



**Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre**

**PROJET DE REDÉPLOIEMENT
OFFRE DE SERVICES : SOINS CLINIQUES,
RECHERCHE ET ENSEIGNEMENT**

Mise à jour
Octobre 2007

VERSION FINALE

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|------------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| L'OBJECTIF DU DOCUMENT | 1 |
| VUE D'ENSEMBLE DU PROJET DE REDÉPLOIEMENT | 1 |
| PROJET DE REDÉPLOIEMENT DANS LE CONTEXTE DES NOUVEAUX ENJEUX DU RÉSEAU..... | 1 |
| DESCRIPTION DU PROJET DE REDÉPLOIEMENT | 3 |
| PLAN CLINIQUE..... | 6 |
| MISSIONS DU CUSM | 13 |
| MÉDECINE (INCLUANT URGENCE ADULTE) | 13 |
| CHIRURGIE | 33 |
| NEUROSCIENCES | 44 |
| SANTÉ DES FEMMES | 50 |
| SANTÉ MENTALE | 55 |
| ONCOLOGIE | 58 |
| HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS—MISSION PÉDIATRIQUE | 67 |
| PLATEAU TECHNIQUE ET HAUTE TECHNOLOGIE | 86 |
| SALLES D'OPÉRATION..... | 86 |
| INTERVENTIONS MINEURES | 88 |
| ÉLECTROPHYSIOLOGIE CARDIAQUE..... | 89 |
| IMAGERIE MÉDICALE | 89 |
| SERVICES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES NON-INVASIFS | 98 |
| SERVICES DE SOUTIEN | 100 |
| SERVICES DE SOUTIEN CLINIQUES..... | 100 |
| SERVICES DE SOUTIEN GÉNÉRAUX | 101 |
| RECHERCHE..... | 106 |
| CENTRE DE MÉDECINE INNOVATRICE..... | 110 |
| PROGRAMMES DISCIPLINAIRES PRIORITAIRES | 111 |
| REGROUPEMENTS | 113 |
| COMPLÉMENTARITÉ DU CUSM ET DU CHUM EN RECHERCHE | 117 |
| FORMATION ACADÉMIQUE | 118 |
| IMPACT ORGANISATIONNEL ET STRUCTUREL DU RUIS ET LES CSSS..... | 119 |



ANNEXES

| | |
|-------------|--|
| ANNEXE I | SUPERFICIES ASSOCIÉES AUX SITES DE DÉPLOIEMENT |
| ANNEXE II | PDI – DISPONIBLE SUR DEMANDE |
| ANNEXE III | ORGANISATION DES SERVICES CLINIQUES |
| ANNEXE IV | LES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES D'ONCOLOGIE |
| ANNEXE V | LE RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS DE LUTTE CONTRE LE CANCER |
| ANNEXE VI | FORMATION ACADÉMIQUE EN ONCOLOGIE |
| ANNEXE VII | ENTENTES ET CORRIDORS DE SERVICES INTER-ÉTABLISSEMENTS ET INTER-RÉGIONAUX, PAR SPÉCIALITÉ HME ET PAR RÉGION SOCIO-SANITAIRE |
| ANNEXE VIII | PLAN D'ACTION DES RÉSEAUX |
| ANNEXE IX | PLAN D'ACTION DES DÉPARTEMENTS, DES DIVISIONS, DES PROGRAMMES ET DES SERVICES PÉDIATRIQUES |
| ANNEXE X | NUMERISATION DES DOSSIERS MEDICAUX |
| ANNEXE XI | LA COMPLEMENTARITE EN RECHERCHE ENTRE LES TROIS CHU DE MONTREAL : CHUM/CHU STE-JUSTINE/CUSM |



INTRODUCTION

L'objectif du document

Ce document décrit l'organisation et l'offre de services du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) pour les activités cliniques, d'enseignement et de recherche qui soutiennent le programme fonctionnel et technique (PFT) soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en mars 2007. Ce document est une mise à jour du plan clinique préparé en septembre 2006 et aborde :

- Les activités actuelles et projetées;
- Les changements prévus;
- Les défis qui y sont rattachés;
- Les hypothèses de planification; et
- L'infrastructure nécessaire.

Vue d'ensemble du Projet de redéploiement

Le Projet de redéploiement comprend :

- Une nouvelle orientation clinique, de recherche et d'enseignement;
- Une offre de services adaptée au contexte des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et des centres de santé et de services sociaux (CSSS); et
- Une réorganisation physique des services.

Depuis la fusion volontaire de ses cinq hôpitaux fondateurs, le CUSM a établi une gouverne commune pour favoriser le développement d'une culture organisationnelle conjointe. Une structure organisationnelle soutient cette culture par la nomination de dirigeants administratifs et par la création de départements uniques à travers les cinq hôpitaux. La création de sept missions cliniques a permis une approche clinique et administrative qui facilite l'organisation des soins cliniques (voir l'organigramme en annexe).

Des progrès significatifs ont été accomplis quant à la réalisation d'une vision et d'une approche commune du mandat du CUSM. Dans la mesure du possible, les équipes, les espaces, les équipements et les technologies seront regroupés et/ou partagés, et le dédoublement sera évitée. L'intégration de l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME) et de l'Hôpital neurologique de Montréal (HNM) au Projet de redéploiement du CUSM permettra la mise de l'avant d'une approche centrée sur le patient et une utilisation optimale des ressources.

Projet de redéploiement dans le contexte des nouveaux enjeux du réseau

Le CUSM, dans l'exercice de révision de son PFT, tient compte de la nouvelle approche des RUIS. D'une part, il revoit son offre de services en fonction de ce que les autres établissements de son RUIS offrent et des besoins de la population de son territoire afin d'éliminer le dédoublement, de réaliser son mandat de centre hospitalier universitaire (CHU) et de s'assurer que les soins soient livrés au bon endroit et au bon moment. D'autre part, le succès d'une telle approche repose sur la capacité du RUIS à absorber les volumes d'activités transférés à la communauté qui résulteront de la réorganisation du système de santé. De plus, le transfert de patients ayant besoin de soins tertiaires et quaternaires doit se faire vers les CHU. Cet échange de patients est essentiel pour permettre au CUSM de se concentrer sur le développement des soins de niveaux tertiaires et quaternaires. Les CSSS doivent être en mesure d'offrir des soins primaires et secondaires adéquats si les CHU souhaitent réaliser leur mandat de soins spécialisés.

Un certain nombre d'éléments sont essentiels au succès d'une transition vers un modèle de soins aux patients inter-reliés :

- Un soutien concret du ministère et de l'Agence pour fournir aux CSSS et au RUIS McGill les moyens nécessaires pour offrir les bons soins aux patients, au bon moment et au bon endroit. Ceci requiert des corridors de service bidirectionnels, un budget approprié et une ligne d'autorité claire;
- Une infrastructure robuste de IS/IT pour supporter les opérations internes, les opérations du réseau et la télémédecine;
- Un plan de transition solide qui garde à l'esprit les limitations actuelles du réseau tout en préparant pour l'avenir;
- Des sites et des partenariats alternatifs garantissant les soins aux patients du CUSM;
- La reconnaissance de l'importance de la mission de recherche du CUSM et de son besoin de continuer à grandir dans ce nouveau contexte;
- Un modèle de soins qui est efficace, bien administré, profitable au patient et favorisant l'enseignement et la recherche sera nécessaire pour mobiliser le personnel du CUSM et susciter de l'enthousiasme et du soutien face au Projet de redéploiement.

Le PFT du Projet de redéploiement du CUSM reflète ces tendances. En se concentrant davantage sur les services à caractère tertiaire et quaternaire, et moins sur les services à caractère primaire et secondaire, le CUSM prévoit diminuer le nombre de lits et d'hospitalisations associées. Les services ambulatoires seront arimés à la concentration des soins tertiaires et il est prévu que les hôpitaux de jour enregistreront la plus forte croissance de soins. Le plan clinique, élaboré plus loin dans ce document, décrit cette répartition.

La directive du MSSS de réaliser le Projet de redéploiement sur deux sites impose des contraintes. Néanmoins, le CUSM a fait de son mieux pour s'assurer que les campus hospitaliers Glen et de la Montagne refléteront les services d'un hôpital unique. À cet effet, huit groupes de travail ont été désignés en 2004 et ont déposés des recommandations pour l'organisation des services cliniques sur deux sites. Cet exercice était basé sur les prémisses que 1) lorsque possible, les services ne seraient pas divisés, la duplication serait évitée, et les deux sites seraient de valeur égale et 2) qu'en tout temps les services essentiels seraient offerts sur les deux campus.

La prestation de services cliniques sur deux campus amènera assurément certains défis. On compte parmi ceux-ci :

- La couverture clinique adéquate des services, peu importe qu'ils soient dispensés sur un ou sur deux site(s);
- La réalisation complète des missions d'enseignement et de recherche;
- La minimisation de transferts de patients entre les campus;
- La minimisation des déplacements du personnel entre les campus, et la facilitation de ces déplacements lorsque nécessaires;
- L'accès rapide et facile aux dossiers des patients et aux résultats de tests en laboratoire ou autres; et
- La minimisation de duplication d'équipements coûteux.

Le CUSM entend faire face à ces défis en :

- Implantant ses services sur un seul campus lorsque possible;
- Allouant des espaces de travail et des accès aux ordinateurs sur les deux campus pour les services regroupés sur un seul site (pour répondre aux besoins des professionnels qui offriront la couverture clinique sur un deuxième campus);
- Assurant un service de navette fréquent et fiable entre les campus;
- Assurant l'accès aux dossiers médicaux électroniques et en intégrant des systèmes d'information et de télécommunications sur les deux campus; et
- Optimisant les opportunités de partage de l'équipement coûteux entre les missions sur chaque campus, comme le TEP.

Afin d'assumer ses responsabilités cliniques, le RUIS McGill a établi en décembre 2004 le Bureau du réseau de la santé McGill dont la mission est d'aider et de promouvoir les activités et les innovations réalisées par les

services cliniques qui contribuent aux soins des patients et ce, le plus près possible de leur domicile. Ce bureau coordonne toutes les initiatives cliniques du RUIS McGill, assignant chaque demande de son territoire aux services cliniques appropriés des hôpitaux du CUSM ou des centres hospitaliers affiliés à l'Université McGill. Il est également responsable de la coordination des demandes de soins cliniques des CSSS locaux pour lesquels ces hôpitaux sont les références de première instance. L'orientation du CUSM vise plus de soins tertiaires et moins de soins primaires et secondaires est une concentration évidente du bureau du réseau et se reflète dans certaines de ses initiatives des deux dernières années.

