

PROJET D'IMPLANTATION

PROJET D'IMPLANTATION du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

CUSM

PROJET D'IMPLANTATION
du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Octobre 2004



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Table des matières

SECTION	PAGE
1. INTRODUCTION	3
2. DESCRIPTION DU PROJET	7
A. Plan clinique	9
B. Enseignement	18
C. Recherche	19
3. L'HÔPITAL SHRINERS AU CAMPUS GLEN	25
4. COMPLÉMENTARITÉ	29
A. Clinique	31
B. Administration et soutien	34
5. PLAN DE PRATIQUE DU CUSM	41
6. IMPLANTATION	45
A. Implantation par phases	47
B. Échéancier global du projet	48
C. Programmation des activités de construction, d'avril 2004 à mars 2006	49
7. CONCLUSION	53
ANNEXES	57

CUSM

PROJET D'IMPLANTATION
du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Table des matières



CUSM

PROJET D'IMPLANTATION
du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Octobre 2004

Introduction

1
Introduction



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre



1 INTRODUCTION

Afin de donner suite aux recommandations présentées par la Commission Mulroney-Johnson en mai 2004 et de se conformer aux lignes directrices subséquentes émises par le ministre de la Santé, le CUSM a mis en branle un processus de planification intensif et exhaustif qui lui a permis non seulement de passer en revue ses plans de développement, mais également d'esquisser dans ses grandes lignes un plan stratégique.

L'adoption de la Loi 25 a créé de nouvelles structures dans le cadre de la refonte du réseau, ce qui a eu un impact important sur l'organisation des services de santé et des services sociaux dans l'île de Montréal. Au sein du consortium de McGill, le CUSM devra desservir un segment de population déterminé à l'intérieur d'un certain nombre de CSSS désignés. De plus, en sa qualité d'hôpital universitaire ayant un mandat ultraspécialisé, le CUSM répond à des besoins qui évoluent sans cesse dans le contexte des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) de la province.

En juin, plusieurs groupes de travail ont été chargés de déterminer la configuration définitive des services assurés au sein de deux campus, les mesures à prendre afin que la transition entre les cinq hôpitaux et le modèle à deux campus s'effectue en douceur – ce qui comprend les déménagements provisoires – et d'assurer le suivi afin que tout se déroule comme il se doit. Selon les lignes directrices à suivre, les groupes de travail devaient plus précisément s'assurer que les soins prodigués dans les centres d'excellence seront axés sur le patient, de réaménager le CUSM en deux campus de prestige assujettis à des normes de soins uniformes, de consolider les activités cliniques dans l'un des deux campus dans la mesure du possible et d'étudier la possibilité de réaliser progressivement le plan de réaménagement.

Deux grands « Lac à L'épaule » ont été organisées afin que ce processus de grande envergure se concrétise. Le Conseil des soins infirmiers, le Conseil multidisciplinaire, le Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens ainsi que le Conseil du personnel non clinique étaient représentés au sein des groupes de travail. On y retrouvait également des représentants des patients, de l'Institut de recherche et de la Fondation du CUSM au sein de chacun des groupes de travail.

En parallèle à ce processus, des comités se penchent sur des questions telles que la complémentarité et le plan de pratique. Ces initiatives unificatrices et mobilisatrices placent le CUSM en excellente posture afin que la mise en œuvre du projet continue d'aller de l'avant.

Le CUSM respecte parfaitement les balises financières du Ministère. Le coût du projet ne dépassera pas 1,1 milliard \$, excluant les investissements de ses partenaires du secteur privé. Des estimations ventilées accompagneront chaque programme fonctionnel et technique au moment de leur dépôt au Ministère pour approbation.

CUSM

PROJET D'IMPLANTATION
du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Octobre 2004

*Description
du projet*

2
Description du projet



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre



2 DESCRIPTION DU PROJET

A. Plan clinique

Le CUSM reconnaît qu'il a un rôle à jouer afin que la vision de la médecine universitaire du ministre de la Santé se concrétise. Il s'acquittera de cette responsabilité en mettant l'accent sur sa mission principale : assurer des services de santé clinique, de recherche, d'enseignement et d'évaluation des nouvelles technologies au sein d'un réseau de services. Cela est conforme à la redistribution globale des services et des ressources aux différentes régions du Québec.

Le projet du CUSM est conforme à la vision du Ministère, qui tient à équilibrer le niveau de soins assurés par un réseau d'organismes. Cela aide le CUSM à jouer son rôle de centre de soins tertiaires et quaternaires ultraspecialisés, tout en continuant à répondre aux besoins de la communauté locale.

Le CUSM a peaufiné son plan de réaménagement après que le Ministre eut annoncé qu'il appuyait le projet. Quatre principes directeurs ont été respectés tout au long du processus :

- l'aménagement de deux campus de prestige qui ont des centres d'excellence et qui sont assujettis à des normes de soins communes;
- la prestation de soins qui mettent l'accent sur le patient;
- le regroupement des activités dans l'un des deux campus dans la mesure du possible;
- la possibilité de réaliser progressivement le plan de réaménagement.

Les activités cliniques se dérouleront aux deux campus : le campus Glen et le campus de la Montagne. On a tenu compte de la récente restructuration du secteur de la santé, notamment la création du RUIS et des réseaux locaux (CSSS).

Le CUSM a mis sur pied huit groupes de travail afin d'approfondir le plan et de donner suite aux recommandations de la Commission Mulroney-Johnson et aux directives du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'un d'entre eux devait notamment déterminer quels services cliniques devaient être offerts au campus Glen et donner un aperçu de l'organisation des services cliniques dans ce complexe.

Les regroupements suivants étaient représentés au sein du groupe de travail : le Conseil des infirmières, le Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP), le Conseil multidisciplinaire, le Comité des patients, la Fondation du CUSM et l'Institut de recherche du CUSM. Les autres membres ont été choisis par le président du groupe de travail.

Suivant le plan clinique qui a été proposé, le CUSM serait le centre névralgique du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université McGill, chargé de la prestation des services cliniques, des services d'enseignement et des services de recherche à partir de deux campus, le campus Glen et le campus de la Montagne, ce dernier situé au centre-ville.

Les services d'hospitalisation

Le CUSM aura 832 lits, dont 500 seront au campus Glen (144 lits sont réservés à l'Hôpital de Montréal pour enfants) et 332 au campus de la Montagne. La répartition a été effectuée en fonction de l'affinité des programmes, de la capacité des deux campus et de la spécialisation des services d'urgence.

Le campus de la Montagne sera le navire amiral des services de traumatologie, de la chirurgie orthopédique et des neurosciences. De plus, c'est là que seront concentrés les services respiratoires.

Il a été convenu d'ajouter la neurochirurgie en tant que complément à la traumatologie et à l'orthopédie à la liste des services offerts au campus de la Montagne. Figurent également sur cette liste la neurologie (programme ACV), la médecine, la chirurgie générale, l'ophtalmologie ainsi que la chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Les autres principaux services qui vont de pair avec la traumatologie (orthopédie, chirurgie plastique, neurochirurgie) demeurent à l'Hôpital général de Montréal (HGM). Les services de chirurgie plastique continueront d'être assurés aux deux campus en raison de leur rôle en oncologie. Les services de neurochirurgie seront accrus, et une bonne part des services de neurochirurgie rachidienne et primaire qui étaient assurés à l'Hôpital neurologique de Montréal (HNM) seront relocalisés. À l'HGM, la neurologie sera principalement axée sur les ACV et les besoins des patients de l'urgence. L'HNM conservera un volume d'activités cliniques suffisant de manière à poursuivre la collaboration avec l'Institut neurologique de Montréal (INM) dans ses installations actuelles.

Le campus Glen abritera l'Hôpital de Montréal pour enfants, le programme de la santé des femmes, le centre du cancer ainsi qu'une concentration de services ambulatoires. Certains services seront exclusivement assurés à ce campus : les sciences cardiovasculaires, la transplantation, l'hématologie, la santé mentale, la chirurgie thoracique et l'urologie. Les services de médecine et de chirurgie générales seront répartis à parts égales entre les deux campus. Il est également prévu que l'Hôpital Shriners et le Centre hospitalier de soins de longue durée Grace-Dart seront localisés au campus Glen.

Les deux campus auront une unité de soins intensifs et une unité de soins coronariens. Cependant, les unités n'auront vraisemblablement pas la même envergure.

Le service de chirurgie vasculaire préfère être localisé à proximité du service de cardiologie avec lequel l'affinité clinique est plus grande. Ces services pourraient tout aussi bien être situés au campus Glen qu'au campus de la Montagne. Du point de vue des soins, le campus Glen semble être un choix logique. Du point de vue des ressources, le campus de la Montagne semble préférable. Il convient d'approfondir cette question avant de formuler une recommandation.

Peu importe le rattachement au campus Glen ou au campus de la Montagne, les patients seront traités rapidement et efficacement à l'urgence et dans les unités de services aux patients hospitalisés.



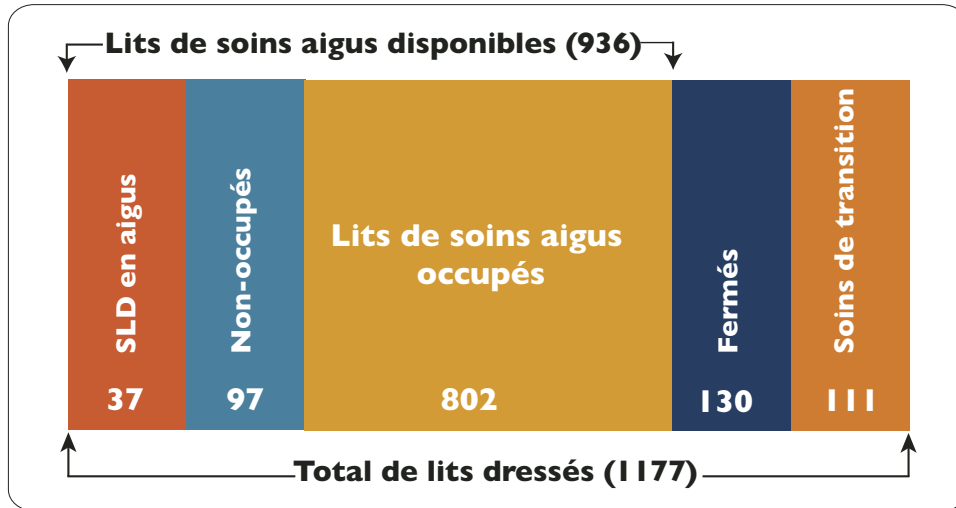
Le tableau suivant fait état de la répartition prévue des services aux patients hospitalisés.

