable des permis.
- **L'air de choc (secteurs de réanimation et de traitement des traumatismes)**
 - Cette aire devra être limitrophe pour former un seul module de soins, comportant des équipements appropriés et des zones de soutien au personnel.
 - L'aire de choc devra faire partie du I-Beam et être aménagée de sorte à ce que les aires de soutien communiquent avec le poste central du I-Beam.
 - L'aire de traitement des traumatismes disposera d'un équipement numérique de radiologie placé en hauteur.
 - On doit prévoir au moins une des salles à pression négative
 - Les postes de travail du personnel infirmier devront permettre une observation oculaire facile des salles de traitement des traumatismes.
 - On prévoira une alcôve spéciale pour les blouses et les gants.
 - Les salles de réanimation et de traitement des traumatismes comporteront une aire de rangement pour les instruments utilisés le plus fréquemment. Une aire d'entreposage spécifiquement réservée au secteur de traitement des traumatismes se trouvera à proximité de l'aire de choc.
 - Cette salle sera dotée d'un lavabo pour la pose de plâtres.
 - Les salles destinées au traitement des traumatismes auront une aire de travail/prise de notes ou une entrée pour brancher ordinateurs, en plus des postes de travail situés immédiatement à l'extérieur.
 - Une unité d'imagerie satellite pour les échographies et la radiologie générale se trouvera également à proximité, y compris un tomodynamomètre à l'usage exclusif des patients du DU.
- **Aires affectées aux civières et au traitement des patients**
 - Toutes les salles de traitement seront privées, c'est-à-dire fermées par 3 murs et par une porte vitrée coulissante.
 - Chaque salle comportera 2 accès : une sur le corridor public et l'autre du côté du poste central du I-Beam (réservée au personnel).
 - Toutes les aires de traitement devront être de taille suffisante pour permettre d'accueillir les équipements et les fournitures nécessaires au diagnostic et au traitement des patients dans les meilleurs délais.
 - Toutes les aires de traitement et les chambres seront suffisamment spacieuses pour permettre aux familles et aux accompagnateurs de rester auprès du patient aussi longtemps que possible pendant le diagnostic et le traitement.
 - Les aires affectées aux civières et au traitement des patients seront disposées le long du poste central du I-Beam.
 - Les chambres d'un module seront reliées pour permettre la circulation sans entraves du personnel, des équipements et des fournitures.





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SERVICES AMBULATOIRES

- . Des salles d'examens spéciaux seront regroupées dans un module distinct qui sera situé dans le périmètre des autres modules.
- . Au centre du I-Beam devra se trouver des postes de travail destinés au personnel infirmier, dotés d'un nombre adéquat d'ordinateurs, des aires de services, des alcôves pour les chariots de fournitures, des espaces d'entreposage, etc.
Le module psychiatrique pourra être séparé du I-Beam mais devra demeurer accessible pour le personnel. Il sera affecté au traitement des patients ayant des troubles psychiatriques ou comportementaux. Il y aura quatre salles d'entrevue, deux salle de sécurité/d'isolement, une petite salle d'attente pour huit personnes, une salle de bain avec une douche et un poste de travail destiné au personnel infirmier. Ce bloc sera aménagé de façon à permettre l'examen et le nettoyage des patients et se trouvera dans un secteur séparé des autres départements pour garantir une isolation sur le plan visuel, acoustique et sécuritaire.
- . Au poste central du I-Beam on prévoira des distributeurs automatiques des médicaments de base, une pharmacie satellite et/ou un tube de transport pneumatique pour assurer un accès rapide aux médicaments. Un prompt retour des commandes de médicaments sera obligatoire.
- . On prévoira un accès au tube pneumatique dans chacune des aires principales de traitement afin de garantir l'acheminement rapide des échantillons et des prélèvements aux laboratoires à des fins d'analyse. Les prélèvements de sang seront effectués par le personnel du laboratoire et acheminés vers les appareils de test à fort volume. Le délai d'exécution des analyses pour les échantillons uniques sera de 15 minutes. Pour toutes les autres analyses, il sera de 60 minutes.
- . On prévoira des locaux à l'intention du personnel des services sociaux et de la pastorale, soit dans les aires de traitement privées ou dans les salles de consultation partagées par l'équipe du DU. Un bureau fermé est prévu pour les travailleurs sociaux dans l'aire administrative.
- . Dans son ensemble, le département devra être conçu de façon à respecter l'intimité des patients tout en permettant aux cliniciens de les observer en permanence.
- . On prévoira un accès immédiat à une gamme complète de services d'imagerie y compris la radiologie générale et un tomodensitomètre.
 - Des toilettes dédiées aux patients se présentant avec la diarrhée devront être prévu pour des raisons de prévention des infections.

INSTALLATIONS TECHNIQUES : ÉCLAIRAGE, PLOMBERIE, CHAUFFAGE ET VENTILATION

- Des lavabos devront être installés dans toutes les aires de travail générales de l'unité, ainsi que dans chacune des cabines de traitement.
- Les systèmes de CVCA doivent pouvoir anticiper la charge de chaleur supplémentaire que les écrans installés dans chacun des secteurs de traitements, les écrans du Système de communication et d'archivage d'images médicales et les terminaux informatiques supplémentaires auront potentiellement un effet sur la climatisation du département.
- On devra fournir dans chaque secteur de traitement de l'oxygène sous conduite, un environnement à basse pression et de l'air médical.
- Toutes les aires de traitement disposeront d'une gamme complète de prises électriques et de blocs d'alimentation électrique d'urgence.
- Les salles de traitement des traumatismes devront être revêtues de plomb afin de pouvoir offrir des services de radiologie.





PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SERVICES AMBULATOIRES

- L'éclairage naturel (en spectre continu) sera optimisé dans la mesure du possible.
- Dans les couloirs et les chambres des patients, l'éclairage devra être indirect, dans la mesure du possible.
- Les civières auront un éclairage direct/indirect, ainsi qu'une illumination au-dessus du lit pour les examens. Ces différents éclairages devront être actionnés séparément. Ils devront pouvoir être commandés facilement par le patient depuis son lit.
- Les aires de traitement, ainsi que leurs diverses zones, seront regroupées sur les panneaux de commandes de CVCA.

SYSTÈMES DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION

- Un accès au système d'information devra être fourni à toutes les salles de traitement, à tous les postes de soutien des soignants et à toutes les aires de travail du département. Il devra permettre de se connecter aux services de dossiers médicaux, de diagnostic, de pharmacie, de programmation, d'admission, d'alimentation et services sociaux, ainsi qu'à d'autres services similaires selon les besoins et la disponibilité sur le(s) serveur(s).
- On devra pouvoir envoyer et récupérer les données électroniquement chaque fois que cela sera possible, au fur et à mesure que celles-ci seront rendues disponibles en ligne.
- C'est uniquement en cas de besoin que le service des dossiers médicaux enverra à l'unité des copies papier des dossiers.
- Des écrans de monitoring des fonctions physiologiques seront prévus auprès de chaque poste de patient dans le DU. Les écrans doivent être mis en réseau afin de permettre leur affichage sur le poste central.
- Toutes les aires de traitement auront besoin de plusieurs points d'accès au Système de lecture et d'archivage d'images médicales.
- On devra monter une lampe d'examen au plafond de chacune des aires de soins intensifs. On devra également mettre en réseau les écrans de monitoring de ces aires afin de permettre l'affichage des fonctions physiologiques sur le poste central et l'installation.

ZONES DE SOUTIEN AU PERSONNEL

- À l'intérieur du DU, il faudra prévoir des espaces de taille suffisante pour la tenue de réunions d'équipe ou de rapports d'activité, ainsi que de conférences, permettant ainsi au département de remplir sa mission éducative.
- Des zones de soutien au personnel (salle de repos, casiers) devront se trouver hors de la vue des patients et des visiteurs. Les casiers et la salle de repos seront partagées par le personnel et les médecins du DU.
- Des toilettes destinées au personnel devront être dispersées dans l'ensemble du DU.
- On prévoira des bureaux privés à l'intention du directeur et de l'administrateur du secteur.
- Les bureaux des médecins-enseignants seront installés à proximité du DU, mais non à l'intérieur de celui-ci.





FOURNITURE DES MATÉRIELS, LOGISTIQUE ET ENTREPOSAGE

- La distribution en lingerie se fera au moyen d'un système d'approvisionnement par niveau des chariots depuis la centrale de distribution des fournitures. Le personnel du DU ou du service d'entretien déposera le linge sale dans les locaux d'entretien prévus à cet effet.
- Le service de gestion du matériel distribuera le matériel, contrôlera le niveau des approvisionnements et les dates de péremption. Selon les besoins, il affichera la date des approvisionnements dans chacune des salles de préparation des soins. En cas de grandes quantités, les fournitures seront livrées directement aux stations d'infirmières dans les salles de traitement.
- L'équipement d'entretien et les salles d'entreposage du matériel de nettoyage seront distribués dans l'ensemble du DU afin de faciliter les opérations de nettoyage.
- Le service d'entretien retirera des locaux d'entretien les déchets généraux et les déchets recyclables. Le personnel du DU placera les plateaux avec les instruments utilisés dans les locaux d'entretien pour qu'ils puissent être recueillis par le personnel des services centraux de stérilisation.
- Les déchets de matériels biologiques dangereux seront emballés dans un sac approprié par le personnel du département. Ils seront retirés par le service d'entretien lorsque le conteneur est plein ou comme le prévoit la programmation.
- Le personnel des services alimentaires fournira des collations au département dans le cas où un patient nécessiterait d'être alimenté, son état le permettant.

ÉQUIPEMENTS SPÉCIAUX REQUIS

- Les salles de traitement devront disposer d'un éclairage d'intervention fixé de façon permanente au plafond ou sur un mur. Il faudra également songer à installer des lampes d'intervention dans chacune des aires de traitement pour rendre ces dernières multifonctionnelles. Cela permettra de diminuer le nombre de patients à transférer.
- L'aire de décontamination devrait être accessible par l'extérieur de sorte que l'ambulance contaminée n'entre pas dans le garage.
- Une douche de décontamination devra être située à proximité de l'entrée des ambulances. Elle devra fournir de l'eau courante chaude et froide et comprendre un réservoir de rétention de l'eau contaminée. Cette pièce devra avoir une entrée extérieure indépendante, pouvant être verrouillée, ainsi qu'une entrée directe, par l'intérieur, vers le secteur de traitement.
- Le programme des accidents vasculaires cérébraux devra avoir un accès commode aux appareils de tomographie assistée par ordinateur et à tous les appareils de radiographie usuels du département d'urgence pour les adultes. Ce programme devra aussi avoir un accès facile à un système de neuro-angiographie biplan.
- Toutes les aires auront besoin d'un point d'accès au Système de lecture et d'archivage d'images médicales.
- Les écrans de monitoring des aires de civières devront être mis en réseau afin de permettre l'affichage des fonctions physiologiques sur le poste central. Ces aires devront aussi être équipées d'une lampe d'examen.
- Un système d'appel des infirmières devra se trouver à chacune des aires de traitement.



PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SERVICES AMBULATOIRES



CUSM - site de la montagne

Programme fonctionnel et technique | tableau des superficies

ambulateur
urgence

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques			
		Nbr	sup.	total					
							Nbr	sup.	total
	Aire triage et accueil								
	Entrée								
06-108	Vestibule ambulateur	1	18.6	18.6	0.0				
06-157	Sécurité	1	7.5	7.5	0.0	prox. salle d'attente			
	Triage et admission								
06-110	Poste de réception	1	5.5	5.5	0.0	accueil			
06-109	Triage	2	12.0	24.0	4.0	surface révisée.			
06-101	Postes d'inscription - admission	1	11.0	11.0	18.0	incl. 2 postes et classement			
25-101	Bureau	1	8.4	8.4	-8.4	éliminé			
06-102	Utilité / classement / enregistrement	1	4.6	4.6	-4.6	jumelé a poste d'inscription			
25-102	Espace de travail	1	5.6	5.6	-5.6	jumelé a poste d'inscription			
06-104	Adressographe	1	1.4	1.4	-1.4	jumelé a poste d'inscription			
06-105	Coffret de sécurité	1	2.8	2.8	-2.8	jumelé a poste d'inscription			
06-106	Dossiers en alcôve	1	2.1	2.1	-2.1	jumelé a poste d'inscription			
06-107	Embosseuse - carte à puces	1	1.4	1.4	-1.4	jumelé a poste d'inscription			
	Aire d'attente								
06-111	Salle d'attente	1	111.5	111.5	0.0	subdivisée en zones 1/3 - 2/3, GM			
06-112	Salle d'attente - isolement	1	18.6	18.6	0.0	salle fermée en press. negative			
06-103	Espace d'attente pour civière	1	3.5	3.5	0.0	a valider			
06-158	Machines distributrices et refroid. d'eau	4	2.0	8.0	0.0	adj. salle d'attente			
	Refroidisseur d'eau	1	1.4	1.4	0.0	jumelé a machines distr.			
30-113	Salle d'allaitement	1	7.5	7.5	0.0	éliminée			
30-114	Téléphone public - alcôve	2	0.9	1.8	0.0	prox. salle d'attente			
30-101	Toilettes publiques	2	8.0	16.0	9.0	prox. salle d'attente			
	Toilettes publiques adaptées	1	9.0	9.0	-9.0	jumelé à toilettes publiques			
	Sous-total			270.2	-4.3				
	Aire des ambulances								
	Garage des ambulances								
06-118	Sas des ambulances	1	8.0	8.0	0.0				
06-119	Stationnement des ambulances	5	68.0	340.0	20.0	5 véh. Prévoir 12 sorties d'eau sup.			
	Entrée des ambulances								
06-139	Espace pour ambulanciers	1	8.0	8.0	8.0	à valider par CUSM			
06-114	Poste de sécurité en alcôve	1	7.4	7.4	0.0	prox. salle de detenu			
06-113	Salle pour détenu	1	11.0	11.0	0.0				

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m²)			Écart m2 net	Remarques			
		Nbr	sup.	total					
06-115	Rangement "désastre"	1	9.0	9.0	0.0				
06-117	Aire de décontamination	1	21.4	21.4	8.6	espace pr 2 patients simultanément			
06-117B	Sas - Aire de décontamination				8.0	inclus déshabillage			
06-116	Rangement décontamination	1	2.8	2.8	0.0	avec douche décontamination			
30-134	Cubicule de déshabillage	4	4.9	4.9	-1.9	avec douche décontamination			
	Sous-total			401.5	42.7				
	Aire de choc								
	Aire de traumatologie-réanimation								
06-120A	Civière de Trauma	1	30.0	30.0	-5.0				
06-120B	Civière de Trauma - isolement	1	30.0	30.0	0.0	pression négative			
06-121	Civière de Réanimation	2	30.0	60.0	-10.0	voir fiche 06-120A			
06-122	Civière Flexible	1	30.0	30.0	-5.0	voir fiche 06-120A			
06-128A	Sas pour civières en isolement				8.0				
06-123	Alcôve ultrason	4	4.9	4.9	-1.9	inclus a la fiche 06-124			
06-124	Poste d'observation	1	22.0	22.0	18.0				
	Espaces de soutien								
06-162	Médicaments - alcôve	1	3.5	3.5	3.5	pixis			
06-125	Salle des médicaments	4	7.4	7.4	-7.4	remplacé par 2 alcôves			
30-126	Lingerie - alcôve	1	1.9	1.9	0.0				
06-165	Rangement - équipements	1	9.3	9.3	0.0				
30-128	Chariot d'urgence - alcôve	2	1.4	2.8	0.0				
06-163	Utilité propre	1	9.0	9.0	0.0	sans évier			
30-130	Utilité souillée	1	9.0	9.0	0.0				
	Sous-total			216.8	0.2				
	Aire des civières								
	Aire des civières								
06-129	Civière avec monitoring	34	11.0	374.0	88.0				
06-127	Civière en isolement	4	15.5	62.0	-18.0	les toilettes ont été séparées			
06-128B	Sas pour civières en isolement	4	4.0	16.0	0.0	1 / salle de traitement			
30-102	Toilette adaptée pour isolement				18.0				
06-131	Poste d'observation	8	3.8	30.4	129.6	poste du i-beam			
	Espaces de soutien								
06-130	Inhalothérapie - alcôve	1	14.0	14.0	0.0				
06-162	Médicaments - alcôve	5	3.5	17.5	0.0				
30-131	Chariots alimentaires - alcôve	4	1.9	7.6	0.0				
06-126	Microscope - alcôve	4	0.9	3.6	0.0				

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques			
		Nbr	sup.	total					
30-102	Toilette adaptée	7	4.5	31.5	0.0				
30-126	Lingerie - alcôve	4	1.9	7.6	0.0				
06-165	Rangement - équipements	2	9.3	18.6	0.0				
30-128	Chariot d'urgence - alcôve	4	1.4	5.6	0.0				
06-163	Utilité propre	2	9.0	18.0	0.0				
30-130	Utilité souillée	2	9.0	18.0	0.0				
	Sous-total			624.4					
	Aire ambulatoire								
	Aire ambulatoire								
06-138	Salle d'examen polyvalente	8	11.0	88.0	-88.0	identique à "civiere avec monitoring"			
06-133	Salle d'examen ORL	1	11.0	11.0	1.0				
06-132	Salle d'examen gynécologie	1	16.5	16.5	-5.5	la toilette a été séparée			
06-137	Toilette avec douche - gynéco.				5.5				
06-134	Salle de plâtre	1	18.0	18.0	0.0	prox. Trauma-reanimation			
06-135	Salle de chirurgie mineure	1	23.0	23.0	0.0	prox. Trauma-reanimation			
06-136	Salle de traitement	0	44.0	0.0	0.0	éliminée			
06-131	Poste d'observation	4	3.8	15.2	64.8	poste du i-beam			
	Salle de traitement	4	27.9	27.9	-27.9				
	Espaces de soutien								
06-126	Microscope - alcôve	2	0.9	1.8	0.0				
06-162	Médicaments - alcôve	1	3.5	3.5	0.0				
30-131	Chariots alimentaires - alcôve	2	1.9	3.8	0.0				
30-126	Lingerie - alcôve	2	1.9	3.8	0.0				
06-165	Rangement - équipements	1	9.3	9.3	0.0				
30-128	Chariot d'urgence - alcôve	2	1.4	2.8	0.0				
06-163	Utilité propre	1	9.0	9.0	0.0				
30-130	Utilité souillée	1	9.0	9.0	0.0				
	Psychiatrie								
06-140	Salle d'entrevue psychiatrie	4	11.0	44.0	5.2				
06-141	Salle de traitement psychiatrie	2	11.0	22.0	0.0				
06-142	Salle d'attente psychiatrie	1	16.7	16.7	0.0	superficie à valider			
06-143	Poste infirmier psychiatrie	1	3.8	3.8	15.2	sup a valider. pr 5 personnes			
06-137	Toilette avec douche	1	5.5	5.5	0.0				
	Vestibule ambulatoire	4	48.6	48.6	-18.6	était compté en double			
	Sous-total			353.2					
	Aire de soutien aux familles				-48.3				

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m²)			Écart m2 net	Remarques			
		Nbr	sup.	total					
	Espaces de soutien								
30-117	Cuisine	2	7.4	14.8	0	7.4	0.0	-14.8	éliminées
06-159	Salle de départ	1	12.0	12.0	1	12.0	12.0	0.0	patient en attente de congé
06-160	Salon familles	1	11.1	11.1	1	11.1	11.1	0.0	
06-161	Salle de décès				1	14.0	14.0	14.0	
	Salle de consultation	1	9.3	9.3	0	9.3	0.0	-9.3	changée pour salle de décès
	Sous-total			47.2			37.1	-10.1	
	Urgence - Rangement et dépôt								
06-144	Alcôves civières	4	2.3	9.2	4	2.3	9.2	0.0	prox. Attente
06-145	Rangement matériel roulant	10	0.9	9.0	10	0.9	9.0	0.0	prox. Attente
06-146	Réserves	6	9.3	55.8	6	9.3	55.8	0.0	
	Sous-total			74.0			74.0	0.0	
	Urgence - Clinico-administratif								
	Administration clinique								
25-101A	Bureau - chef département	1	13.0	13.0	1	13.0	13.0	0.0	
25-101A	Bureau - gestionnaire	1	11.1	11.1	1	11.1	11.1	0.0	
25-101A	Bureau des médecins	3	9.3	27.9	3	9.3	27.9	0.0	
25-101B	Bureau partagé qualité ass.	1	11.1	11.1	1	11.1	11.1	0.0	
25-101A	Bureau - secrétaire	1	9.3	9.3	1	9.3	9.3	0.0	
25-101B	Bureau trauma et TTL	1	11.1	11.1	1	11.1	11.1	0.0	
25-104A	Salle de conférences : grande	1	37.2	37.2	1	37.2	37.2	0.0	
	Administration multidisciplinaire et soins infirmiers								
25-101A	Bureau - travailleur social	1	11.1	11.1	1	11.1	11.1	0.0	
25-101A	Bureau - direction des soins infirmiers	1	11.1	11.1	1	11.1	11.1	0.0	
25-101C	Bureau - infirmière chef	1	11.1	11.1	1	11.1	11.1	0.0	
25-101B	Bureau des infirmières	1	13.0	13.0	1	13.0	13.0	0.0	
25-101A	Bureau technicien administratif	1	9.3	9.3	1	9.3	9.3	0.0	
25-101A	Bureau - ICS / IEN	1	11.1	11.1	1	11.1	11.1	0.0	
25-101A	Bureau - liaison gériatrie	1	11.1	11.1	1	11.1	11.1	0.0	
	Poste des infirmières								
06-164	Poste de lecture SATI (PACS)	6	3.8	22.8	6	3.8	22.8	0.0	
	Sous-total			221.3			221.3	0.0	
	Urgence - Enseignement et recherche								
	Administration - enseignement								
25-101A	Bureau - directeur des résidents	1	9.3	9.3	1	9.3	9.3	0.0	
25-101A	Bureau - coordonnateur	1	9.3	9.3	1	9.3	9.3	0.0	

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m²)			Écart m2 net	Remarques			
		Nbr	sup.	total					
25-101A	Bureau des résidents	1	9.3	9.3	0.0				
25-101A	Bureau - secrétariat des résidents	1	9.3	9.3	0.0				
	Administration - recherche								
25-101A	Bureau - directeur recherche	1	13.0	13.0	0.0				
25-101A	Bureau - infirmière	1	11.1	11.1	0.0				
25-101A	Bureau - général de recherche	1	11.1	11.1	0.0				
25-105	Salle de conférences : petite	1	18.6	18.6	0.0				
	Sous-total			91.0	0.0				
	Urgence - Soutien au personnel								
	Administration clinique								
30-109A	Chambre - personnel de garde	1	7.0	7.0	0.0				
30-105	Toilette adaptée - personnel	1	4.5	4.5	0.0				
	Soutien au personnel								
30-104	Toilette - personnel	5	2.5	12.5	0.0				
06-147	Casiers femmes	1	25.1	25.1	34.9				
06-147	Casiers hommes	1	11.1	11.1	48.9				
30-110	Salle de repos - personnel	1	37.2	37.2	0.0				
30-106	Toilette vestiaire - personnel	1	4.5	4.5	0.0				
30-107	Douche vestiaire - personnel	1	4.6	4.6	0.0				
	Espaces de soutien								
30-132	Alcôve lavage des mains	46	0.9	41.4	0.0				
30-133	Entretien ménager	2	7.4	14.8	0.0				
	Poste de tube pneumatique	4	1.4	5.6	0.0	emplacements à valider			
	Sous-total			168.3	83.8				
	Urgence - Imagerie médicale								
	Imagerie médicale								
06-148	Radiologie diagnostique: grande	1	29.7	29.7	0.0				
	Sali et aire de lecture	4	7.4	7.4	-7.4	espace fondu dans réception-attente			
06-149	Salle de contrôle (radiologie)	1	13.9	13.9	0.0				
06-150	Orbix (alcôve)	4	7.4	7.4	-7.4	espace fondu dans réception-attente			
06-151	Tomodensitomètre	1	48.1	48.1	0.0				
06-152	Salle de contrôle (tomodensitométrie)	1	13.9	13.9	0.0				
06-153	Salle d'échographies				20.0	salle ajoutée			
06-154	Salle d'équipements	1	7.0	7.0	0.0	superficie a valider avec fournisseur			
06-155	Réception et attente	1	18.6	18.6	21.4	poste, 5 chaises et 4 civieres			
30-134	Cubicule de déshabillage				1.9				

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques			
		Nbr	sup.	total					
30-134	Cubicule de déshabillage adapté				4.0				
30-102	Toilette adaptée				4.5	prox. Échographie et radio.			
	Satellites								
06-156	Alcôve rayons-x portable	2	2.8	5.6	0.0				
				151.6	37.0				
Superficie nette totale				2,619.5	2,938.1	318.6			
Facteur de conversion F1				1.50	1.50	1.50			
Sous-total brut F1				3929	4407	478			
Facteur de conversion F2				1.15	1.15	1.15			
Sous-total brut F2				4519	5068	550			
Facteur de conversion F3				<i>inclus dans F2</i>	1.10	1.10			
TOTAL F3				4519	5575	605			



4.4.1.3 SERVICES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

.1 EEG-EMG (électroencéphalographie et électromyographie) :

Compte tenu de la mission traumatologique du Campus de la montagne, le service d'EEG/EMG sera relocalisé à proximité de l'urgence, au niveau 1 de l'aile B. Les espaces de ce service seront mis aux normes mais le principe de fonctionnement demeurera le même.

.2 BLOC OPÉRATOIRE

ÉTENDUE DES SERVICES

Le bloc opératoire sera le principal site de procédures d'intervention urgentes et non urgentes pour les patients. En plus des procédures chirurgicales classiques, à l'aide des techniques d'imagerie, le bloc opératoire sera le site des interventions à effraction minimale.