Au nombre de ces initiatives, on compte :

- Le déplacement des chirurgies de jour en orthopédie, en chirurgie plastique et en ORL, du CUSM vers le CSSS Dorval-Lachine-LaSalle (960 cas de chirurgies de jour en 2006-2007). Ces chirurgies sont réalisées pour les patients du CUSM par nos chirurgiens. En ce sens, il s'agit d'une activité satellite du CUSM;
- La création d'une clinique conjointe CUSM/CSSS en fertilité au CSSS de l'Ouest-de-l'Île. Cette mesure assure aux patients qui étaient traités précédemment au CUSM de recevoir maintenant les soins au CSSS de l'Ouest-de-l'Île, par la même équipe. Une clinique pédiatrique a également été ouverte au CSSS pour le traitement de l'asthme;
- Le déménagement du département de médecine familiale du CUSM au Complexe de santé Reine Elizabeth, connexe au Campus Glen, afin de rapprocher les services de la communauté qu'il dessert. Il regroupe les médecins qui pratiquaient à l'HRV et à l'HGM en une unité satellite unique et représente un transfert des soins primaires à la communauté;
- Des discussions sont en cours quant à l'établissement de cliniques neurologiques au sein du CSSS et ce, toujours dans le but de réduire le nombre de visites/déplacements au CUSM;
- D'autres initiatives en cours traitent notamment de la relocalisation possible de certains cas d'obstétrique à l'intérieur de différents CSSS disposant de centres de naissances ou au CH St. Mary où les obstétriciens du CUSM pourraient offrir des soins aux grossesses sans complications.
- Des discussions sont aussi en cours quant à la relocalisation possible de l'unité de planification familiale du CUSM au CSSS Dorval-Lachine-LaSalle;
- Un éventuel déplacement de la majorité des traitements en dialyse vers des centres extérieurs au CUSM (ex : CSSS Sud-Ouest-Verdun, et Pavillon Barrie Memorial à Ormstown) est en cours de discussions; et
- Le recrutement d'un médecin interniste qui assurera la coordination médicale, en collaboration avec les professionnels de la santé du Nunavik et du module du Nord du Québec à Montréal, ayant pour objectif de réduire le nombre et la durée des visites des patients à Montréal. De plus, le CUSM continuera d'encourager et d'organiser des visites de ses spécialistes vers le nord.

Compte tenu de l'essor du développement du réseau des CSSS, d'autres opportunités de services seront identifiées et d'autres partenariats seront développés.

Étant donné l'immense territoire géographique couvert par le RUIS McGill, la télémédecine sera un outil essentiel afin d'assurer que le CUSM est apte à fournir aux différentes régions les services requis. Si nous souhaitons que les services de télémédecine atteignent leur plein potentiel, il sera nécessaire de garantir d'importants investissements pour la structure initiale et pour les coûts opérationnels. Aucune somme n'existe dans le budget actuel du CUSM.

Description du Projet de redéploiement

Afin de réaliser la réorganisation des services mentionnée plus haut 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 (HGM), le nouveau pavillon Neuro et le site de l'Institut neurologique de Montréal (INM);
- Le Campus hospitalier Glen; et
- Les sites connexes au Campus Glen (Ex. : 5100 boulevard de Maisonneuve Ouest)



Campus hospitalier de la Montagne

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 respectera le caractère historique et naturel du quartier tout en offrant une gamme de services exclusifs comme la traumatologie, les neurosciences, et la psychiatrie/santé mentale. Figurent également sur cette liste la neurologie (programme ACV), la médecine générale, la chirurgie générale, la neurochirurgie, la neurologie, 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.

Un total de 332 lits est prévu pour le campus, incluant 90 lits de neurosciences et les lits de l'unité de court-séjour. Un total de 17 salles d'opération est prévu, dont onze (11) salles générales et six (6) salles de neurochirurgie. La masse critique justifie facilement ce nombre. Le regroupement des salles d'opération en neurochirurgie sera attenant au bloc opératoire de l'HGM, mais administrativement autonome sous la mission des neurosciences, partageant les éléments infrastructureux appropriés. Il est également prévu que le développement de certains programmes spécifiques se reflète dans l'utilisation conciliée des salles d'opération, tel le programme intégré de pathologie rachidienne complexe (orthopédie et neurochirurgie). Il y aura, en plus, une unité de soins intensifs neurologiques, une unité de soins coronariens et un service des urgences adulte.

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 provinciales.

Le nouveau pavillon Neuro, qui sera construit adjacent à l'HGM, permettra le regroupement des soins dispensés actuellement à l'HGM (neurotraumatologie et neurologie, surtout les ACV), et à l'Hôpital neurologique de Montréal (HNM) (neurochirurgie et neurologie). Cette proximité à l'hôpital générale adulte assurera la sécurité des patients et permettra un meilleur partage de services de soutien (généraux et cliniques), du plateau technique, de ressources humaines et de l'équipement (ex : laboratoire clinique, EEG/EMG centralisé, service de stérilisation). De plus, cette démarche permettra de construire des chambres de patients et d'autres espaces cliniques conformes aux normes actuelles et de profiter d'un nouveau plateau technique moderne et libéré de contraintes et de limites imposées par les dimensions et les caractéristiques de l'HNM.

Le bloc opératoire chevauchera l'HGM et le pavillon Neuro pour permettre une meilleure flexibilité, surtout en ce qui concerne la traumatologie. Huit (8) des onze (11) salles générales seront situées dans le pavillon Neuro, en plus des six (6) salles dédiées à la neurochirurgie. Les unités de soins d'hospitalisation et les lits de l'unité des soins intensifs (USI) en neurosciences seront situés dans le pavillon Neuro et seront attenants aux unités de soins d'hospitalisation et à l'USI dans l'HGM afin d'offrir une flexibilité maximale en terme d'espace et de facilité de déplacement du personnel entre ces zones, tel que nécessaire.

L'Urgence du Campus de la Montagne sera aménagée pour mieux répondre aux besoins du centre de traumatologie et servira autant la population en neurosciences que la population générale. Dans l'intérêt d'éviter le dédoublement duplication d'espaces et d'équipements, et de maximiser les ressources humaines, une pharmacie centrale à l'HGM desservira le campus, ainsi que les services d'admission, d'archives médicales, de messagerie et d'imprimerie. De même, le service de stérilisation des matériaux chirurgicaux centralisé au pavillon Neuro desservira tout le campus.

L'INM sur la rue Université sera l'emplacement des cliniques externes en neurologie (épilepsie, scléroses en plaques, troubles de mouvement, post-polio, prévention des ACV), en neuro-oncologie (sauf les traitements qui auront lieu au centre du cancer du Campus Glen), et en pré-admission. La majorité de la recherche clinique en neurosciences demeurera dans cet édifice pour soutenir ces cliniques externes.

Campus hospitalier Glen

Le Campus Glen, situé à l'ouest du centre-ville, sera un centre de santé novateur, propice à la guérison, à la fine pointe de la technologie, et facilement accessible pour les patients et leur famille. Il sera également bien intégré au milieu urbain environnant. Le campus offrira les soins pédiatriques de l'HME (y compris un département d'Urgence pédiatrique) ainsi que les soins hospitaliers adultes, complémentaires aux activités de l'HGM. On y retrouvera aussi en grande partie les activités de l'Institut de recherche du CUSM. La majorité des activités ambulatoires sera stratégiquement située à proximité, soit au 5100 boulevard de Maisonneuve Ouest.

Un total de 500 lits est prévu pour le campus, soit 346 lits adultes et 154 lits pédiatriques. Un total de 20 salles d'opération est prévu, soit 13 pour les soins adultes et 6 pour les soins pédiatriques.

Certaines activités cliniques seront exclusivement assurées sur ce campus, soit l'oncologie, les soins palliatifs, la chirurgie cardiovasculaire, la transplantation, l'hématologie, les services respiratoires, l'oto-rhino-laryngologie, la chirurgie thoracique et les services de la santé des femmes. Il est également prévu que l'Hôpital Shriners sera localisé sur le campus adjacent à l'HME. Le CUSM prévoit travailler avec l'Hôpital Shriners afin d'identifier des espaces et des éléments du plateau technique qui pourraient être partagés, ainsi que des contiguïtés qui pourraient optimiser la fonctionnalité entre leur hôpital et l'HME.

Les divisions des départements de Médecine et de Chirurgie seront réparties entre le Campus Glen et celui de la Montagne. Chacun sera doté d'une unité de soins intensifs médicaux et chirurgicaux.

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

| Campus hospitalier Glen | Campus hospitalier de la Montagne |
|--|---|
| Médecine / Chirurgie générale Cardiologie Urgences Cancer (oncologie médicale, radio-oncologie, oncologie chirurgicale, hématologie) Soins palliatifs Hôpital de Montréal pour enfants Santé des femmes Programme cardiovasculaire Transplantation Urologie Médecine respiratoire Chirurgie thoracique Chirurgie plastique Oto-rhino-laryngologie | Médecine / Chirurgie générale Cardiologie Urgences Traumatologie Neurosciences Orthopédie Chirurgie buccale et maxillo-faciale Santé mentale Chirurgie plastique Ophtalmologie (niveau tertiaire) Gériatrie Urologie |
| Soins intensifs (unité de soins intensifs médicaux/chirurgicaux, unité de soins coronariens) | Soins intensifs (unité de soins intensifs médicaux/chirurgicaux, unité de soins intensifs neurologique, unité de soins coronariens) |



Plan clinique

Prévisions des volumes d'activités

La mise sur pied des RUIS et des CSSS aura un impact important sur l'organisation des services ainsi que sur la planification immobilière du CUSM. Bien que cet impact n'ait pas encore été quantifié précisément, il constituera un défi majeur pour l'organisation. En effet, dans le cadre de son redéploiement, le CUSM doit prévoir simultanément, une diminution importante du nombre de lits, la répartition de ses activités sur deux campus hospitaliers et la révision de ses volumes d'activités en fonction de la hiérarchisation des niveaux de soins et de la complémentarité avec ses partenaires.

En novembre 2005, le CUSM a lancé un appel d'offres pour des services d'experts-conseils en gestion des soins de santé et en programmation fonctionnelle pour la mise à jour du programme fonctionnel et technique. L'équipe de réalisation du mandat a travaillé en étroite collaboration avec le Comité directeur du projet du CUSM (« *Redevelopment Project Steering Committee* »). Son rôle consistait à valider les travaux réalisés à la lumière de son expertise spécialisée et à soumettre au Comité directeur tout commentaire ou proposition susceptible d'optimiser la planification et la réalisation du projet.

En septembre 2006, suite à la présentation du Projet de redéploiement du CUSM au MSSS et à l'ASSSM en juin, une première version du plan clinique a été préparée.

Suivie à une série de discussions avec les représentants du MSSS, il fut décidé d'apporter un certain nombre de modifications à des éléments du plan clinique afin de permettre aux représentants des différentes instances gouvernementales d'effectuer un examen plus approfondi de l'étude.