Campus Glen	Campus Montagne
<ul style="list-style-type: none">• Médecine• Chirurgie• Oncologie• Hôpital de Montréal pour Enfants• Santé des femmes• Programme cardiovasculaire• Transplantation• Centre de la vue• Urologie• Santé mentale• Gériatrie	<ul style="list-style-type: none">• Médecine• Chirurgie• Orthopédie• Trauma• Sciences respiratoires• Orale & Maxillo-facial• Neurosciences
<ul style="list-style-type: none">• Soins intensifs et coronariens	<ul style="list-style-type: none">• Soins intensifs et coronariens
<ul style="list-style-type: none">• Urgence	<ul style="list-style-type: none">• Urgence

L'organisation du programme d'oncologie au campus Glen doit être examinée plus à fond, car le modèle de soins de prédilection est encore à l'étude. Le modèle retenu aura un impact sur l'organisation des services aux patients hospitalisés et des services ambulatoires. De plus, les décisions du groupe directeur sur la complémentarité du CUSM et du CHUM influenceront l'organisation des programmes d'oncologie clinique, ainsi que des programmes de transplantation (voir la section sur la complémentarité clinique).

La réduction du nombre total de lits et leur répartition entre les campus sont considérées comme des défis de taille par les cliniciens. À l'heure actuelle, le CUSM compte 1 119 lits dressés, soit 905 pour adultes et 214 pour enfants. Par « lits dressés », on entend les lits qui sont prêts à être utilisés dans les unités. Le nouveau CUSM (campus Glen et campus de la Montagne) disposera de 832 lits dressés (688 pour adultes et 144 pour enfants). Cela représente une réduction de 287 lits ou de 26 %.

Toutefois, lorsqu'on analyse le taux d'occupation des lits durant une certaine période (2003-2004), on constate que le nombre moyen de lits occupés s'établissait à 942 lits. En utilisant cette donnée, on obtient une réduction globale de 110 lits (de 942 à 832) ou de 12 %. En 2003, le nombre de lits occupés a varié de 950 à 801. Le graphique ci-dessous fait état de l'occupation des lits au 17 septembre 2004.



La réduction du nombre total de lits est l'un des nombreux défis à relever. La Commission Mulroney-Johnson a recommandé d'augmenter le nombre de lits réservés aux soins tertiaires au CUSM et, par conséquent, de réduire le nombre de lits réservés aux soins secondaires. À l'heure actuelle, les pourcentages correspondant aux soins secondaires et aux soins tertiaires s'établissent respectivement à 88 % et à 12 %. La Commission Mulroney-Johnson a proposé que 142 lits ou 17 % du total soient réservés aux soins tertiaires en 2010. Cela suppose une réduction de 30 % du volume de soins secondaires au CUSM.



Urgence

Le CUSM reconnaît que le gouvernement s'attend à ce que les services d'urgence continuent d'être offerts aux Montréalais dans le centre-ville. Il a établi son plan clinique en conséquence. Le CUSM gèrera des services d'urgence pour adultes aux deux campus (32 800 consultations au campus de la Montagne et 34 200 consultations au campus Glen). La proportion de lits associés à l'urgence sera plus grande au campus de la Montagne, mais davantage de lits seront réservés aux admissions non urgentes au campus Glen. Quoi qu'il en soit, il est primordial que la capacité de l'urgence du campus Glen soit adéquate, étant donné que l'établissement est plus près de la population desservie par le CUSM.

En 2003, dans le cadre de la description du modèle du CUSM à deux campus, le ministère de la Santé et des Services sociaux avait demandé que le CUSM aménage deux salles d'urgence ayant sensiblement la même taille, l'une au campus de la Montagne et l'autre au campus Glen. Les groupes de travail ont donc évalué des scénarios qui tiennent compte de cette exigence.

À l'heure actuelle, le CUSM enregistre 67 000 consultations à l'urgence de l'HGM et à celle de l'Hôpital Royal Victoria (HRV). Ce nombre est réparti comme suit : 47 000 patients ambulatoires et 20 000 patients transportés en ambulance. Les groupes de travail ont analysé quatre modèles différents de soins pour l'urgence. Dans les deux premiers modèles, les patients transportés en ambulance et les patients ambulatoires ne sont pas traités au même endroit. Dans les deux autres modèles, chaque campus s'occupe d'un certain pourcentage de patients transportés en ambulance et de patients ambulatoires. Ces modèles présument que les patients transportés en ambulance seraient répartis à parts égales entre les deux campus ou que le campus Glen obtiendrait 60 % d'entre eux. Le pourcentage plus élevé attribué au campus Glen s'explique du fait que la population de l'ouest de la ville est un peu plus grande et plus mobile, ainsi que par l'attrait naturel d'un nouvel hôpital.

Scénario d) ambulances cardiaques au Glen, trauma/ortho/non-triées la Montagne MGH

Nombre total de lits	CUSM 832		NOTES Selon les balises du MSSS
	Glen	Montagne	
Nombre de lits par campus			
A Pédiatrie	144	0	Selon Lac à l'épaule - mai 2004
B Adulte	356	332	Équivalents-lits aigus - Selon Lac à l'épaule - mai 2004
C Total par campus	500	332	
D Visites urgence	34 200	32 800	Volumes 2003-2004
F Admissions de l'urgence	4446 (13 %)	5454 (16 %)	9900 admissions en 2003-2004
G DMS	14,6	14,6	DMS pour cas admis en 2001-2002
H Jours d'hospitalisation	64912	79628	F*G
I Équivalents-lits associés à l'urgence par campus	209 (59 %)	257 (77 %)	H/(365*0,85), taux d'occupation 85 %
J Équivalents-lits pour cas électifs par campus	147 (41 %)	75 (23 %)	B-I
K Équivalents-lits adultes associés à l'urgence - total	466 (68 %)		
L Équivalents-lits adultes pour cas électifs - total	222 (32 %)		
	688		

Voici le détail des scénarios qui ont été étudiés :

- a. tous les patients transportés en ambulance sont dirigés vers l'HGM, et tous les patients ambulatoires vers le campus Glen;
- b. les cas trauma-orthopédiques transportés en ambulance sont dirigés vers l'HGM; les autres patients transportés en ambulance et les patients ambulatoires sont dirigés vers le campus Glen;
- c. 60 % des patients transportés en ambulance sont dirigés vers l'HGM, et 40 % vers le campus Glen;
- d. les cas trauma-orthopédiques et les patients sans traumatisme transportés en ambulance sont dirigés vers l'HGM; les patients cardiaques transportés en ambulance sont dirigés vers le campus Glen.

Le nombre de lits réservés aux admissions non urgentes au campus Glen et au campus de la Montagne a également été calculé. Les scénarios (a) et (b) ont été écartés, car ils se traduiraient par un déséquilibre des salles d'urgence, mobiliseraient dans l'un des campus les ressources destinées aux patients hospitalisés et se solderaient par de nombreux transferts entre les établissements.

Suivant le consensus auquel on est arrivé, les deux campus devraient accueillir des patients transportés en ambulance, mais on devrait privilégier l'HGM, car cela augmenterait le nombre de lits pour les admissions non urgentes au campus Glen. Les scénarios (c) et (d) portent sur différentes répartitions des patients transportés par ambulance entre les campus. Le scénario (d) (voir ci-dessus) a fait l'unanimité dans les groupes de travail sur le campus Glen et le campus de la Montagne. Dans ce modèle, tous les cas trauma-orthopédiques et les patients sans traumatisme transportés en ambulance iraient à l'HGM, et tous les patients cardiaques transportés en ambulance se trouveraient au campus Glen. Il y a eu un long débat à savoir si les patients qui avaient déjà été traités au campus Glen devaient être automatiquement transportés à l'urgence du campus Glen, au lieu de demeurer au sein du bassin de patients sans traumatisme et, par conséquent, d'être envoyés à l'HGM. Le patient préférera la première option (« Glen un jour, Glen toujours »). Cependant, cela n'est peut-être pas la meilleure solution si l'on tient à ce que le campus Glen soit associé dans la mesure du possible aux cas non urgents.

Comme le dossier électronique sera opérationnel et que l'on aura accès à tous les renseignements sur le patient, qu'importe le lieu où il a été soigné, les deux campus seront les deux pavillons d'un seul et même hôpital. L'existence de deux campus ne devrait pas être un obstacle à la qualité des soins, notamment aux yeux du patient.



Services ambulatoires

À travers le monde, les centres médicaux ont entrepris de redéployer leurs services et leurs installations afin de s'adapter à l'évolution des modes de prestation des soins, notamment le virage ambulatoire, qui prend de plus en plus d'ampleur. À cet égard, le CUSM a un défi à relever en tant que responsable de la coordination des services ambulatoires au sein du RUIS de McGill et avec ses partenaires du réseau.

Les services ambulatoires seront arrimés à la concentration des soins tertiaires afin que le CUSM puisse s'acquitter de ses obligations dans le cadre du RUIS, qui est établi en fonction du bassin de population et de la nouvelle répartition des soins primaires et secondaires entre les partenaires du réseau local. Cela reflète également le virage ambulatoire qui a été pris dans les établissements de jour relativement aux services tertiaires. Au CUSM, ces soins seront concentrés au campus Glen. L'emplacement des services ambulatoires est déterminé à partir du volume des services aux patients hospitalisés.

Le CUSM conservera le rôle principal en ce qui a trait au développement des services ambulatoires et à leur mise en œuvre. Cependant, la nature des services ambulatoires qu'il assure est appelée à changer. Les hôpitaux de jour enregistreront la plus forte croissance des soins du fait que les cas complexes continueront d'être traités en mode ambulatoire. En raison du caractère multidisciplinaire des équipes de soins et des progrès pharmaceutiques et technologiques, ces secteurs seront confrontés à une demande de plus en plus grande dans le réseau.

Le plan clinique du CUSM respecte les paramètres exposés par le ministre de la Santé relativement à la réduction du volume de soins primaires dans un hôpital universitaire et prévoit le transfert au réseau — par exemple aux centres de santé et de services sociaux (CSSS), aux groupes de médecine familiale (GMF) ou aux centres médicaux affiliés (CMA) —, d'une partie des consultations externes primaires et secondaires.

Salles d'opération

Le nombre de salles d'opération repose sur l'hypothèse suivante : les activités primaires et secondaires sont transférées aux autres membres du réseau, mais le nombre de cas tertiaires dirigés vers le CUSM augmente. Ce modèle rend les soins tertiaires plus accessibles et concentre ces activités dans un CHU. On a également tenu compte de la tendance aux interventions chirurgicales avec effraction minimale. En moyenne, ces cas prennent plus de temps que les interventions classiques et confirment que le nombre indiqué de salles d'opération est nécessaire.

Les services périopératoires et chirurgicaux seront offerts dans chaque campus. Ce modèle, qui permet d'atteindre les objectifs du Ministère, améliore l'accès aux services tertiaires et concentre ces soins dans un CHU, alors que les services primaires et secondaires sont redistribués dans le réseau.

Le tableau suivant est un sommaire de la répartition des activités prévues à chaque campus :

Composantes principales	Glen	Montagne
Lits :	500	332
Adultes	356	332
Pédiatrie	144	0
Cliniques ambulatoires et hôpitaux de jour :	572 000	262 000
Adultes	437 000	262 000
Pédiatrie	135 000	
Visites à l'urgence :	99 100	32 800
Adultes	34 200	32 800
Pédiatrie	64 900	0
Salles d'opération	24	15



Développement du réseau

Soins de longue durée

Le récent partenariat conclu entre le Centre Grace-Dart et le CUSM dénote une saine convergence, et l'Agence a adopté de nouvelles stratégies en vue d'assurer davantage de soins de longue durée de meilleure qualité.