Certains éléments doivent être pris en compte dans le cadre d'un modèle de prestation pour le bloc opératoire :

- le flux des patients, du personnel et du matériel entre les différents secteurs du bloc;
- l'intégration des services auxiliaires et des services de soutien, incluant accès à la banque de sang, la pathologie chirurgicale, l'imagerie diagnostique, la centrale de stérilisation et le Service de planification chirurgicale;
- les exigences des systèmes de communication et d'information;
- les besoins d'espaces de soutien du personnel;
- la formation clinique des médecins et autres professionnels de la santé.
- les provisions pour l'aire d'attente des familles, les consultations et les commodités seront traitées dans le cadre de la planification de l'ensemble des soins périopératoires.

ORGANISATION ET CONFIGURATION

- Il est préférable de n'avoir qu'un seul plateau de services d'intervention divisé en zones. Dans ce modèle, tous les services d'intervention sont situés à un même étage, lui-même divisé en aires réservées pour des services précis. Cela permet de partager les ressources technologiques et les services de soutien tout en répondant aux exigences de fonctionnement distinctes de chaque service.
- Toutes les procédures de patients adultes nécessitant une sédation consciente ou une anesthésie générale seront prévues dans l'une des unités du plateau d'intervention (cinq salles d'induction sont prévues par les services péri-opératoires).
- Les salles d'opération du bloc opératoire planifiés pour l'ensemble des services d'intervention du nouveau HGM auront deux tailles distinctes soient: 56,8 m² et 76,4 m². Ces différentes tailles ont été proposées dans le but de fournir des salles d'une taille suffisante pour accueillir l'intégration



PROJET DE REDEPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

d'équipement de chirurgie guidée par images à mesure que se développent les procédures utilisant ces techniques.

- Chaque salle sera construite et équipée de la même façon, sauf les salles spécialisées. Cela répond aux prévisions d'utilisation qui exigent que toutes les salles soient en tout temps à la disposition de n'importe quelle spécialité. Certains services utiliseront presque toujours une salle particulière en raison du volume d'interventions ou du calendrier et de l'ordonnancement des chirurgies. Cette salle sera encore en tout temps à la disposition des autres chirurgiens spécialisés. En général, la conséquence d'une telle prévision montre que le fait d'affecter des blocs de chaque module à un groupe de spécialités améliore le niveau d'efficacité du personnel, de l'utilisation de l'équipement et de la distribution du matériel.
- En prévision des changements et de l'évolution des technologies, la principale prémisse de planification est la souplesse et la capacité d'adaptation du plateau d'intervention. Le plateau doit continuellement avoir la capacité d'innover et de s'adapter si le CUSM veut être reconnu pour ses pratiques d'intervention d'avant-garde et compétitives. Les salles doivent être assez spacieuses pour répondre aux exigences des technologies de l'avenir et prendre en charge une variété de fonctions liées aux soins des patients, à l'enseignement, à la logistique et à la communication.
- Les salles d'opération seront planifiées de façon similaire, munies et équipées dans le but d'assurer l'utilisation maximale de toutes les salles, en tout temps et par tous les services.
- La circulation à l'intérieur du bloc opératoire respectera la séparation du flux de matériel stérile, propre et souillé. La circulation entre ces différentes zones sera sujette au protocole de prévention des infections qui comprend le port de vêtements de protection y compris les couvre-chaussures et couvre-têtes ou le confinement complet du matériel souillé pendant son transport. Les aires fonctionnelles du bloc opératoire sont généralement les suivantes :
- **Zone stérile :**
 - Salles d'opération et salles d'induction;
 - noyau stérile destiné à l'entreposage de matériel stérile;
 - salles de matériel propre :
 - aire de service doté d'équipement de stérilisation rapide et d'un cabinet-réchaud,
 - aire de réception à accès vertical à la centrale de stérilisation.
- **Zone propre :**
 - couloir du bloc opératoire avec accès contrôlé aux aires suivantes :
 - éviers de brossage disponibles immédiatement à la sortie des salles;
 - casiers et vestiaires du personnel,
 - centre de contrôle du bloc opératoire,
 - salle d'attente préopératoire,
 - unité des soins post-anesthésiques (salle de réveil);
 - parmi les unités de soutien au bloc opératoire (y compris le personnel en tenue appropriée), on trouve les services suivants : anesthésie, ingénierie biomédicale, gestion du matériel, perfusion, inhalothérapie, pathologie chirurgicale et éco-salubrité;
 - aires de travail et de conférence sujettes à certaines limitations des activités, y compris les services alimentaires, et à l'examen du Service de prévention des infections.
- **Zone libre du bloc opératoire :**
 - Aire d'accueil et attente, casiers pour la chirurgie d'un jour
 - Salle de préparation et récupération (step-down salle de réveil)
 - casiers et vestiaires du personnel;





PROJET DE REDEPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

- aires de repos et dictée.
- **Vestibule :**
 - aire se trouvant à l'intérieur de l'entrée du bloc des services chirurgicaux et qui sépare les couloirs du bloc chirurgical du reste du centre de santé. En général, un tel aménagement permet un accès limité au Centre de contrôle (livraisons et vérification du calendrier).

D'autres hypothèses de planification toucheront la configuration de cette aire.

- Les chariots chirurgicaux seront basés sur un rapport informatisé des préférences individuelles des instruments.
- Des capacités fonctionnelles d'imagerie devront être offertes dans l'ensemble des services du bloc opératoire.
- Il faudra définir l'emplacement de l'unité satellite de pathologie comportant un laboratoire de coupes d'échantillons congelés à l'intérieur du bloc opératoire. La planification de ce satellite comprend l'équipement approprié permettant de traiter la plupart des spécimens sur place; il sera adéquatement équipé en matériel et personnel pour les consultations personnelles ou électroniques.
- Dans chaque module, de l'équipement de stérilisation sera destiné aux instruments souillés et contaminés.

Les recommandations suivantes ont été validées:

- Il y aura une contiguïté verticale directe avec la centrale de stérilisation;
- De situer les bureaux des anesthésistes adjacents au bloc opératoire, soit horizontalement ou verticalement.

DÉTERMINANTS DES ESPACES REQUIS

HGM	Volume annuel	Heures / Procédure	Blocs opératoires
Salles de chirurgie	14 965 heures de procédures	2.85	11
TOTAL Prévu			11





FONCTIONNEMENT ET CADRE OPÉRATIONNEL

ARRIVÉE ET ENTRÉE

- Une attention particulière sera donnée au respect de normes de bonnes pratiques et de haute qualité des soins offerts aux patients y compris l'accès contrôlé à la zone propre des services d'intervention à l'aide de l'organisation de flux du cadre opérationnel et de barrières graphiques et physiques.
- L'accès au plateau des services d'intervention devrait être contrôlé à l'aide de mesures de sécurité adéquates.
- Les ascenseurs destinés à la circulation dans le service et aux patients devraient être séparés de la circulation des visiteurs.
- À part quelques exceptions, les patients entreront dans le bloc opératoire par l'unité des soins périopératoires.
- Un groupe d'ascenseurs doit être disponible et réservé à l'accès direct entre les aires de soins critiques (y compris les services d'urgence et certaines unités particulières des soins intensifs).
- Le personnel clinique et le personnel de soutien entreront dans les zones propres/stériles du plateau des services d'intervention par des vestiaires (hommes/femmes) dans lesquels des vêtements chirurgicaux propres seront à leur disposition.

RÉCEPTION, ENREGISTREMENT ET SALLE D'ATTENTE

- Un poste d'accueil pour la clientèle de chirurgie d'un jour et « admission le même jour » doit être situé à l'entrée publique du bloc opératoire. Une aire d'attente et une salle de consultation doivent se trouver à proximité.
- Après l'accueil, le patient est conduit aux salles de déshabillage et ensuite à la salle de préparation/récupération située à l'extérieur de la zone propre du bloc opératoire.
- Les patients hospitalisés qui arrivent au bloc opératoire sont, soit conduits directement à la salle d'opération ou à la salle d'induction, ou sont également conduits dans la salle de préparation/récupération avant leur chirurgie.
- Un bureau de réception (poste de contrôle) doit se trouver à l'entrée du bloc (zone propre), disponible pour le personnel clinique qui n'est pas habillé pour entrer dans la zone à accès restreint. Un calendrier en ligne devrait être disponible dans ce bureau.
- Le personnel du poste de contrôle aura accès aux baies de contrôle afin de visualiser les continuelles mises à jour de planification et le circuit de retour vidéo des blocs opératoires individuels. Cette information (y compris les cas d'urgence) doit être visuellement accessible dans toutes les aires réservés exclusivement au personnel du plateau des services d'intervention et doit être disponible pour le personnel autorisé des bureaux et des postes de travail. De plus, le personnel doit être en mesure d'observer les points d'accès à la zone stérile des patients et du personnel clinique.
- Il faudrait étudier la possibilité d'implanter un ou plusieurs postes cliniques secondaires équipés d'un système de tubes pneumatiques, d'une distributrice automatique pharmaceutique et d'appareils de traitement d'images.



PROJET DE REDEPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

SOINS AUX PATIENTS ET SOUTIEN DIRECT

- Chaque salle d'opération aura une taille minimale de 56 m² et sera muni d'équipement standard y compris un éclairage au plafond, des moniteurs, des conduites à gaz et des prises de courant.
- L'installation de techniques d'imagerie et d'autre équipement fixe permettra de faire augmenter les exigences de cette aire dans un nombre précis de salles, et de façon à répondre aux besoins de la technologie, de l'équipement et du personnel. Toutes les pièces devront être désignées comme étant génériques, si cela est possible.
- Une exigence fondamentale de conception est de pouvoir satisfaire la libre circulation du personnel, de l'équipement et du matériel à l'intérieur du bloc opératoire. Dans tous les cas, il faudrait donner une attention particulière à l'intégration de matériel électronique et d'autres appareils à l'infrastructure du bloc opératoire pour éviter d'encombrer l'espace.
- Le bloc opératoire devrait être divisé en zones permettant de contenir des aires de travail fixes et à circulation.
- Les salles d'opération seront équipées d'écrans de taille appropriée pour donner une visibilité complète des procédures guidées par images. Il faudrait considérer l'implantation de systèmes et commandes de communication qui correspondront aux exigences du chirurgien, qui doit visualiser plusieurs images à partir d'une seule position dans la salle.
- Des armoires destinées à l'entreposage d'un minimum de fournitures générales doivent être placées dans chaque salle. Des alcôves destinées aux chariots roulants transportant le matériel entre les modules devraient être disponibles dans chaque salle.
- Il est recommandé d'organiser des modules de quatre à six salles d'opération autour d'un noyau stérile équipé de chariots de matériel normalisés, destinés au soutien d'opérations précises de ce module.
- Une station de travail équipée d'un terminal de réseau devrait être disponible dans chaque salle ou y être adjacente pour faciliter la dictée, les commandes de fournitures et l'entrée de données.
- Des aires disponibles immédiatement à la sortie de chaque salle, ensemble de salles ou modules devraient être réservées pour :
 - les éviers de nettoyage des mains et les autres fournitures apparentées;
 - l'équipement de stérilisation rapide (un système pour deux salles);
 - les cabinets-réchaud pour les couvertures et les solutions intraveineuses;
 - l'entrepôt destiné aux civières des patients du bloc opératoire;
 - la préparation des chariots chirurgicaux de la procédure suivante.
- Il faudrait prévoir des alcôves de stockage décentralisées pour les grosses pièces d'équipement mobile qui ne sont pas nécessaires dans toutes les salles, comme les appareils sur arceau et les systèmes de surveillance mobiles. Une partie de l'aire de stockage disponible dans ces alcôves sera réservée à l'équipement d'anesthésie.
 - salles réservées à la lecture et à l'affichage d'images numériques, à la planification et à la révision de cas d'intervention;
 - chaque salle où seront prises des radiographies doit être équipée d'une station informatique avec un système d'information radiologique (SIR) pour que le technologue puisse enregistrer des données d'examen et l'utilisation du matériel de même que consigner les étapes de la procédure. Cette aire devrait également être équipée d'un poste SIR/SATI;





PROJET DE REDEPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

- salles destinées à l'équipement de traitement d'images approprié et comprenant un poste de visualisation du contrôle de qualité.
- D'autres espaces de services de soutien, auxiliaires et d'entreposage requis pour appuyer les unités spécialisées seront conçus afin de répondre aux exigences précises suivantes :
 - salles de travail d'anesthésie munies de l'équipement approprié et d'entreposage de matériel dans le module;
 - médicaments – en plus de la salle de travail d'anesthésie, il y a proposition de machines distributrices automatiques destinées à équiper les chariots d'anesthésie;
 - aire réservée au traitement et à l'examen de spécimens en pathologie chirurgicale, et ayant la capacité de desservir toutes les spécialités chirurgicales.

ESPACES D'ENSEIGNEMENT ET DE SOUTIEN DU PERSONNEL

- Le personnel clinique et le personnel de soutien accéderont à la zone propre par un vestiaire équipé de casiers.
- Tout le personnel des salles d'opération et de l'unité des soins post-anesthésiques, y compris les médecins, résidents et boursiers à temps plein, infirmiers et autres spécialistes des soins auxiliaires (techniciens en anesthésie, perfusionnistes, techniciens en imagerie) et le personnel de soutien (PAB et personnel du Service de gestion du matériel), aura besoin d'un casier de pleine taille, assez grand pour ranger des vêtements d'extérieur. Un casier sera affecté aux membres du personnel travaillant à temps plein (> 0,7 ETP). Les membres du personnel à temps partiel (< 0,7 et > 0,5) se partageront des casiers. Environ 10 % des casiers doivent être réservés à l'utilisation de jour et disponibles pour les autres membres du personnel, les étudiants et les visiteurs.
- Les casiers-vestiaires seront sujets à une sécurité rigoureuse et devraient être adjacents au bloc opératoire.
- Les casiers-vestiaires seront munis de douches, de toilettes, d'une aire réservée à la distribution d'uniformes chirurgicaux, de couvre-chaussures et de couvre-têtes, et des corbeilles destinées au linge sale et servant à recueillir les vêtements chirurgicaux à jeter devraient se trouver dans cet espace. Une salle de travail distincte équipée de téléphones, d'ordinateurs, de télécopieurs, etc., devrait être à la disposition du personnel des services de chirurgie et d'anesthésie ainsi que des résidents et des boursiers.
- Une aire de repos avec services alimentaires, réfrigérateurs et machines distributrices est nécessaire aux chirurgiens, aux anesthésistes et au personnel clinique travaillant dans les blocs opératoires. L'accès à cette aire de repos doit être contrôlé afin de respecter la séparation des couloirs à accès restreint du bloc des services chirurgicaux.
- L'installation de bureaux à l'intérieur du bloc opératoire sera nécessaire au personnel suivant :
 - personnel infirmier administratif (infirmier chef);
 - coordonnateurs des services d'anesthésie;
 - assistant infirmier chef et éducateurs en aire ouverte.
- En général, les bureaux réservés au personnel seront limités au plateau d'intervention. Un espace de bureau partagé sera à la disposition des coordonnateurs et réservé à l'enseignement clinique.
- Les médecins en anesthésie ont demandé d'aménager des aires réservées à l'étude et une salle des préparatifs à certains endroits désignés des services chirurgicaux en fonction de l'aménagement. Il faudrait aussi penser à la proximité des bureaux de faculté de cette unité pour déterminer la priorité de cette exigence.





CIRCULATION DES PATIENTS, APPROVISIONNEMENT, LOGISTIQUE ET STOCKAGE DU MATÉRIEL

- L'équipe de transport de l'hôpital sera responsable du déplacement des patients jusqu'au bloc opératoire.
- Les portes et les ascenseurs menant aux salles de procédures/blocs opératoires devraient pouvoir accueillir les patients dans les lits à système de traction, avec ventilateur et autres appareils de maintien des fonctions vitales.
- Un système complet de chariots chirurgicaux avec centralisation des fonctions d'approvisionnement des blocs opératoires a été proposé. Cela favorisera un système d'approvisionnement et une centrale de stérilisation particulièrement efficaces et bien organisés. L'utilisation des technologies de l'information sera essentielle au développement de liens solides entre le personnel du bloc opératoire et celui des services d'intervention directe.
- Un ou plusieurs noyaux stériles sont prévus dans le but de soutenir toutes les salles de procédures et le bloc opératoire. Le matériel spécialisé nécessaire aux blocs opératoires de ce module sera disponible dans ce noyau. Le protocole rigoureux de prévention des infections recommande de limiter l'accès à cette aire. Si l'accès à cette aire n'est pas restreint, il sera nécessaire de prendre des mesures supplémentaires pour assurer l'intégrité du matériel stérile de ce noyau.
- Un ou plusieurs ascenseurs propres seront réservés au transport entre la centrale de stérilisation située directement en dessous du plateau des services d'intervention et les noyaux stériles de chaque module, en passant par un vestibule qui y conduit. De plus, cet ascenseur permettra au personnel de pouvoir rapidement livrer des instruments supplémentaires ou d'autre matériel pendant une procédure.
- En plus du noyau stérile, une équipe satellite de gestion du matériel complétera la principale aire de production de la centrale de stérilisation du plateau d'intervention. Ses principales responsabilités et exigences fonctionnelles seront celles-ci :
 - l'entreposage des fournitures d'anesthésie;
 - l'entreposage des fournitures de perfusion;
 - l'évaluation de l'équipement et l'inspection des ensembles d'instruments loués;
 - une aire de travail réservée au personnel du Service de gestion du matériel responsable des services d'intervention.
- Du matériel et des fournitures d'anesthésie seront disponibles dans la salle de travail et d'induction des anesthésistes, en plus du matériel reçu et entreposé par le Service de gestion du matériel de l'ensemble des blocs opératoires.
- Cette aire stérile servira à garder en inventaire le matériel nécessaire au fonctionnement des salles d'opération. Une aire d'attente réservée aux déchets et au recyclage y sera aussi nécessaire.
- L'entreposage du matériel roulant relèvera de la responsabilité de l'équipe de transport des patients. Ce groupe sera chargé de l'entretien et du déplacement de tout équipement de transport roulant de l'établissement. Ce groupe et l'équipe de gestion du matériel responsable de l'entretien d'un inventaire de secours pour les civières du bloc opératoire continueront à communiquer ensemble.
- Les chariots chirurgicaux souillés, les déchets et le linge seront transportés jusqu'à l'aire de réception du matériel souillé de la centrale de stérilisation via un ascenseur dédié, puis triés et éliminés dans un local prévu à ces fins.



PROJET DE REDEPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

- Le personnel de l'entretien ménager devrait se voir attribuer une aire de stockage de fournitures dans la zone propre.
- Des espaces d'entreposage réservés à la distribution et au ramassage des blouses, masques et couvre-chaussures sont requis à tous les points d'entrée et de sortie de la zone stérile.

SYSTÈMES DE CONSTRUCTION : CVCA, PLOMBERIE, ÉLECTRICITÉ/ÉCLAIRAGE

- En général, l'aménagement devrait répondre aux besoins et à la sélection de systèmes compatibles en matière de sélection d'équipement de bloc opératoire et de matériel et systèmes de construction.
- Une attention particulière sera accordée à la mise en place des éléments suivants dans chaque bloc opératoire : contrôle de risque électrique, alimentation de secours, contrôle de risque d'origine radiologique, caractéristiques d'environnement aseptique, système d'échappement pour les gaz de combustion.
- Chaque salle de procédure/bloc opératoire devrait être dotée d'une ventilation indépendante, de contrôles permettant de régler la température et l'humidité ainsi que d'un éclairage à intensité réglable. Une température ambiante de $20^{\circ} \pm 1^{\circ}$ et un niveau précis d'humidité sont requis dans le bloc opératoire. Les systèmes de ventilation devraient être conçus de façon à réduire les vitesses d'écoulement de l'air supérieures à 1m/s autour du poste de travail de l'anesthésiste.
- Une quantité suffisante de conduites à gaz et de prises de courant devrait être disponible à plusieurs endroits dans chaque bloc opératoire.
- Du gaz comprimé sera disponible pour l'utilisation d'outils chirurgicaux.
- Des systèmes intégrés de diffusion de musique ou des chaînes stéréophoniques seront fournis dans les salles de procédures/blocs opératoires.
- Un éclairage ambiant et un éclairage des aires de travail seront installés dans chaque aire où travaille le personnel.
- Des caractéristiques d'aménagement permettant de réduire le niveau de bruit ambiant dans le bloc opératoire seront implantées lorsque cela est possible.
- La lumière naturelle doit être optimisée lorsque cela est possible.
- Les couloirs où circulent les patients devraient être munis d'un éclairage indirect lorsque cela est possible.

SYSTÈMES DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION

- Il faudrait considérer l'utilisation de systèmes permettant de suivre l'état de toutes les activités du bloc opératoire. De tels systèmes peuvent comprendre :
 - un système de localisation de patients qui fait le suivi des progrès de chaque patient, de son entrée initiale jusqu'à son départ des services chirurgicaux;
 - un système automatisé permettant de suivre l'état de chaque bloc opératoire afin que les salles soient immédiatement desservies à mesure qu'elles deviennent disponibles.
- Des systèmes de télécommunications et d'ordinateurs en réseau seront omniprésents à l'échelle des services du bloc opératoire. Chaque salle de procédure devrait pouvoir recevoir les fréquentes communications audio et visuelles transmises de façon à prendre en charge :
 - la communication sur écran et la surveillance continue de l'activité de tous les blocs opératoires avec plusieurs sites internes ou externes au bloc des services chirurgicaux;





PROJET DE REDEPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

- l'observation à distance de procédures chirurgicales à des fins d'enseignement;
- la visualisation et la consultation de résultats de pathologie.
- Le plan général du système d'archivage, et transmission d'images (SATI) devrait comprendre la lecture ou l'affichage à distance d'images numériques engendrées à l'extérieur du bloc opératoire.
- Un téléphone mains libres devrait se trouver dans chaque salle, près du poste d'exécution et du poste de l'anesthésiste.
- Plusieurs points d'accès aux instruments de télécommunications, aux postes informatiques en réseau et aux appareils mobiles de calcul sont requis dans les groupes de blocs opératoires et dans les salles d'opérations individuelles. Des postes d'information en réseau devraient relier les salles de procédures/blocs opératoires à la salle de travail d'anesthésie, à la banque de sang, au Service de pathologie chirurgicale et à la salle de commande.
- Toute planification de systèmes de télécommunications doit intégrer l'utilisation de certaines technologies permettant de contourner une interférence potentielle avec l'équipement médical de diagnostic et de surveillance.
- La construction de l'infrastructure dans l'aire chirurgicale devrait mettre l'accent sur un maximum de souplesse permettant une future expansion et connexion à de nouvelles technologies de l'information.

EXIGENCES PARTICULIÈRES LIÉES À L'ÉQUIPEMENT

- Un système de sécurité muni de capteurs et d'alarmes permettra de surveiller l'équipement de soins des patients.
- Il est recommandé d'utiliser au maximum l'espace du plafond (p. ex., les « rails » destinés à l'équipement) plutôt que l'espace du plancher ou des murs.
- Toutes les salles devront être équipées pour pouvoir effectuer les examens audiologiques et neurologiques intra-opératoires.
- L'utilisation d'équipement d'imagerie peri-opératoire dans le bloc des services chirurgicaux influera sur la sélection et l'utilisation d'autre équipement électronique et de surveillance dans le bloc et les aires immédiatement adjacentes. Une protection appropriée devrait être fournie dans les salles destinées aux TAO et aux angiographies. Il faudra aussi implémenter une procédure de sélection d'équipement renseignée afin de maintenir un environnement propre à favoriser toutes les formes de surveillance électronique couramment utilisées de nos jours dans les procédures d'intervention.
- Au minimum, un bloc opératoire destiné à la micromanipulation chirurgicale (à effraction) doit être équipé ou conçu pour l'utilisation de lasers.





PROJET DE REDEPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE



SUP. EXISTANTES ⁽¹⁾ B-2			SUPERFICIES PROPOSÉES B-1					
N°	Local	Existant sup nette (m2)	Local	Exist./Réam.			Normes sup nette (m2)	Remarques
				Superficie nette (m ²)				
				Nbr	sup.	total		

Note 1 : Noter que les activités de ce service faisaient partie du PFT du pavillon de Neurologie en juin 2008. Le PFT révisé-mai2009 prévoit uniquement une mise aux normes des espaces existants afin de desservir la clientèle de l'urgence et des unités de neurologie du HGM (lits de ACV et TCC).