Afin d'accélérer le processus, un groupe de travail formé de membres du MSSS, de l'ASSSM et du CUSM fut créé en hiver 2006-2007. Ce groupe avait pour but de réviser les éléments-clés du plan clinique, de s'entendre sur les hypothèses de planification et de faire des recommandations sur la façon la plus adéquate d'adapter le plan clinique.

Niveaux de complexité

Présentement, le MSSS définit les soins tertiaires comme étant ceux (APR-DRG) qui requièrent des installations physiques élaborées et des équipements sophistiqués dont les coûts sont élevés. Ce peut être des services dits nationaux tels que le pontage cardiaque ou la greffe d'organe. Ces actes posés sont concentrés majoritairement dans les régions universitaires, soit à Montréal, à Québec ou à Sherbrooke : le lieu de traitement de ces APR-DRG est typiquement celui des centres dont la vocation est supra-régionale. Ils font appel à des équipes médicales et à d'autres professionnels très spécialisés, voire sur-spécialisés. Une masse critique de ressources est nécessaire pour assurer la qualité des services et la rentabilité des équipements. Selon cette définition, 16 % des patients admis au CUSM représentent des cas de soins tertiaires. Nous aimerions augmenter ce pourcentage à 26 %. Ceci serait possible en raison de deux changements : une augmentation proportionnelle résultant de la réduction actuelle des patients de types primaire et secondaire et une augmentation absolue provenant des transferts d'institutions affiliées au réseau de l'Université McGill et aux partenaires du RUIS.

Toutefois, la définition du MSSS est trompeuse puisque plusieurs patients qui sont présentement catégorisés de type secondaire requièrent des soins complexes qu'il serait plus adéquat d'identifier comme tertiaires. En effet, selon cette définition, la seule façon pour le CUSM d'augmenter sa proportion serait d'accroître ses volumes de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie. Clairement, ceci n'est pas une bonne réflexion dans le cadre d'une réorientation vers les soins tertiaires compte tenu des patients traités au CUSM. Par ailleurs, étant donné qu'un CHU moderne assure la prestation de soins à des patients hospitalisés et externes, il n'est pas correct non plus d'exclure les soins ambulatoires de la définition des activités tertiaires. La majorité des soins ambulatoires présentement offerts par le CUSM ne peuvent être prodigués que par des sous-spécialistes ou

des équipes spécialisées. Ces volumes devraient s'accroître au cours des prochaines années puisqu'un véritable réseau de soins se développe.

Le CUSM considère que les services tertiaires et quaternaires sont des services ultraspécialisés ou à vocation nationale (désignation). Ils doivent être concentrés pour offrir des services de qualité avec un degré optimal d'efficacité en raison de la rareté des clientèles, de la complexité des problèmes de santé, de la nature ou de l'organisation des services ou encore en raison des ressources nécessaires pour offrir ces services. Ces services ne sont généralement disponibles que dans quelques régions et plus particulièrement dans les régions universitaires et sont accessibles à l'ensemble de la population du Québec. Ils requièrent une expertise basée sur les connaissances, l'expérience, l'interdisciplinarité, la création et le transfert de connaissances et ce, tout en maintenant des liens étroits avec d'autres services et spécialités. Ces services peuvent aussi nécessiter des installations physiques complexes ainsi que des équipements sophistiqués à la fine pointe de la technologie.

Activités ambulatoires

Le CUSM conservera son rôle important en ce qui a trait au développement des services ambulatoires et à leur mise en œuvre sur site et/ou hors site. Cependant, la nature des services ambulatoires qu'il assure est appelée à changer. Les services ambulatoires seront arrimés à la concentration des soins tertiaires et il est prévu que les hôpitaux de jour enregistreront la plus forte croissance des soins.

Une des plus importantes hypothèses de planification que le CUSM ait adoptée est la réorientation d'une grande proportion des activités ambulatoires. Bien qu'il soit prévu que près de 20 % des visites de clinique soient éventuellement réorientées vers la communauté, un grand nombre de celles-ci seront situées au 5100 de Maisonneuve Ouest, adjacent au Campus hospitalier Glen.

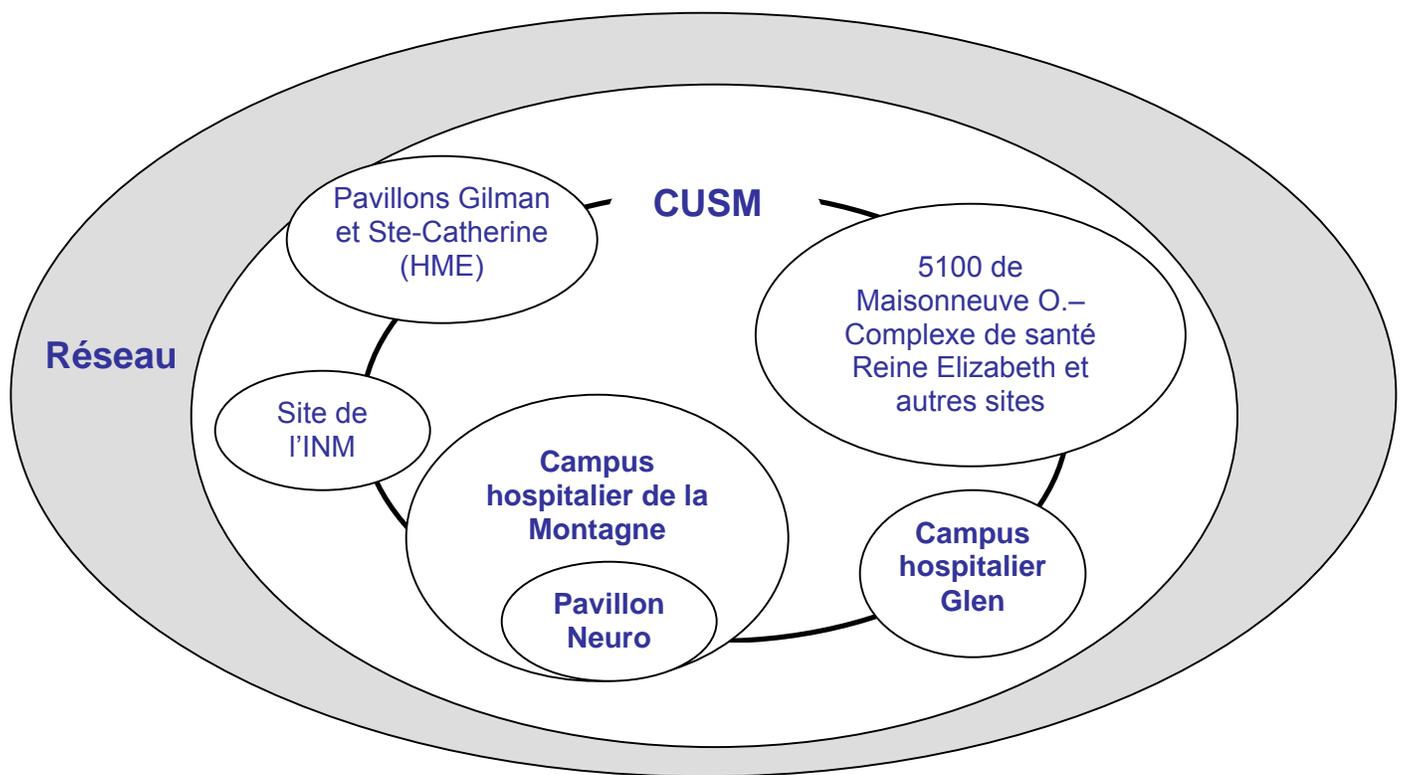
Un exercice, tenu avec les leaders des missions, a démontré une volonté de fournir des services ambulatoires dans des environnements alternatifs. Les leaders des missions se sont entendus pour se concentrer sur les références nécessitant une évaluation initiale par un spécialiste, par des équipes multidisciplinaires et par une plate-forme technique ainsi que sur la relocalisation d'un certain nombre de visites de suivi de routine aux installations des partenaires des CSSS. Ceci inclut une proportion de visites d'allergies et d'immunologie, de dermatologie, de neurologie, d'endoscopies de dépistage et des visites de suivi de cardiologie. De nombreuses initiatives sont en cours pour relocaliser plus d'activités ambulatoires de routine (ex : chirurgies de jour en orthopédie, en chirurgie plastique et en oto-rhino-laryngologie, vers le CSSS Dorval-Lachine-Lasalle, clinique conjointe CUSM/CSSS en fertilité au CSSS de l'Ouest-de-l'Île, clinique pédiatrique pour le traitement de l'asthme).

Certaines mesures sont déjà en place, telles que la relocalisation du département de Médecine familiale du CUSM au Complexe de santé Reine Élisabeth. Plus de 16 000 visites par année sont prévues dans ces nouvelles installations. Cette initiative démontre la volonté et la capacité du CUSM à travailler sur différents sites. Néanmoins, les systèmes d'information courante, les télécommunications et les dossiers des patients sont essentiels et critiques à la réussite de pareille relocalisation. Avec le département de Médecine familiale, le Complexe de santé Reine Élisabeth a la capacité de potentiellement accommoder d'autres cliniques ambulatoires et d'autres professionnels du CUSM.

Bien que les installations des partenaires aient la capacité d'accueillir ces visites (ex : centre ambulatoire de l'Hôpital Lakeshore), les défis du développement complet du réseau, en lien avec le Projet de redéploiement du CUSM, sont nombreux. Présentement, le CUSM et ses partenaires du réseau s'appuient sur des arrangements amicaux sans structure administrative puisque le RUIS a seulement un rôle consultatif. Bien que tous tentent d'atteindre cet objectif, plusieurs années seront nécessaires. Les objectifs organisationnels respectifs ne sont pas tout à fait orientés en ce sens. Sans les structures et les mécanismes appropriés, le CUSM ne peut espérer transférer les activités de soins primaires et secondaires à la communauté et se concentrer sur sa mission de soins cliniques tertiaires et de recherche. Une plus grande collaboration du MSSS et de l'ASSSM est essentielle pour explorer des solutions alternatives de financement et d'opération pour ces activités.



Le schéma suivant démontre l'organisation des sites qui figurent au Projet de redéploiement du CUSM.



Principaux volumes d'activités et prévisions

Le RUIS McGill, nouvellement créé, place le CUSM au centre du réseau à titre de CHU. En termes simples, le rôle du CUSM est d'assurer aux patients à travers le réseau un accès à ses experts et à ses installations de diagnostics et de traitement spécialisées et ultra-spécialisées. Faciliter l'accès aux consultations et aux références est une des principales préoccupations du CUSM. Bien que le territoire du RUIS McGill corresponde à 62 % de la province, la majorité des patients et des familles faisant appel aux services du CUSM proviennent de Montréal et de la Montérégie. L'offre de services prévue pour le CUSM en 2010-2015 se base sur les tendances historiques, l'évolution des pratiques, les priorités organisationnelles et le délestage de certaines activités ambulatoires primaires et secondaires.