Le groupe de travail chargé de revoir les soins de longue durée au CUSM a avalisé la recommandation de l'Agence relativement à l'ajout de 37 lits de soins de transition pour adultes au nouveau CUSM. L'Agence a présenté cette recommandation au Ministère à la lumière des résultats d'une étude. Ces lits seraient répartis entre le campus Glen et le campus de la Montagne : 12 à un campus et 25 dans l'autre. Dans chaque établissement, on les regrouperait de façon à assurer la qualité des soins et la continuité de la gestion des cas. Le groupe de travail a également recommandé l'ajout de 12 lits de soins psychiatriques de transition qui, idéalement, seraient contigus à l'unité de soins psychiatriques.

Suivant cette proposition, la plupart des lits autorisés de soins de longue durée du CUSM seront transférés au Centre Grace-Dart, au campus Glen. Le nombre total passera de 173 à 37 (abstraction faite de la psychiatrie). Les programmes spécialisés destinés aux patients qui requièrent des soins de longue durée seront élaborés en partenariat avec le Centre Grace-Dart (p. ex. hémodialyse chronique, patients constamment en ventilation assistée, personnes âgées souffrant de troubles du comportement et de troubles cognitifs, jeunes adultes aux prises avec un traumatisme cérébral ou une maladie dégénérative progressive). Ces patients seraient traités au Centre Grace-Dart, au campus Glen.

Le groupe de travail a proposé que le CUSM continue d'analyser les possibilités de financement extérieur. Cela pourrait prendre la forme d'une participation de la Fondation du CUSM - qui générerait les fonds sollicités ou non -, des partenariats public-privé, etc. On devrait envisager l'établissement de plans opérationnels novateurs en collaboration avec des établissements privés (p. ex. Résidences Griffith-McConnell, Château Westmount, Vigi-Santé Reine-Élisabeth). Ces derniers pourraient utiliser les services partagés du CUSM, tels que les laboratoires et la pharmacie en échange d'un accès à leurs lits de soins de longue durée.



Services de réadaptation

L'Agence et le Ministère ont entrepris un examen de l'organisation des services de réadaptation. Le CUSM travaille avec ses principaux partenaires du réseau afin d'avoir un impact positif sur ce processus.

Après réflexion, le groupe de travail sur les services de réadaptation a recommandé l'élaboration d'un modèle de gestion des cas pour tous les programmes afin d'assurer la continuité des services aux patients hospitalisés et ambulatoires et de fournir un soutien adéquat. De plus, la création d'un programme de soins de transition (de l'enfance à l'âge adulte) est essentielle et viendrait combler une lacune dans le continuum de soins. Afin d'améliorer l'éventail de services tertiaires et quaternaires offerts par le CUSM, le groupe de travail a également recommandé de créer un continuum complet — des soins aigus à l'intégration sociale.

Pour ce qui est de la collaboration avec les partenaires qui assurent des services de réadaptation, le CUSM s'attend à jouer un rôle prépondérant dans le cadre de la gestion conjointe du continuum de services aux patients. Il s'agit de maximiser l'efficacité des efforts de réadaptation dans un contexte de soins aigus, ainsi que d'assurer une utilisation optimale des lits spécialisés et une réintégration rapide du patient à son domicile.

En ce qui a trait à la mission d'enseignement, un programme d'enseignement axé sur les soins tertiaires réalisé en collaboration avec les principaux partenaires du secteur des services de réadaptation renforcera la position du CUSM au plan de la prestation des services de réadaptation tertiaires. Cette initiative s'inscrira dans le cadre de la création d'un service au RUIS de McGill qui facilitera l'intégration des services dans le continuum.

B. Enseignement

Des espaces pouvant être utilisés pour l'enseignement seront aménagés aux deux campus du CUSM, principalement au Centre de conférence et de formation du campus Glen. On y trouvera des salles de conférence, un amphithéâtre, un service médical multimédia, une bibliothèque et des salles de cours. Le CUSM prévoit également exploiter le potentiel des nouvelles technologies, tout particulièrement en mettant « l'apprentissage virtuel » à la portée des étudiants, des praticiens et des patients au sein des deux campus et en créant un centre de ressources et d'information sur la santé.



C. Recherche

L'Institut de recherche du CUSM, de réputation internationale, est une importante communauté de chercheurs bénéficiant de subventions de recherche considérables.

Le nouvel Institut de recherche occupera 600 000 pieds carrés, soit 450 000 pieds carrés dans les nouvelles installations du campus Glen, et 150 000 pieds carrés dans les installations réaménagées du campus de la Montagne (cela n'inclut pas les espaces réservés à la recherche clinique, compris dans l'espace alloué aux activités cliniques et aux unités d'hospitalisation).

Nos programmes de recherche, qui seront harmonisés avec les priorités du CUSM en matière de services aux patients, seront installés dans l'un ou l'autre des campus, selon la répartition des activités cliniques. Lorsque le nouvel Institut réparti entre les deux campus ouvrira ses portes, nos axes et programmes de recherche passeront du virtuel au réel.

Les huit programmes de recherche stratégiques qui reflètent nos priorités sont les suivants :

- Le cancer;
- La santé cardiovasculaire;
- L'invalidité et l'amélioration de la qualité de vie;
- L'endocrinologie, le métabolisme et la nutrition;
- L'infection, l'inflammation et l'immunité;
- Les neurosciences et la santé mentale;
- La santé respiratoire et les soins critiques;
- La santé de la femme, la reproduction et le développement de l'enfant.

De plus, nous avons planifié deux programmes non spécifiques (qui serviront de plateformes pour les huit autres programmes) :

- La génétique et la génomique médicale;
- Résultat clinique, l'épidémiologie clinique et la biostatistique.

Ces programmes reposeront sur les plateformes et les foyers d'expertise suivants dans le nouvel Institut de recherche :

- Le Centre de médecine novatrice — des installations de type hospitalier situées dans l'Institut de recherche —, qui fait de la recherche translationnelle et de la recherche sur l'application et le transfert des connaissances;
- L'évaluation des nouveaux traitements, des technologies et des concepts;
- L'informatique intégrée de la recherche en santé;
- La médecine préventive, la santé de la population, la santé internationale et la prestation des services de santé;
- La reconstruction et la régénération des organes, des tissus et des cellules, et un laboratoire de bonne pratique de fabrication;
- La communication entre les cellules, l'information cellulaire et les interactions macromoléculaires;
- Les modèles animaux, le phénotypage et la modification génétique.

Le fer de lance de l'Institut sera le Centre de médecine novatrice (CMN). Notre vision s'articule autour d'une nouvelle infrastructure et d'une nouvelle culture axée sur un continuum de recherche biomédicale, un élément qui fait gravement défaut au CUSM, tout comme dans tous les autres centres universitaires de santé d'ailleurs.

Le CMN facilitera énormément l'intégration fonctionnelle de la recherche axée sur le patient (qui bénéficiera de toutes les infrastructures, du personnel et du leadership nécessaires) et des sciences fondamentales et évaluatives.

Le Centre, qui devra respecter les exigences des organismes de réglementation, disposera de blocs de recherche spécialisés dotés de l'équipement nécessaire pour procéder à des observations expérimentales et à des interventions sur des sujets humains. Voici des exemples de blocs de recherche :

- Tests cardiaques;
- Physiologie pulmonaire et provocation antigénique;
- Tests neurologiques;
- Recherche sur la réadaptation;
- Recherche sur la douleur;
- Endoscopie;
- Interventions chirurgicales avec effraction minimale;
- Imagerie.



Le CMN aura plusieurs noyaux de recherche, dirigés par des chercheurs principaux dotés de fonds qui devront s'assurer que les technologies de pointe et le contrôle de la qualité sont disponibles pour les programmes de recherche translationnelle. Voici des exemples de noyaux :

- Traitement et manutention des échantillons;
- Obtention de tissus, histologie et pathologie moléculaire;
- Isolation, marquage et manipulation des cellules;
- Imagerie moléculaire (pour combler le fossé séparant les applications pré-cliniques des applications cliniques);
- Biopuces et expression génétique;
- Interactions macromoléculaires;
- Génotypage, séquençage, détection des mutations et pharmacogénomique;
- Pharmacologie biochimique et toxicologie;
- Installations de bioconfinement de niveau 3;
- Statistique et épidémiologie;
- Bioinformatique.

Le CMN tirera parti des découvertes des chercheurs du CUSM qui font de la recherche fondamentale en facilitant leur application à la recherche clinique. À cette fin, il créera un milieu stimulant pouvant fournir un soutien adéquat. De plus, le milieu doit paver la voie à des collaborations cliniquement pertinentes qui transcendent les disciplines et qui mènent à l'intégration des sciences fondamentales, de l'épidémiologie, de la biostatistique, de la recherche sur les soins et des sciences évaluatives.

La capacité opérationnelle du CMN sera assortie d'un éventail complet de services aux fins des essais cliniques de phases I à IV et de la recherche sur les résultats thérapeutiques. Les pratiques et les procédures opérationnelles seront normalisées en conformité avec les exigences des organismes de réglementation et de l'industrie pharmaceutique. Cela se traduira par la création d'un portail unique pour les études cliniques qui englobera des installations de recherche dotées de tout l'équipement nécessaire. Cela comprend aussi la mise sur pied d'un service de consultation multidisciplinaire qui aidera les chercheurs universitaires et industriels à concevoir les essais cliniques, à réaliser les études et à contrôler la qualité, et qui fournira une expertise de calibre mondial en gestion des spécimens, des cellules et des tissus pour les études (banque de tissus de McGill).

Par l'entremise de nos noyaux Statistique et épidémiologie et Bioinformatique, et en collaboration avec la Gestion électronique des données et Réseau de sites cliniques au Québec (GEREQ), nous mettrons en place une fonction de saisie et de gestion électroniques des données à la fine pointe de la technologie, une fonction de vérification de la conformité à la réglementation, de même qu'une fonction avancée d'analyse et de modélisation des données.



D'un point de vue stratégique, la structure du CMN offre de nombreuses possibilités uniques à un centre universitaire de santé de réaliser beaucoup plus d'essais cliniques : a) utilisation de biomarqueurs dans les essais sur les maladies; b) expertise en tant que centre de coordination; c) efficacité des activités de la phase IV (post-marketing); d) banques et bases de données de propriété exclusive.

Le CMN fournira une solution novatrice à l'un des principaux problèmes — les infrastructures fragmentées — responsables des deux grandes lacunes du continuum de recherche biomédicale : 1) l'application des sciences fondamentales à la recherche effectuée sur l'homme; 2) l'application des nouvelles connaissances en clinique et dans la politique sur la santé. Le CMN sera également un cadre de formation unique pour les cliniciens-chercheurs, ce qui comblera une importante lacune du secteur de la recherche en santé. Chaque programme de recherche aura une structure dirigeante représentant les quatre piliers du continuum de recherche en santé (recherche fondamentale, recherche clinique, recherche évaluative et population).