CUSM - site de la montagne

Programme fonctionnel et technique | tableau des superficies

services diagnostiques et thérapeutiques
bloc opératoire

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total		
Services péri-opératoire: aire d'accueil									
09-101	Poste d'accueil et de surveillance	1	15.0	15.0	1	10.0	10.0	-5.0	superficie diminuée
	Salle d'attente	1	27.0	27.0	1	20.0	20.0	-7.0	superficie diminuée
30-120	Salle de consultation - famille	0	0.0	0.0	1	10.0	10.0	10.0	nouvelle salle ajoutée
	Salon de famille	0	0.0	0.0	1	15.0	15.0	15.0	nouvelle salle ajoutée
30-102	Toilette adaptée - visiteurs	1	0.0	0.0	1	4.5	4.5	4.5	nouvelle salle ajoutée
	Zone de transfert	4	12.0	12.0	0	12.0	0.0	-12.0	non-utilisé
	Convoyeur et pneumatique	4	5.0	5.0	0	5.0	0.0	-5.0	non-utilisé
	Sous-total			59.0			59.5	0.5	
Services péri-opératoire: Salle de préparation et récupération									
30-134	Cubicule de déshabillage	0	0.0	0.0	3	3.0	9.0	9.0	
30-134	Cubicule de déshabillage adapté	0	0.0	0.0	1	4.0	4.0	4.0	
	Casiers sécurisés	0	0.0	0.0	20	0.4	8.0	8.0	20 casiers ds aire d'attente
09-124	Aire d'attente - chaises	0	0.0	0.0	8	1.7	13.6	13.6	6-8 personnes
09-102	Aire d'attente - 4 civières	0	0.0	0.0	4	9.5	38.0	38.0	4 civières dont 2 monitorées
09-125	Salle de préparation et récupération	0	0.0	0.0	10	6.0	60.0	60.0	10 fauteuils
09-126	Poste d'observation	0	0.0	0.0	1	20.0	20.0	20.0	4 personnes
	Chariot médical d'urgence	0	0.0	0.0	1	1.4	1.4	1.4	localisé au poste
	Station pneumatique	0	0.0	0.0	1	1.4	1.4	1.4	localisé au poste
09-135	Fournitures propres - alcôve	0	0.0	0.0	1	9.0	9.0	9.0	
30-130	Utilité souillée	0	0.0	0.0	1	9.0	9.0	9.0	
09-136	Salle d'examen	0	0.0	0.0	1	11.0	11.0	11.0	
30-104	Toilette personnel	0	0.0	0.0	1	2.5	2.5	2.5	
09-137	Toilette / douche pour patients (adaptée)	0	0.0	0.0	1	5.5	5.5	5.5	
	Sous-total			0.0			192.4	192.4	
Services péri-opératoire: Salle de réveil									
09-104	Aire des civières	8	9.5	76.0	17	9.5	161.5	85.5	nbre de lits en fonct.des salles d'op.
09-105	Salle d'isolement (1 civiere)	1	10.5	10.5	1	10.5	10.5	0.0	nouvelle salle ajoutée pour isolement
09-106	Sas salle d'isolement	0	4.0	0.0	1	4.0	4.0	4.0	nouvelle salle ajoutée pour isolement
30-102	Toilette isolement	0	4.0	0.0	1	4.5	4.5	4.5	
09-107	Poste de surveillance - salle de réveil	1	10.3	10.3	1	50.0	50.0	39.7	
	Chariot médical d'urgence	0	1.4	0.0	1	1.4	1.4	1.4	localisé au poste - espace ajouté
09-128	Salle de procédures	0	15.0	0.0	1	15.0	15.0	15.0	espace demandé
30-126	Alcôve lingerie	1	2.5	2.5	2	1.9	3.8	1.3	
09-135	Fournitures propres	1	6.0	6.0	1	9.0	9.0	3.0	superficie augmentée

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total		
30-130	Utilité souillée	1	6.0	6.0	1	9.0	9.0	3.0	superficie augmentée
30-102	Toilette adaptée	0	4.5	0.0	2	4.5	9.0	9.0	
30-104	Toilette personnel	0	2.5	0.0	1	2.5	2.5	2.5	
30-133	Entretien ménager	0	4.0	0.0	1	5.0	5.0	5.0	
	Salon de famille	4	15.0	15.0	0	0.0	0.0	-15.0	non requis
	Sous-total			126.3			285.2	158.9	
	Bloc opératoire (11 salles)								
09-129	Salle d'induction	0	16.0	0.0	5	16.0	80.0	80.0	1 / 2 salles op.; ajout
09-108	Salle de chirurgie générale	6	56.0	336.0	9	56.0	504.0	168.0	ajout de 3 salles M.I.S.
09-109	Salle de chirurgie ultraspécialisée	2	74.0	148.0	2	74.0	148.0	0.0	
09-121	Alcôve de brossage	0	4.0	0.0	5	4.0	20.0	20.0	1 / 2 salles op.
09-112	Aire de travail stérile et dépôt divers	1	166.7	166.7	1	250.0	250.0	83.3	stérilisateur "flash", réception des chariots propres et espaces d'entreposage stérile.
09-114	Attente chariots souillés (4)	1	30.0	30.0	1	10.0	10.0	-20.0	prox. ascenseur dédié au souillé
	Réc./assemb., chariots propres (12 ch.)	4	30.0	30.0	0	0.0	0.0	-30.0	intégré dans l'Aire de travail stérile
	Dépôt stérile	4	12.0	12.0	0	0.0	0.0	-12.0	intégré dans l'Aire de travail stérile
	Dépôt / anesthésie	4	24.0	24.0	0	0.0	0.0	-24.0	intégré dans l'Aire de travail stérile
	Dépôt / pharmacie	4	13.4	13.4	0	0.0	0.0	-13.4	intégré dans l'Aire de travail stérile
	Dépôt / orthopédie	4	13.4	13.4	0	0.0	0.0	-13.4	intégré dans l'Aire de travail stérile
09-119	Réserve d'équipements et Rayon-X	1	26.7	26.7	1	30.0	30.0	3.3	4 C-Arm, solutés et autres équipements; dépôt rayon X inclus.
	Dépôt rayon-X	4	4.0	4.0	0	0.0	0.0	-4.0	
	Salle de plâtre	1	18.0	18.0	1	18.0	18.0	0.0	non requis
30-126	Alcôve lingerie	1	3.3	3.3	2	1.9	3.8	0.5	
	Fournitures propres - alcôve	4	8.9	8.9	0	0.0	0.0	-8.9	intégré dans l'Aire de travail stérile
	Utilité souillée et déchets bio-med	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	transféré à la stérilisation
	Utilité souillée	1	8.9	8.9	1	9.0	9.0	0.1	
	Alcôve pharmacie	1	8.0	8.0	1	8.0	8.0	0.0	
30-133	Entretien ménager	1	4.0	4.0	1	5.0	5.0	1.0	
09-120	Labo- pathologie chirurgicale	1	18.6	18.6	1	25.0	25.0	6.4	
	Bureau - pathologie chirurgicale	4	9.3	9.3	0	0.0	0.0	-9.3	non requis
09-134	Local d'équipement informatique pour salles d'op.	0	3.0	0.0	11	3.0	33.0	33.0	nouvelle salle ajoutée pour intégration des syst. Informatiques
	Dépôt entretien ménager	4	8.0	8.0	0	0.0	0.0	-8.0	non requis
	Toilette personnel	3	2.5	7.5	1	2.5	2.5	-5.0	2 toil. envoyées à la salle de réveil et à la salle de préparation
	Sous-total			898.7			1146.3	247.6	
	Services administratifs								
09-130	Poste de contrôle - 2 personnes	1	13.0	13.0	2	5.5	11.0	-2.0	1 commis et 1 infirmière
25-101C	Bureau: infirmière chef	1	11.0	11.0	1	11.0	11.0	0.0	
25-101A	Bureau anesthésiste	1	13.9	13.9	1	11.0	11.0	-2.9	

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques
		Nbr	sup.	total	Nbr	sup.	total		
25-101A	Bureau polyvalent 3 pers.	3	11.0	33.0	3	5.5	16.5	-16.5	assist. inf. chef et éducateurs.
	Bureau chef département chirurgie	4	13.9	13.9	0	0.0	0.0	-13.9	non requis
	Sous-total			84.8			49.5	-35.3	
	Soutien au personnel								
09-110	Vestiaire-douche-bottage (femmes)	1	18.0	18.0	160	0.4	64.0	46.0	superficie ajustée en fn du nbre
09-110	Vestiaire-douche-bottage (hommes)	1	32.0	32.0	160	0.4	64.0	32.0	superficie ajustée en fn du nbre
	Toilette / douche personnel	1	4.0	4.0	2	11.5	23.0	19.0	toilettes et douche des vestiaires
30-104	Toilette personnel	0	0.0	0.0	1	2.5	2.5	2.5	toilettes et douche des vestiaires
09-131	Salle de repos et dictée (médecins)	1	14.0	14.0	1	22.0	22.0	8.0	repos et dictée combiné
09-132	Salle de repos du personnel	1	14.0	14.0	1	45.0	45.0	31.0	superficie ajustée en fn du nbre
	Salle de dictée	1	14.0	14.0	0	0.0	0.0	-14.0	jumelé a salle de repos
	Chambre de garde	4	7.0	7.0	0	0.0	0.0	-7.0	non requis
	Sous-total			103.0			220.5	117.5	
Superficie nette totale				1,271.8	1,953.4			681.6	
Facteur de conversion F1				1.55	1.55			1.55	
Sous-total brut F1				1971	3028			1056	
Facteur de conversion F2				1.15	1.15			1.15	
Sous-total brut F2				2267	3482			1215	
Facteur de conversion F3				<i>inclus dans F2</i>	1.10			1.10	
TOTAL F3				2267	3830			1336	

Note: Le tableau ci-haut inclus les surfaces des salles M.I.S. (579 m2 brut F1) ainsi que ceux de la chirurgie d'un jour (298 m2 brut F1).

PFT - JUIN 2008				PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009			
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques	
		Nbr	sup.	total			



4.4.1.4 SOUTIEN CLINIQUE

.1 CENTRE DE STÉRILISATION DES MATÉRIAUX CHIRURGICAUX

ÉTENDUE DES SERVICES

Le nettoyage, l'emballage et la stérilisation des instruments chirurgicaux et des équipements médicaux du HGM seront confiés au service de stérilisation central (SSC) :

- 11 salles de chirurgie du HGM situées dans l'agrandissement

La SSC aura également la responsabilité d'assembler et de préparer les chariots pour distribution au plateau d'intervention chirurgicale incluant les salles de réveil.

PLANIFICATION TECHNIQUE

L'espace accordé à la Centrale de stérilisation dépendra principalement de l'équipement des unités et de la quantité de postes de nettoyage et de stérilisation qui seront nécessaires pour nettoyer et stériliser l'équipement et de l'espace-plancher requis pour recevoir, décharger, préparer, recharger et distribuer les chariots destinés aux plate-formes d'intervention. Le nombre de ces interventions et la quantité et la grosseur de ces chariots auront un impact certain sur l'ensemble de l'espace consacré à la Centrale de stérilisation.

Actuellement, le nombre de procédures d'intervention se stabilise. Conséquemment, on peut penser que la quantité de lingerie et de paquets stériles nécessaires à ces interventions se stabilisera également.

Le service de stérilisation n'obtiendra pas de budgets supplémentaires mais en rationalisant les opérations et en combinant deux services en un seul, nous réussirons à faire des économies d'autant plus que le service sera placé à côté de son client principal. La disponibilité d'une main d'œuvre suffisante pour maintenir un service en fonction 24 heures sur 24, afin de réduire les besoins d'équipement, n'est cependant pas garantie.

ORGANISATION ET CONFIGURATION

À l'intérieur du modèle du plan directeur immobilier, on devra tenir compte des besoins suivants :

- Situation et relation de la Centrale avec toutes les zones d'intervention.
- Transport vertical automatisé.
- Livraison, préparation et collection des chariots.
- Incidence de l'utilisation des paquets de linge jetables vs réutilisables
- Utilisation des techniques de stérilisation appropriées pour le nettoyage des tubulures et instruments flexibles.
- Communication efficace entre les services de gestion du matériel, du service de stérilisation et les responsables des aires de service et d'entreposage de la salle d'opération principale.
- Le processus de stérilisation pour la plate-forme d'intervention devra être regroupé et intégré au service de stérilisation. Pour une utilisation optimale de l'équipement et des plateaux dans les



PROJET DE REDEPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SOUTIEN CLINIQUE

- cas de chirurgie à effraction, les unités de soins intensifs et l'urgence recevront des équipements et items spécialisés standardisés (au lieu du « sur mesure » pour les services ou les médecins)
- Le service de stérilisation aura une contiguïté verticale avec le bloc opératoire, et comprendra la réception des items souillés, la décontamination, la stérilisation, la préparation des plateaux et des chariots, l'entreposage stérile, les aires de montage des chariots et leur distribution.
 - La conception du SSC devrait tenir compte d'un déroulement des opérations et ce, de manière conséquente avec le contrôle de qualité, les règles de manipulation et le contrôle aseptique exercé à l'intérieur du HGM. Il faut également que la séparation entre les matières stériles et celles contaminées soit maintenue en tout temps.
 - Les locaux seront planifiés pour que les matières contaminées n'entrent jamais en contact avec les matières propres ou stériles. L'accès à ces deux endroits sera contrôlé pour permettre uniquement au personnel autorisé et portant les vêtements réglementaires d'y accéder.
 - La décontamination comprendra des postes de travail et des postes de lavage automatisés pour transporter les chariots vers la salle de stérilisation. Le processus de stérilisation devrait être automatisé de façon optimale, utilisant des convoyeurs et autres supports mécaniques, le plus souvent possible.
 - Un système informatisé du contenu des chariots concernant les préférences individuelles pour les instruments devra être utilisé pour les salles d'opération. Notre objectif est que 90% ou plus des chariots soient complétés au SSC avant la livraison. Un système au pro rata sera utilisé pour tous les autres secteurs de soins médicaux.
 - Pour les besoins de la planification, on estime que les chariots seront distribués selon les pourcentages suivants : 33% en service ou prêts à être livrés, 33% en préparation, et 33% en décontamination.
 - Le matériel contenu dans les chariots fermés pourra circuler sans compromettre la stérilité du contenu, dans les aires non-contaminées de la plate-forme d'intervention.
 - Idéalement, le système de commande et d'entreposage du SSC sera intégré à celui du Service de gestion du matériel.
 - La collecte des instruments souillés et la distribution des instruments stériles dans des locaux situés à l'extérieur de la plate-forme d'intervention sera fait par le personnel du service de transport, de même que la distribution et la collecte d'équipement plus gros. Le personnel affecté au transport sera avisé par ordinateur.
 - Le service de décontamination du SSC recevra tous les items contaminés en provenance des salles d'opération, salles de traitement et de tout l'hôpital.
 - Le processus de décontamination et le lavage des instruments portables, à l'exception des chaises roulantes, civières ou tout autre convoyeur à roulettes se fera au SSC. Après le nettoyage, l'équipement sera placé dans un endroit adjacent au SSC, attendant d'être ramassé et retourné dans les unités de soins tel que requis pour maintenir à jour l'inventaire d'équipement dans chacun des départements.





PRINCIPES FONCTIONNELS ET OPÉRATIONNELS

ACCÈS

- La stérilisation du SSC sera accessible par ascenseur dédié sous les salles d'opération pour réduire l'entreposage des chariots et des emballages stériles d'urgence, requis dans les espaces de rangement de la salle d'opération. Ceci réduira également le temps réponse aux commandes urgentes.
- La séparation de ce qui est stérile et contaminé doit être strictement respectée et doit s'étendre à l'accès et la circulation dans la Centrale.
- Il faudra prévoir un point de distribution pour le personnel médical qui voudra occasionnellement prendre livraison d'instruments ou de matériel.

DÉCONTAMINATION ET LAVAGE

- Il faudra prévoir suffisamment d'espace pour la salle d'attente des chariots provenant des salles d'opération et contenant des éléments contaminés.
- Le personnel travaillant dans ce secteur devra entrer et sortir par une antichambre où ils revêtiront des survêtements protecteurs.
- La décontamination devra avoir des postes de travail pour le trans-vidage des chariots et le regroupement des instruments contaminés, la décontamination, le nettoyage additionnel et l'installation des chariots sur les convoyeurs de lavage vers l'aire de stérilisation.
- Espace disponible pour rangement des détergents et pour le service et l'entretien des laveuses
- Armoire de rangement d'instruments de ménage en salle de décontamination.
- Toute la lingerie, les fournitures médicales, les chariots d'urgence et l'équipement seront nettoyés par le service de gestion du matériel.
- La laveuse de chariots sera utilisée uniquement pour les chariots de chirurgie. Un second lavoir de chariots sera installé au centre de traitement.

ASSEMBLAGE, TRAITEMENT ET DISTRIBUTION

- Cet espace permettra le montage des plateaux et instruments, la stérilisation de la lingerie et des équipements, la préparation et la stérilisation des emballages linge/instruments, le montage des chariots, la distribution et l'entreposage des items propres et stérilisés et la préparation des chariots.
- L'assemblage et la stérilisation doivent être le plus automatisé possible, utilisant des convoyeurs et autres systèmes mécanisés, si disponibles.
- Un espace de rangement pour les emballages de linge devrait être intégré dans le processus d'assemblage et de traitement.
- Il faudra prévoir une aire de montage à l'extérieur du lavoir de chariots. On prévoit que jusqu'à 33 % des chariots pourraient se trouver à la Centrale en même temps.
- Un carrousel ou salle d'entreposage stérile avec aire de montage devrait être disponible pour le rangement des chariots d'intervention. Il faudra des étagères fixes avec dégagement aux deux extrémités et de l'espace suffisant pour permettre aux chariots de se croiser sans problème dans les allées.





PROJET DE REDEPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SOUTIEN CLINIQUE

- Les chariots seront transportés des salles d'entreposage stérile de la Centrale jusqu'aux aires de montage sur la plate-forme d'intervention par des ascenseurs réservés à cet effet. Les chariots iront alors directement dans une aire stérile ou dans un espace propre qui le mènera à d'autres espaces stériles.
- Tous les chariots sont fermés par des portes de métal scellées leur permettant de circuler dans les endroits propres de la plate-forme d'intervention sans danger de contamination.
- L'accès aux aires d'entreposage stérile dans les magasins généraux sera restreint.
- Les déchets produits par les interventions dans les salles d'opération seront retournés dans les chariots contenant des déchets souillés et disposés dans une salle de déchets bio-médicaux.

ESPACES DE BUREAUX ET PERSONNEL DE SOUTIEN

- Il faut une ambiance calme dans les bureaux où se feront le travail clérical, les réunions internes ou les rencontres avec des représentants de compagnies.
- Les bureaux devront être accessibles à partir des voies principales du système de circulation sans entrer dans les espaces interdits, propres ou souillés.
- Le superviseur et le gestionnaire doivent avoir un bureau sur place.
- Deux postes de travail seront à la disposition du personnel clérical.

SYSTÈMES DE CONSTRUCTION: CVCA, PLOMBERIE, ÉLECTRICITÉ ET ÉCLAIRAGE

- Les activités et les équipements au sein de la Centrale exigent des spécifications mécaniques et environnementales spéciales.
- Les systèmes d'eau dé-ionisée doivent être prévus pour la salle de décontamination. Les systèmes d'eau dé-ionisée doivent être planifiés pour la salle de décontamination.
- L'espace qui y sera consacré doit être localisé, planifié et dessiné afin de limiter les dommages éventuels sur les espaces avoisinants que pourraient causer des fuites d'eau ou une accumulation de vapeur d'eau.
- Le plancher et les murs doivent être hydrofugés et recouverts de matériaux non-organiques.
- Le système CVCA à la Centrale doit être conçu en fonction des normes et standards de contrôle des gouvernements provincial / fédéral incluant :
 - Pression positive et un minimum de 6 changements d'air/hr dans les aires propres
 - Pression négative et 100 % d'échappement dans les salles de décontamination
 - Ventilation assez puissante pour réduire l'accumulation de vapeur d'eau
 - Système de filtration d'air supplémentaire dans la salle d'inspection du linge qui capte et retient la poussière.
 - Les installations de stérilisation à la vapeur et au gaz oxyde d'éthylène sont sujettes à des règlements stricts et extensifs mis en place par les responsables de l'environnement et de la protection de la sécurité des employés. Il faudra donc installer des systèmes de contrôle afin de détecter les fuites.
 - Notre matériel utilisera des lignes électriques spéciales tout comme des lignes d'eau et de vapeur, les drains et systèmes de revêtement.





PROJET DE REDEPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE SOUTIEN CLINIQUE

- L'environnement de travail et les aires de repos devraient idéalement bénéficier de la lumière du jour.
- Il faudra des génératrices pour maintenir certains équipement mécanique en opération dont :
 - Convoyeur vers l'aire de stérilisation de la plate-forme d'intervention.
 - Équipements de stérilisation au gaz

SYSTÈMES DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION

- Un système d'information automatisé sera utilisé dans tout l'hôpital pour le contrôle de l'inventaire l'évaluation de la consommation, les commandes automatisées, etc.
- Des postes informatisés, dotés d'une protection spéciale contre le micro- environnement créé par les instruments de lavage et de stérilisation, seront nécessaires pour maintenir et gérer les inventaires et la circulation des instruments.





PROJET DE REDEPLOIEMENT DU CUSM - PFT

CAMPUS DE LA MONTAGNE
SOUTIEN CLINIQUE



Programme fonctionnel et technique | tableau des superficies

soutien clinique
stérilisation

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques			
		Nbr	sup.	total					
	Secteur souillé - Décontamination								
22-101	Réception des marchandises souillées	1	30.4	30.4	7.6				
22-102	Tri, vérification, nettoyage	1	75.8	75.8	-23.8	ancien "répartition, déchets, prép."; moins sup. pour Aire chariots souillés			
22-103	Salle de pandémie / salle de "krusfeld jacob"	1	0.0	0.0	13.5	fonction ajoutée requis pr isolement			
22-104	Salle détersifs / RO	1	8.6	8.6	9.4	ajout d'équipement RO; sup. augmentée			
22-105	Nettoyage à ultrason	1	35.2	35.2	-8.7	ancien Nettoyage de scopes			
22-106	Aire des laveurs d'équipement (chargement souillé)	1	68.3	68.3	-17.3	ancien Nettoyeurs d'équipement (moins superficie pour Laveurs de chariots) sup. autrefois ds aire des laveurs d'équipement			
22-107	Laveurs de chariots	1	0.0	0.0	18.0				
22-108	Entreposage : produits nettoyants	1	6.5	6.5	2.0				
22-122	Aire des chariots souillés	1	0.0	0.0	30.0	sup. autrefois Tri, vérification, nettoyage			
22-123	SAS souillé	1	0.0	0.0	8.0	fonction ajoutée requis pr isolement			
22-124	Entrée des chariots souillés	1	0.0	0.0	8.0	fonction ajoutée requis pr isolement			
22-125	Déchet biomédical	1	0.0	0.0	20.0	fonction reprise du prog du bloc op.			
30-133	Éco-salubrité, local de rangement	1	8.6	8.6	-4.6	superficie diminuée			
	Sous-total			233.4		295.5 62.1			
	Secteur propre - Préparation								
22-109	SAS propre et stérile / Réception / Breakout	1	19.5	19.5	2.0	ancienne Réception de lingerie			
22-110	Aire des stérilisateur à vapeur - chargement	1	37.9	37.9	12.1	ancien Chargement terminal de stérilisation			
22-111	Stérilisateur à basse température	1	22.8	22.8	0.2	ancien "autres stérilisateur" ancien Assemblage d'instruments / emballage (53.1mc); la superficie pour l'Assemblage propre de scopes scopes et d'équipement est incluse, moins la superficie pour l'Aire des laveurs d'équipement propre			
22-113	Vérification, emballage, montage	1	53.1	53.1	1.9				
22-116	Entreposage: produits non durables	1	21.7	21.7	0.3				
22-126	Aire des laveurs d'équipement (déchargement propre)	1	0.0	0.0	48.5	superficie autrefois dans Vérification, emballage			
30-133	Éco-salubrité, local de rangement	1	0.0	0.0	4.0	nouvelle fonction ajoutée			
22-442	Assemblage propre de scopes	4	49.0	49.0	-19.0	intégré dans Véri., emball., montage			
22-444	Assemblage d'équipement	4	45.5	45.5	-45.5	intégré dans Véri., emball., montage			
	Sous-total			219.5		224.0 4.5			
	Secteur Stérile - Entreposage								
22-117	Répartiteur	1	6.5	6.5	-0.9	espace de travail près de l'ascenseur			
22-115	Assemblage et distribution des chariots stériles	1	56.9	56.9	-8.4	ancien Assemblage des chariots			
22-118	Entreposage: stérile	1	113.7	113.7	186.3	920 m.lin. de rangement			

PFT - JUIN 2008					PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009				
N° fiche	Local	Superficie nette (m ²)			Écart m2 net	Remarques			
		Nbr	sup.	total					
22-127	Séchage des chariots propres	1	0.0	0.0	28.0	nouvelle fonction ajoutée			
22-128	Refroidissement de chariots	1	0.0	0.0	33.0	nouvelle fonction ajoutée			
30-133	Éco-salubrité, local de rangement	1	8.6	8.6	-4.6	superficie diminuée			
	Sous-total			185.7	227.8				
	Soutien aux employés								
30-105	Toilette adaptée - personnel	1	0.0	0.0	4.5	nouvelle fonction ajoutée			
30-108	Toilette / douche personnel	1	5.6	5.6	-0.1	dans casiers femmes			
30-108	Toilette / douche personnel	1	5.6	5.6	-0.1	dans casiers hommes			
30-108	Toilette / douche personnel	1	5.6	5.6	-0.1	dans le SAS souillé			
30-134	Casiers - personnel: femmes	1	11.4	11.4	4.1	22 casiers. superficie augmentée			
30-134	Casiers - personnel: hommes	1	22.8	22.8	0.0	37 casiers. superficie augmentée			
	Sous-total			51.0	8.3				
	Aire Administrative								
22-119	Salle polyvalente (Repos/Formation)	1	43.4	43.4	-14.9	conférence de 15-20 personnes			
22-120	Salle d'attente	1	3.3	3.3	0.0				
22-121	Salle fournitures bureau: petite	1	4.3	4.3	0.0				
25-101	Bureau: superviseur (CSR)	1	9.8	9.8	-1.4				
25-101	Bureau: gestionnaire (chef CSR)	1	11.1	11.1	-2.7				
25-102	Poste de travail: secrétaire (CSR et OR Logistics)	2	5.6	11.2	0.0				
25-101	Bureau: superviseur (OR Logistics)	0	0.0	0.0	8.4	nouvelle fonction ajoutée			
25-101	Bureau: gestionnaire (chef OR Logistics)	0	0.0	0.0	8.4	nouvelle fonction ajoutée			
30-117	Cuisine	1	2.7	2.7	-2.7	inclu dans la Salle polyvalente			
	Sous-total			85.8	-41.0				
Superficie nette totale				775.4	1,037.1	261.7			
Facteur de conversion F1				1.35	1.35	1.35			
Sous-total brut F1				1047	1400	353			
Facteur de conversion F2				1.15	1.15	1.15			
Sous-total brut F2				1204	1610	406			
Facteur de conversion F3				inclus dans F2	1.10	1.10			
TOTAL F3				1204	1771	447			



PROJET DE REDÉPLOIEMENT DU CUSM

CAMPUS DE LA MONTAGNE

BILAN DES SUPERFICIES

4.4.2 Bilan des superficies brutes F1

UNITÉ	PFT - JUN 2008 Superficie brute F1 (m2)	PFT RÉVISÉ - AVRIL 2009 Superficie brute F1 (m2)	ÉCART
	136 + 26 = 162 lits	189 lits	27 lits
Unité de chirurgie - 34 lits	2,724	2,871	147
PFT: 36 lits, PFT REVISE: 34 lits chirurgie + 10 lits trauma step down	36 lits	34 lits	
Unité d'orthopédie - 36 lits	2,724	3,008	284
	36 lits	36 lits	
Unité de gériatrie - 28 lits	2,540	2,886	345
	28 lits	28 lits	
Unité de court séjour - 10 lits		736	736
		10 lits	
Unités de neurologie - 26 lits: ACV (14 lits) et TCC (12 lits)	1,912	2,057	145
Provient du programme de neurologie.	26 lits	26 lits	
Unité de soins intermédiaires: trauma step down - 10 lits		690	690
Provient des lits de chirurgie		10 lits	
Unité de médecine	2,724	3,418	694
	36 lits	45 lits	
SOUS-TOTAL HOSPITALISATION	12,624	15,667	3,043
EEG-EMG	226	226	0
inclus au PFT du pavillon de neurologie			
Urgence	3,929	4,407	478
Bloc opératoire (excluant M.I.S et chirurgie d'un jour: 877 m2 brut F1)	1,971	2,151	179
Centrale de stérilisation	1,047	1,400	353
SOUS-TOTAL ER+OR+CSR+eeg/emg	7,173	8,184	1,011
TOTAL F1	19,798	23,851	4,053
Facteur de conversion F2	1.15	1.15	
TOTAL F2	22,767	27,429	4,661
Facteur de conversion F3	inclus dans f2	1.10	
TOTAL F3	22,767	30,171	7,404





CAMPUS DE LA MONTAGNE BILAN DES SUPERFICIES





4.5 Exigences techniques

Voir la section 4.4 ainsi que les fiches techniques (annexe III) pour les exigences techniques.