À l'intérieur de cet exercice de dégraissage, la priorité a été accordée au maintien des programmes cliniques d'hospitalisation, des activités de diagnostics et de traitement, ainsi que de la majorité des espaces de recherche au Campus Glen. La relocalisation des activités de soins ambulatoires dans la communauté et dans des établissements adjacents a été identifiée comme la solution la plus viable et adéquate pour assurer le respect de l'enveloppe budgétaire.

Services d'hospitalisation

Le CUSM prévoit diminuer le nombre de lits-équivalents en courte durée de 931 à 832 soit une réduction de 99 lits. Cette réduction s'appuie sur les hypothèses suivantes :

- Une diminution du volume global des cas pertinents à l'objectif du CUSM de transfert de soins primaires et secondaires dans le réseau.
- Une augmentation globale des cas de gravité clinique III et IV, ainsi qu'une diminution des cas de gravité clinique I et II.
- Aucun lit de soins de longue durée n'est prévu, ces patients recevront des soins à l'intérieur d'un environnement plus adéquat dans la communauté.
- Aucun lit de transition n'est prévu. Toutefois, tel que convenu avec l'ASSSM, un minimum de 30 lits qualifiés de « ressources intermédiaires », situés hors CUSM et dédiés à celui-ci seront créés afin de réduire la durée de séjour dans les lits de l'hôpital et d'en optimiser l'utilisation. Une analyse plus détaillée de l'implantation de ces ressources reste à finaliser.
- Les lits pour les séjours de courte durée sont inclus dans le décompte de 832 lits.
- Un taux d'occupation de 85 % est prévu.
- Globalement, aucun changement n'est prévu dans la durée moyenne de séjour (DMS)

Sommaire actuel vs futur des hospitalisations et du nombre de lits

| | 2004-2005 | | | | 2010-2015 | | | |
|-----------------------------|-----------------|------------------|------------|-----------------------|-----------------|------------------|------------|-----------------------|
| | Jours-présences | Hospitalisations | DMS | Lits-equiv (t.o. 85%) | Jours-présences | Hospitalisations | DMS | Lits-equiv (t.o. 85%) |
| Chirurgie | 86 930 | 9 940 | 8,7 | 280 | 77 252 | 8 973 | 8,6 | 249 |
| Médecine | 91 952 | 8 544 | 10,8 | 296 | 82 216 | 7 407 | 11,1 | 265 |
| Neurosciences | 31 564 | 2 729 | 11,6 | 102 | 27 923 | 2 407 | 11,6 | 90 |
| Obstétrique | 14 781 | 4 253 | 3,5 | 48 | 12 755 | 3 561 | 3,6 | 32 |
| Psychiatrie | 16 163 | 674 | 24,0 | 52 | 13 115 | 578 | 22,7 | 42 |
| Adultes sous-total | 241 390 | 26 140 | 9,2 | 778 | 213 261 | 22 926 | 9,3 | 678 |
| Pédiatrie sous-total | 47 574 | 7 111 | 6,7 | 153 | 47 778 | 7 150 | 6,7 | 154 |
| Grand total | 288 964 | 33 251 | 8,7 | 931 | 261 039 | 30 076 | 8,7 | 832 |

Notes :

- Pour les adultes, les données ont été extraites des services primaires et regroupées en cinq catégories, qui ne correspondent pas nécessairement aux missions du CUSM (ex : la gynécologie est sous la chirurgie, les soins palliatifs et l'oncologie sont sous la médecine).
- Pour l'obstétrique, neuf (9) salles supplémentaires sont prévues pour le travail, l'accouchement et le rétablissement.
- Les lits actuels et prévus incluent les unités de court séjour..
- Les hospitalisations en soins critiques sont incluses sous la médecine, la chirurgie et les neurosciences.



Hospitalisations et DMS actuelles vs futures par gravité clinique—adultes

| | 2004-2005 | | | | 2010-2015 | | | |
|-----------------------------|----------------|------------------|-------------|-----------------------|----------------|------------------|-------------|-----------------------|
| | Jours-présence | Hospitalisations | DMS | Lits-equiv (t.o. 85%) | Jours-présence | Hospitalisations | DMS | Lits-equiv (t.o. 85%) |
| Chirurgie | 86 930 | 9 940 | 8,7 | 280 | 77 252 | 8 973 | 8,6 | 249 |
| Gravité 1 | 15 938 | 4 024 | 4,0 | | 8 659 | 2 935 | 3,0 | |
| Gravité 2 | 23 972 | 3 600 | 6,7 | | 18 490 | 3 215 | 5,8 | |
| Gravité 3 | 20 807 | 1 560 | 13,3 | | 21 683 | 1 843 | 11,8 | |
| Gravité 4 | 26 213 | 756 | 34,7 | | 28 420 | 980 | 29,0 | |
| Médecine | 91 952 | 8 544 | 10,8 | 296 | 82 216 | 7 407 | 11,1 | 265 |
| Gravité 1 | 7 140 | 1 976 | 3,6 | | 4 744 | 1 520 | 3,1 | |
| Gravité 2 | 21 959 | 3 165 | 6,9 | | 15 600 | 2 675 | 5,8 | |
| Gravité 3 | 31 771 | 2 346 | 13,5 | | 30 352 | 2 073 | 14,6 | |
| Gravité 4 | 31 082 | 1 057 | 29,4 | | 31 520 | 1 139 | 27,7 | |
| Neurosciences | 31 564 | 2 729 | 11,6 | 102 | 27 923 | 2 407 | 11,6 | 90 |
| Gravité 1 | 4 449 | 892 | 5,0 | | 2 927 | 642 | 4,6 | |
| Gravité 2 | 9 459 | 1 171 | 8,1 | | 7 738 | 1 001 | 7,7 | |
| Gravité 3 | 8 793 | 442 | 19,9 | | 8 595 | 508 | 16,9 | |
| Gravité 4 | 8 862 | 223 | 39,7 | | 8 663 | 256 | 33,8 | |
| Obstétrique | 14 781 | 4 253 | 3,5 | 48 | 12 755 | 3 465 | 3,7 | 32 |
| Gravité 1 | 2 837 | 1 037 | 2,7 | | 1 844 | 590 | 2,7 | |
| Gravité 2 | 6 888 | 2 195 | 3,1 | | 5 855 | 1 650 | 3,1 | |
| Gravité 3 | 4 872 | 1 005 | 4,8 | | 4 872 | 1 206 | 4,8 | |
| Gravité 4 | 184 | 16 | 11,5 | | 184 | 19 | 11,5 | |
| Psychiatrie | 16 163 | 674 | 24,0 | 52 | 13 115 | 578 | 22,7 | 42 |
| Gravité 1 | 8 563 | 417 | 20,5 | | 6 101 | 313 | 19,5 | |
| Gravité 2 | 4 735 | 196 | 24,2 | | 4 273 | 186 | 23,0 | |
| Gravité 3 | 1 880 | 38 | 49,5 | | 1 589 | 49 | 32,2 | |
| Gravité 4 | 985 | 23 | 42,8 | | 1 152 | 30 | 38,4 | |
| Adultes sous- total | 241 389 | 26 139 | 9,2 | 778 | 213 261 | 22 830 | 9,3 | 678 |
| Gravité 1 | 38 927 | 8 346 | 4,7 | | 24 275 | 6 084 | 4,0 | |
| Gravité 2 | 67 013 | 10 327 | 6,5 | | 51 956 | 8 943 | 5,8 | |
| Gravité 3 | 68 123 | 5 391 | 12,6 | | 67 091 | 5 478 | 12,2 | |
| Gravité 4 | 67 326 | 2 075 | 32,4 | | 69 939 | 2 421 | 28,9 | |
| Pédiatrie sous-total | 47 574 | 7 111 | 6,7 | 153 | 47 778 | 7 150 | 6,7 | 154 |
| Grand total | 288 963 | 33 250 | 8,7 | 931 | 261 039 | 29 980 | 8,7 | 832 |

Source : BD APR-DRG 2004-2005

Notes :

- Pour les adultes, les données ont été extraites des services primaires et regroupées en cinq catégories, qui ne correspondent pas nécessairement aux missions du CUSM (ex : la gynécologie est sous la chirurgie, les soins palliatifs et l'oncologie sont sous la médecine).
- Pour l'obstétrique, neuf (9) salles supplémentaires sont prévues pour le travail, l'accouchement et le rétablissement.
- Les lits actuels et prévus incluent les unités de séjour de courte durée.
- Les hospitalisations en soins critiques sont incluses sous la médecine, la chirurgie et les neurosciences.

Répartition actuelle et future des lits de courte durée

Le tableau ci-bas démontre une diminution de 230 lits de courte durée. De plus, le CUSM a environ 141 lits dressés pour les soins de longue durée qui ne sont pas inclus dans le plan d'avenir.

| | Lits dressés | | | |
|------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------|
| | Actuel 2005 | Campus Glen 2010-2015 | Campus de la Montagne 2010-2015 | Total 2010-2015 |
| Adultes | | | | |
| Médecine | 260 lits | 121 lits | 77 lits | 198 lits |
| Chirurgie | 266 lits | 127 lits | 80lits | 207 lits |
| Neurosciences | 125 lits | - | 78 lits | 78 lits |
| Obstétrique | 45 lits | 32 lits | - | 32 lits |
| Psychiatrie | 53 lits | - | 42 lits | 42 lits |
| Soins critiques ¹ | 85 lits | 56 lits | 45 lits | 101 lits |
| Unité de court séjour | 22 lits | 10 lits | 10 lits | 20 lits |
| Adulte sous-total | 856 lits | 346 lits | 332 lits | 678 lits |
| Pédiatrie | | | | |
| Médecine/Chirurgie | 14 lits | 72 lits | - | 72 lits |
| Unité de court séjour | 10 lits | 10 lits | | 10 lits |
| USIN | 54 lits | 48 lits | - | 48 lits |
| USIP | 16 lits | 12 lits | | 12 lits |
| Psychiatrie | 12 lits | 12 lits | - | 12 lits |
| Pédiatrie sous-total | 206 lits | 154 lits | - | 154 lits |
| Grand total | 1 062 lits | 500 lits | 332 lits | 832 lits |

¹ Incluent les soins coronariens et médicaux/chirurgicaux aux deux campus et les soins neurologiques au Campus de la Montagne.