Le CMN présentera une demande de financement des infrastructures et des dépenses de fonctionnement à la nouvelle Initiative de recherche clinique (qui sera annoncée sous peu), une collaboration des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI), par le biais du fonds des hôpitaux de recherche.

Les laboratoires de recherche fondamentale et évaluative seront situés au campus Glen (qui abritera la majeure partie de l'Institut) et au campus de la Montagne. Le nombre de chercheurs financés, qui était de 277 en 2004, devrait atteindre 300 d'ici 2010. Ces laboratoires seront regroupés par programme. Nous respecterons les normes nord-américaines établies à l'égard de la taille des laboratoires (1 230 pieds carrés pour une équipe d'un chercheur principal et de six employés en sciences biomédicales, 745 pieds carrés pour un chercheur principal et le personnel en sciences évaluatives). Les groupes de laboratoires seront dans l'immeuble où est concentré le programme clinique (p. ex. les neurosciences au campus de la Montagne, le cancer au campus Glen, etc.).

Suivant le plan de redéploiement, 175 scientifiques de laboratoire seront au campus Glen et 125 chercheurs seront au campus de la Montagne (cela comprend les 60 chercheurs de l'INM et les 10 chercheurs des centres d'expertise et des plateformes). La complémentarité étroite entre l'Institut et les départements de sciences fondamentales, ainsi que les centres d'expertise et de technologie de McGill est jugée essentielle à notre développement.

D'autre part, l'Institut compte environ 200 scientifiques cliniciens qui ne reçoivent pas de subvention de recherche soumise à l'évaluation par les pairs, mais qui font beaucoup de recherche clinique financée par le CUSM ou l'industrie. En plus des infrastructures du CMN, ils partageront des aires avec les programmes cliniques et pédagogiques dans les unités d'hospitalisation et les cliniques. De plus, des aires de recherche clinique leur seront réservées dans les deux campus.

Dans le cadre de cette structure matricielle de programmes de recherche stratégique et de plateformes, des initiatives multidisciplinaires novatrices sont envisagées. Nombre d'entre elles présenteront des demandes de financement des infrastructures à la FCI (au fonds d'innovation et au fonds des hôpitaux de recherche).



Il s'agit des initiatives suivantes (d'après les données les plus récentes) :

- Centre de recherche sur l'asthme de Montréal;
- Centre de recherche sur les maladies inflammatoires d'origine immunologique;
- Santé publique et nouvelles maladies infectieuses;
- Centre de recherche sur l'évaluation des vaccins sur les humains;
- Programme de recherche clinique sur les maladies musculo-squelettiques;
- Programmes de recherche sur les signes du cancer et la validation clinique des résultats;
- Réseau intégré de recherche en oncologie;
- Centre de recherche en neuromique;
- Programme de recherche sur la réduction de l'invalidité et l'amélioration de la qualité de vie;
- Centre de recherche en neuroimagerie pédiatrique;
- Centre de recherche sur les banques de spécimens humains;
- Centre de médecine régénérative;
- Réseau de signalisation des récepteurs des facteurs de croissance;
- Recherche sur les radiations (source de faisceaux de protons);
- Fondements génétiques des troubles de l'humeur;
- Centre de recherche sur les déterminants des maladies cardiovasculaires selon le sexe.

Ces programmes multidisciplinaires ont planifié les infrastructures et le soutien opérationnel en complémentarité avec nos confrères et consœurs de McGill (dans les départements des sciences fondamentales et les centres d'expertise), l'Institut Lady-Davis, l'Hôpital Douglas, ainsi qu'avec l'Institut de recherche du CHUM et d'autres établissements montréalais et québécois.

En résumé, voici les principales recommandations du groupe de travail sur l'Institut de recherche :

- Le Centre de médecine novatrice (CMN), les groupes intégrés de recherche fondamentale et évaluative et les aires de recherche clinique des unités d'hospitalisation et des cliniques externes seront au campus Glen;
- La recherche axée sur les patients associée aux programmes cliniques situés au campus de la Montagne se déroulera à ce campus avec le soutien des sciences fondamentales et évaluatives;
- Des aires dédiées à la recherche clinique dans les unités de soins devront être aménagées aux deux campus;
- Enfin, durant la période de transition (2004-2010), il est impératif d'améliorer les aires de recherche existantes dans tous les campus, lorsque cela s'avère réalisable, afin de faciliter le recrutement et la rétention des chercheurs et pour favoriser l'essor de la recherche.

CUSM

PROJET D'IMPLANTATION
du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Octobre 2004

*L'Hôpital Shriners
au campus Glen*

L'Hôpital Shriners au campus Glen



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre



3 L'HÔPITAL SHRINERS AU CAMPUS GLEN

Érigé en 1925 sur les flancs du Mont-Royal à proximité de l'Hôpital général de Montréal du CUSM, l'Hôpital Shriners pour enfants à Montréal s'est acquis au cours des 80 dernières années, grâce à une collaboration étroite avec l'Université McGill en enseignement et en recherche médicale de pointe, une réputation de chef de file mondial pour les traitements de problèmes musculo-squelettiques pédiatriques. Afin de maintenir cette position enviable, un nouvel hôpital devra être construit aux frais des Shriners.

Depuis de nombreuses années, une complémentarité entre l'Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM, l'Hôpital Sainte-Justine et le Shriners s'est développée en orthopédie pédiatrique, permettant d'éviter la duplication de services. C'est un avantage important qui permet au système public de faire des économies, car le gouvernement du Québec fournit 25 % du budget d'exploitation de l'Hôpital Shriners.

Pourquoi faut-il conserver l'Hôpital Shriners pour enfants à Montréal?

- C'est le seul Hôpital Shriners au Canada, présent à Montréal depuis 1925
- C'est un hôpital privé de classe mondiale, dont le budget est équilibré
- Il procure des économies substantielles au système public
- C'est un modèle de complémentarité entre l'Université McGill (Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM), l'Université de Montréal (Hôpital Sainte-Justine) et le secteur privé (philanthropie)
- C'est un centre d'enseignement et de recherche de réputation mondiale qui permet d'attirer des spécialistes de réputation internationale au Québec
- C'est un portail international permettant l'exportation de l'expertise médicale
- Le personnel infirmier et professionnel possède une expérience incontestable
- L'hôpital réalise 11 000 consultations par an et environ 1 000 opérations chaque année
- 70 % de sa clientèle provient du Québec 20 % du reste du Canada et 10 % principalement des États-Unis et autres pays
- On y a perfectionné un traitement pour l'ostéogenèse imparfaite en plus de traiter les enfants atteints de spina bifida, de malformations congénitales et de déformation de la colonne
- Le traitement de la paralysie cérébrale y a bénéficié de la générosité des Shriners pour un traitement au Botox au coût de 87 000 \$ en 2002
- Le Shriners finance un projet d'implant cochléaire BAHA pour la surdité congénitale



Lors du congrès annuel des Shriners qui s'est tenu à Denver au Colorado en juillet 2004, la délégation québécoise dirigée par le ministre de la Santé a atteint son objectif de faire modifier la résolution qui devait entériner une motion permettant la construction immédiate du nouvel hôpital à London, en Ontario.

Le gouvernement du Québec offre aux Shriners cinq acres de terrain décontaminé pour aménager leur hôpital sur le terrain du CUSM au campus Glen. Une somme de 5 M \$ sera également offerte par la Fondation du CUSM. Le Shriners continuera de bénéficier de l'exemption de taxes municipales. De plus, le gouvernement a autorisé le CUSM à commencer certains travaux au campus Glen afin de permettre aux Shriners d'être prêts à construire dès 2005. Le Pavillon Hôpital de Montréal pour enfants fera partie de la phase I du projet du CUSM et sera localisé près de l'Hôpital Shriners.

Montréal dispose donc depuis juillet 2004 d'un sursis d'un an pour convaincre les Shriners de construire leur nouvel hôpital au campus Glen à proximité du CUSM. La décision finale sera au congrès des membres en juillet 2005 à Baltimore aux États-Unis.

CUSM

PROJET D'IMPLANTATION
du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Octobre 2004



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Complémentarité **A** Complémentarité

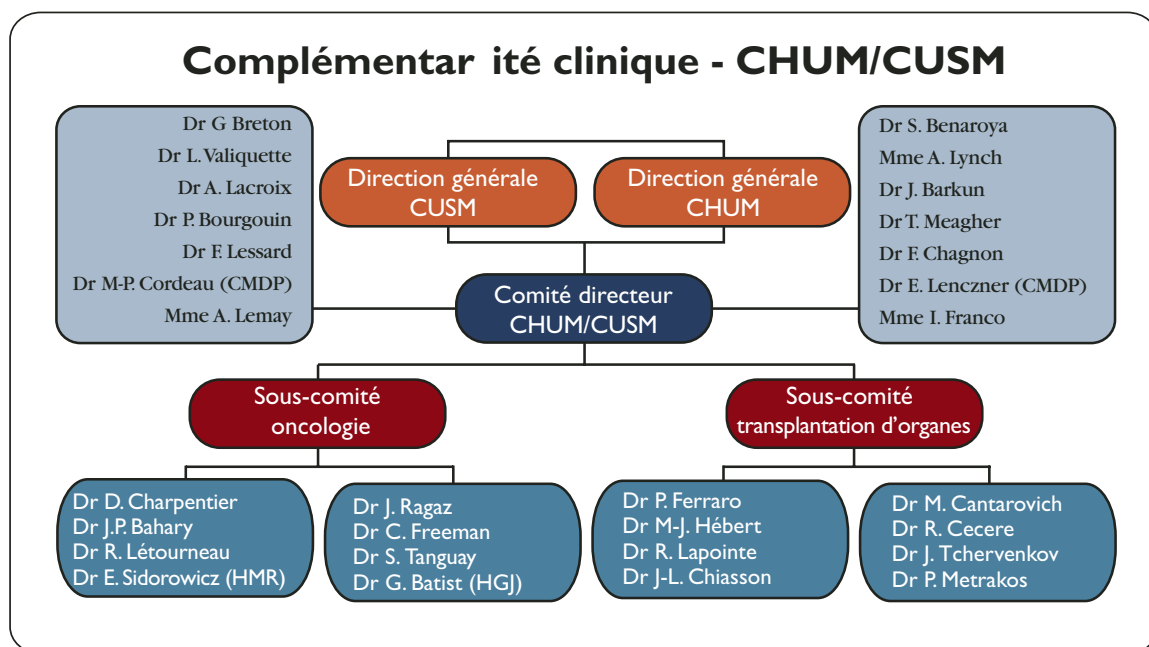
4 COMPLÉMENTARITÉ

A. Complémentarité clinique

En tant qu'un des principaux dispensateurs de soins de santé et d'enseignement à Montréal et de chef de file dans le domaine de la recherche médicale au Canada, le CUSM a souscrit aux recommandations de la Commission Mulroney-Johnson et s'engage à renforcer les initiatives à l'égard de la complémentarité clinique avec le CHUM et les autres partenaires du réseau.