EXIGENCES TECHNIQUES





5. Mise en œuvre et réalisation du projet

5.1 Mode de réalisation du projet

Le 7 avril 2006, le gouvernement du Québec annonçait que deux modes de réalisation seraient envisagés pour la réalisation du projet de redéploiement:

- Mode conventionnel / forfaitaire
Selon cette approche, l'ensemble des plans et devis définitifs sont complétés par le CUSM avant de procéder à un appel d'offres global pour la construction à un prix global fixe et un échéancier ferme
- Mode partenariat public-privé (PPP)
Selon cette approche, un organisme public ratifie un contrat de longue durée avec une entreprise du secteur privé couvrant les trois éléments suivants :
 - Le financement d'ouvrages nécessaires au service public.
 - La construction des ouvrages
 - Leur entretien, leur exploitation et/ou leur gestion

Le mode conventionnel / forfaitaire a été retenu pour le campus de la Montagne.

5.2 Échéancier de réalisation

Un échéancier préliminaire de réalisation a été présenté à même le rapport d'étape préconçu de l'option 4.1 (émis le 2 avril 2009 et révisé le 8 mai 2009).

5.3 Enjeux et risques

Les risques ont été identifiés et sont gérés conjointement avec le bureau du Directeur exécutif responsable des projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal. L'équipe de gestionnaires de projet maître sont responsables de mettre à jour le plan de gestion des risques et de l'élaboration d'un plan de mitigation pour une gestion efficace des risques.

5.4 Estimation des coûts du projet de construction

En avril 2004, la commission Mulroney-Johnson confirmait que les coûts de construction du projet du CUSM reflétaient les coûts du marché et prenaient en compte les conditions spécifiques du site.

La CHQ a développé, en collaboration avec le CUSM et le CHUM, un guide de référence incluant une section sur des coûts de référence. Ce guide a pour objectif d'aider les concepteurs à modéliser les plans de coûts du projet.

Avant le début de la concentration des travaux importants d'ingénierie, d'architecture et de préparation des documents contractuels (construction), un budget convenu sera fixé entre l'équipe de gestionnaire de projet maître et le CUSM. Ce budget sera approuvé par le bureau du Directeur exécutif responsable des projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal.





5.5 Estimation du projet d'immobilisation

Un budget d'immobilisation a été élaboré et approuvé par le bureau du Directeur exécutif responsable des projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal. Ce budget d'immobilisation présenté officiellement par les représentants du gouvernement le 7 avril 2006 devra être respecté et fera l'objet d'un suivi constant.

5.6 Estimation des coûts d'opération

Un budget d'opération pour l'an un (en \$ de 2006-2007 qui devront être indexés en fonction de la date d'ouverture) a été soumis à l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Le dossier est présentement à l'étude et devra faire l'objet d'une autorisation officielle afin de permettre aux équipes maîtres de projets de procéder à la phase de réalisation du projet.





Annexe I

Liste des intervenants (juin 2008)

Campus Glen

4.4.3.1.1 Unité de soins médicaux et chirurgicaux (adulte)

Ms. Diane Bastasi	Physiotherapist
Ms. Valerie Cass	Head Nurse
Ms. Elissa Comolli	Patient Representative
Dr. Allen Huang	Chief of Geriatrics
Ms. Pina Laricca	Nurse Manager
Ms. Chantal Lefebvre	
Dr. Sarkis Meterissian	Surgical Oncologist
Ms. Carole-Ann Miller	Head nurse
Ms. Lisa Rosati-White	Patient Representative
Ms. Marika Swidzinski	Clinical Nurse Specialist
Dr. Vivian Sziklas	

4.4.3.1.2 Unité de soins intensifs médicaux et chirurgicaux et unité de soins coronariens (adulte)

Dr. Mark Angle	Anesthetist in Chief, Director CCU
Mr. William Balfour	Patient Representative
Ms. Francine Brabant-Molleur	Nurse Manager
Dr. Sandra Dial	Physician
Dr. Peter Goldberg	Physician
Dr. Richard Haichin	Physician
Ms. Cathy McKeown	Assistant Manager
Ms. Hélène Paradis	Pharmacist
Ms. Yvonne Pérusse	Assistant Chief Respiratory Therapy
Mr. Sébastien Poitras	Senior Advisor Tech. Management
Ms. Teresa Rodrigues	Unit Coordinator
Ms. Lisa Rosati-White	Patient Representative
Ms. Chantal Souigny	Head Nurse
Ms. Jocelyne St-Laurent	Nurse Manager
Ms. Colleen Stone	Nurse Manager
Ms. Micheline Vincelli	Unit Coordinator

4.4.3.1.3 Soins mère-enfant

Dr. Keith J. Barrington	Department Head
Dr. Alice Benjamin	Director, Division Of Obstetrics
Ms. Francine Boucher	Assistant Head Nurse
Ms. Luisa Ciofani	Clinical Nurse Specialist
Ms. Carole Fullum Wagman	Patient Representative
Ms. Louise Garand	Nurse Manager
Ms. Louise Lang	Assistant Head Nurse
Dr. Sally Weeks	Anesthesiologist



4.4.1.1.1 Unité de soins généraux, d'immunodéprimés et de psychiatrie (pédiatrie)

Ms. Jocelyne Albert	Clinical Nurse Specialist
Dr. Franziska Baltzer	Director
Dr. Jean-François Bélair	Director
Dr. Marion Cummings	Resident in Pediatrics
Ms. Charlotte Gault	Secretary Ward 7C2
Ms. Barbara Izzard	Head Nurse 7C2 & 7C1
Dr. Petr Kavan	Division Head
Dr. Fiona Key	Interim Director Psychiatry, Director Crisis Unit
Ms. Jenny Milne-Smith	Nurse Manager 7D
Dr. Jose Luis Montes	Division Head
Dr. Gary Pেকেles	Director
Ms. Josefina Revuelta	Assistant Head Nurse 6C1
Ms. Sharon Vance	Patient Representative
Ms. Lucia Zarnardelli	Assistant Head Nurse

4.4.1.1.2 Unité pédiatrique de soins intensifs (UPSI)

Mr. Frank Carnevale	Head Nurse
Ms. Monica Gallagher	Nurse
Ms. Loraine Gilbert	Intermediate Clerk
Dr. Ron Gottesman	Division Head
Ms. Marisa Leone	Assistant Manager
Mr. Carlos Noriega	Technician
Ms. Margaret Powell	Nurse
Ms. Shawn Selby	Patient Representative
Ms. Patricia Vandecruys	Pharmacist
Ms. Michèle Viau-Chagnon	Clinical Care Consultant
Dr. Davinia Withington	Anaesthetist / Intensivist

4.4.1.1.3 Unité néonatale de soins intensifs (Niveaux I et II)

Ms. Teri Adamo	Pharmacist
Dr. Keith J. Barrington	Department Head
Ms. Linda Boisvert	Clinical Nurse Specialist
Dr. Robert Brouillette	Vice Chair of Pediatrics MUHC
Ms. Carole Cormier	Clinician Nurse, Developmental Pediatric
Dr. Richard Gosselin	Neonatologist
Ms. Diane Lalonde	Assistant Head Nurse Neonatology
Ms. Marisa Leone	Assistant Manager
Ms. Nathalie Moisan	Patient Representative
Ms. Andréane Pharand	Head Nurse 9C

4.4.1.1.4 Services éducatifs et scolaires

Ms. Marie-France Haineault	Child Life Specialist
Ms. Kathie Moffatt	Dept. Head
Mr. Robert Ruffolo	Teacher



4.4.3.2.2 Urgence (adulte)

Ms. Vickie Atkinson	Nurse
Dr. Marc Beique	Director of Adult Emergency Department -
Ms. Marie-Claire Bélanger	Associate Director of Clinical
Ms. Marie Boucher	Infirmiere Chef
Ms. Elizabeth Carone	Social Worker
Dr. David Evans	Physician
Dr. Gary Inglis	Director
Ms. Janet Macdonald	Nurse manager
Ms. Brenda MacGibbon-Taylor	Patient Representative
Dr. Robert Primavesi	Chief of Medicine
Mr. Steven Supersad	Coordinator
Dr. James Welch	Emergency Physician / Site Director

4.4.2 Centre du cancer (exc. la radiothérapie et l'hôpital de jour)

Dr. Geoffrey Blake	Acting Director of Hematology
Mr. Brian Bradley	Manager
Dr. Susan Burdette-Radoux	Physician
Ms. Carole Burnett	Head Nurse
Mr. David Cassidy	Physiotherapist
Ms. Elissa Comolli	Patient Representative
Ms. Joyce Constantin	Nurse Manager
Ms. Margaret Eades	Nurse
Dr. Petr Kavan	Division Head
Dr. Antoine Loutfi	Director
Dr. Sarkis Meterissian	Surgical Oncologist
Dr. Raghu Rajan	Oncologist
Ms. Myriam Skrutkowski	
Ms. Marika Swidzinski	Clinical Nurse Specialist
Ms. Maria Tsokas	Unit Coordinator

4.4.1.2.3 Urgence (pédiatrie)

Dr. Harley Eisman	Associate Director
Ms. Nadia Eldaoud	Assistant Head Nurse
Ms. Debbie Friedman	Chef des programmes
Ms. Elizabeth Gibbon	Coordinator
Ms. Marie-France Goyer	Emergency
Dr. David McGillivray	Director of Medical Emergency
Ms. Louise Murray	Nurse Manager
Ms. Josefina Revuelta	Assistant Head Nurse 6C1
Dr. Kenneth Shaw	Surgeon
Ms. Androniki Tsoybariotis	Nurse



4.4.1.2.1 Cliniques ambulatoires (pédiatrie)

Dr. Michael Davis	Director
Ms. Danielle Drouin	Patient Representative
Ms. Georgia Kotsirilos	Respiratory Therapist
Ms. Eileen Mahoney	Manager
Ms. Jenny Milne-Smith	Nurse Manager 7D
Dr. Francisco Noya	Physician
Ms. Randy Robins	Administrative Head
Ms. Lynn Savoie	Coordinator Ambulatory Services
Dr. Michael Shevell	Physician
Dr. Ted Tewfik	Physiciae

4.4.1.2.2 Hôpital de jour (pédiatrie)

Ms. Gisele Bélanger	Nurse Manager
Ms. Colombe Blais	Coordinator
Ms. Lucy Caron	Clinical Nurse Specialist
Dr. Geoffrey Dougherty	Division Head, Intensive Ambulatory Care
Ms. Pauline Espinosa	Nurse
Ms. Beverly Fields	Patient Representative
Mr. Paul Goodyer	Division Head
Dr. David Mitchell	Hematologist
Ms. Ann Marie Suess	Assistant Head Nurse

4.4.1.2.4 / 4.4.3.2.3 Bureaux des enseignants-médecins (adultes et pédiatrie)

Mr. Brian Bradley	Department Head
Dr. Robert Brouillette	Vice Chair of Pediatrics MUHC
Dr. Nicolas Christou	Head, Division of General Surgery
Ms. Christine Dolden	Manager
Ms. Antoinette Sevensma	Administrative Assistant
Dr. Linda Snell	Director

4.4.3.2.1 / 4.4.2.4 Hôpital de jour, incluant oncologie (adulte)

Dr. Samuel Benaroya	Director of Medical Clinics
Mr. Craig Chaplin	Patient Representative
Ms. Carmella D'Avella	Nurse
Mr. Patrick Mallaley	Patient Representative
Ms. Jacynthe Raymond	Social Worker
Ms. Vanessa Sakadakis	Social Worker
Ms. Ellen Seguin	Head Nurse
Ms. Diane Sylvain	Assistant Head Nurse
Dr. Anna Towers	Director
Ms. Donna Vrentas	Intermediate Clerk



4.4.2.6 Radiothérapie

Ms. Joyce Constantin	Nurse Manager
Ms. Valerie Fernandez	Patient Representative
Ms. Beverly Fields	Patient Representative
Dr. Pierre Fiset	Associate Professor
Dr. Carolyn Freeman	Radio-Oncology Chief
Ms. Carole Gingras	Manager
Mr. Pierre Leger	Engineer
Dr. Ervin Podgorsak	Director
Dr. Ted Reyes	Anaesthetist
Ms. Myriam Skrutkowski	
Ms. Mary Vescio	Administrative Technician
Ms. Suzanne Watt	Nurse

4.4.3.3.1 Services péri opérative (adulte)

Ms. Elizabeth Côté	Head Nurse
Ms. Rae DiBenedetto	Unit Coordinator
Ms. Nicole Garneau	Head Nurse
Ms. Lily Parenteau	Acting Head Nurse
Ms. Sharron Runions	Clinical Nurse Specialist
Dr. Jim Sloan	
Ms. Margaret Wallace	Patient Representative

4.4.1.3.1 Services péri opérative (pédiatrie)

Dr. Lolade Adewale	
Dr. Karen Brown	Anaesthetist
Dr. Etienne Goujard	
Ms. Thao Le	Nurse
Ms. Elvie Parayno	Head Nurse
Ms. Pauline Seguin	Patient Care Attendant

4.4.3.3.3 Endoscopie, Cystoscopie, Cathétérisme et Angiographie (adulte)

Dr. Denise	Urologist
Ms. Redempta Arana	Head Nurse
Dr. Jean-Pierre Beaudry	
Dr. Alain Bitton	
Dr. Carlo Fallone	Gastro-enterologist
Ms. Lidia Ferguson Sunak	
Mr. Daniel Houle	Manager/CSR
Mr. John Johnston	Patient Representative
Dr. Phil Lander	Radiologist
Ms. Elizabeth Lindner	
Ms. Cecilia Sanchez	Assistant Head Nurse
Dr. Larry Stein	Chief Radiologist
Mr. Jocelyn Vezina	Manager Cardiology



4.4.3.3.2 Blocs opératoires (adulte)

Dr. Mark Angle	Anesthetist in Chief, Director CCU
Dr. Steve Backman	Director
Ms. Elizabeth Côté	Head Nurse
Mr. Mark Daly	Assistant Chief Anaesthesia Technologist
Ms. Evelyne Dessureault	Nurse Clinician Teacher
Dr. Gerald M. Fried	Associate Surgeon and Chief
Dr. Pierre Guy	Orthopedist
Mr. Alain Lepage	
Ms. Alyson Lord	Nurse Manager
Mr. Sébastien Poitras	Senior Advisor Tech. Management
Ms. Danielle Sauvé	Manager
Dr. Andrew Scott	
Dr. Togas Tulandi	Professor

4.4.1.3.2 Blocs opératoires, endoscopie et cystoscopie (pédiatrie)

Dr. Karen Brown	Anaesthetist
Mr. Robert Campbell	Technician
Dr. Jean-Martin Laberge	Director
Dr. Joao L. Pippi Salle	Director
Mr. Steve Retfalvi	Equipment Control
Ms. Linda Sand	Nurse
Ms. Danielle Sauvé	Manager
Dr. Terry Sigman	Assistant Professor
Ms. Diane Souliere	Chief Technician
Mr. Robert Whittick	Manager

4.4.3.3.4 Imagerie médicale (adulte)

Ms. Josée Beloin	Nurse
Mr. Bill Brodie	Manager
Dr. Geoffrey Dean	Physicist
Dr. Raquel Del Carpio	Assistant Director Radiology, MUHC
Ms. Susie Gagné	Technologist
Mr. André Hamelin	Manager, Systems & Integration
Ms. Shirley Hirsch	Patient Representative
Dr. Phil Lander	Radiologist
Dr. Robert Lisbona	Chief
Ms. Rosemary Manio	Statistics, Payroll
Dr. Lucie Morin	Director, Div. Of Ultrasound
Ms. Lise Proulx	Manager
Mr. Nagi Sharoubim	Senior Advisor
Ms. Patricia Smith	Manager
Dr. Donatella Tampieri	Chief Radiologist



4.4.1.3.3 Imagerie médicale (pédiatrie)

Dr. Michel Azouz	Chief
Ms. Sonia Boisvert	Acting Chief Technologist
Ms. Heather Dewar	Manager Medical Imaging & Cardiology
Ms. Livia Di Sano	Administrative Technician
Ms. Nancy Jones	Nurse
Ms. Johanne L'Ecuyer	Chief Technologist
Dr. Raymond Lambert	Nucleist
Dr. Ted Reyes	Anaesthetist
Mr. Nagi Sharoubim	Senior Advisor
Ms. Harriet Sugar-Miller	Patient Representative

4.4.1.3.4 Laboratoire de cardiologie invasive et non invasive (pédiatrie)

Dr. Marie Béland	Division Head
Ms. Heather Dewar	Manager Medical Imaging & Cardiology
Ms. Sylvie Filteau	Holter Stress Test
Ms. Manon Gagnon	Echocardiography
Ms. Nancy Jones	Nurse
Ms. Shawn Selby	Patient Representative

4.4.1.3.5 Diagnostique neurologique (pédiatrie)

Ms. Lorraine Allard	Electrophysiology Technician
Dr. François Dubeau	Director, EEG Lab
Dr. Pierre Fiset	Associate Professor
Ms. Guylaine Potvin	Chief of Service
Ms. Barbara Regis	Sec. Adm.
Dr. Ted Reyes	Anaesthetist
Dr. Bernard Rosenblatt	Clinical Director
Ms. Rosemary Sylvestre	Nursing Coordinator
Ms. Jocelyne Thibodeau	EEG Technician
Ms. Adriana Venturini	Physiotherapist

4.4.3.3.5 Diagnostique cardiaque (adulte)

Ms. Lynn Bachand	Administrator
Dr. François Charbonneau	Assistant Professor
Mr. Lawrence Freedman	Patient Representative
Ms. Marlynne Gursky	Nurse Clinician Teacher
Dr. Thao Huynh	Coronary Care Director
Ms. Myra Iracleous	Physiotherapist
Ms. Lise Roussy	Chief Technologist
Mr. Jocelyn Vezina	Manager Cardiology



4.4.3.3.7 Physiothérapie/ Ergothérapie/ Orthophonie/ Audiologie (adulte)

Ms. Gwyneth Ainslie	Secretary
Ms. Sophie Burnett	Manager
Ms. Antoinette Di Re	Physiotherapist-in-Chief
Ms. Jill Harrison	Manager
Ms. Judy Philipson	Patient Representative
Ms. Madeleine Shaw	Manager
Ms. Barbara Weiss	Audiologist

4.4.1.3.6 Service pédiatrique de développement et de comportement (SPDC)

Ms. Laura DeCotis	Administrative Support
Ms. Debbie Friedman	Chef des programmes
Ms. Eileen Kennedy	Professional Coordinator
Dr. Charles Larson	Department Head
Ms. Linda McNicoll	Administrative Secretary
Ms. Louise Miller	Professional Coordinator
Ms. Elaine Pelland-Blais	Professional Coordinator
Dr. Maria Ramsay	Psychologist
Ms. Randy Robins	Administrative Head
Ms. Joanne Stamegna	Professional Coordinator

4.4.1.3.7 Diagnostique des maladies respiratoires et inhalothérapie (pédiatrie)

Dr. Michael Davis	Director
Ms. Gislaine De Ladurantaye	Patient Representative
Ms. Pina Diana	Manager
Dr. David Eidelman	Director
Ms. Audrey Gero	Respiratory Therapist
Ms. Rosie Iuculano	Secretary
Ms. Francine Martin	Secretary
Ms. Christine McGregor	Sleep Lab Supervisor
Ms. Giulia Mesiano	Respiratory Therapist
Mr. Allen Olha	Chief Technician / Sleep Lab

4.4.1.4.1 Laboratoires cliniques

Ms. Andree Gilbert	Assistant Chief Technologist
Mr. Bernard Grignon	Central Lab Manager
Mr. Ronald Kastelberger	Central Laboratory Manager
Mr. Nick Lagousakos	Chief Technologist Lab Manager
Dr. Pierre Laneuville	Director Hematology
Dr. Jane McDonald	Director, Microbiology
Ms. Mable Morgan	Patient Representative
Dr. Wolfgang Schneider, PhD	Associate Director, Biochemistry
Dr. Gwendoline Spurrll	Physician
Dr. Susan Tange	Director Biochemistry
Mr. Allan Tulli	Laboratory technician
Ms. Jean Vaughn	Intermediate Clerk



4.4.1.4.3 Pathologie anatomique et les laboratoires de génétique

Ms. Heather Barwick	Cytotech
Dr. Chantal Bernard	Acting Pathologist-in-chief
Dr. Alessandra Duncan	Director of Cytogenetics
Dr. Richard Fraser	Site Director
Ms. Nora Malek	
Mr. David Rosenblatt	Director
Dr. Jackson Snipes	Assistant Professor
Ms. Liette Tougas	Pathology Lab. Manager

4.4.1.4.2 Pharmacie

Ms. Antoinette Angelini	
Ms. Colombe Blais	Coordinator
Ms. Gaetane Carrier	Pharmacist
Ms. Lucie Desautels	Coordinator of Services
Ms. Carole Duhamel	Associate Director
Ms. Suzanne Lanctôt	Nurse Manager
Ms. Sylvie Leblanc	Chief Technician
Mr. Denis Pelletier	Coordinator Operations
Ms. Anita Quintal	Administrative Technician
Ms. Joan Robins	Head Nurse

4.4.1.5.4 /4.4.3.5.4 Gestion des matériaux: quai de réception et expédition

Ms. Liane Ashford	Head Nurse, Care Units
Mr. George Chantzos	Manager, Transport and Mail
Ms. Carole Duhamel	Associate Director
Mr. Daniel Gelac	Manager
Ms. Peggy Lamb	Assistant Director, Children/Adolescent
Ms. Peggy Lamb	Assistant Director, Children/Adolescent
Mr. Frank Vieira	Manager
Mr. Robert Whittick	Manager

4.4.1.5.5 /4.4.3.5.5 Centre de stérilisation des matériaux chirurgicaux

Ms. France Denis	Perfusionniste en chef
Ms. Carole Duhamel	Associate Director
Mr. Daniel Houle	Manager
Ms. Mary Knockwood-Cornell	Manager
Ms. Alyson Lord	Nurse Manager
Ms. Yasmine Mohammed	Department Head
Ms. Margaret Moon	Chief Anesthesia Technologist
Ms. Danielle Sauvé	Manager
Ms. Jean Smith	Admin. Tech.