Services ambulatoires : cliniques externes et hôpitaux de jour

Le CUSM prévoit une réduction globale des activités ambulatoires. En planifiant les futurs services ambulatoires, les hypothèses suivantes ont été prises en considération :

- Les volumes cliniques ont été réduits, comme il est prévu que le CUSM se concentre sur les activités tertiaires et transfère une portion de soins primaires et secondaires dans les CSSS. Retour dans le 450 de 70 % de sa clientèle qui reçoit des services de niveau I au CUSM et 50 % de sa clientèle qui reçoit des services de niveau II.
 - Pour le 514, le délestage au profit des CSSS et des hôpitaux non intégrés de la région d'un certain pourcentage de la clientèle de niveau I et niveau II, tout en maintenant un certain volume d'activités de niveau I et de niveau II pour fins d'enseignement.
 - Les volumes d'activités prévus doivent être présentés en utilisant les unités de mesure en vigueur dans les AS-478 et 471.
- En raison de la nature tertiaire des activités de l'hôpital de jour, le CUSM prévoit poursuivre et augmenter ces activités selon la demande croissante envisagée.
- L'utilisation de l'espace de la salle d'examen sera optimisée. L'objectif visé est de dix (10) visites par jour par salle (comparativement à la moyenne habituelle de six (6) visites par salle par jour). La révision des procédures et l'extension des heures d'opération rendront possibles l'atteinte de cet objectif.
- Les salles d'examen seront utilisées cinq (5) jours par semaine, 247 jours par année.

Sommaire des volumes cliniques et des hôpitaux de jour—actuel vs futur

| Mission | 2005-06(AS-478) | 2010-2015 | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------|----------------|------------------------|----------------|-----------------------------------|---|------------------|--|
| | CUSM total | Réseau | 5100 de Maisonneuve | Campus Glen | Campus de la Montagne L'HGM | Campus de la Montagne P avillon Neuro | Site de l'INM | Pavillons Gilman et Ste- Catherine (HME) |
| Médecine—cliniques | 187 745 | 51 305 | 101 964 | | 34 476 | | | |
| Médecine—hôpitaux de jour | 51 463 | 5 825 | 15 942 | 32 183 | 7 828 | | | |
| Chirurgie—cliniques | 211 587 | 57 298 | 69 220 | 3 325 | 81 743 | | | |
| Oncologie—cliniques | 47 069 | | | 47 177 | | | | |
| Oncologie—hôpitaux de jour | 22 889 | | | 28 500 | | | | |
| Santé mentale—cliniques | 64 162 | | | | | | | |
| Santé mentale—hôpitaux de jour | 7 631 | 18 496 | | | 49 000 | | | |
| Neurosciences—cliniques | 35 395 | 4 677 | | | | 7 932 | 22 786 | |
| Neurosciences—hôpitaux de jour | 4 475 | | | | | 2 685 | 1 790 | |
| Santé des femmes—cliniques | 51 527 | 7 884 | 45 677 | | | | | |
| Santé des femmes—hôpitaux de jour | 2 039 | | 2 447 | | | | | |
| Sous-total adulte | 685 982 | 145 485 | 235 250 | 111 185 | 173 047 | 10 617 | 24 576 | 0 |
| Médecine/chirurgie—cliniques | 110 810 | 6 802 | | 71 856 | | | | 15 033 |
| Médecine—hôpitaux de jour | 11 687 | | | 16 747 | | | | |
| Psychiatrie—clinique | 5 892 | | | | | | | 4 000 |
| Psychiatrie—hôpitaux de jour | 3 641 | | | | | | | 4 370 |
| Sous-total pédiatrie | 132 030 | 6 802 | | 88 603 | | | | 23 403 |
| Sous-total adulte/péd. | 818 012 | 152 287 | 235 250 | 199 788 | 173 047 | 10 617 | 24 576 | 23 403 |
| Grand total | | | | | 666 681 | | | |

NOTE :

Pédiatrie : Les volumes suivants sont exclus du tableau ci-haut : les cliniques du développement de l'enfant qui sont planifiées avec DBPS; le module de soins alternatifs et l'hôpital médical de jour sont prévus aux unités de soins; et la clinique d'évaluation préopératoire est prévue dans la zone de chirurgie

Adulte : Les volumes de médecine interne : clinique communautaire et médecine familiale sont exclus puisqu'ils sont au Complexe de santé Reine Elizabeth

Urgences

Le calcul du nombre de civières a été fait en conformité avec le Guide de gestion de l'urgence du MSSS (septembre 2006) et selon les recommandations du groupe de travail formé de membres du MSSS, de l'ASSSM et du CUSM.

Voir la section de la mission de la médecine pour les détails sur le département d'urgence pour adultes et la section de pédiatrie pour les détails sur le département d'urgence pour enfants.



Missions du CUSM

Les missions du CUSM sont :

- Médecine;
- Chirurgie;
- Neurosciences;
- Santé des femmes;
- Santé mentale;
- Oncologie; et
- Hôpital de Montréal pour enfants, mission pédiatrie.

Chaque mission est dirigée par un leader administratif et un directeur associé des soins infirmiers. Chaque mission est dotée d'un représentant des départements de Gestion de la qualité et Finances. Les missions sont représentées à la table des missions. Les missions Neurosciences et Soins pédiatriques et adolescents comptent chacune un directeur général associé (DGA).

Médecine (incluant urgence adulte)

Divisions de la mission de médecine

Le département de médecine est responsable des activités cliniques relevant de la médecine interne et de ses spécialités ainsi que des soins non chirurgicaux aux patients hospitalisés. Le département est structuré en divisions, chacune responsable de l'offre d'une gamme de services ainsi que des activités de recherche et d'enseignement.

Les divisions de la mission médecine sont les suivantes :

- Allergie et immunologie;
- Cardiologie;
- Dermatologie;
- Endocrinologie;
- Gastro-entérologie;
- Génétique médicale;
- Gériatrie;
- Hématologie;
- Maladies infectieuses;
- Médecine familiale;¹
- Médecine interne générale;
- Néphrologie;
- Physiothérapie;
- Pneumologie;
- Rhumatologie; et
- Urgence¹

À noter que les départements suivants ne font pas partie de la mission de Médecine :

- Neurologie – voir la mission des Neurosciences;
- Oncologie et hémato-oncologie – voir la mission d'Oncologie; et
- Soins palliatifs – voir la mission d'Oncologie.

Effectifs

¹ Un département et non une division

Le tableau suivant représente la liste des effectifs médicaux actifs actuels par spécialité. Six autres effectifs sont en processus de recrutement (cardiologie, génétique médicale, néphrologie, pneumologie, rhumatologie).

| Centre universitaire de santé mcgill | |
|---|------------------|
| Spécialité | Effectifs |
| Allergie-immunologie | 7 |
| Cardiologie | 31 |
| Dermatologie | 15 |
| Endocrinologie | 21 |
| Gastro-entérologie | 18 |
| Génétique médicale | 1 |
| Gériatrie | 11 |
| Médecine interne | 26 |
| Médecine d'urgence | 15 |
| Néphrologie | 15 |
| Physiatrie | 5 |
| Pneumologie | 29 |
| Rhumatologie | 11 |
| Santé communautaire | 16 |
| TOTAL | 221 |

Soins tertiaires et RUIS

Dans la littérature médicale, le terme « soins tertiaires » signifie les soins disponibles en CHU, pour les personnes qui ne peuvent pas être adéquatement traitées par un médecin de famille ou dans un hôpital communautaire. Pour des raisons bien compréhensibles, la définition de « tertiaire » du MSSS ne vise que les activités d'hospitalisation et de chirurgie d'un jour ayant besoin de plateaux techniques coûteux. Selon cette définition, seulement la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie sont classées comme tertiaires. En conséquence, la grande majorité des services spécialisés du CUSM sont classés comme secondaires ou même primaires.

Pourtant, dans un CHU, et surtout dans un département de Médecine, certaines activités tertiaires ne sont pas englobées par la définition du MSSS. Ces activités requièrent l'expertise disponible uniquement dans un CHU, même s'il ne s'agit pas de soins aussi complexes que la chirurgie cardiaque ou la neurochirurgie. Prenons comme exemple la clinique de l'asthme à l'Institut thoracique de Montréal (ITM). Bien qu'en général l'asthme puisse être traité par un médecin de famille, à l'ITM la clinique se concentre sur les cas les plus complexes, ceux qui ont besoin de l'expertise spécialisée disponible seulement en milieu universitaire. Ces cas ne sont pas « tertiaires » en terme de complexité ou de plateau technique, mais ne peuvent pas être traités adéquatement dans le milieu communautaire.

Même si nous acceptons une définition de « tertiaire » qui reflète correctement le profil de nos activités, la nouvelle responsabilité du RUIS crée de nouveaux défis. Par le passé, lorsqu'un patient était traité dans l'un de nos hôpitaux, il devenait un des « nôtres », brisant les liens préexistants avec les services de la communauté. Avec l'établissement du RUIS, le CUSM et les autres établissements du réseau ont désormais la responsabilité face à la population d'assurer la disponibilité des services spécialisés pour toutes les régions du réseau McGill. Nous appuyons la prise en charge des patients de niveaux primaires et, en partie, secondaires par les CSSS suite à une évaluation initiale par le CHU. Le succès de cette nouvelle approche des soins aux patients dépendra fortement de l'implantation de la structure des nouveaux CSSS et de leur capacité à absorber de gros volumes auparavant desservis par les CHU.

Il va sans dire que l'enseignement aux étudiants en médecine et la formation des résidents et des stagiaires post-doctoraux sont nécessaires au renouvellement du corps professionnel médical. Cette mission éducative



détermine largement la structure et l'organisation de nos unités de soins hospitaliers, de nos cliniques externes et de nos partenariats communautaires. En ce sens, le changement de vocation du CUSM doit se faire de manière à ne pas nuire à nos activités éducatives, en particulier dans le secteur ambulatoire. Nous prévoyons que l'éducation des étudiants et des résidents sera offerte plus largement dans de nouveaux environnements ambulatoires.

Pour ce faire, le CHU doit travailler en partenariat avec la communauté et son fonctionnement quotidien en dépend. Jusqu'à ce jour, l'emphase était principalement sur le gouvernement qui s'attarde principalement sur les responsabilités des CHU, particulièrement quant à leur rôle de dispensaire d'expertise spécialisée non disponible chez un médecin de famille ou dans les établissements de première ligne. Cependant, le CHU est également responsable de l'enseignement et de la recherche clinique, deux rôles essentiels qui nécessitent une prise en charge conjointe de plusieurs patients par le CHU et par les établissements de la communauté. Le grand défi est de s'assurer que la communauté soit capable d'assumer ses responsabilités en soins de longue durée, en gériatrie communautaire, en soins palliatifs, et en problèmes sociaux. Ces conditions sont nécessaires à la réussite du Projet de redéploiement du CUSM.