À la demande des directeurs généraux des deux établissements, un comité directeur a été créé afin d'élaborer un plan de travail comportant des cibles de complémentarité pour chacun des sujets visés ainsi qu'un échéancier et un processus à suivre. Ce comité directeur sera co-présidé par les vice-doyens des facultés de médecine de chacune des universités, les docteurs S. Benaroya et G. Breton.

Les activités cliniques retenues pour étude sont le programme sur le cancer et la transplantation d'organes chez les adultes. Voici la structure organisationnelle ainsi que les membres de chacun de ces comités :



Le comité directeur se penchera sur :

- L'oncologie
- La transplantation d'organes
- Tous les nouveaux développements cliniques. Ceux-ci doivent être déposés au comité pour évaluation.
- Évaluation de tout programme déjà en place à un CHU et dont le deuxième CHU veut établir à son tour.
- Analyse d'activités à petits volumes
- Formation et recherche reliées aux activités en discussion

Sous-comité - oncologie

Ce sous-comité s'est rencontré depuis le début du mois d'octobre 2004.

Considérés dans leur ensemble, les programmes d'oncologie de chaque CHU desservent une grande partie de la population de Montréal et de l'ensemble du Québec. De plus, ces programmes constituent une source très importante de l'enseignement dispensé dans les deux facultés de médecine; ils jouent également un rôle clé dans l'évaluation des nouvelles technologies et la recherche. Les CHU et leurs partenaires du RUIS sont des collaborateurs actifs dans l'avancement des soins en oncologie au Québec. Les membres du sous-comité sont bien conscients de l'importance d'harmoniser les soins en oncologie partout au Québec et se sont engagés à travailler avec les autorités régionales et provinciales afin de faire en sorte que tous les Québécois aient accès aux services en temps opportun de façon appropriée et efficiente.

Vu la complexité des programmes d'oncologie dans chaque CHU, les membres du comité proposent d'aborder les différentes composantes de la complémentarité de la façon suivante :

1. Pour chacune des quatre missions d'un CHU — soins cliniques, enseignement, recherche et évaluation des technologies —, le sous-comité fera un inventaire des composantes de collaboration (formelle et informelle) au sein de chacune des universités et entre les CHU et leurs partenaires du RUIS.
2. À court terme, le sous-comité fera porter ses efforts sur :
 - a. Le développement d'une base de données commune répertoriant tous les cas et types de tumeur
 - b. Le développement d'une banque commune de tissus cancéreux
(N. B. Cette structure existe déjà pour le groupe du cancer du sein au FRSQ).
 - c. La mise sur pied d'un comité de déontologie commun
 - d. L'évaluation des technologies commun, de diagnostic, et de traitement ainsi que des nouveaux programmes
 - e. Des programmes d'enseignement conjoint
3. À moyen terme, en collaboration avec les partenaires du RUIS, les efforts porteront sur :
 - a. La création de 4 programmes conjoints (CUSM-CHUM) multidisciplinaires pour chacun des groupes suivants : sein, prostate, poumon et colorectal. Cette équipes conjointes facilitera l'identification de tous les développements conduisant à la révision de standards de pratique institutionnels, des protocoles de traitement et de la coordination de la recherche, ainsi que la prise en charge et le suivis des patients
 - b. Évaluer le potentiel de complémentarité pour les sites de tumeur à faible volume.

À la demande du comité directeur le sous-comité;

- Évaluera le système d'accès au service (listes d'attentes) pour définir quels délais seront corrigés si ces services sont offerts en complémentarité entre les 2 CHU.
- Identifiera les activités qui ont le potentiel d'être consolidées sur un seul site



Sous-comité transplantation d'organes

À la suite d'une première rencontre, ce sous-comité évaluera le potentiel pour :

À court et moyen terme :

- Promouvoir une plus grande interaction académique entre les programmes
- Harmoniser les pratiques cliniques et les banques de données cliniques
- Systématiser les activités cliniques
- Créer un réseau de suivi des greffes ayant une infrastructure interdisciplinaire
- Mettre en place un typage commun des tissus
- Mettre en place un programme commun de dons d'organes vivants
- Mettre sur pied une équipe commune responsable de la cueillette d'organes
- Créer des postes spécialisés en transplantation (rémunération et effectifs à définir)

Complémentarité pédiatrique

L'hôpital de Montréal pour enfants du CUSM participe à un processus similaire avec l'hôpital Sainte-Justine et soumettra sous peu ses recommandations préliminaires. Les organisations ont retenu les services de M. Marcel Villeneuve en temps que facilitateur et pour assurer la liaison. Les discussions préliminaires ont porté sur l'évaluation du potentiel de développer des programmes uniques sur deux sites pour des programmes spécifiques (tels cardiovasculaire et thoracique).

B. Complémentarité – Soutien administratif et clinique

Dans le cadre du projet de redéploiement du CUSM sur deux sites, le Ministère a demandé d'examiner les avenues potentielles de complémentarité entre le CUSM et le CHUM relativement aux services administratifs et de soutien.

Des groupes de travail de complémentarité ont été mis sur pied afin d'explorer divers modèles d'organisation (achats de service, sous-traitance, concentration de certaines activités et gestion publique ou privée) pour les services de buanderie, de production alimentaire, des laboratoires et de distribution de médicaments. Tous les comités sont composés de représentants des deux CHU, de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Les divers comités de complémentarité ont débuté leurs travaux en mai 2004 et vont bon train. Ils devraient, selon l'échéancier, déposer leur rapport sous peu. Par la suite, le comité mixte de complémentarité et, subséquemment, les équipes de gestion respectives des deux CHU, auront à choisir, à la lumière des résultats d'analyse de complémentarité et d'autres facteurs organisationnels, une orientation sur la prestation des services à l'étude. À partir des décisions prises par les deux CHU, on élaborera un plan d'action pour réaliser les orientations retenues. Sans présumer des résultats, le plan d'action pourra être développé conjointement par les deux CHU dans le cas d'un choix de modèle organisationnel complémentaire, et de façon autonome par le CUSM dans le cas d'un modèle organisationnel autonome.

Le 29 septembre 2004 a été défini un nouveau mandat ayant pour objet d'analyser les avantages et les impacts économiques de regrouper hors site, sur un même site ou sur plusieurs sites, les services de buanderie, de production alimentaire et d'approvisionnement, et d'étudier la possibilité de regrouper sur ce ou ces sites une partie des services de stérilisation, de distribution des médicaments (ensachage) et certaines analyses de laboratoire. Cette étude servira à déterminer par la suite le meilleur modèle envisageable pour le CHUM et le CUSM, tout en s'assurant de conserver les normes les plus élevées quant aux soins, à la sécurité et à la valeur ajoutée sur le plan économique. Un rapport sera déposé aux administrations respectives en décembre 2004.

Le but essentiel de l'étude est de déterminer dans quelle mesure les diverses activités de support, une fois regroupées en logipôle, deviendraient plus ou moins efficaces que si elles étaient implantées séparément. On évaluera les aspects suivants :

- Les coûts et la disponibilité des terrains pour la réalisation d'une plate-forme unique (bien que l'éclatement dans plusieurs sites soit une option);
- Les dimensions financières et logistiques du transport entre les sites et les unités de production hors site, notamment au chapitre des économies d'échelle, de la compatibilité, des horaires et de la gestion des transactions;
- Les économies d'échelle potentielles dans la construction et l'entretien des bâtiments;
- L'étude d'opportunité sur la typologie : un logipôle à site unique ou dans plusieurs sites.



Voici les modèles des différents services qui sont à l'étude.

Buanderie

Les projets de construction des nouveaux hôpitaux CHUM et CUSM n'ont pas prévu de services de buanderie sur leur site, car la tendance actuelle veut qu'une organisation se concentre sur les activités liées à sa mission principale et qu'elle cherche à mettre sur pied des partenariats avec des organisations spécialisées dans les activités de soutien à sa mission principale.

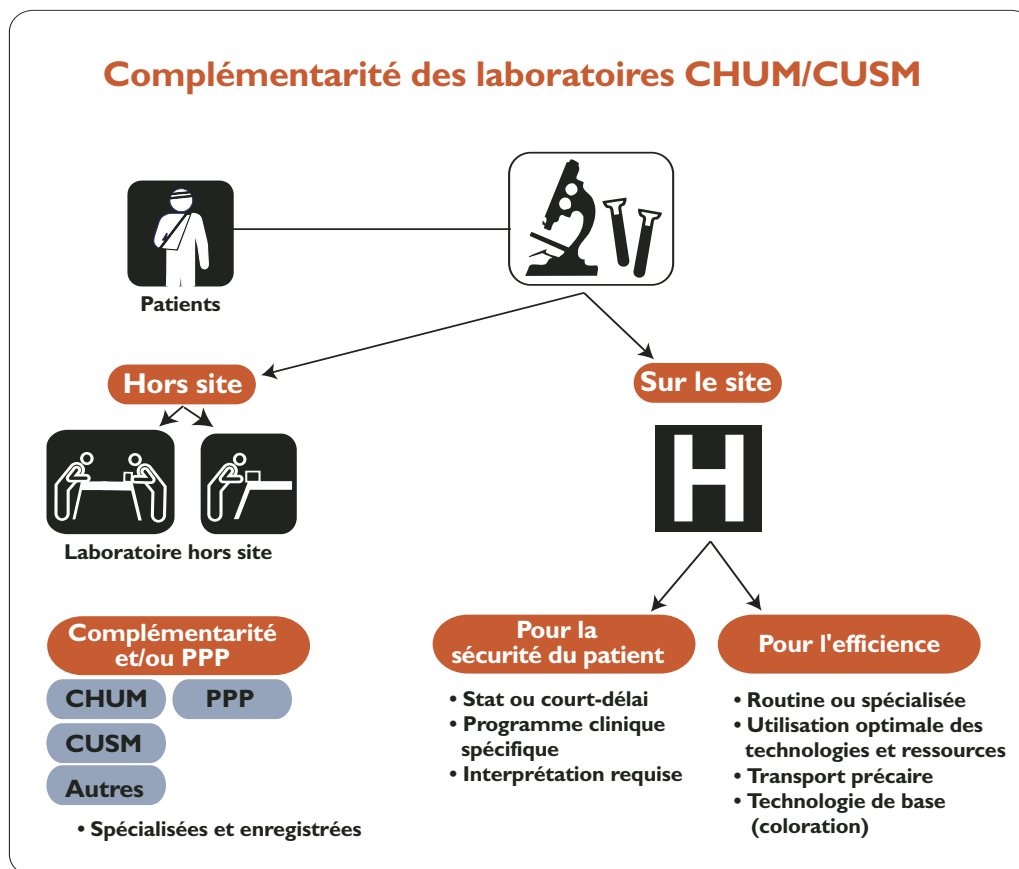
Trois modèles sont présentement à l'étude :

- Impartir les services de buanderie à une entreprise privée
- Impartir les services de buanderie au service régional de buanderie (SRB) et/ou à la Buanderie Centrale de Montréal (BCM)
- Créer une buanderie autonome en partenariat public-privé (PPP)

Laboratoires

La réflexion du comité s'est faite principalement à partir de la classification des 756 analyses répertoriées par le MSSS. À l'échelle provinciale et selon l'approche hiérarchique prônée par le MSSS, sur ces 756 analyses répertoriées, il y en a 331 qui représentent 99,2 % du total des analyses et qui monopolisent 93,7 % des budgets. Ces 331 analyses sont classifiées locales et régionales. La balance des analyses, soit 425 analyses, représente 0,7 % du total des analyses et monopolise 6,2 % des budgets. Elles sont considérées comme suprarégionales.