4.4.1.5.3 /4.4.3.5.3 Services alimentaires

Ms. Beth Armour	Manager
Mr. Marc Brulé	Coordinator of Retail Food Services, MUHC
Mr. Doug Burns	Patient Representative
Ms. Micheline Chammaa	Department Head
Mr. George Chantzos	Manager, Transport and Mail
Ms. Lana Danielis	General Coordinator
Ms. Patrizia Farnesi	Assistant Head Nurse
Ms. Marie Lefrancois	Dietitian - Acting Manager
Ms. Emma Monaco	Nurse Manager
Mr. Michel Paré	Food Production Manager
Ms. Anne Usher	Patient Representative

4.4.1.5.6 /4.4.3.5.6 Éco-salubrité/ Centre de gestion des déchets

Ms. Fabienne Lavoie	Head Nurse s9W
Mr. Gary Morrison	Manager
Ms. Elsa Muscari	Secretary
Mr. Ata Nayebzadeh	Industrial Hygienist
Ms. Odelia Pereria	Housekeeper
Mr. Jean-François Picotin	Supervisor
Mr. Gerry Tibbo	Housekeeper
Mr. George Chantzos	Manager, Transport and Mail
Mr. Jean-Marie Chavannes	Manager
Ms. Michelle Forget	Director
Mr. Hany Georges	Chief Interim
Mr. Denis Gravel	Chef de service
Ms. Brigitta Lussier	MUHC Infection Control Practitioner
Dr. Dorothy Moore	Physician
Mr. Gary Morrison	Manager
Ms. Manon Rouleau	Manager
Mr. Daniel Smith	Emergency Measures Coordinator
Mr. Frank Vieira	Manager

4.4.1.5.7 Services techniques, entretien des bâtiments, atelier et centrale thermique

Mr. Steven Black	Site Manager
Mr. Horst Grasis	Site Coordinator
Mr. Denis L'Abbé	Associate Director
Mr. Luc O'Gleman	Coordinator - Thermal Plan
Mr. Roger Riopel	Site Coordinator
Mr. Claude Theriault	Architect



4.4.1.5.8 / 4.4.3.5.7 Sécurité et mesures d'urgences

Mr. Carlos Abrantes	Group Leader
Ms. Jocelyne Albert	Clinical Nurse Specialist
Mr. Eric Bernier	Sargeant
Mr. Steven Black	Site Manager
Ms. Michelle Forget	Director
Ms. Marianne Kowalczyk	Patient Representative
Mr. Doug Lemm	Preventive Agent
Mr. Ata Nayebzadeh	Industrial Hygienist
Mr. Daniel Smith	Emergency Measures Coordinator
Ms. Sharon Vance	Patient Representative

4.4.1.5.9 / 4.4.3.5.8 Radioprotection, lutte contre les infections / santé, sécurité et bien-être au travail

Ms. Marie De Lorimier	Nurse Consultant
Mr. Denis Gravel	Chef de service
Ms. Ginette Hebert	Coordinator
Dr. Vivian Loo	Physician
Dr. Dorothy Moore	Physician
Mr. Gary Morrison	Manager
Ms. Manon Rouleau	Manager

4.4.1.5.10 / 4.4.3.5.9 Service de contrôle de l'équipement bio-médical

Mr. Julien Hudon	Coordinator
Mr. Serge Kakos	Head Manager
Dr. André Leduc	Equipment controller
Mr. Carlos Noriega	Technician
Ms. Dennise Plarinos	Senior Clerk
Mr. Steve Retfalvi	Equipment Control

4.4.1.5.11 / 4.4.3.5.10 Transport et courrier

Mr. Joe Andrade	Transport Attendant
Ms. Patrizia Bragaglia	RVH Assistance
Mr. George Chantzos	Manager, Transport and Mail
Ms. Lucie Desautels	Coordinator of Services
Ms. Carole Duhamel	Associate Director
Mr. Hany Georges	Chief Interim
Mr. Denis L'Abbé	Associate Director
Ms. Joan Legair	
Mr. Ron Louwe	Interim Coordinator
Mr. Malcolm MacGregor	Patient Representative
Mr. Frank Vieira	Manager



4.4.3.2.4 Installations pour le personnel médical et les étudiants

Ms. Sharyn Andrews	Nurse
Dr. Donald Boudreau	Associate Dean
Dr. Colin Chalk	Neurologist
Ms. Louise Duguay	Coordinator/ Training
Ms. Geraldine Fitzgerald	Coordinator - Nursing Staff Development
Mr. Irwin Haberman	Department Head
Dr. Rhoda Kagan	Pediatrician
Dr. Anne-Marie MacLellan	Associate Dean, Postgrad. Med.
Ms. Denise Malo	Associate Director
Dr. Suzanne Morin	Director/Resid. Training
Dr. David Owen	Surgeon

4.4.3.5.11 / 4.4.1.5.12 Installations pour le personnel

Ms. Livia Di Sano	Administrative Technician
Mr. Antonio Dosantos	Housekeeping Attendant
Mr. Dean Job	President
Mr. Judy Pasiolan	President
Mr. Benoit Pépin	Captain
Ms. Andrea Tait	
Ms. Ruby Wilson	Housekeeping Attendant

4.4.1.3.9 / 4.4.3.3.10 Service de la pastorale

Ms. Sue Brotherwood	Patient Representative
Mr. Craig Chaplin	Patient Representative
Mr. Harvey Cohen	Patient Representative
Ms. Madeleine De Rome	Chaplain
Reverend Robert Lambert	Acting Director for Adults
Ms. Anne Macaulay	
Reverend Donald Meloche	Division Head

4.4.1.3.10 / 4.4.3.3.11 Services sociaux (pédiatrie)

Ms. Rhona Bezonsky	Social Worker
Ms. Sue Brotherwood	Patient Representative
Mr. Craig Chaplin	Patient Representative
Mr. Harvey Cohen	Patient Representative
Ms. Marie Laberge	Human Relations Agent
Ms. Louise LaRochelle	Human Relations Agent
Ms. Constance Lechman	Manager
Ms. Dale MacDonald	Human Relations Agent
Ms. Margaret Ann Smith	Director Pediatrics Social Services
Ms. Angeliki Souranis	Human Relations Agent
Ms. Linda Tennier	



4.4.1.5.2 / 4.4.3.5.2 Télécommunications et systèmes d'information

Ms. Cindy Branco	Senior Clerk
Ms. Geneviève Busbib	Manager
Mr. Jean Huot	Director MUHC
Ms. Christiane Lalonde	Team Leader
Ms. Joanne Laughren	Manager
Mr. Claude Lessard	Coordinator
Mr. Thomas Ro	Manager, Network
Ms. Michèle Vanier	Department Head

4.4.1.5.1 / 4.4.3.5.1 Admission et archives médicales

Ms. Patricia Cogan	Patient Representative
Ms. Marie-Hélène Côté	Supervisor
Mr. Michel Croisetiere	Associate Director
Ms. Chantal Desmarais	Supervisor
Ms. Emily Laggis	Supervisor
Ms. Sylvie Laperriere	Group Leader
Ms. Riffat Mirza	Senior Clerk
Ms. Pierrette Nivoix	Coordinator
Ms. Cathy Sanchez	Supervisor
Mr. Jeff Smith	Group Leader
Ms. Christianne Tessier	Release of Patient Information

4.4.5.2 Voisinage de recherche, support et bureaux/commodités pour laboratoire

Dr. Angel Alonso	Associate Professor
Dr. Andrew Bateman	Associate Professor
Dr. Simone Chevalier	Associate Professor
Dr. Robert Dunn	Neurologist
Dr. Sheldon Magder	Physician
Dr. Constantin Polychronakos	Principal Investigator
Dr. Lawrence Rosenberg	Director
Dr. Marcel Behr	Investigator - Molecular Biology
Dr. Hugh Bennett	Investigator- Biochemist
Dr. Mario Chevrette	Assistant Professor
Dr. Adel Giaid	Investigator
Dr. Qutayba Hamid	Director, Immunopathology
Dr. Erwin Schurr	Investigator

4.4.5.3 Vivarium

Mr. Jean-Marie Chavannes	Manager
Dr. Eric Foot	Veterinarian
Ms. Janette Green	Manager
Dr. Jean-Pierre Julien	Investigator
Dr. Richard Latt	Director
Dr. Alan Peterson	Investigator





4.4.3.6.1 / 4.4.1.6.1 Installations publiques et ressources pour les patients

Mr. Doug Burns	Patient Representative
Ms. Teresa Di Bartolo	Facilities Coordinator
Ms. Nevine Fateen	Manager
Ms. Karen Fried	President
Mr. Robert Giguere	Department Head
Ms. Lucie Grégoire	Architect
Ms. Helen Jung	Ergonomist
Ms. Lynn Kiraly	Librarian
Ms. Kathie Moffatt	Dept. Head
Mr. Pasquale Pepe	Information Desk
Ms. Debbie Ruel	Mail Manager
Ms. Marcie Scheim	President
Mr. Marc L. Weinstein	Director of Development
Ms. Nancy Wright	Chairperson



**Liste des intervenants (mai 2009)****Campus de la Montagne****Bloc Opératoire (OR)**

Rick Bondy

Antonin Bouchard

Viviane Chami

Jean-Pierre Cordeau

Lyne Dostie

Sylvain Dumas

Luis Farias

Imma franco

Gerarld Fried

Danielle Morency

Jorge Pomalaza

Doreen Rafeiro

Tarek Razek

Donna Stanbridge

Lucy Thomas

Adriana Torissi

Marie-Claude Trudel

Robert Turcotte

Frank Vieira

Kevin Watters

Anesthésie

Chef de l'ingénierie

Coordonnateur ingénierie, projet de redéploiement

Services informatiques

OR directeur

Coordonnateur ingénierie, projet de redéploiement

Biomédical

Directrice Associée, planification des programmes

Chirurgie

OR Logistique - Approvisionnement

Conseiller – Services informatiques

Planificateur

Médecin, soins intensifs et traumatologie

Soins infirmier

Directeur associé, soins infirmier

Chef de service, Planification site de la Montagne

Biomédical

Médecin, chef du département de chirurgie orthopédique

Coordonnateur, services logistiques

Pathologie

Urgence

Cathy Ann Barr

Marc Beique

Jean-Pierre Cordeau

Fred Dankoff

Isabelle Dupras

Luis Farias

Carole Filtreault

Johanne Fiset

Maryse Godin

John Guy

Maria Iannantuono

Karine Igartua

Pina LaRicca

Joe Nemeth

Angelinas Pepillo

Jorge Pomalaza

Thomas Ro

Ramona Rodrigues

Planificateur

Médecin directeur, urgence

Technologie de l'information

Médecin, urgence

Infirmière, urgence RVH

Biomédical

Infirmière Chef, urgence, HGM

Infirmière gestionnaire, Urgence

Infirmière Clinique spécialisée, urgence

Directeur par intérim, Urgences

Technologiste en chef, Imagerie Médical

Chef, Psychiatrie, Urgence

Directrice associé, Soins infirmier, Urgence, Santé mentale

Chef, Urgence, HGM

Intérim, Ass. Directrice, soins infirmier, Urgence

Conseiller – Services informatiques

Architect technologique sénior, Services informatiques

Gestionnaire, Prévention et contrôle des infections





Adriana Torrisi
Jean-Marc Troquet

Chef de service, Planification site de la Montagne
Médecin, urgence

Centrale de stérilisation (CSR)

Mary Cornell
Pierre-Étienne Fortier
Daniel Houle
Danielle Morency
Anne-Marie Rancourt

CSR (Neuro)
Planificateur
CSR
OR Logistique - approvisionnement
CSR (HGM)

Comité Principal - Unité de soins (Steering Committee):

Antonin Bouchard
Viviane Chami
Jean-Pierre Cordeau
Antoinette Di Re
Sylvain Dumas
Imma Franco
Claire Garon
Laurence Green
Irwin Haberman
Julien Hudon
Mathieu Jetté
Suzanne Lanctot
Martin Lapointe
Patricia Lefebvre
Ellen Leibovich
Claude Lessard
Pierre Major
Carrie Mazoff
Filomena Pietrangelo
Lise Pouliot

Chef de l'ingénierie
Coordonnatrice ingénierie
Services informatiques
Directrice Associée, serv.diagnostiques-thérapeutiques
Coordonnateur ingénierie
Directrice Associée, planif. des programmes et services
Coordonnatrice, système gestion environnement
Médecin, Directeur associé Médecine interne adulte
Chef de service, Multi-média
Directeur associé Biomed / Planification des équipements
Coordonnateur, Services logistiques et mesures d'urgence
Directrice associée, Soins infirmier, Chirurgie
Coordonnateur, Services alimentaires
Chef de service, Pharmacie
Planificateur
Directeur associé, Opérations des services informatiques
Directeur associé, Construction et planification
Gérante de projet, Bureau de transition
Gestionnaire, Prévention santé et sécurité du travail
Directrice associée, Soins infirmier, Transition technologique et gestion de l'information
Conseiller – Services informatiques
Médecin, soins intensifs et traumatologie
Architect technologique sénior, Services informatiques
Gestionnaire, Prévention et contrôle des infections
Directrice associée intérim, Soins infirmier, Chirurgie
Chef de service, Planification site de la Montagne
Médecin, chef du département de chirurgie orthopédique
Responsable adm. Programme traumatologie
Coordonnateur, services logistiques
Directrice associée, Soins infirmier, Médecine
Chef de service, Gestion de projet

Jorge Pomalaza
Tarek Razek
Thomas Ro
Ramona Rodrigues
Patricia Rose
Adriana Torrisi
Robert Turcotte
Nancy Tze
Frank Vieira
Linda Ward
Robin Wright





Unité de Gériatrie

Allen Huang
Nadine Larente
Ellen Leibovich
Carrie Mazoff
Thomas Ro
Joan Robins
Marcia Ryan
Linda Ward

Médecin, Directeur gériatrie
Médecin, Gériatrie
Planificateur
Gérante de projet, Bureau de transition
Architect technologique sénior, Services informatiques
Infirmière gestionnaire, Gériatrie
Infirmière gestionnaire, Gériatrie et Soins de transition
Directrice associée, Soins infirmier, Médecine

Unité de Médecine

Shadi Akhtari
Antoinette Di Re
Laurence Green
Julien Hudon
Chris Labos
Chantal Lefebvre
Joan Legair
Ellen Leibovich
Linda Ward

Médecin résident
Directrice associée serv.diagnostiques-thérapeutiques
Médecin, Directeur associé Médecine interne adulte
Directeur associé Biomed / Planification des équipements
Médecin résident
Infirmière gestionnaire, Médecine
Assistant infirmière gestionnaire, Médecine interne
Planificateur
Directrice associée, Soins infirmier, Médecine

Unité de Chirurgie

Sylvie Ampleman
Oliver Cachero
Nancy Fong
Julien Hudon
Christian Janicki
Suzanne Lanctot
Ellen Leibovich
Carrie Mazoff
Tarek Razek
Patricia Rose
Nancy Tze

Infirmière gestionnaire, Chirurgie
Infirmier gestionnaire, chirurgie général
Inhalothérapeute assistante chef
Directeur associé Biomed / Planification des équipements
Physicien médicale, responsable de la radioprotection
Directrice associée, Soins infirmier, Chirurgie
Planificateur
Gérante de projet, Bureau de transition
Médecin, soins intensifs et traumatologie
Directrice associée intérim, Soins infirmier, Chirurgie
Responsable adm. Programme traumatologie





Unité d'Orthopédie

Oliver Cachero
Antoinette Di Re
Julien Hudon
Andrea Jones
Suzanne Lanctot
Joan Legair
Ellen Leibovich
Thomas Ro
Patricia Rose
Robert Turcotte
Nancy Tze

infirmier gestionnaire, Chirurgie général
Directrice Associée serv.diagnostiques-thérapeutiques
Directeur associé Biomed / Planification des équipements
Infirmière chef, Orthopédie
Directrice associée, Soins infirmier, Chirurgie
Assistant infirmière gestionnaire, Médecine interne
Planificateur
Architect technologique sénior, Services informatiques
Directrice associée intérim, Soins infirmier, Chirurgie
Médecin, chef du département de chirurgie orthopédique
Responsable adm. Programme traumatologie

Unité de Court séjour

Marc Beique
Johanne Fiset
Julien Hudon
Gillian Kumka
Pina LaRicca
Ellen Leibovich
Teresa Mack
Carrie Mazoff
Jorge Pomalaza
Benoit Riendeau
Thomas Ro
Madeleine Shaw

Médecin, Unité de court séjour et urgence
Infirmière gestionnaire, RVH, Court séjour
Directeur associé Biomed / Planification des équipements
Médecin, Directeur de l'unité de court séjour
Directrice associé, Soins infirmier, Urgence, Santé mentale
Planificateur
Adjoint au directeur général associé aux affaires médicales
Gérante de projet, Bureau de transition
Conseiller – Services informatiques
Assistant infirmier chef, court séjour, urgence
Architect technologique sénior, Services informatiques
Chef de service, ergothérapeute



**Unité de neurologie (ACV et TCC)**

Colin Chalk
Mitra Feyz
Ellen Leibovich
Mohammad Maleki
Judith Marcoux
Georgia Niarchos

Médecin, Chef de Neurologie/Neurochirurgie HGM
Administratrice en chef, Programme TCC
Planificateur
Médecin, Directeur neurochirurgie adulte pour HGM
Médecin, Neurochirurgie adulte
Infirmière gestionnaire, Neurosciences HGM

Soins intermédiaire chirurgie (Trauma step down)

Oliver Cachero
Nancy Fong
Julien Hudon
Zenith Jivan
Suzanne Lanctot
Ellen Leibovich
Filomena Pietrangelo
Jorge Pomalaza
Tarek Razek
Thomas Ro
Patricia Rose
Nancy Tze

Infirmier gestionnaire, Chirurgie général
Inhalothérapeute assistante chef
Directeur associé Biomed / Planification des équipements
Infirmière clinicienne spécialisée, Trauma Chirurgie
Directrice associée, Soins infirmier, Chirurgie
Planificateur
Gestionnaire, Prévention santé et sécurité du travail
Conseiller – Services informatiques
Médecin, soins intensifs et traumatologie
Architect technologique sénior, Services informatiques
Directrice associée intérim, Soins infirmier, Chirurgie
Responsable adm. Programme traumatologie

Comités spéciaux

Viviane Chami
Marie Delormier
Sylvain Dumas
Daniel Gagnon
Claire Garon
Julien Hudon
Mathieu Jetté
Helen Jung
Patricia Lefebvre
Ellen Leibovich
Filomena Pietrangelo
Frank Vieira
Diem Vo

Coordonnatrice ingénierie
Conseillère, santé sécurité du travail
Coordonnateur ingénierie
Consultant, pharmacie
Coordonnatrice, Système gestion environnement
Directeur associé Biomed / Planification des équipements
Coordonnateur, Services logistiques et mesures d'urgence
Conseillère, santé sécurité du travail
Chef de service, Pharmacie
Planificateur
Gestionnaire, Prévention santé et sécurité du travail
Coordonnateur, services logistiques
Assist. chef services pharmaceutiques





ANNEXES

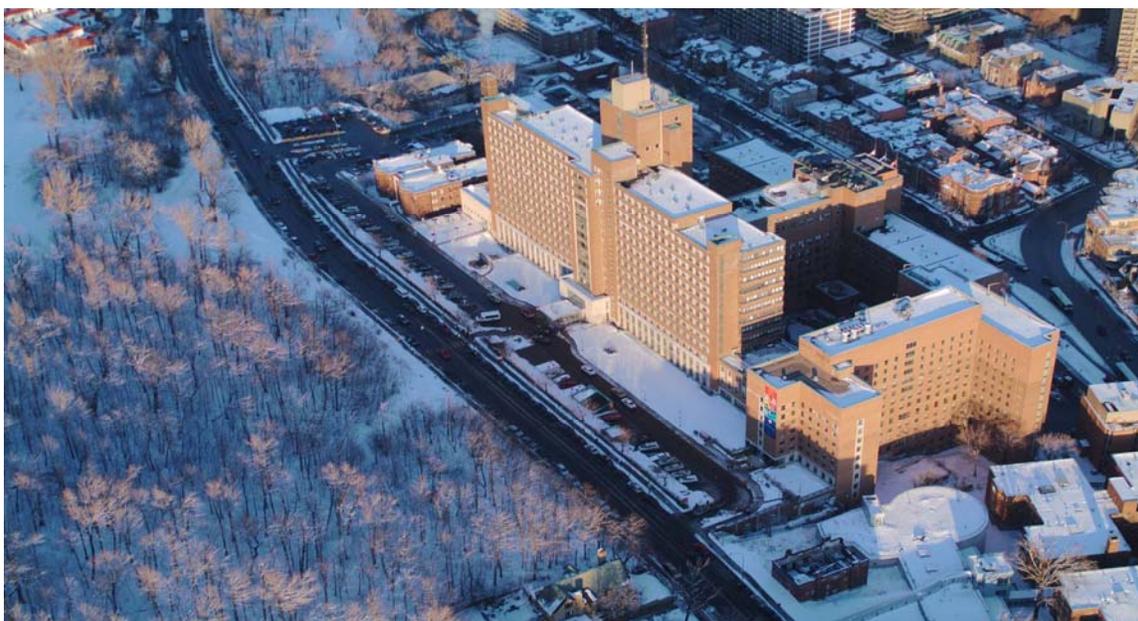


Annexe II : Plan de localisation

Campus de la Montagne (A)



Campus de la Montagne (B)





Annexe III : Fiche techniques des locaux

Voir version électronique

Annexe IV : Tableau des coûts par élément – Unifomat II

Voir section 5.4

Annexe V : Liste des équipements médicaux spécialisés

Non révisées en mai 2008

Annexe VI :

Liste des rapports et des études sectorielles : Campus de la Montagne

- **Archéos inc. (Société d'expertise en recherches anthropologiques)**
 - Site de la Montagne : Étude de potentiel archéologique (exigée par le Ministère de la Culture et des Communications) (décembre 2006)
- **Beaupré et Michaud, architectes**
 - Étude sectorielle en patrimoine (Redéploiement du CUSM, Site de la Montagne) (mars 2006)
- **CIM (Conseil en immobilisation & management inc.)**
 - Hôpital général de Montréal : coordination et accompagnement / Planification plan de roulement des travaux (Rapport final) (30 janvier 2006)
- **Daniel Arbour & Associés (architectes et urbanistes)**
 - Le site de la Montagne : Rapport d'étape (4 avril 2006)
 - Projet d'intégration et de développement urbain (Site de la montagne) (18 mai 2006)
 - Rapport synthèse
 - Impacts sociaux-économiques (Version préliminaire) (mai 2006)
 - Inventaires faunique et floristique : Espèces à situation précaire (juin 2006)
 - Étude sectorielle en circulation piétonne (Rapport préliminaire (14 juin 2006)
 - Projet d'intégration et de développement urbain (Site de la montagne) (août 2006)
 - Addenda au rapport synthèse du 18 mai 2006
 - Projet d'intégration et de développement urbain (Site de la montagne) (septembre 2006)
 - 1^e Sous projet d'agrandissement de l'Hôpital général de Montréal;
 - 2^e Sous projet du nouveau pavillon;
- **Dessau Soprin, Ingénieurs-conseils**
 - Espaces électromécaniques à prévoir dans les bâtiments existants (Mécanique-Électricité) (20 juin 2006)
 - Plan directeur électromécanique: Ailes A, B, C, D, E et L (Mécanique-Électricité) (19 juillet 2006)



- Plan directeur électromécanique: Ailes A, B, C, D, E et L (Mécanique-Électricité) (17 octobre 2006)
- Vues en plan des espaces électromécaniques à prévoir dans les bâtiments existants (Mécanique-Électricité) (mai 2006)
- Vues en plan des espaces électromécaniques à prévoir dans les bâtiments existants (Mécanique-Électricité) (7 juin 2006)

- **Jean-Marc Caron**
 - HGM Blocs C, D et E Transport vertical (mai 2006)

- **Lemay, architectes**
 - Campus de la Montagne / Campus Glen - Plan directeur immobilier – préliminaire (11 octobre 2005)
 - Plan directeur immobilier sommaire (Campus de la Montagne et Campus Glen) (octobre 2006)
 - Étude d'intégration urbaine du Campus de la Montagne – analyse et recommandations (octobre 2006)
 - HGM Blocs C, D et E Transport vertical (mai 2006)

- **Menkès Shooner Dagenais Letourneux, architectes**
 - Approche conceptuelle : Architecture octobre 2006)

- **Projespace Inc. / CFG Gestionnaire en relocalisation**
 - Rapport complet : Évaluation des coûts de relocalisation du Centre universitaire de santé McGill;
 - Rapport détaillé : Évaluation des coûts de relocalisation / Institut Thoracique de Montréal;
 - Rapport détaillé : Évaluation des coûts de relocalisation / Hôpital Neurologique de Montréal;
 - Rapport détaillé : Évaluation des coûts de relocalisation / Hôpital Général de Montréal;
 - Rapport détaillé : Évaluation des coûts de relocalisation / Hôpital de Montréal pour Enfants;
 - Rapport détaillé : Évaluation des coûts de relocalisation / Hôpital Royal Victoria;

- **Roche, Ingénieurs-conseils**
 - CUSM Site de la Montagne : Étude sectorielle en circulation (Rapport final) (septembre 2006)
 - CUSM Site de la Montagne : Étude sectorielle en stationnement (Rapport final) (septembre 2006)

Liste des rapports et des études sectorielles : Campus Glen

- **Bouthillette Parizeau & Assoc. Inc**
 - Plan directeur de déploiement des infrastructures de chauffage et de refroidissement (2005)

- **BPA**
 - Évaluation énergétique centre prod. alimentaire central (novembre 2004)
 - Plan directeur déploiement infrastructures électriques – Site Glen (mars 2005)