Répartition des lits d'hospitalisation

Le département de Médecine prévoit une diminution des hospitalisations, puisque les soins primaires seront transférés à la communauté, et de la durée moyenne de séjour, qui reflétera la proportion plus importante de soins tertiaires :

| 2004-2005 | | | | 2010-2015 | | | |
|-----------------|------------------|------|------------------------|-----------------|------------------|------|------------------------|
| Jours-présences | Hospitalisations | DMS | Lits-equiv (t.o. 85 %) | Jours-présences | Hospitalisations | DMS | Lits-equiv (t.o. 85 %) |
| 91 952 | 8 544 | 10,8 | 296 | 82 216 | 7 407 | 11,1 | 265 |

Source: BD APR-DRG 2004-2005

Notes :

Bien qu'ils fassent partie d'une autre mission, les soins palliatifs et l'oncologie sont inclus dans ce tableau.

Le nombre de lits inclut ceux des unités de courts séjours et de soins critiques.

Voici la distribution préliminaire proposée de lits entre les campus :

| | Lits dressés | | | |
|---------------------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------|
| | Actuel | Campus de la Montagne 2010-2015 | Campus Glen 2010-2015 | Total 2010-2015 |
| Soins palliatifs ¹ | 16 | - | 12 | 12 |
| Médecine interne générale | 116 | 45 | 57 | 102 |
| Pneumologie | 27 | - | 16 | 16 |
| Hémato-oncologie ¹ | 35 | - | 27 | 27 |
| Gériatrie | 43 | 28 | - | 28 |
| Cardiologie | 23 | 4 | 9 | 13 |
| Unités de soins critiques coronariens | 20 | 9 | 14 | 23 |
| Médecine USI | 22 ² | 12 | 12 | 24 |
| Unités de soins de courte durée | 22 | 10 | 10 | 20 |
| Total | 324 | 108 | 157 | 265 |

¹ Les soins palliatifs et l'hématologie/oncologie font partie de la mission d'oncologie

² Estimé puisque que l'USI de médecine et de chirurgie est non réparti.

Activités ambulatoires

Cliniques externes

Le tableau suivant indique les volumes de visites en cliniques externes (actuels et prévus) ainsi que l'emplacement de ces activités ambulatoires dans le futur. Une diminution d'environ 18 % du nombre de visites en clinique externe est prévue.

| Clinique | 2005-2006 ¹ | 2010-2015 | | |
|---|------------------------|---------------------|-----------------------|--------|
| | CUSM total | 5100 de Maisonneuve | Campus de la Montagne | Réseau |
| Cardiologie | 20 653 | 11 935 | 5 000 | 3 718 |
| Allergie/immunologie | 7 879 | 2 324 | 2 324 | 3 231 |
| Dermatologie | 24 153 | 15 216 | - | 8 937 |
| Endocrinologie | 17 503 | 5 338 | 5 338 | 6 827 |
| Gastro-entérologie | 16 981 | 5 179 | 5 179 | 6 623 |
| Génétique médicale | 418 | 418 | - | - |
| Hématologie (bénin) | 10 288 | 6 379 | - | 3 909 |
| Maladies infectieuses /microbiologie médicale | 13 450 | 8 339 | - | 5 111 |
| Médecine interne | 11 041 | 4 124 | 5 040 | 1 877 |
| Médecine interne : cliniques de salles d'op | 1 529 | 627 | 627 | 275 |
| Médecine interne : métabolisme d'os | 2 785 | 2 785 | - | - |

| Clinique | 2005-2006 ¹ | 2010-2015 | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------|---------------|---------------|
| | Médecine interne : médecine générale | 2 344 | 875 | 1 070 |
| Insuffisance cardiaque | 2 706 | 2 219 | | 487 |
| Néphrologie | 7 490 | 6 142 | | 1 348 |
| Pré-dialyse | 1 758 | | 1 442 | 316 |
| Physiatrie | 956 | - | 956 | - |
| Rhumatologie | 7 532 | 6 176 | - | 1 356 |
| Maladies respiratoires | 38 279 | 23 888 | 7 500 | 6 891 |
| Médecine familiale/santé publique | au Complexe de santé Reine Élisabeth | | | |
| Total | 187 745 | 101 964 | 34 476 | 51 305 |

¹ Source : AS-478

Hôpitaux de jour

Le tableau suivant indique les volumes actuels et futurs en hôpitaux de jour et leur emplacement dans le futur.

| Hôpitaux de jour (visites) | 2005-2006 ¹ | 2010-2015 | | | |
|--|------------------------|---------------------|---------------|-----------------------|-------------|
| | CUSM total | 5100 de Maisonneuve | Campus Glen | Campus de la Montagne | Réseau |
| Problèmes respiratoires aigus - Hôpital de jour | 1 958 | 2 350 | | | |
| Métabolique - Hôpital de jour | 19 417 | 13 592 | | | 5825 |
| Médical - Centre de jour | 2 170 | | 3 255 | 3 255 | |
| Centre d'immunodéficience ITM et HGM – Clinique et l'hôpital de jour | 24 107 | | 28 928 | | |
| Gériatrie - Clinique et hôpital de jour | 3 811 | | | 4 573 | |
| Total | 51 463 | 15 942 | 32 183 | 7 828 | 5825 |

¹ Source : AS-478

- Chaque division fournit des services ambulatoires de base et sous-spécialisés/tertiaires. À quelques exceptions près, les cliniques de sous-spécialités prodiguent des soins secondaires, tertiaires, et à l'occasion, primaires.
- En général, les étudiants en médecine, les stagiaires en médecine interne et les stagiaires postdoctoraux traitent aux mêmes cliniques, mais ont des responsabilités différentes.
- Il y a un lien étroit entre les services ambulatoires sous-spécialisés/tertiaires et la recherche.
- Il faut garder au CUSM un volume d'activités de base significatif pour fins d'enseignement. Il est essentiel que le Projet de redéploiement amène des opportunités améliorées d'éducation. Bien que plusieurs activités ambulatoires seront hors site, il est primordial que ces patients ne soient pas oubliés en enseignement. De façon similaire, le personnel traitant devra s'accommoder aux nouveaux sites d'enseignement si nous voulons rehausser notre mission.



Particularités des divisions du département de Médecine

Chaque division du département de Médecine s'occupe des services secondaires (et même primaires) en sus des activités tertiaires. La tendance actuelle, qui devrait s'intensifier d'ici la fin de la construction du Campus Glen, est de favoriser les activités tertiaires aux dépens des services qui peuvent être offerts en milieu communautaire. Il est à noter qu'il n'y a pas eu de grand changement dans notre offre de services tertiaires et quaternaires depuis le rapport déposé par le RUIS McGill en juillet 2004.

Médecine familiale

Le département de Médecine familiale comprend quinze (15) médecins de famille. Il soigne près de 10 000 patients et offre 28 000 consultations par année. En 2006, le département a relocalisé sa clinique (issue d'une fusion des cliniques de l'HRV et l'HGM) au Complexe de santé Reine Élisabeth. Ce département satellite utilise les mêmes dossiers médicaux, système téléphonique, système informatisé de laboratoire et système de rendez-vous que les sites actuels du CUSM. Les tests en laboratoire sont fournis gratuitement sur le site. Les deux infirmières qui y travaillent effectuent les électrocardiogrammes. De plus, le personnel du CUSM s'occupe de l'admission des nouveaux patients, des rendez-vous et des fonctions administratives de la clinique. Le rayon X est offert gratuitement aux patients par une unité attenante de radiologie. L'ultrason est réalisé à cette même clinique, mais de façon payante. Les patients ont le choix de consulter les services de radiologie du CUSM pour l'ultrason ainsi que pour d'autres techniques de scanners avancées.

Le département poursuit ces activités d'enseignement aux étudiants en médecine, aux résidents de d'autres spécialités et aux assistants-médecins de l'Armée canadienne. De plus, les activités de recherche sont en cours sur l'impact de l'habillement quant à la mesure de la pression artérielle et les patients sont présentement recrutés pour cette étude. Une recherche sur l'effet de la thérapie de l'hypothyroïdie sur l'incidence de la fibrillation auriculaire est également complétée. Les membres de la division ont pris part à des études sur la dépression des personnes âgées, le dépistage du cancer colorectal et la gestion de la maladie pulmonaire obstructive chronique. Toutes ces recherches ont été financées par l'IRSC et les membres du département ont reçu deux de ces subventions.

Le CUSM aimerait également devenir une unité de formation pour les résidents. Toutefois, sans une refonte importante des processus de soins, ceci ne sera pas réalisable dans un avenir rapproché.

Évolution prévue :

Ce département tente d'obtenir un statut de groupe de médecine familiale (GMF).

Médecine interne générale

Cette division joue un rôle prédominant dans les quatre unités de soins aigus du département de Médecine, dans plusieurs cliniques externes, dans l'enseignement médical et dans la recherche clinique.

Unités de soins de courte durée

Ces unités de soins *de courte durée* sont aussi les unités d'enseignement où sont formés les résidents et les étudiants en médecine. Même si les unités de soins *de courte durée* sont sous la responsabilité du département de médecine, les chefs de ces unités et la plupart des médecins en charge des soins et de l'enseignement sont des membres de la division de Médecine interne. De plus, il est à noter que de nombreux patients des autres services sont hospitalisés sur ces unités mais en général c'est un membre de la division qui est le médecin responsable. La complexité des cas des patients est donc fréquemment plus importante que l'on pourrait l'imaginer sur une unité de médecine interne générale. En plus de l'unité de soins *de courte durée*, la division offre des services de consultation en médecine interne pour les patients hospitalisés dans d'autres unités de soins chirurgicaux.

Cliniques externes

Cette division prend la charge de plusieurs cliniques externes. Les cliniques prédominantes sont celles de médecine interne (les cliniques d'enseignement, et les cliniques des membres de la division). Les autres cliniques offrent des services sur-spécialisés tels que la clinique d'hypertension, la clinique pré-opératoire, les



cliniques de prévention cardiovasculaire et la clinique de troubles médicaux reliés à la grossesse. La division est aussi impliquée dans l'organisation des soins pour les communautés autochtones du RUIS McGill. Finalement, les membres de la division jouent le rôle de « *gatekeeper* » et prennent à tour de rôle la charge des consultations de médecine interne à l'urgence.

Enseignement

La division de Médecine interne générale est la plus active du département dans l'enseignement médical. Ses membres jouent un rôle clé dans l'administration et la planification du curriculum médical ainsi que dans l'enseignement des compétences professionnelles de base, tel que l'examen physique. De plus, la division de Médecine interne générale s'occupe de la majorité de l'enseignement de la médecine hospitalière aux étudiants de médecine. Les internistes s'occupent des externes dans les unités des soins comme dans les cliniques externes. En fin, plusieurs membres de la division sont actifs en recherche en éducation médicale.

Recherche clinique

Plusieurs membres de la division sont actifs en recherche clinique. Les volets de recherche de cette division relèvent directement des activités cliniques touchant les maladies les plus communes telles que l'insuffisance cardiaque, le syndrome coronarien aigu, le syndrome métabolique et les complications reliées à la grossesse.