L'analyse préliminaire des données combinées du CUSM et du CHUM indique que 96 % du total des analyses, qui représentent 85 % des coûts, doivent être faites sur place pour des raisons de sécurité (86 % pour des raisons de délai et 10 % pour des raisons de coût et d'efficacité). À la lumière de ces résultats, des sous-groupes de travail, essentiellement composés de spécialistes des deux CHU, se sont réunis afin de discuter et de déterminer comment partager les analyses identifiées comme pouvant être réalisées hors site. Ces analyses sont en grande majorité des analyses spécialisées suprarégionales et elles représentent potentiellement 4 % du total des analyses et monopolisent 15 % des coûts. L'analyse n'étant pas terminée, les résultats pourraient changer quelque peu.

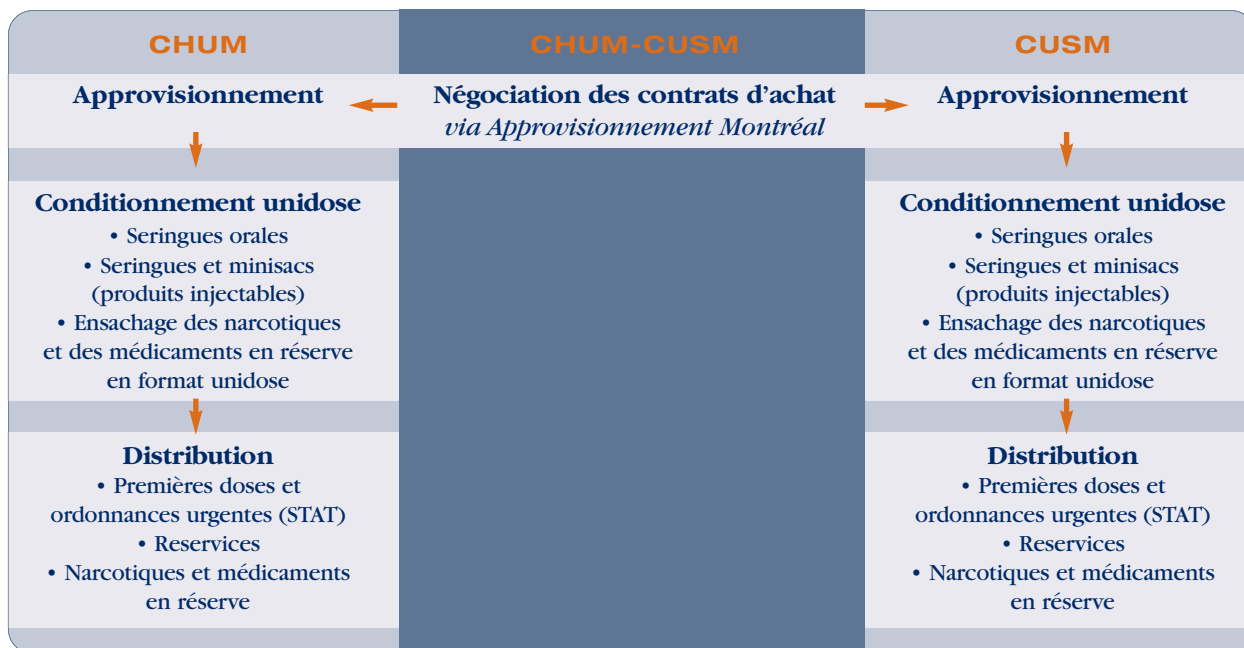




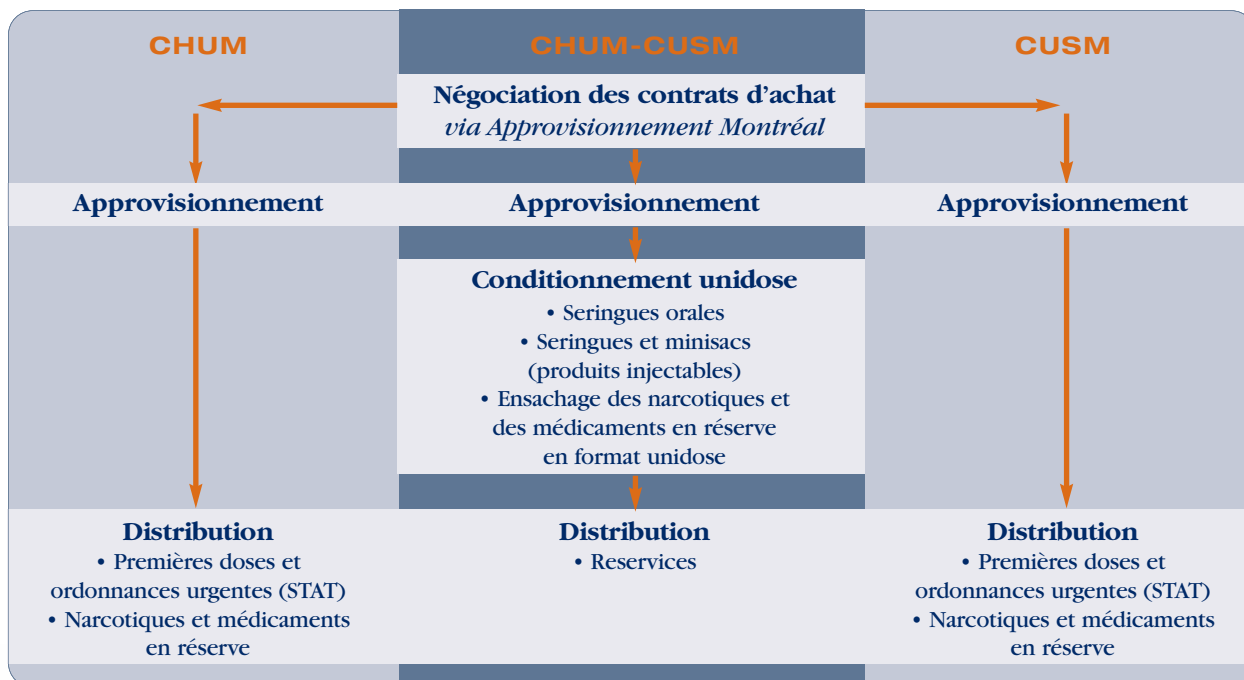
Pharmacie

Deux modèles sont à l'étude. Il s'agit essentiellement de comparer la situation actuelle par rapport à un modèle où certaines fonctions sont centralisées. Étant donné la nature des services et que plusieurs fonctions ne peuvent être regroupées hors site, l'analyse économique ne considère pour le moment que les éléments suivants : la main-d'œuvre, les fournitures et l'équipement. Dans l'éventualité où l'analyse économique indiquerait que le modèle centralisé est comparable au modèle décentralisé, il sera nécessaire de poursuivre l'analyse économique en incluant tous les éléments de coûts tels que les coûts d'immobilisation, les coûts de transport, etc.

Le modèle décentralisé



Le modèle centralisé



Parmi les fonctions du service de pharmacie, voici les éléments qui font partie de l'analyse de complémentarité :

- **Commande** : cette fonction regroupe l'achat des différents produits de pharmacie. Ce service est offert par Approvisionnement Montréal qui s'approvisionne à plus de 90 % de la compagnie McKesson
- Réception, entreposage et gestion des retours
- Gestion des inventaires, du catalogue et des contrats
- **Conditionnement** : cette activité consiste à préparer certains médicaments dans un conditionnement pour usage ultérieur {APES, 2001}. Dans tous les modèles à l'étude, nous avons considéré : a) les seringues orales qui peuvent être préparées à l'avance; b) les seringues et minisacs, produits injectables pouvant être préparés en grande quantité et congelés; c) les narcotiques et les médicaments en réserve ensachés en format unidose.
N. B. : Les médicaments qui ne sont pas considérés dans les modèles d'analyse sont : a) les formes orales solides car ces produits sont ensachés par le robot ; b) les antinéoplasiques, car chaque dose d'antineoplasique doit être ajustée en fonction de la réponse du patient à son traitement. Il n'existe donc pas de dose standard pouvant être conditionnée à l'avance.
- **Distribution des médicaments** : cette activité consiste à préparer un médicament pour un patient donné selon une ordonnance. En centre hospitalier, chaque médicament est servi quotidiennement. Dans le modèle d'organisation centralisé, la pharmacie centrale CHUM-CUSM aurait la responsabilité de la distribution de l'ensemble des médicaments qui peuvent être préparés à l'avance, incluant : les médicaments sous forme orale solide; les médicaments conditionnés sous forme de seringue orale; les médicaments injectables conditionnés sous forme de seringue et de minisacs; les médicaments sous diverses formes pharmaceutiques tels que les crèmes, les onguents, les inhalateurs et les gouttes; l'alimentation parentérale totale (APT).

Ainsi, la pharmacie centrale CHUM-CUSM ne pourrait pas distribuer :

- Les médicaments en première dose et urgents (STAT) : ces médicaments doivent être servis rapidement. Ils sont donc préparés au centre hospitalier et sont acheminés rapidement aux patients;
- Les médicaments servis à l'urgence et aux soins intensifs : en raison de l'état critique des patients et des changements fréquents de pharmacothérapie, il est prévu que la distribution des médicaments à ces unités sera faite via des cabinets décentralisés;
- Les antinéoplasiques : chaque dose d'antineoplasique doit être ajustée en fonction de la réponse du patient à son traitement. Avant chaque administration d'antineoplasique, le patient est d'abord évalué par un oncologue. Par la suite, l'ordonnance est rédigée et le médicament est préparé sur place sous une hotte à flux laminaire. Il est administré au patient à la clinique d'oncologie;
- Les narcotiques : les narcotiques seraient ensachés à la pharmacie principale CUSM-CHUM, mais seraient distribués par des cabinets décentralisés afin d'en faciliter le contrôle;
- Certains produits injectables qui ne sont pas suffisamment stables pour être préparés à l'avance : la plupart des produits stériles conditionnés en seringues ou minisacs sont suffisamment stables pour être préparés d'avance.



Production alimentaire

Les projets de construction des nouveaux hôpitaux CHUM et CUSM n'ont pas prévu d'espaces consacrés à la production alimentaire des produits de la première à la troisième gamme sur leur nouveau site, car la tendance actuelle veut qu'une organisation se concentre sur les activités liées à sa mission principale et qu'elle cherche à mettre sur pied des partenariats avec des organisations spécialisées dans les activités de soutien à sa mission principale.

Trois modèles sont présentement à l'étude.