- Plan directeur déploiement chauffage et refroidissement – Site Glen (avril 2005)
- **Bureau de redéploiement du CUSM**
 - Rapport de complémentarité CUSM/CHUM:
 - logipôle
 - pharmacie
 - laboratoire
 - buanderie
 - produits alimentaires (2004)
 - One Size Does not Fit All – The Montreal Children's Hospital (F & E) (1996)
 - Plan of Development of Research – Dr. Skamene (F & E) (1999)
 - Alternative uses of existing buildings. McGill Academic Health Sciences Centre Feasibility Sites (mars 1993)
 - Legal Considerations pertaining to the potential reuse of existing sites (mars 1993)
 - Preliminary Report of the Steering Committee looking at the Feasibility of the Potential Creation of a McGill Academic Health Sciences Centre (F & E) (mai 1993)
 - Final report of the Steering Committee looking at the Feasibility of a Creation of an MUHC (F & E) (mars 1994)
 - 21st Century - A New Vision for Health Care - A New Vision for Health Care - Patient Services Steering Committee Report June 16, 1997 (F & E) (juin 1997)
 - 21st Century - A New Vision for Health Care - Reports from the Patient Services Planning Panels (F & E) (juin 1997)
 - 21st Century - A New Vision for Health Care - A New Vision for Health Care - Report from the Teaching and Research Committees (F & E) (juillet 1997)
 - Consultation Committee Report to the Joint Planning Committee (F & E) (décembre 1997)
 - Report on Planning Activities related to the Creation of a New Facility (F & E) (avril 1998)
 - Forecasting Patient Services – A 21st Century Vision of an Academic Health Centre (septembre 1999)
 - Healing by Design. Building for Health Care in the 21st Century. Design Conference (F & E) Binder and CD (septembre 2000)
 - Planning Advisory Council / Task Forces Report – Volume 2 Task Forces 3-9 (octobre 2000)
 - Functional Programming / Site Visits Summary Report (juillet 2001)
 - Action Plan (F & E) (février 2002)
 - Le CUSM au Site Glen / Synthèse du Plan directeur et du Programme Fonctionnel et technique (mars 2002)
 - Le CUSM au site Glen. Synthèse du Plan directeur et du Programme fonctionnel et technique (mars 2002)
 - Le projet de redéploiement du Centre universitaire de santé McGill à Montréal (décembre 2003)
 - Clinical Care, Teaching and Research. At the Heart of the City. (Report of the Commission d'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill) (F & E) (avril 2004)
 - CUSM – Projet d'implantation du CUSM (Octobre 2004)
 - Projet de redéploiement du CUSM – Révision du PFT avril 2006)
 - Projet de redéploiement du CUSM – Révision du PFT (Hiver 2006)



- **Bureau Planification et Service de buanderie**
 - Étude de faisabilité concernant les services de buanderie (juillet 2003)
- **CANARAIL**
 - Étude de faisabilité pour cohabitation CUSM-AMT (décembre 2003)
- **CARDINAL HARDY**
 - Évaluation de l'emplacement Cour Glen. Rapport Final (octobre 1999)
 - Site Evaluation Glen Yard (1999)
- **CHQ**
 - Appel d'offres de service en deux étapes pour la restauration
environnementale de la cour Glen à Montréal. Étape 2 (décembre 2004)
- **CPR**
 - Summary of Historical Railroad Activities at Glen Yard. Mile 2.2 Westmount
Subdivision (octobre 1999)
- **CIM**
 - Coordination et accompagnement – Planification plan de roulement des
travaux (janvier 2006)
- **DANIEL ARBOUR**
 - Identification of potential sites (avril 1993)
 - Site Analysis (novembre 1996)
 - Enquête sur les facteurs de localisation des services d'appoint en soins de
santé. Rapport final (septembre 2001)
 - Enquête sur les facteurs de localisation des services d'appoint en soins de
santé. Rapport final (septembre 2001)
 - Projet de développement urbain (préliminaire) (décembre 2001)
 - Cour Turcot – Étude des potentiels de développements – Préliminaire et
rapport final (janvier 2002)
 - Local Economy and Socio-Economic Impacts (avril 2002)
 - Contexte économique et impact socio-économique avril 2002)
 - Projet d'intégration et de développement urbain – rapport synthèse (avril
2002)
 - Local Economy and Socio-Economic Impacts (avril 2002)
 - Risk Assessment for dangerous goods ... by rail and by road (mai 2002)
 - Analyse visuelle (février 2003)
 - Analyse de risques externes/Risk Analysis (mai 2003)
 - Identification de sites potentiels (octobre 2003 – novembre 2003)
 - Décontamination du Site Glen. Rapport Préliminaire (CHQ) (janvier 2005)
 - Contexte économique et impacts socio-économiques (février 2005)
 - Analyse de risques externes (révisé) (février 2005)
 - Contexte économique (révisé) (février 2005)
 - Projet d'intégration et de développement urbains (février 2005)
 - Projet d'intégration et de développement urbains (mars 2005)
 - Étude géotechnique pour un système de support temporaire de l'excavation
pendant la restauration du site. Site de la Cour Glen (juillet 2005)
- **DESSAU-SOPRIN**



- Étude d'accès régional au site Glen – Phase 1 (2001)
 - Étude d'accès au centre hospitalier du CUSM Phase 2. Rapport final (2002)
 - Étude d'impact sur le réseau d'accès immédiat au site Glen. Rapport Final (novembre 2003)
 - Évaluation de la pré faisabilité structurale et des coûts « Scénarios d'accès Maisonneuve et Saint-Jacques ». Rapport final (décembre 2003)
 - Étude d'accès au centre hospitalier du CUSM – Phase 2 (Mars 2002)
 - Rapport techn. sur infrastructures routières et structures aériennes (prélim.) (mars 2002)
 - Rapport techn. sur infrastructures routières et structures aériennes (avril 2002)
 - Étude d'impact sur le réseau d'accès immédiat à la cour Glen (novembre 2003)
 - Évaluation de la pré faisabilité structurale et des coûts, scénario d'accès Maisonneuve (novembre 2003)
 - Évaluation pré faisabilité structurale et coûts accès Maisonneuve et St-Jacques (décembre 2003)
 - Mise à jour de l'estimation des coûts de construction : Scénario d'accès St-Jacques. (juin 2004)
 - Mise à jour des niveaux de service sur réseau adjacent Glen (octobre 2004)
 - Évaluation de la pré faisabilité structurale et des coûts, scénario d'accès Maisonneuve (novembre 2004)
 - Entrée additionnelle St-Jacques (préliminaire) (janvier 2005)
 - CUSM – Campus Glen. Accessibilité et Impact sur la Circulation. Rapport d'étude (avril 2005)
 - Redéploiement du CUSM au site Glen. Étude de scénarios d'infrastructures électromécaniques. Mécanique-électricité (octobre 2005)
 - Évaluation des coûts des mesures de prévention et d'atténuation complémentaire. Rapport préliminaire (janvier 2006)
 - CUSM Révision des études de risques antérieures, analyse complémentaire des mesures de prévention et d'atténuation et évaluation des coûts associés (Mars 2006)
 - Centre Universitaire de Santé McGill; Reconstruction du pont ferroviaire supportant les voies du Canadien Pacifique au-dessus du Boulevard Décarie: Dégagement vertical et coût des travaux (avril 2006)
 - CUSM - Reconstruction du pont ferroviaire supportant les voies du Canadien Pacifique au-dessous du Boulevard Décarie (avril 2006)
- **DESSAU-SOPRIN & MULTI RISQUES**
 - CUSM - Révisions des études de risques antérieures, analyse complémentaire des mesures de prévention et d'atténuation des évaluations des coûts associés (février 2006)
 - **DESSAU-SOPRIN (MTQ)**
 - Transport near Glen by MTQ and Dessau (sur CD seulement) (février 2005)
 - Accessibilité et impacts sur la circulation (intérimaire) (mars 2005)
 - Entrée additionnelle St-Jacques (prélimin.) (mars 2005)
 - Accessibilité et impacts sur la circulation (avril 2005)
 - Préparatoire pont CP Décarie (septembre 2005)



- Révision des études antérieures et analyse complémentaire des mesures de prévention et d'atténuation. Rapport préliminaire (décembre 2005)
- **EXPERTS ENVIROCONSEIL**
 - Implantation du centre universitaire de santé McGill sur le site de la cour Glen. Évaluation des coûts des mesures de prévention et d'atténuation complémentaires. Rapport préliminaire (janvier 2006)
 - Évaluation environnementale cour Glen (octobre 1999)
 - Caractérisation environnementale complémentaire (octobre 1999)
 - Évaluation mobilité des contaminants inorganiques cour Glen (février 2000)
 - Évaluation des coûts pour excavation et disposition des sols contaminés – cour Glen (avril 2000)
 - Cour de triage Glen de chemin de fer CP à Montréal – évaluation environnementale (rapport final réédité) (février 2002)
 - Rapport synthèse sur la situation environnementale (mars 2002)
 - Confinement des hydrocarbures – Demande de certificat d'autorisation (préliminaire) (juin 2002)
 - Fourniture, installation et opération d'un système de contrôle de la nappe souterraine (devis – préliminaire) (juillet 2002)
 - Essais de tamisage à grande échelle (septembre 2002)
 - Demande d'approbation et du plan de réhabilitation – Restauration sols (janvier 2003)
- **Ethnoscop**
 - Le site de la cour Glen : Étude de potentiel archéologique (février 2005)
 - Interventions Archéologiques (MTL05-05-1, BiFj-82, BiFj-83 et BiFj-84) 2005, 2006, (décembre 2006)
- **Ethnoscop pour DANIEL ARBOUR**
 - Firme + rapport (Printemps 2005)
- **GEI**
 - Peer Review of Glen Yard Remediation Project (juillet 2005)
- **Genivar**
 - Étude de faisabilité technique et financière d'un stationnement souterrain étagé (octobre 2004)
- **IBGHY/YELLE MAILLÉ/JEAN MAH**
 - The Montreal Children's Hospital – Concept Study (septembre 2005)
- **INSPEC SOL**
 - Caractérisation environnementale. Talus St-Jacques-bordure sud de la cour Glen (décembre 2005)
 - CHQ. Caractérisation environnementale CUSM McGill – Cour Glen. Phase III, secteur est de la Cour Glen nNovembre 2005)
 - Caractérisation environnementale CUSM McGill- secteur est de la Cour Glen (novembre 2005)
 - Analysis of geotechnical reports – CN Turcot Yard (mai 2002)
- **Jocelyn Marcotte; Jean-François Larrivée; Mani Shahrokni; Tecslult**





Décontamination du site Glen : Rapport préliminaire janvier 2005

- **Komex International Ltd**
 - Geophysical Investigations at the Glen Yard. Prepared for Canadian Pacific Railway (août 1997)
- **KPMG**
 - Analyse quantitative relativement au projet Glen (décembre 2002)
- **L.A. Hébert Ltée (Ethnoscop)**
 - Quadrilatère Saint-Jacques/Décarie/Sainte-Catherine/Glen. Inventaire et fouille archéologiques (décembre 2005)
- **LEMAY & ASSOCIÉS**
 - Architectural Pre-Concept (2005)
 - Préconcept (mars 2004)
 - Préconcept architectural (février 2005)
 - Une nouvelle vision pour les soins de santé au 21^e siècle (2002)
 - MUHC Site Development Plan. Architectural Pre-concept (mars 2002)
- **Luc Nadeau pour DANIEL ARBOUR**
 - Étude qualitative des arbres (février 2005)
- **MTQ (TRANSPORTS QUEBEC)**
 - Avis technique concernant les accès novembre 2003)
- **NBBJ**
 - Transport System (février 2005)
 - Plan directeur (mars 2005)
- **Newmerical Technologies pour DANIEL ARBOUR**
 - Étude d'Impact – éolien (mars 2005)
- **OCPM**
 - Binder : Adopter règlements – Modification du Plan d'urbanisme. Projet de l'article 89 charte – CUSM, Hôpital des Shriners – cour Glen (avril 2005)
- **OFFICE de CONSULTATION PUBLIQUE de MONTRÉAL /OCPM**
 - Aménagement du campus Glen – CUSM et Shriners (rapport de consultation publique) (juillet 2005)
- **RAYMOND CHABOT (RCGT)**
 - Évaluation de l'opportunité de créer un logipôle (décembre 2004)
- **Raymond, Joyal, Cadieux, Paquette, et associés**
 - Évaluation valeur marchande des propriétés du CUSM (juin 2006)
- **REVAY**
 - Construction Cost Estimate at FP Stage (mars 2002)
 - Estimation des coûts de construction à l'étape FP (mars 2002)





- **Revay, Vermeulens**
 - Pre-Concept Optimization Workshops No. 1 and 2 (mars 2006)
- **RIOPEL**
 - Feasibility Study Laundry Building Cost (novembre 2002)
- **STANTEC**
 - McGill University Health Centre, Advanced Hospital Design – Roadmap for the Development of a sustainable Hospital Complex (avril 2006)
- **TECSULT**
 - Geotechnical Study - Shriners Hospital (décembre 2004)
 - Progress Report on Decontamination of site for Shriners (juin 2005)
- **Tecsult pour CHQ**
 - Restauration environnementale (site Glen) (décembre 2004)
 - Étude géotechnique pour un système de support temporaire de l'excavation pendant la restauration du site. Site de la Cour Glen (juillet 2005)
- **Village People**
 - Commercial Development Strategy (avril 2005)
 - Commercial Neighborhood and Traffic Flow Study (juin 2005)
 - Revised Master Plan (septembre 2005)