Évolution prévue

Des changements quant au nombre et type de patients soignés par les membres de notre service sont envisagés. Pour l'unité de soins aigus, un groupe de patients plus adéquats pour l'enseignement universitaire en hospitalisant le moins de patients possibles ayant besoin de soins de longue durée et de soins palliatifs est envisagé. Cette activité d'enseignement doit être rémunérée (elle ne l'est pas présentement).

Pour les cliniques externes, un rôle de plus en plus important en consultation de soins tertiaires ou les membres du RUIS McGill auraient un accès rapide et un rôle moins important dans les soins primaires est envisagé. Une hausse de la demande et de la complexité des consultations en raison de la complexité des cas des patients reçus par les services chirurgicaux est aussi prévue. De plus, pour faire un pont approprié entre les soins aigus et externes, le CUSM aimerait prendre la charge d'un hôpital de jour et/ou d'une unité de soins de courte durée.

Finalement, la division voudrait développer une unité de recherche clinique en médecine interne où les activités de cliniques externes sont juxtaposées physiquement et conceptuellement aux activités de recherche clinique.

Il est très important de souligner que la majorité des personnes hospitalisées dans les unités de soins du département de Médecine y a été transférée par l'Urgence. L'existence d'une salle d'urgence à chacun des deux campus du CUSM requiert la présence de cette division sur deux campus, incluant certaines cliniques nécessaires au suivi des patients après leur séjour hospitalier, et les services de consultation pour répondre aux besoins des populations desservies par le CUSM et le RUIS McGill. En tenant compte des incertitudes liées à l'achalandage de la nouvelle salle d'urgence au site Glen et à l'importance de la complexité de cas comme déterminant de la durée moyenne de séjour, nous planifierons la répartition des lits avec assez de flexibilité pour s'assurer de répondre aux besoins éventuels de la population.

Allergie et immunologie

Cette division est responsable des consultations en allergologie et en immunologie. La division offre le seul programme de formation en allergie au Québec et il est unique en Amérique du Nord puisque la majorité des programmes de formation traitent de l'allergie seulement, sans l'immunologie rencontrée dans le monde (angéite, auto-immunité/lupus érythémateux disséminé, immunodéficience). Les cliniques spécialisées pour l'angéite et le lupus érythémateux disséminé sont considérées de nature tertiaire en raison de la sévérité des maladies et du besoin de plusieurs consultations avec les services de spécialité. Elles sont l'objet de nombreuses nouvelles thérapies biologiques novatrices pour lesquelles les essais cliniques sont en cours.

Les services spécialisés incluent la clinique de l'asthme (en partenariat avec la pneumologie), la clinique de lupus (en partenariat avec la rhumatologie), le service de désensibilisation aux médicaments et le service de tests allergologiques de provocation. Ce dernier est un service quaternaire. Il est exigeant en main-d'œuvre et



nécessite des compétences pour effectuer des interprétations et gérer les événements potentiellement graves. De plus, une clinique spécialisée en immunodéficience non liée au SIDA reçoit des patients de toutes les régions de Québec. Presque toutes les activités de cette division se déroulent en clinique externe.

De nouvelles cliniques en hypersensibilité à la nourriture et aux médicaments, chacune présentant des défis uniques, seront mises sur pied cet automne afin de développer de nouveaux tests de diagnostic *in vitro* sans effraction. L'enseignement aux étudiants en médecine et aux résidents se poursuivra en alternance dans des établissements ambulatoires (ex : 5100 de Maisonneuve O. et le service de consultation aux GMF).

Évolution prévue : Il est prévu qu'une grande partie des activités de cette division prendra place dans la communauté, soit au 5100 de Maisonneuve O. ou aux CSSS en collaboration avec le CUSM.

Cardiologie

La division de Cardiologie est responsable des consultations et du suivi des personnes atteintes de maladies cardiaques. La division travaille en étroite collaboration avec les services de chirurgies cardiaques et vasculaires, constituant ensemble un service intégré des sciences cardiovasculaires. L'introduction des infirmières praticiennes pour le suivi des patients déjà diagnostiqués est un ajout important pour ce service.

Les services offerts incluent les soins intensifs cardiovasculaires, l'hémodynamique, la clinique d'insuffisance cardiaque, le service MAUDE des cardiopathies congénitales, l'électrophysiologie, l'imagerie cardiaque (échographie niveau III et autres) et la clinique des dyslipidémies. Le service de cardiologie, reconnu par le *Réseau québécois de cardiologie tertiaire* comme centre C3, est organisé de façon à permettre la prestation des soins urgents au RUIS McGill en partenariat avec l'Hôpital général juif (HGJ).

Évolution prévue : Toutes les activités tertiaires sauf l'électrophysiologie sont déjà transférées à l'HRV. L'HGM ne sera pas doté d'une salle d'hémodynamie supportant les besoins des patients hospitalisés à cet établissement. Les services d'urgence et la plupart des plateaux techniques sont sur un site en attente du déménagement final. En attendant la fin de construction, le service de l'électrophysiologie est situé à l'HGM. Une fois construit, le Campus Glen rassemblera toutes les activités tertiaires de cardiologie ainsi que les plateaux techniques qui y sont associés.

Une diminution importante en nombre de visites de contrôle et une augmentation significative des visites en consultation provenant de toutes les régions du RUIS McGill sont prévues. Tel que convenu par le sous-comité de cardiologie tertiaire du RUIS, on prévoit deux centres de type C3 dans le RUIS McGill (CUSM, HGJ). Néanmoins, le dédoublement d'efforts sera contrôlé par une complémentarité des services offerts par chaque établissement. Les deux centres offriront les services de haut volume tels que l'hémodynamique. Les programmes de cardiopathie congénitale, d'électrophysiologie et d'insuffisance cardiaque (y compris la transplantation cardiaque et les cœurs mécaniques) et le programme de dyslipidémies familiales et génétiques seront basés au CUSM. Les programmes d'hypertension pulmonaire, d'hypertension artérielle et de prévention primaire des maladies cardiovasculaires (en partenariat avec la médecine interne générale) seront basés à l'HGJ.

Dermatologie

La division de Dermatologie est responsable des consultations reliées aux maladies de la peau, y compris les cancers dermatologiques. Il est à noter que cette division joue un rôle clé dans la formation des dermatologues québécois et canadiens. Bien que la très grande majorité de ses activités se déroulent à l'externe, la division de Dermatologie joue un rôle important au sein de l'hôpital en raison des consultations aux patients hospitalisés et des programmes spécialisés tels que la chirurgie de Mohs, la chirurgie laser pour les lésions pigmentées, la clinique de dermatite de contact, le service de photobiologie, la clinique pour les soins liés aux complications dermatologiques de transplantation, la clinique d'ulcère de jambe (unique à Montréal) et les cliniques de mélanome.

La majorité des cliniques spécialisées peut être considérée de soins tertiaires puisque ces services ne sont pas disponibles dans la communauté ou sont prodigués par des experts seulement. Ceci s'applique à la chirurgie micrographique de Mohs, clinique de dermite de contact, clinique du mélanome (une des trois au Québec) et clinique de l'ulcère de jambe.

Cette division a également des liens étroits avec la recherche. La clinique du mélanome est multidisciplinaire et un aspect de ses activités est la recherche épidémiologique et clinique. Le directeur de la clinique de dermite de contact est membre de trois groupes de recherche (North American Contact Dermatitis Research Group, International Contact Dermatitis Research Group et groupe d'études et de recherche en dermatologie allergologie) et participe activement aux projets de recherche épidémiologique et clinique. Le directeur de la clinique de l'ulcère de jambe participe à des essais cliniques avec l'industrie. De plus, trois membres de la division sont impliqués dans les essais cliniques d'agents biologiques pour le psoriasis grave.

Une présence dans l'hôpital est donc essentielle pour la prestation des soins, ainsi que l'enseignement aux résidents et aux étudiants.

Évolution prévue : Bien qu'une grande partie des activités de la division de Dermatologie sera localisée dans une clinique du CUSM située au 5100 de Maisonneuve, le CUSM réservera de l'espace pour ses activités basées à l'hôpital afin d'accueillir les maladies dermatologiques complexes.

Endocrinologie

Comme pour la Dermatologie, les activités de cette division prennent place dans des cliniques externes. La division offre des services très spécialisés en diabète, en troubles thyroïdiens, en problèmes pituitaires, en troubles de calcium et de métabolisme osseux, etc. Elle compte aussi une clinique d'évaluation avant transplantation du pancréas. La division d'Endocrinologie est également impliquée dans plusieurs cliniques multidisciplinaires telles que la clinique des lipidoses (avec la cardiologie), la clinique des tumeurs endocriniennes gastro-intestinales et la clinique de néoplasie endocrine (surtout des tumeurs thyroïdes) (avec la chirurgie générale), la clinique d'infertilité et d'endocrinologie reproductive et la clinique du diabète gestationnel (avec le département d'obstétrique et de gynécologie), la clinique d'obésité (avec la chirurgie générale), la clinique des fractures (avec orthopédie) et le service de soutien nutritionnel (avec la gastro-entérologie et la chirurgie générale).

Évolution prévue : Une partie des activités de cette division déménageront dans la communauté. De plus, il est prévu que le nombre de suivis diminuera - ceci restera un défi puisque la majorité des patients n'ont pas de médecin de famille - au profit des consultations venant du territoire desservi par le RUIS McGill. Les services livrés dans l'hôpital proprement dit, seront de plus en plus limités aux cliniques sur-spécialisées. Par exemple, avec l'épidémie d'obésité et le vieillissement de la population, on voit une demande croissante en diabète, en ostéoporose, en troubles lipidiques et infertilité.

Toutes les cliniques multidisciplinaires mentionnées ci-haut sont ultra-spécialisées et associées à des recherches cliniques. Les secteurs du diabète, des os, des hormones et du cancer sont impliqués dans la recherche de base en science d'envergure internationale. Pour le diabète, le CUSM envisage des programmes de rayonnement permettant un transfert de connaissance aux CSSS desservis par le RUIS McGill.

Gastroentérologie

Au-delà des services de routine tels que l'endoscopie de dépistage, la division de Gastroentérologie comprend plusieurs services spécialisés dont l'hépatologie, les maladies inflammatoires de l'intestin, l'endoscopie spécialisée (CPRE complexe, l'échoendoscopie avec ou sans biopsies, la vidéocapsule, les stents intestinaux et les autres thérapies endoscopiques avancées (gros polypes du colon, photodynamothérapie, traitements par APC, ainsi que le dépistage et suivi de lésions périanales attribuables au virus papillome humain chez les patients infectés avec le VIH, etc.) et les troubles de motilité intestinale. Le service d'hépatologie travaille en étroite collaboration avec les services de greffe hépatique (services de chirurgie générale et de transplantation), et avec le service pour les hépatites virales (service des maladies infectieuses). Il compte aussi un service spécialisé d'oncologie gastro-intestinale en collaboration avec le département d'oncologie. La division de Gastroentérologie est également impliquée auprès du service de soutien nutritionnel (avec l'endocrinologie et la chirurgie générale). Les activités cliniques mentionnées ci-dessus sont hautement spécialisées et ne sont faites en partie ou en totalité qu'en milieu de soins tertiaires à cause du besoin d'expertises multidisciplinaires pointues et de plateaux techniques particuliers. De plus, une proportion importante des activités cliniques de la division de gastroentérologie est directement en rapport avec ses



pôles de recherche établis tels les thérapies expérimentales en maladies intestinales inflammatoires et hépatites, et les impacts diagnostiques et thérapeutiques de CPRE et échoendoscopies complexes.