Centre de production sur un site

Centre de production à l'Hôpital Notre-Dame et site receveur (satellite), CHUM 1000 Saint-Denis	1 000 lits
Centre de production à l'Hôpital général de Montréal et site receveur (satellite), Glen	832 lits

Le CHSLD Grace-Dart (357 lits) et l'Hôpital Shriners (40 lits) seraient des clients potentiels pour le centre de production sis à l'Hôpital général de Montréal. L'impact de cet ajout sur la main-d'œuvre et les produits d'alimentation pourrait être évalué à une étape ultérieure.

Cuisine de production hors site

Une cuisine de production hors site où les mets seront préparés et livrés en vrac et/ou en portions individuelles aux trois sites receveurs (satellites) : campus Glen, Hôpital général de Montréal et CHUM 1000 Saint-Denis	1 532 lits
--	------------

L'Hôpital Notre-Dame (300 lits), le CHSLD Grace-Dart (357 lits) et l'hôpital Shriners (40 lits) seraient des clients potentiels de la cuisine de production hors site. L'impact de cet ajout sur la main-d'œuvre et les produits d'alimentation pourrait être évalué à une étape ultérieure.

Achat de mets préparés à l'extérieur

Dans ce scénario, les mets sont entièrement préparés, puis congelés et/ou réfrigérés par une entreprise privée et sont livrés en vrac et/ou en portions individuelles aux sites du CUSM et du CHUM.

Dans cette analyse de complémentarité, on part de l'hypothèse que le menu des deux CHU est uniformisé et que les achats sont regroupés.

CUSM

PROJET D'IMPLANTATION
du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Octobre 2004

*Plan de pratique
du CUSM*

Plan de pratique du CUSM



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre



5 PLAN DE PRATIQUE DU CUSM

Le conseil d'administration du CUSM a reconnu qu'il était important d'établir à l'échelle du CUSM des plans de pratique pour les médecins enseignants, comme en témoigne la résolution du 27 novembre 2003 :

« Selon une motion dûment présentée et appuyée, et avec la recommandation de la direction et l'appui du Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens et des chefs des départements cliniques du CUSM, conformément à la directive du Ministère relativement à l'une des conditions à respecter pour la réalisation du Projet Glen, le conseil d'administration du CUSM s'est engagé à l'unanimité à établir et à mettre en œuvre un plan de pratique pour les médecins du CUSM. Dorénavant, les nouveaux médecins qui seront recrutés devront adhérer à ce plan de pratique, dès qu'il sera implanté. » [traduction libre]

Actuellement, 95 % des médecins du CUSM appartiennent à une forme ou une autre de plan de pratique. La plupart du temps, le plan prévoit le prélèvement d'une taxe sur les revenus tirés des activités cliniques, qui permet de créer des fonds d'enrichissement servant à promouvoir d'autres aspects de la vie universitaire insuffisamment rémunérés.

Dans une large mesure, ces plans de pratique ont été assez efficaces du point de vue de la promotion de la mission d'enseignement. Cependant, de nombreux départements reconnaissent qu'il est plus difficile de s'acquitter de cette mission du fait que les étudiants en médecine sont plus nombreux et que les fonds mis à la disposition des cliniciens-enseignants n'ont pas été augmentés. Il est peu probable que ces derniers acceptent que leurs revenus tirés des activités cliniques soient amputés davantage au profit de la mission d'enseignement, car déjà, ils ne sont pas concurrentiels avec ceux de leurs collègues qui n'enseignent pas.

On a amorcé des discussions avec les chefs des départements cliniques du CUSM afin de leur présenter le concept d'un plan de pratique global similaire à celui adopté par les départements cliniques de l'Université de Dalhousie et de l'Université de l'Alberta, qui semblent avoir été très bien acceptés.

Ces modèles reposent sur la mise en commun des revenus de toute provenance de tous les membres des départements (un fonds global) et un revenu adapté en fonction du profil professionnel de chacun (combinaison de fonctions d'enseignement clinique, de recherche et de gestion). Idéalement, tous les éléments de la profession d'enseignant ont la même valeur et sont rémunérés de la même façon. Dans un tel modèle, la rémunération à l'acte est généralement remplacée par un autre mode de rémunération. Les premières réactions des chefs des cinq grands départements cliniques ont été favorables.

Par ailleurs, on a également entamé des discussions avec le CMDP, qui tient énormément à participer à cette initiative. Un comité du Conseil a été mis sur pied afin d'évaluer le plan de pratique global et de conseiller les membres sur diverses questions tels que les incidences juridiques et fiscales, l'impact sur la constitution en personne morale, les répercussions sur les nominations et les privilèges et l'interaction avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

Lors des discussions qui ont eu lieu jusqu'à maintenant, on a souvent fait remarquer que le nouveau plan doit posséder deux caractéristiques fondamentales. Il doit améliorer la satisfaction professionnelle de tous les membres du département et entraîner une augmentation des revenus tirés des activités cliniques ou, à tout le moins, ne doit pas avoir d'impact à cet égard. Les gens s'accordent généralement à dire qu'en l'absence de nouveaux crédits, il sera impossible d'atteindre ces objectifs.



Nous tentons de respecter l'échéance fixée par le gouvernement (octobre 2005). Pour accélérer le processus, nous avons présenté la version provisoire d'un plan de pratique global à tous les départements et au CMDP. Ainsi, les discussions devraient se dérouler plus rapidement, et les départements et le CMDP devraient se prononcer au cours des six prochains mois. Des obstacles de taille subsistent, mais nous sommes confiants de pouvoir les surmonter.

CUSM

PROJET D'IMPLANTATION
du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Octobre 2004

Implantation

Implantation



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre



6 IMPLANTATION

A. Implantation par phases

La direction du Centre universitaire de santé McGill a choisi d'adopter une stratégie d'implantation par phases. Les phases, désignées ici comme des unités fonctionnelles, peuvent opérer de façon autonome. Il ne faut donc pas les confondre avec des lots de réalisation (tels que la structure, l'enveloppe ou les systèmes mécaniques) qui, pris isolément, ne permettent pas de prodiguer des soins.

La stratégie de réalisation par phases ou projets distincts, présente un certain nombre d'avantages :

1. Ramène plus tôt dans le temps la date à laquelle un premier patient sera traité au site Glen.
2. Minimise les risques (sur l'échéancier, la qualité et les coûts) en permettant l'établissement et l'amélioration progressive des processus de gestion et de communication qui relient les différents partenaires tels le CUSM, le gouvernement du Québec et ses mandataires.
3. Compartimente le projet en unités programmatiques pouvant être analysées, approuvées et contrôlées indépendamment.
4. Facilite l'élaboration et l'implantation du plan de transition, particulièrement au chapitre des ressources humaines. En effet, les premières phases constitueront en quelque sorte des « vitrines organisationnelles » permettant au milieu d'apprécier la nature réelle des changements apportés à l'organisation du travail. En dissipant les inquiétudes inévitables qu'engendre par la perspective du changement, le CUSM sera en mesure de rassurer et de mobiliser le personnel derrière le projet de transformation.
5. Mitige les pressions inflationnistes sur l'industrie de la construction, notamment en permettant à plus de participants potentiels de soumissionner et facilitant leur accès au marché de la réassurance.
6. Permet d'accommoder différents plans de financement venant à maturité à des moments distincts dans le temps.
7. Offre l'opportunité d'expérimenter des formules innovatrices, tel que des partenariats public-privé, sur certaines phases.
8. Facilite l'implantation de partenaires du CUSM, tant publics que privés, en codifiant et en balisant les normes devant gouverner leur implantation sur le site.

La réalisation du projet par phases présente également des défis particuliers :

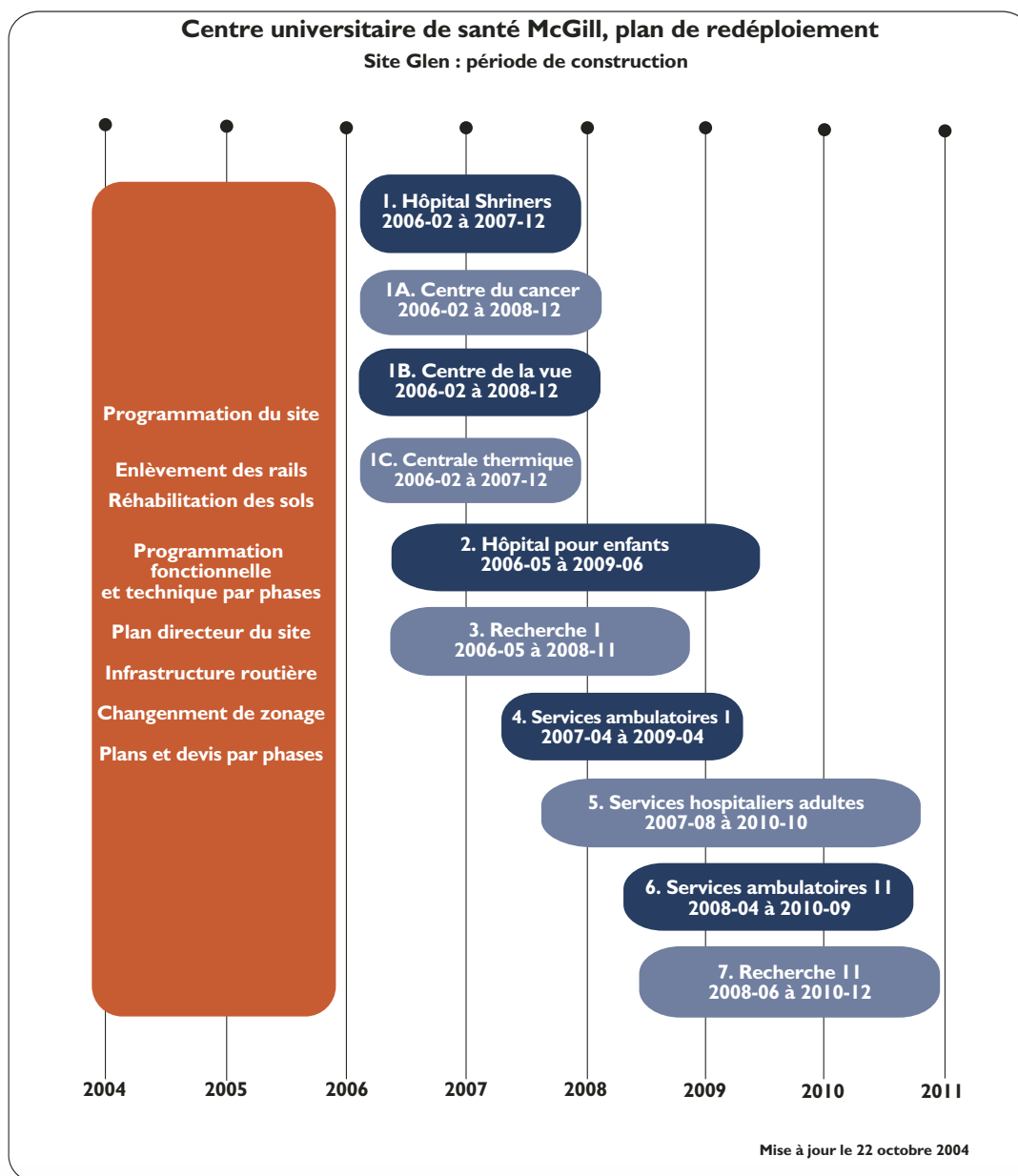
1. Celui d'assurer la continuité des opérations pour les phases complétées pendant la réalisation des nouvelles phases.
2. Celui d'optimiser des ressources technologiques dispendieuses requises pour des phases dont la réalisation ne se fera pas en même temps (comme les plateaux techniques nécessaires aux services ambulatoires et aux unités d'hospitalisation).
3. Celui de réaliser un ensemble d'unités fonctionnelles autonomes qui, au terme du programme d'implantation, permettra d'optimiser le partage des ressources rares, p. ex. la main-d'œuvre spécialisée.