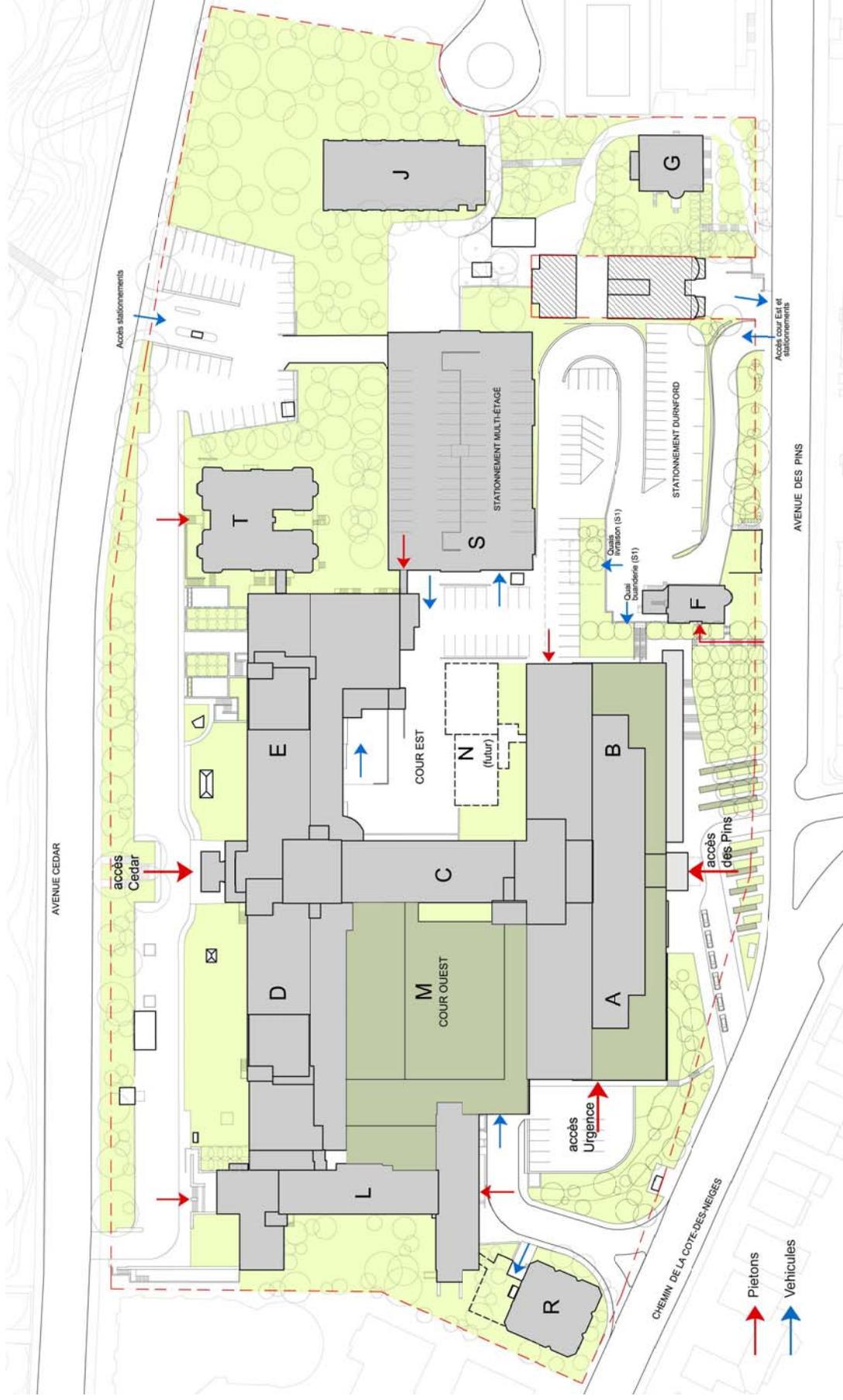


ANNEXES

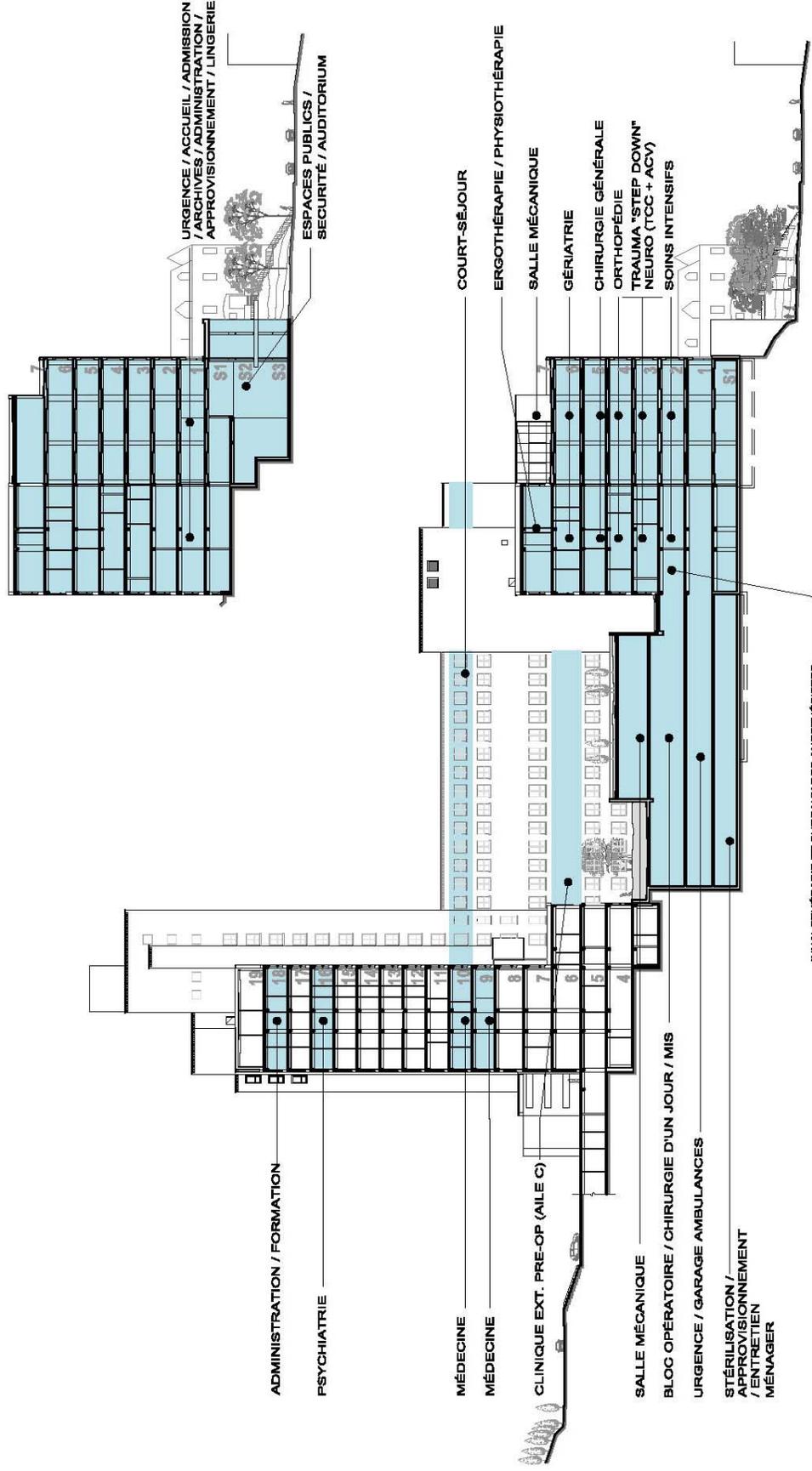




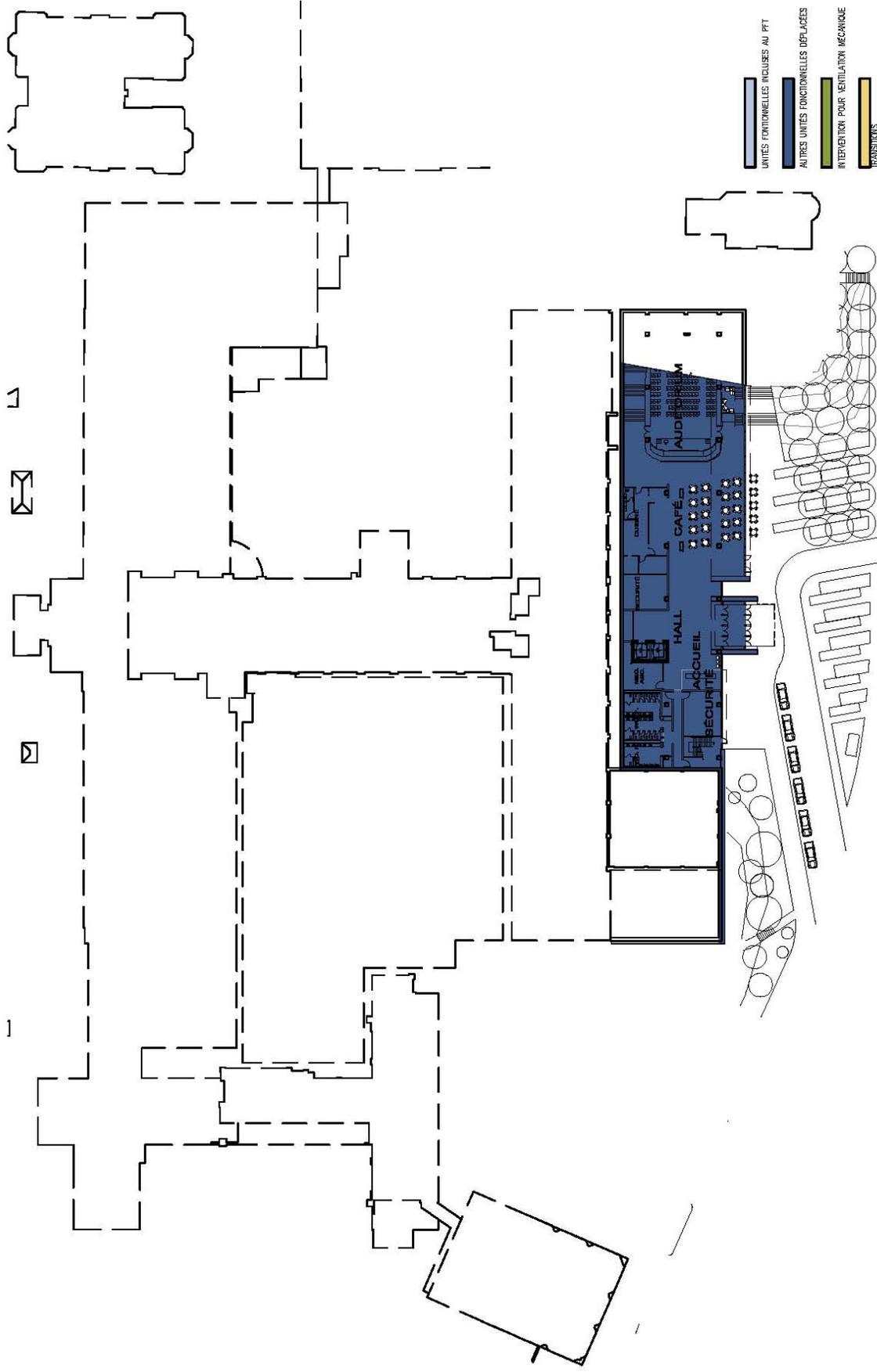
Annexe VII : Plan de blocage sommaire



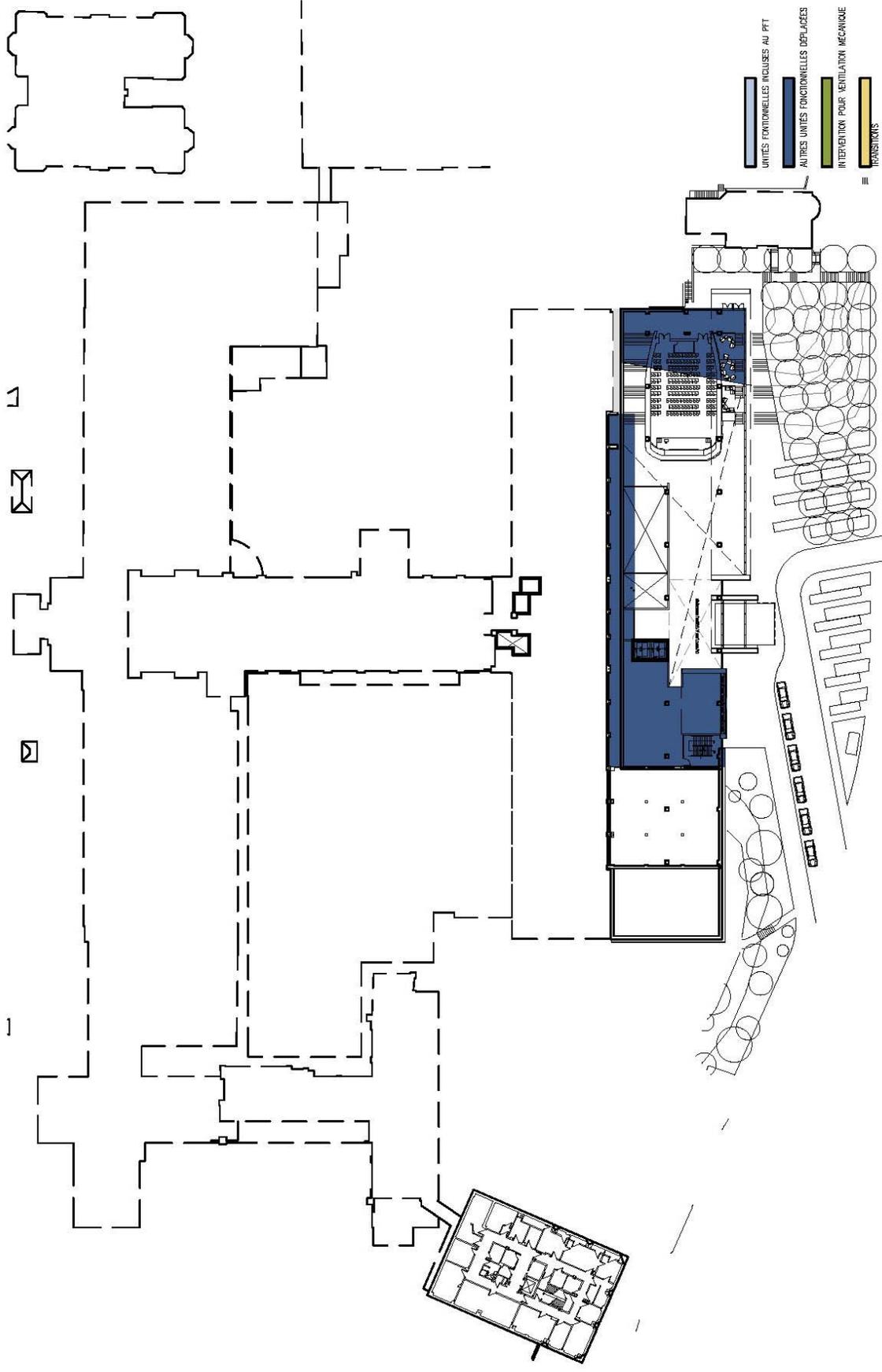
Implantation proposée



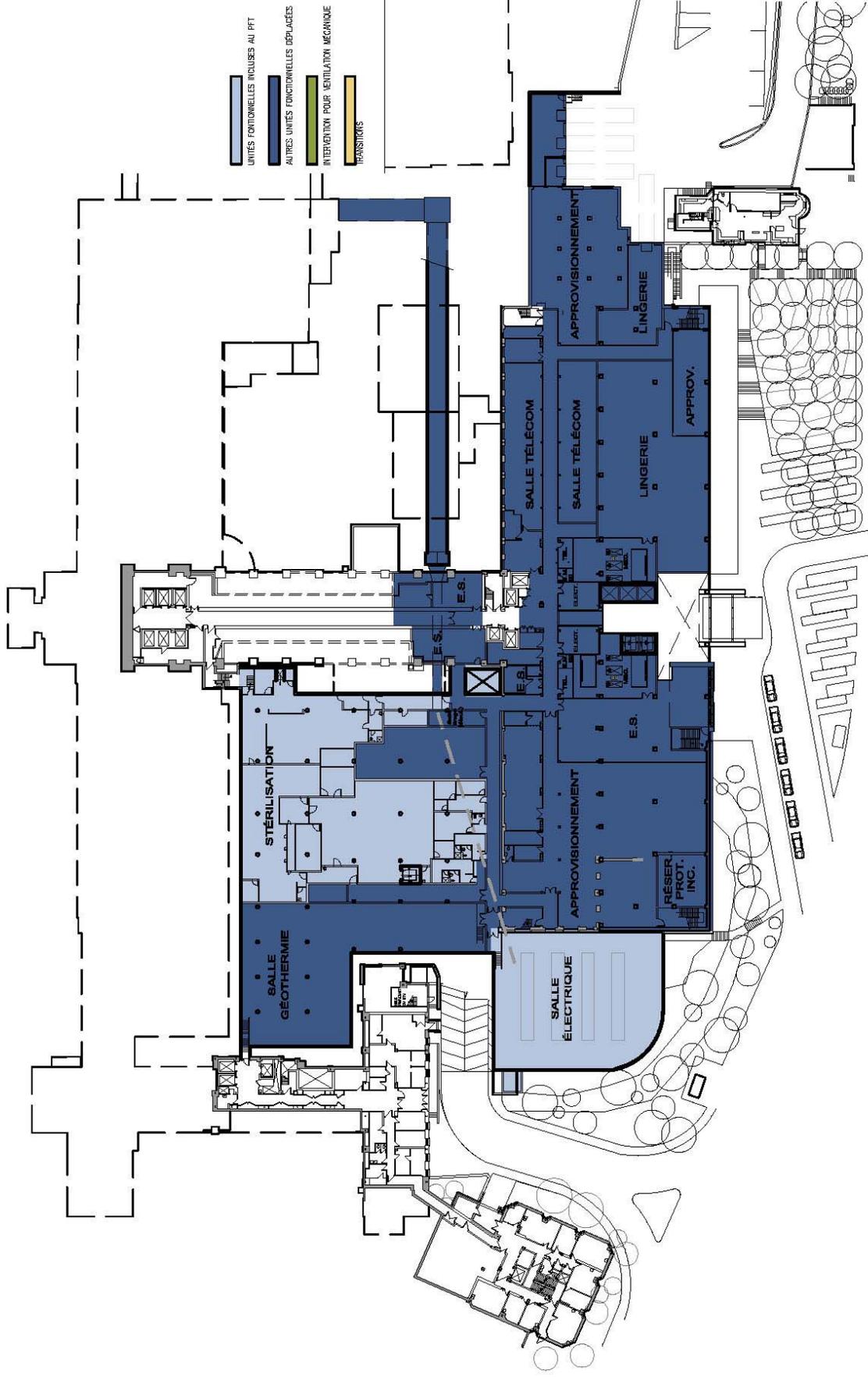
Coupe générale Nord-Sud



Plan niveau S3



Plan niveau S2



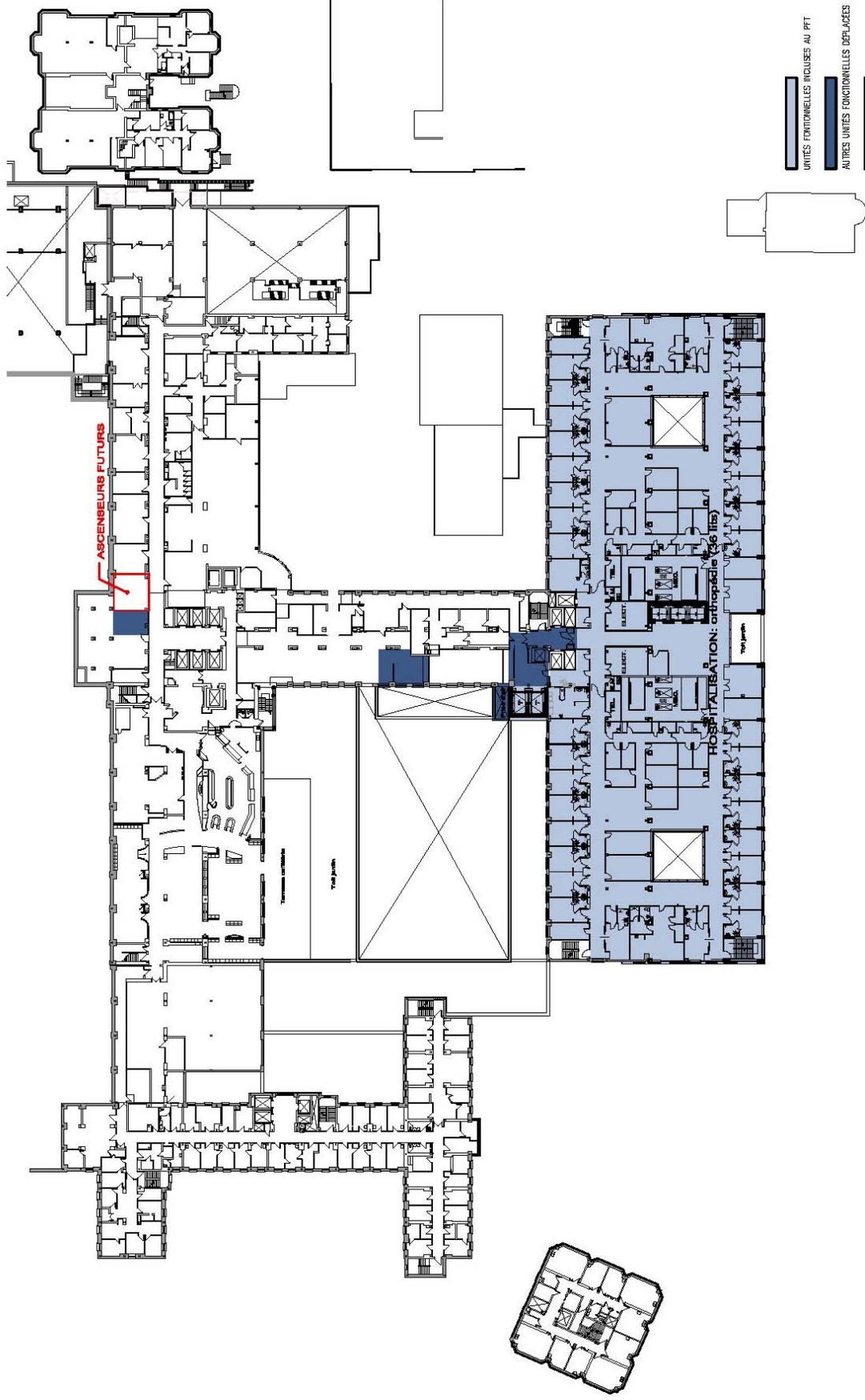
Plan niveau S1



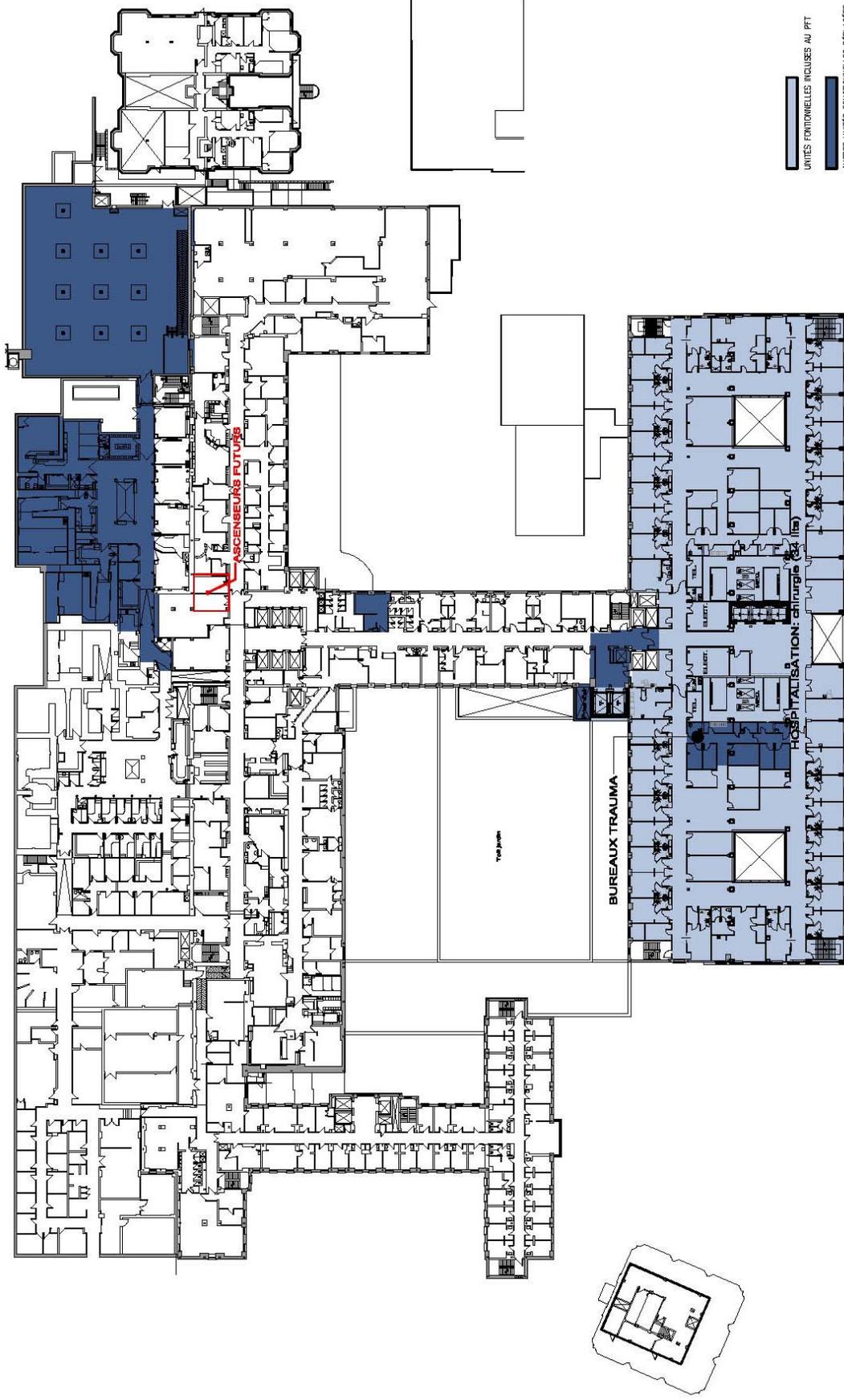
Plan niveau 2



Plan niveau 3

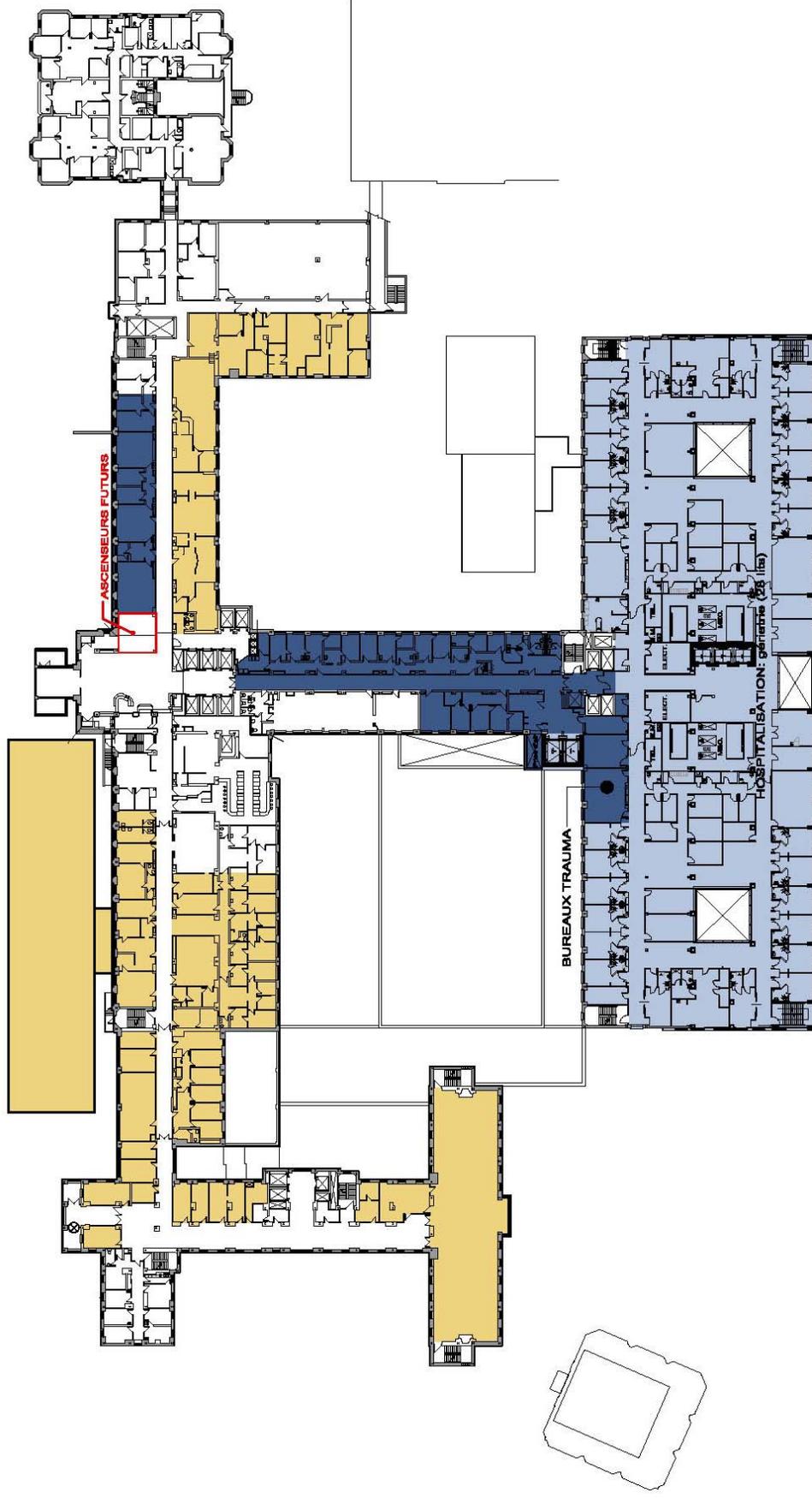


Plan niveau 4



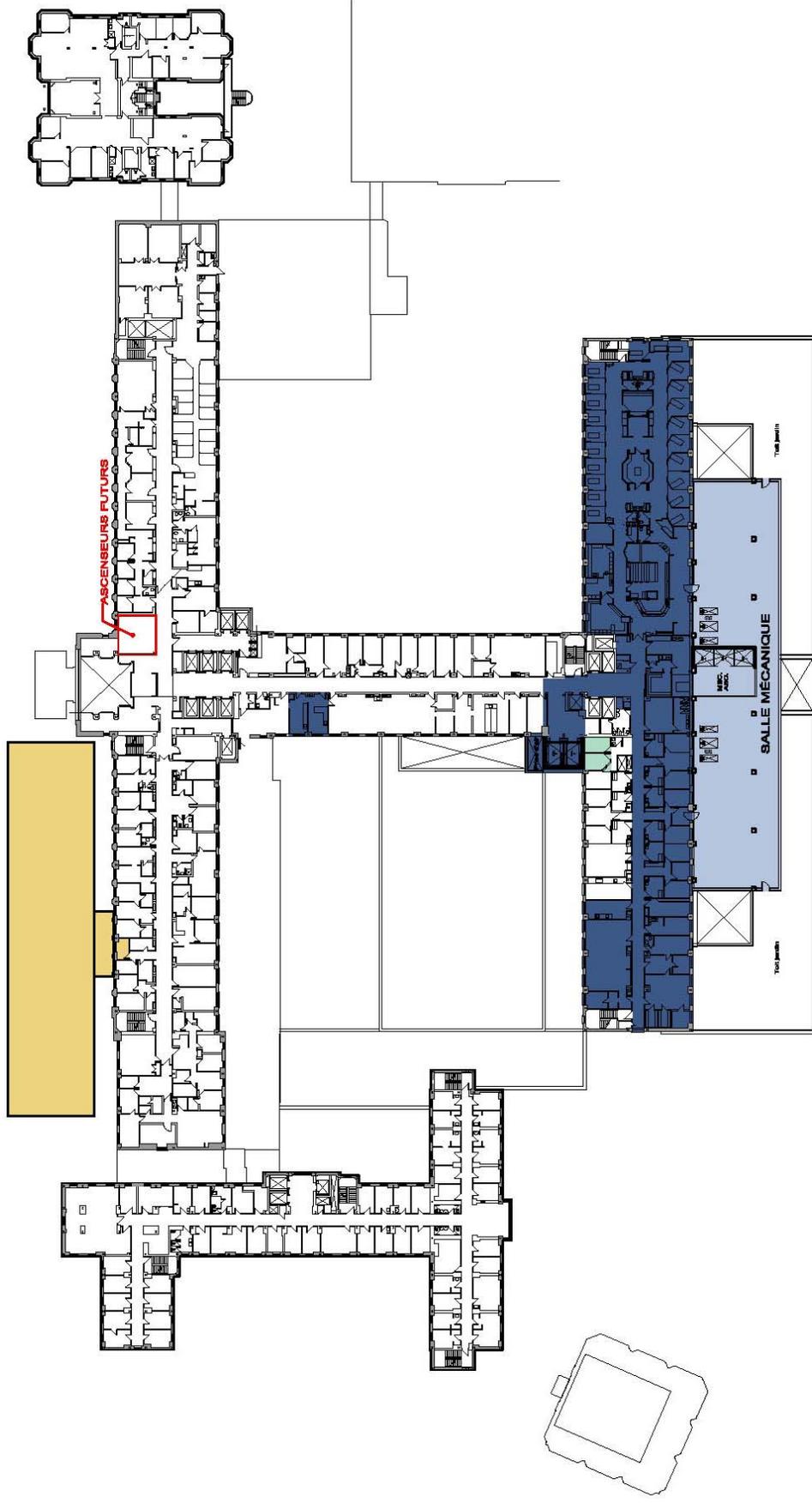
- UNITES FONCTIONNELLES INCLUSES AU PFT
- AUTRES UNITES FONCTIONNELLES DEPLACES
- INTERVENTION POUR VENTILATION MECANIQUE TRANSISTORS
- TRANSISTORS

Plan niveau 5



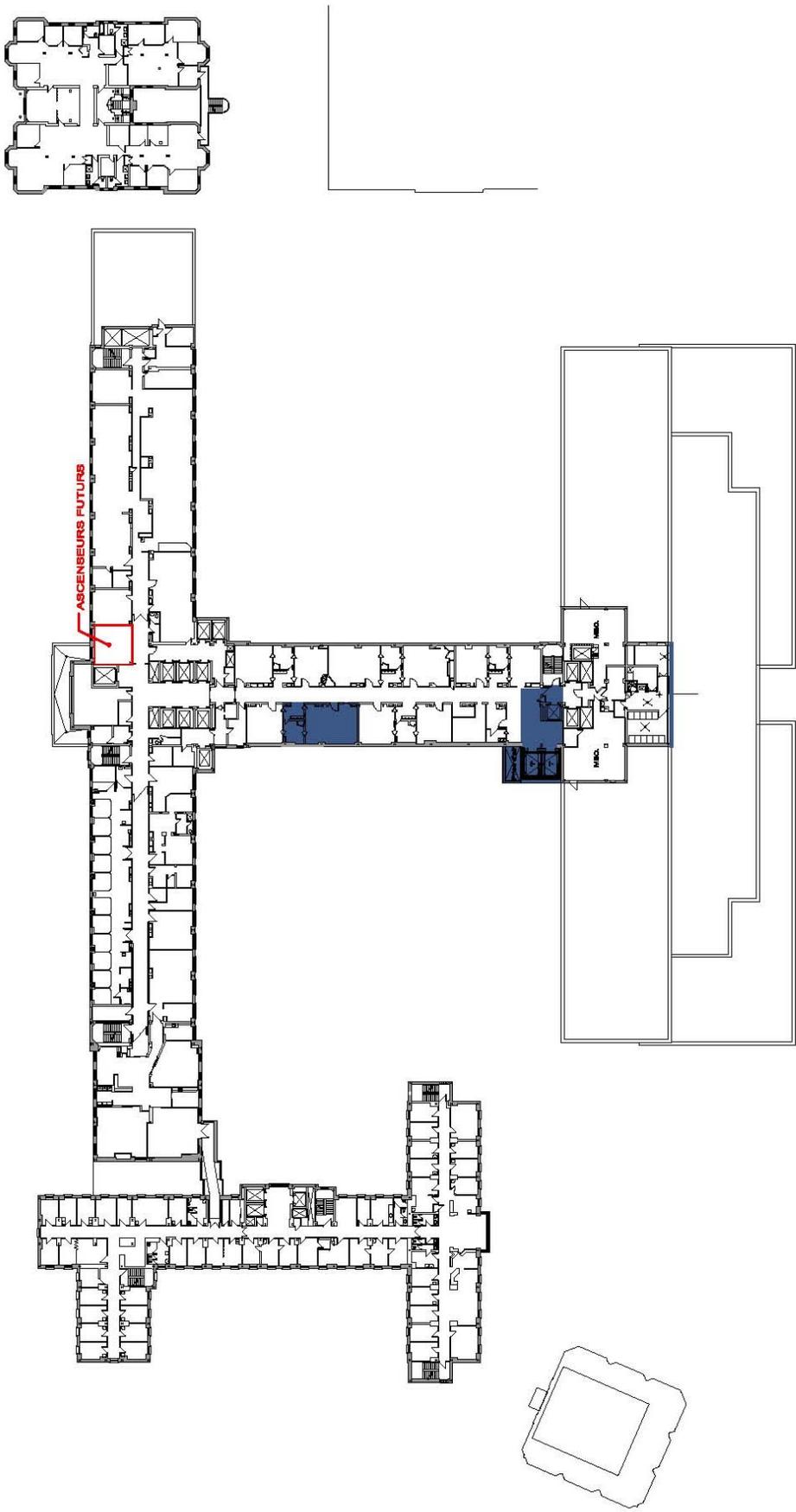
- UNITÉS FONCTIONNELLES INCLUSES AU PPT
- AUTRES UNITÉS FONCTIONNELLES DÉPLACÉES
- INTERVENTION POUR VENTILATION MÉCANIQUE
- TRANSITS