B. Echancier global du projet

L'échéancier global du projet prévoit l'implantation progressive du projet en onze phases programmatiques distinctes qui incluent notamment deux partenaires, l'Hôpital Shriners et le Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) Grace-Dart.

Les premières années seront consacrées à la réhabilitation des sols contaminés, au développement des infrastructures routières reliant le site au réseau autoroutier, au développement du Plan directeur d'aménagement aux fins du processus de modification de règlement de zonage, à l'approbation des programmes détaillés des premières phases de même qu'à l'amorce de leur planification architecturale.

La construction des premiers bâtiments sur le site s'amorcera au début de 2006 et les premiers patients pourront être accueillis en 2008. Le programme prévoit l'achèvement des derniers bâtiments à la fin de 2010.





C. Programmation des activités de construction, d'avril 2004 à mars 2006

Les activités associées à l'implantation physique au campus Glen se divisent en trois catégories principales. En annexe apparaît un graphique illustrant le déroulement de ces activités qui, si elles ne constituent pas le cœur du projet de rehaussement de la médecine académique, n'en représentent pas moins sa concrétisation pour la communauté du CUSM et la population en général.

Réhabilitation des sols

Le programme de réhabilitation des sols a déjà fait l'objet d'un exercice de planification détaillé ainsi que de négociations avec le ministère de l'Environnement du Québec (MENVIQ). De fructueux échanges avec le ministère des Transports (MTQ) laissent entrevoir la possibilité d'utiliser de façon temporaire le chemin Pulman et une partie de la cour Turcot récemment achetée par le MTQ.

Ce scénario optimisé permettrait notamment :

- Un accès presque direct des camions au réseau autoroutier, éliminant par le fait même la plupart des inconvénients pour les habitants du secteur.
- De diminuer l'importance de la flotte de véhicules nécessaires, puisque la distance sera plus courte et que les véhicules pourront effectuer plus de trajets au cours d'une même journée.
- De réhabiliter à la cour Turcot une partie des sols contaminés aux hydrocarbures, de la catégorie « plus grand que C » à « B à C ».
- De réduire la pression inflationniste en allongeant la période pendant laquelle les sols pourront être acheminés vers leur destination finale.

L'échéancier prévoit la conclusion du processus d'appel d'offres public en décembre 2004, l'adjudication du contrat en janvier 2005 et la réalisation des travaux entre février et août 2005.

Des sessions d'information destinées au public sont prévues à l'hiver 2005.

Infrastructures routières d'accès

En collaboration avec le MTQ et la Ville de Montréal, le CUSM a développé et raffiné le programme de modification des infrastructures routières qui avait été présenté au gouvernement du Québec en décembre 2003.

Les travaux se divisent géographiquement en deux catégories selon les juridictions municipale et ministérielle.

- **Financement du projet et entente** - Élaboration d'une entente de principe sur l'autorisation des dépenses pour le début des travaux et, par la suite, conclusion d'une entente formelle.
 - Juillet 2004 à fin mars 2005
- **Validation du concept** - Validation définitive technique des secteurs autoroutier, municipal et du viaduc CP
 - Mai 2004 à début février 2005
- **Conception et réalisation du volet autoroutier -**
 - Septembre 2004 à février 2006 - Sortie De Maisonneuve
 - Septembre 2004 à janvier 2007 - Entrée St-Jacques
 - Février 2005 à décembre 2006 - chaussée A-15
 - Janvier 2005 à décembre 2006 - Entrée Upper Lachine incluant Girouard à double sens
- **Conception et réalisation du volet municipal -**
 - Août 2006 à décembre 2007 - Boulevard Décarie incluant l'intersection De Maisonneuve et Décarie
 - Septembre 2005 à décembre 2006 - avenue Girouard
- **Modification du viaduc du CP** - Acquisition gré à gré d'une partie de terrain du CP, conception et réalisation
 - Septembre 2004 à mars 2008

L'échéancier prévoit un exercice de consultation publique vers la fin de 2004 et le début des travaux sur l'autoroute 15 à l'été 2005. Sous la direction du MTQ, des professionnels sont déjà à l'œuvre et planifient les travaux du volet autoroutier. La Ville de Montréal est à mettre en place l'équipe de projet qui assurera la planification détaillée des travaux sur le territoire municipal. L'ensemble du programme doit être complété en début d'année 2007, préalablement à la mise en service des premiers bâtiments.



Programmation des phases, plan directeur et modifications au règlement de zonage

Le programme fonctionnel a été adapté pour refléter l'approche par phase et pour l'adapter aux recommandations de la Commission Mulroney-Johnson. Il reste à le valider auprès des usagers et à ajouter les parties narratives requises par les professionnels. Cette validation aura lieu dès que le Ministère sera prêt à analyser et à autoriser les phases (ou projets) pour l'étape des études préliminaires, et ce, afin d'éviter qu'ils deviennent obsolètes avant même que les professionnels ne débutent la conception. Chaque projet (ou phase) sera soumis à nouveau au gouvernement pour approbation au terme de la phase préliminaire. Le graphique ci-bas illustre le processus typique d'approbation des phases.

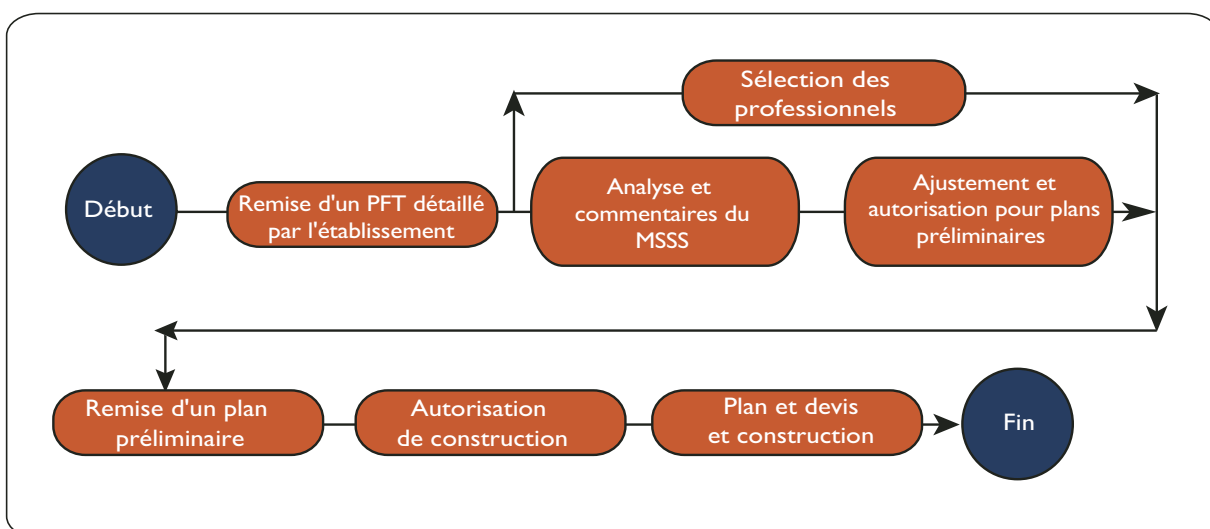
Les premiers programmes (1A Centre du Cancer et 1B Centre de la vue) pourront être soumis au Ministère dès le mois de novembre 2004. L'Hôpital pour enfants et Recherche 1 suivront en janvier 2005.

L'étude d'opportunité sur la réalisation d'un partenariat public-privé pour la centrale thermique pourra commencer dès que le Ministère aura approuvé la dimension des premiers bâtiments.

Sur la base des recommandations de la Commission Mulroney-Johnson (nombre de lits) et de la Commission d'architecture et d'urbanisme de la Ville de Montréal relativement à l'insertion du projet dans son environnement, nous avons entrepris le développement du Plan directeur d'aménagement nécessaire pour soutenir nos démarches en vue d'une modification du règlement de zonage.

L'échéancier présentement en cours de négociation avec les autorités municipales prévoit l'achèvement du Plan directeur d'aménagement et le dépôt d'un projet de modification du cadre réglementaire à la Ville de Montréal en mars 2005, puis son adoption en août 2005. Au terme de ce processus, le CUSM ou ses partenaires (Shriners) pourront présenter des demandes de permis de construction.

L'échéancier 2004-2006 apparaît en annexe.



CUSM

PROJET D'IMPLANTATION
du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Octobre 2004



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Conclusion

Conclusion



7 CONCLUSION

Ce rapport d'étape fait état du travail accompli au cours des derniers mois. Il démontre que la vision du CUSM, dans le contexte des paramètres et des attentes énoncées par le gouvernement du Québec, est en bonne voie de réalisation.

Depuis le printemps 2004, le CUSM a particulièrement concentré ses efforts sur le redéploiement de ses activités cliniques entre les deux campus, sur l'identification des potentiels de complémentarité entre le CUSM et le CHUM, et sur la planification des activités de développement du campus Glen. Grâce à l'apport des groupes de travail, des progrès importants ont été réalisés en matière de la distribution des activités cliniques. De plus, la collaboration active des différents ministères impliqués, de la Ville de Montréal et de ses arrondissements ont permis d'initier avec succès la phase de la planification détaillée.

En accord avec les paramètres budgétaires du projet, le CUSM comprendra 832 lits, dont 500 au campus Glen et 332 au campus de la Montagne. Fidèle à sa nature de centre hospitalier universitaire, le CUSM pourra s'acquitter de ses diverses missions — services cliniques de niveau académique, recherche, enseignement et évaluation des nouvelles technologies — tout en répondant à une partie de la demande de soins des populations environnantes.

Il reste encore de nombreux défis à relever. Le CUSM continue de développer des solutions novatrices, à l'appui du projet de rehaussement de la médecine académique, afin d'offrir à la population de Montréal et de l'ensemble du Québec une institution de pointe de calibre international bien arrimée au réseau de la santé et de services sociaux du Québec.

CUSM

PROJET D'IMPLANTATION
du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Octobre 2004



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Annexes *Annexes*
Annexes



ANNEXES

Les tableaux suivants présentent les activités relatives au redéploiement du CUSM au campus Glen pour les deux prochaines années telles qu'elles ont été coordonnées par le bureau de planification du CUSM. Ces activités sont principalement la préparation du site, le changement de zonage, les modifications aux infrastructures routières et l'implantation de la première phase du redéploiement.