Plan niveau 6

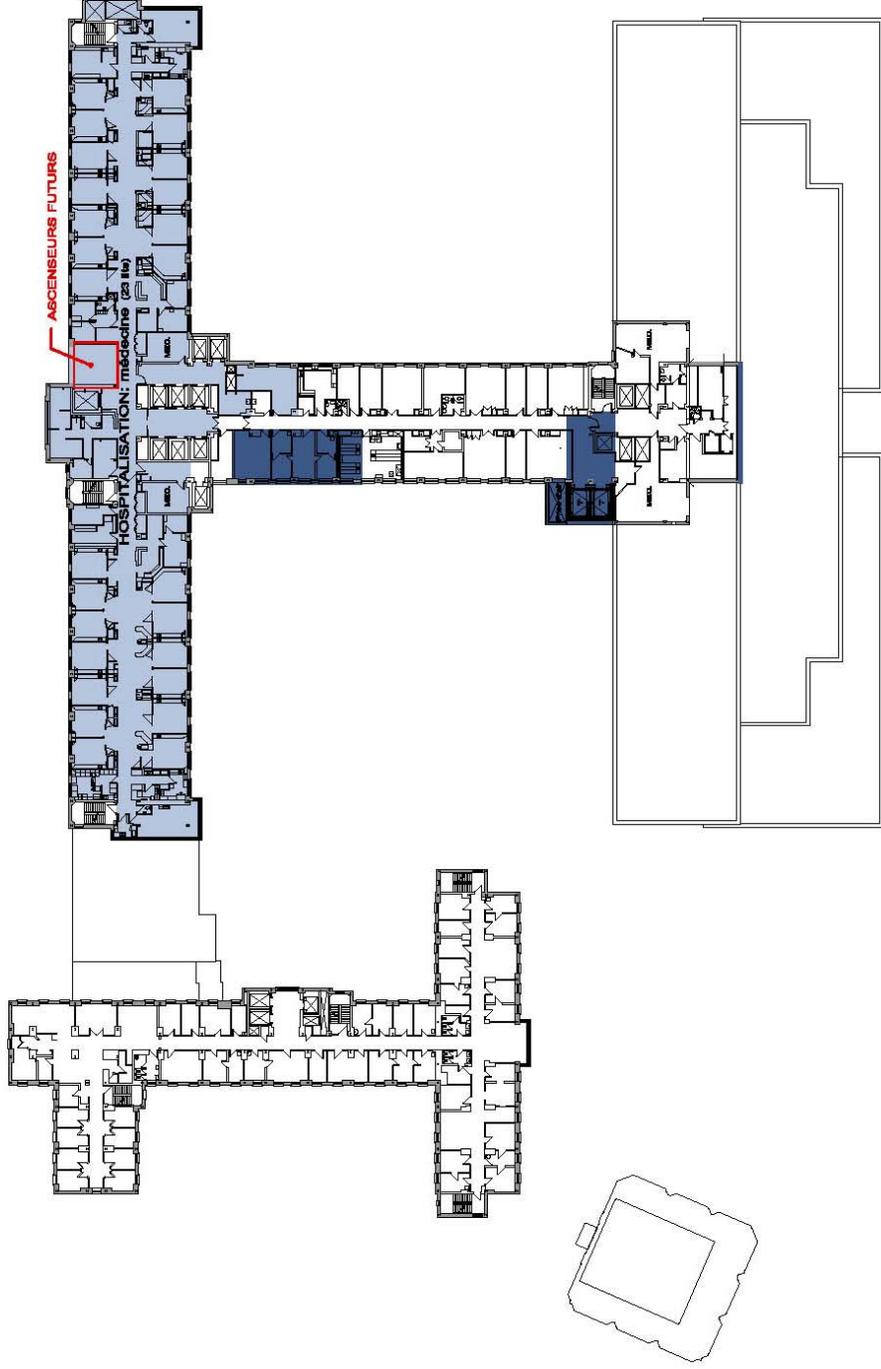
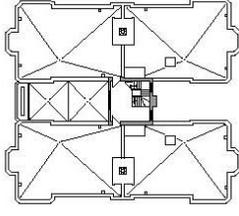


- UNITES FONCTIONNELLES INCLUSES AU PFT
- AUTRES UNITES FONCTIONNELLES DEPLACES
- INTERVENTION POUR VENTILATION MECANIQUE
- TRANSITIVIS

Plan niveau 7

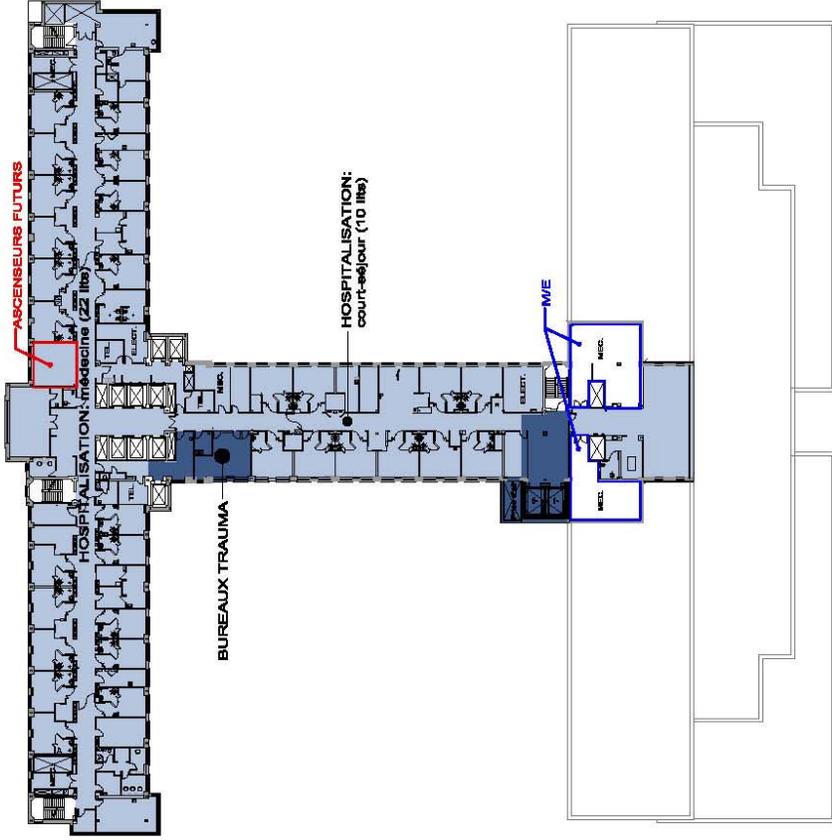
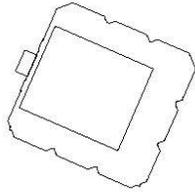
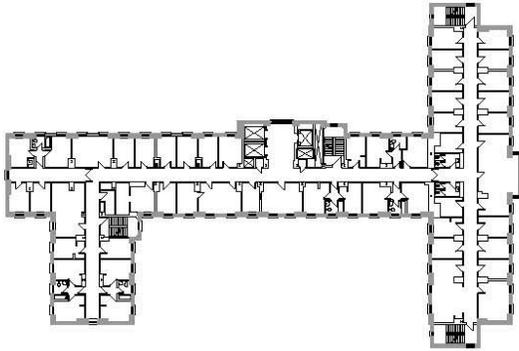
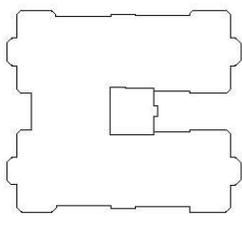


- UNITES FONCTIONNELLES INCLUSES AU PFT
 - AUTRES UNITES FONCTIONNELLES DEPLACEES
 - INTERVENTION POUR VENTILATION MECANIQUE
 - TRANSITS
- Plan niveau 8



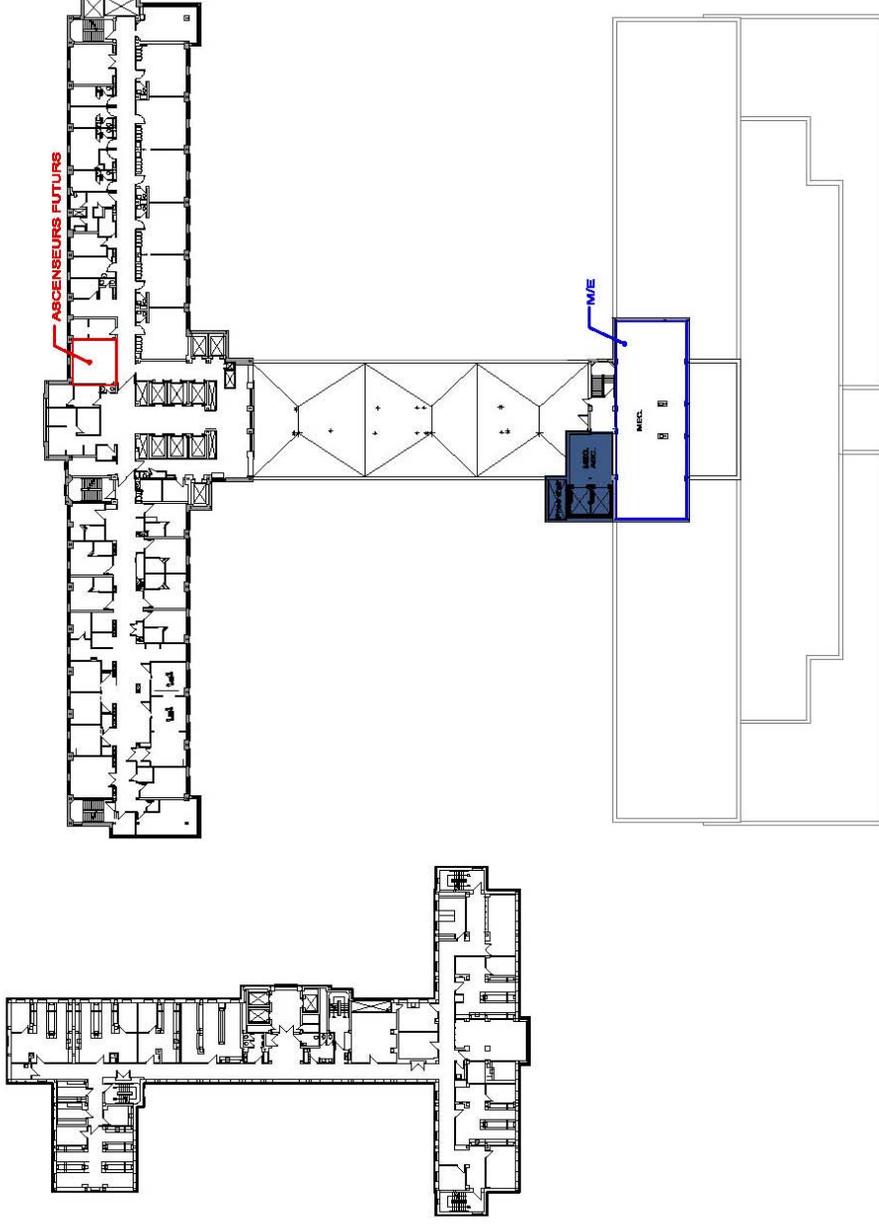
- UNITÉS FONCTIONNELLES INCLUSES AU PFT
- AUTRES UNITÉS FONCTIONNELLES DÉPLACÉES
- INTERVENTION POUR VENTILATION MÉCANIQUE
- TRANSITS

Plan niveau 9



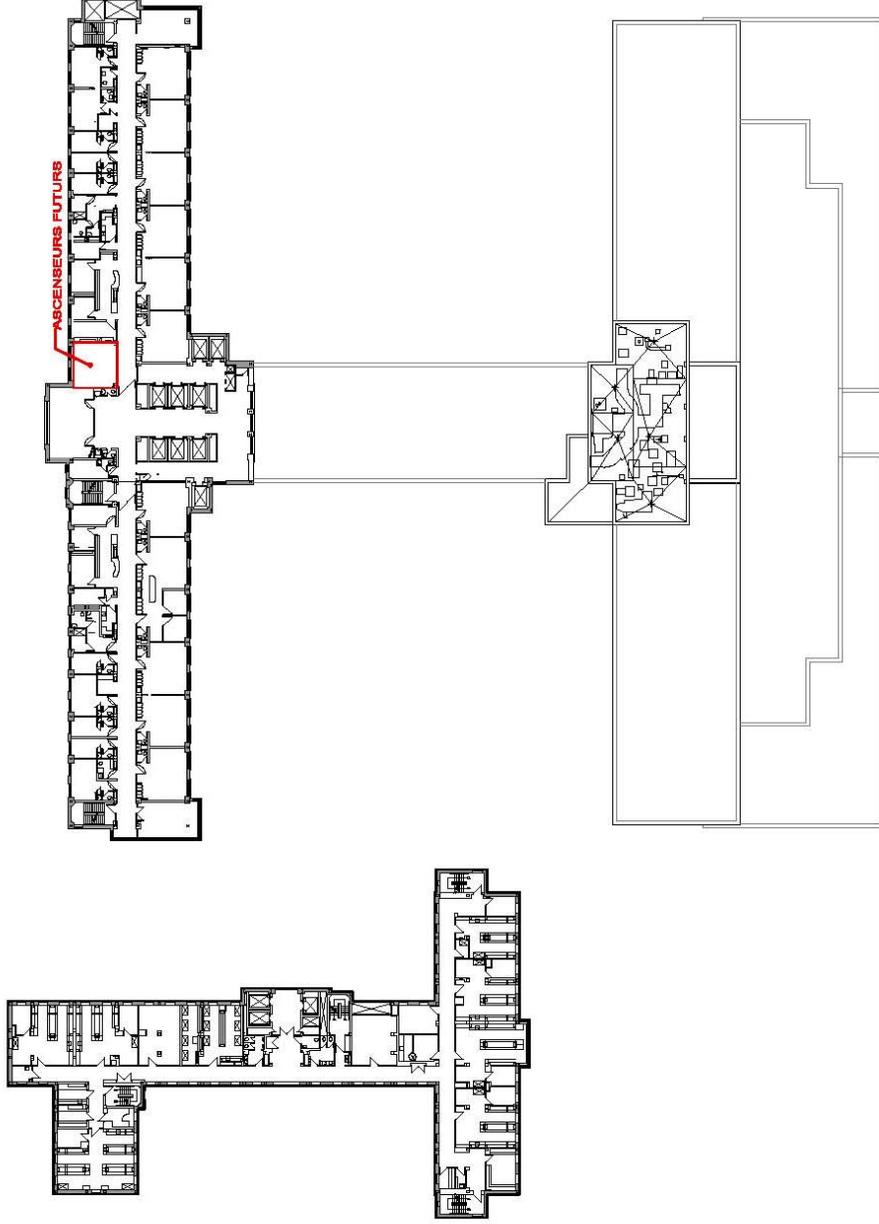
- UNITS FONCTIONNELLES INCLUSES AU PFT
- AUTRES UNITS FONCTIONNELLES DEPLACÉES
- INTERVENTION POUR VENTILATION MÉCANIQUE
- TRANSITS

Plan niveau 10



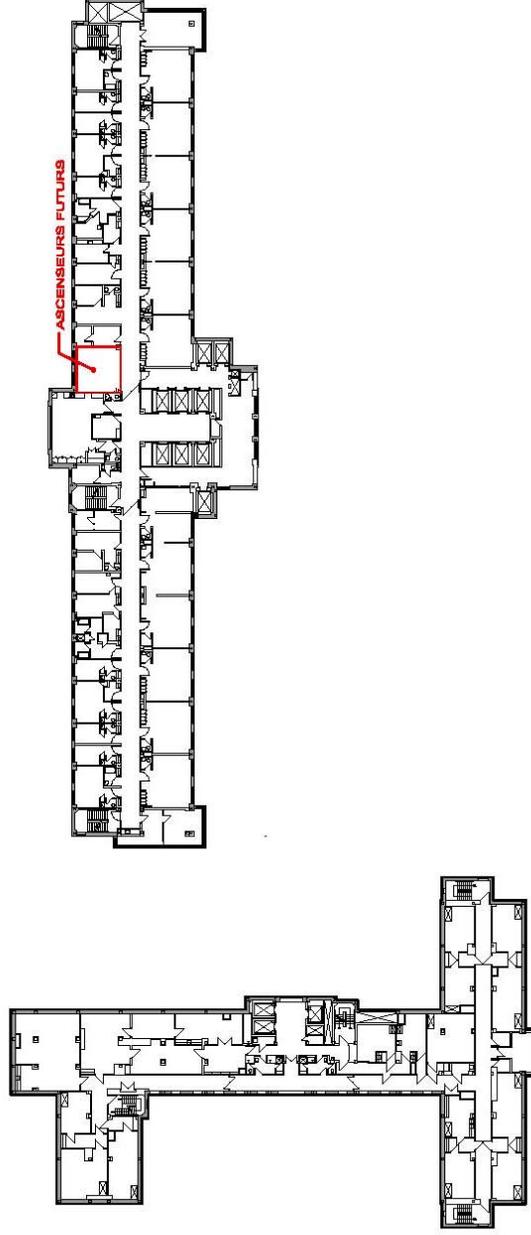
- UNITÉS FONCTIONNELLES INCLUSES AU PFT
- AUTRES UNITÉS FONCTIONNELLES DÉPLACÉES
- INTERVENTION POUR VENTILATION MÉCANIQUE
- TRANSITAIRES

Plan niveau 11



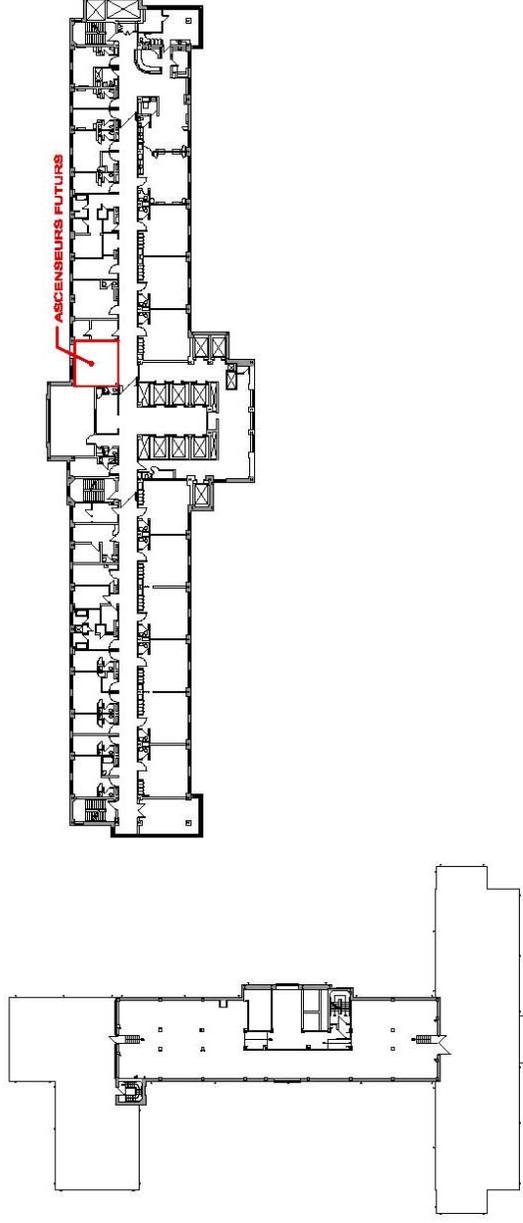
- UNITS FONCTIONNELLES INCLUSES AU PFT
- AUTRES UNITS FONCTIONNELLES DEPLACES
- IMPLEMENTATION POUR VENTILATION MECANIQUE
- TRANSITIONS

Plan niveau 12



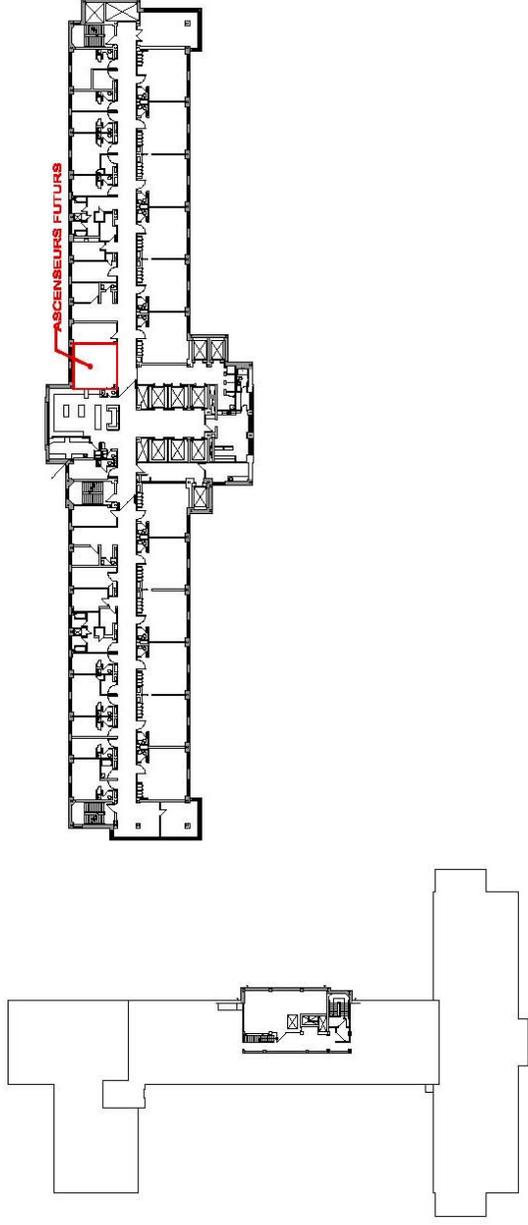
- UNITS FONCTIONNELLES INCLUSES AU PFT
- AUTRES UNITS FONCTIONNELLES DEPLACES
- INTERVENTION POUR VENTILATION MECANIQUE
- TRANSITIONS

Plan niveau 13



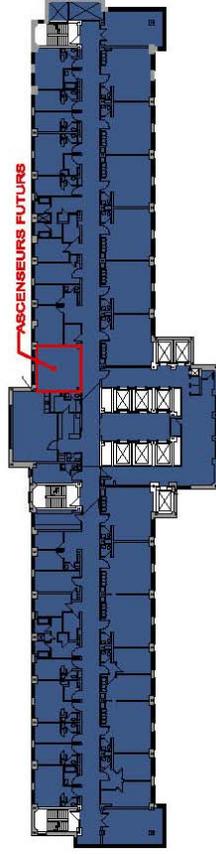
- UNITES FONCTIONNELLES INCLUSES AU PFT
- AUTRES UNITES FONCTIONNELLES DEPLACES
- INTERVENTION POUR VENTILATION MECANIQUE
- TRANSITIONS

Plan niveau 14

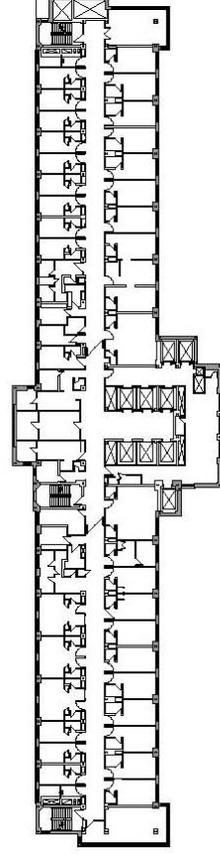


-  UNITES FONCTIONNELLES INCLUSES AU PFT
-  AUTRES UNITES FONCTIONNELLES DEPLACÉES
-  INTERVENTION POUR VENTILATION MECANIQUE
-  TRANSITS

Plan niveau 15

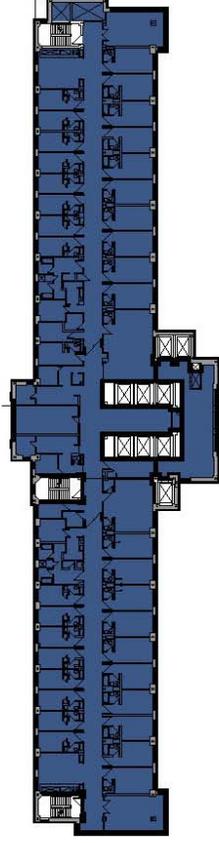


Plan niveau 16

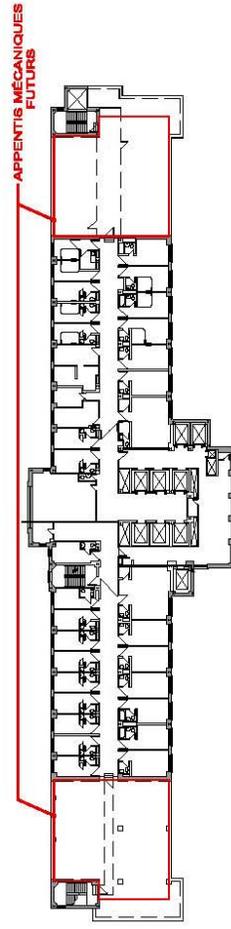


-  UNITES FONCTIONNELLES INCLUSES AU PPT
-  AUTRES UNITES FONCTIONNELLES DEPLACÉES
-  INTERVENTION POUR VENTILATION MECANIQUE

Plan niveau 17



Plan niveau 18



- UNITES FONCTIONNELLES INCLUSES AU PFT
- AUTRES UNITES FONCTIONNELLES DEPLACEES
- INTERVENTION POUR VENTILATION MECANIQUE

Plan niveau 19