Évolution prévue : La division continuera d'offrir des consultations tertiaires pour des cas problèmes en tout genre (ex : saignements occultes, hémorragies digestives nécessitant une hémostase endoscopique, cas résistants d'*Helicobacter pylori*, CPRE complexes, échoendoscopies, etc.). Le groupe continuera à participer à la recherche clinique concernant des problèmes cliniques primaires, secondaires, et tertiaires. La division se spécialise aussi dans la prise en charge de patients en transition évoluant du milieu pédiatrique au milieu adulte. Certains services de dépistage, ainsi que les activités de haut volume telles que l'endoscopie de routine, sont en mode de transfert dans la communauté. Ce transfert sera réalisé par l'implantation d'une clinique du CUSM pour les endoscopies de dépistage hors de l'hôpital réalisées par des gastro-entérologues du CUSM et par l'établissement de cliniques satellites, dans les établissements du RUIS McGill (prévu pour 2008-2010).

Le traitement des maladies hépatiques est de plus en plus concentré au HRV et déménagerait donc au Campus Glen. Le service de transplantation hépatique fera partie du service de transplantation unifié Université de Montréal-Université McGill.

Les activités tertiaires de pointe en hépatologie, en maladies inflammatoires et en endoscopie thérapeutique avancée seront concentrées au Campus Glen. Pour le Campus de la Montagne, le CUSM continuera d'offrir les services de consultation et d'évaluation nécessaire au fonctionnement de cet établissement.

Génétique médicale

Cette division est responsable des services de conseil génétique offerts aux adultes soignés au CUSM. La priorité est accordée au traitement des cancers héréditaires et des maladies neurogénétiques dans les services actuels. De plus, la division est chargée de gérer les laboratoires de diagnostic moléculaire et de génétique biochimique.

Évolution prévue : Ces activités font partie d'un service intégré de génétique médicale parrainé par la mission Pédiatrique. La planification des cliniques et des ressources dans le cadre du redéploiement est décrite dans le volet pédiatrique de ce document.

Gériatrie

La division de Gériatrie est responsable des soins pour les personnes âgées ayant besoin de soins multidisciplinaires prodigués par une équipe spécialisée, particulièrement pour les individus en perte d'autonomie. Cette division n'accepte pas les patients de soins de longue durée. De plus, la division offre plusieurs cliniques spécialisées : clinique pour les troubles cognitifs, douleurs chroniques chez les patients fragiles et incontinence urinaire, ainsi qu'un hôpital de jour en gériatrie. Les activités actuelles se passent majoritairement à l'hôpital dans les unités de soins gériatriques et en consultation.

Évolution prévue : On dénote une tendance de plus en plus évidente dans plusieurs systèmes de santé de concentrer les services gériatriques dans la communauté avec un soutien des services hospitaliers. Ainsi, il est prévu qu'une partie importante des activités gériatriques du CUSM prennent place dans les autres établissements du RUIS et des CSSS régionaux. Les services gériatriques seront coordonnés par un bureau des services régionaux en gériatrie, qui est en développement (partenariat entre le CUSM, HGJ, CH St-Mary, CSSS-Cavendish, CSSS La Montagne), et sera basé au CUSM. Le leadership en gériatrie dans le RUIS McGill sera partagé également entre les directeurs de la division de gériatrie de McGill et du CUSM. Plusieurs activités de recherche en gériatrie continueront au CUSM (ex : état nutritionnel des patients âgés, études sur la démence, évaluation préopératoire, réadaptation des patients âgés avec le déconditionnement, utilisation appropriée des médicaments chez les patients âgés). En conséquence, la division de Gériatrie est en train de développer de nouvelles approches pour permettre une diminution de la taille des activités dans l'hôpital. Toutefois, le CUSM prévoit maintenir 36 lits pour la division de Gériatrie afin d'assurer la prise en charge des patients identifiés comme ayant besoin des services gériatriques pendant leur séjour à l'urgence, dans les autres unités de soins hospitaliers ou de répondre aux besoins du RUIS McGill. La planification des services gériatriques sera coordonnée entre les établissements principaux du RUIS McGill.

Hématologie

Faisant partie à la fois de la mission Médicale et de la mission d'Oncologie, la division d'hématologie est responsable des services de laboratoire y compris les services sur-spécialisés comme le typage HLA et le laboratoire des cellules souches. La division offre des services d'hématologie « bénins » comme la coagulation et les hémoglobinopathies, dont l'un des plus grands services d'anémie falciforme à Montréal. De plus, elle offre un service de soins pour les leucémies, les lymphomes, les soins d'hématologie à haut risque de grossesse et les centres de fertilité. Le service de greffe de la moelle osseuse (BMT) du RUIS McGill, présentement situé à l'HRV, sera relocalisé au Campus Glen après le redéploiement final.

Le CUSM héberge un des quatre centres d'hémophilie de la province ainsi qu'un centre de transfusion.

Le centre de thalassémie de l'HME offre des services aux enfants et aux adultes. Les soins pour la population adulte prennent place à l'HGM/HRV. Le plus grand nombre de patients majeurs en thalassémie bêta tributaires de transfusions (et de chélation) de la province sont traités au CUSM. Vers la fin des années 70, le gouvernement du Québec a désigné l'HME centre de thalassémie de la province. Le centre maintient un grand nombre de patients et une expertise en chélation. Il participe à des essais internationaux sur les nouveaux chélateurs.

Évolution prévue : La planification des services hématologiques est coordonnée par l'Université avec la participation de tous les hôpitaux du RUIS. Chacun des sites développera ses compétences en complémentarité. Au CUSM, la BMT est priorisée, regroupant toutes les activités de greffe de moelle osseuse à McGill. Le traitement des leucémies et des lymphomes aura lieu dans le centre de cancer en complémentarité avec les autres établissements du RUIS McGill (HGJ, CH St. Mary). Les services de consultation seront offerts comme dans le passé, mais il est prévu que les cliniques d'anticoagulothérapie prennent place à l'extérieur de l'hôpital.

Maladies infectieuses

La division des Maladies infectieuses offre des services en consultation pour les patients hospitalisés et pour certains patients venant de l'externe. Cette division est de plus en plus active dans les régions éloignées, surtout en consultation par télémédecine. Deux programmes sur-spécialisés sont offerts, soit maladies tropicales (reconnu comme centre national) et VIH. La division des Maladies infectieuses participe aussi au service de tuberculose situé à l'ITM. Il est à noter qu'à McGill, il existe une division des Maladies infectieuses et un département de Microbiologie. Ce dernier est responsable des services de laboratoires microbiologiques des hôpitaux du CUSM. Bien que la majorité des membres de la division des Maladies infectieuses fasse partie du département de Microbiologie, certains sont formés en maladies infectieuses seulement.

Évolution prévue : En tenant compte du fait que la grande majorité des activités de cette division s'adresse aux patients hospitalisés, nous ne prévoyons pas de grands changements dans leurs activités. Toutefois, le virage du CUSM vers une orientation plutôt tertiaire mènera à une augmentation des problèmes infectieux plus complexes, surtout chez les receveurs de greffe. Le seul changement structurel anticipé est un regroupement des deux services de VIH en une seule clinique, initialement à l'ITM de l'HRV et finalement au Campus Glen. Il n'y a aucune différence entre le centre de jour en immunodéficience et le centre de traitement en immunodéficience. Ce regroupement fera partie d'une réévaluation des services de VIH à McGill, impliquant l'HGJ et le CH St. Mary. Le CUSM envisage aussi de resserrer les liens entre le service de VIH et les cliniques de VIH dans la communauté. La direction de la division des Maladies infectieuses est chargée d'élaborer un plan de services VIH pour le RUIS avant la fin de 2007.

Néphrologie

La division de Néphrologie s'occupe des services consultatifs et des soins des patients atteints de maladies rénales. Les services de dialyse réguliers (hémodialyse et dialyse péritonéale) représentent une grande partie des activités de cette division. De plus, la Néphrologie offre plusieurs services sur-spécialisés tels que les programmes de pré-transplantation et le suivi des receveurs de greffes, le service de biopsie rénale, ainsi que les cliniques de calculs rénaux et de pré-dialyse. D'autres services incluent l'hémodialyse de patients complexes, l'hémofiltration, un nouveau service d'hémodialyse nocturne à domicile, l'évaluation et la



gestion de l'insuffisance rénale dans les communautés autochtones et la télé-néphrologie. La division de Néphrologie est aussi très active dans la clinique de lupus.

Les sujets de recherche clinique en cours qui sont directement liés aux activités des cliniques ambulatoires de néphrologie sont :

- Développement de différents modèles en prévention secondaire des maladies rénales chroniques aux niveaux des soins primaires (praticiens généralistes), pour les populations à risque élevé, et de soins tertiaires (néphrologues). Un programme de dépistage intensif des maladies rénales pour les populations à risque a été mis sur pied et des procédés sont implantés pour superviser le processus.
- Développement d'une approche pour améliorer l'accessibilité de la néphrologie aux pratiques de soins primaires par l'implantation d'un système de référence électronique.
- Nouvelle initiative d'une clinique des grossesses à risque élevé et recherche reliée.

Pour la dialyse, les thèmes de recherche sont :

- Gestion de l'anémie;
- Nouvelles thérapies pour l'hyperparathyroïdisme; et
- Implantation d'un programme d'exercice pour modifier les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.

Évolution prévue : La division de Néphrologie souhaite se diriger davantage vers des soins tertiaires et consultatifs tel qu'illustré dans le document présentement en préparation par le MSSS « L'organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale par traitement de dialyse ». Plusieurs projets de dialyse en centres satellites régionaux ont été proposés, mais avec relativement peu de succès à date. Néanmoins, si les effectifs nécessaires étaient disponibles, surtout en infirmerie, nous pourrions envisager une prise en charge importante des services de dialyse par les établissements de la communauté. Une telle évolution nécessitera une augmentation importante de la disponibilité de services de dialyse dans d'autres établissements, surtout en Montérégie. La prise en charge par d'autres centres de dialyse est essentielle à la transformation envisagée de la Néphrologie. Même si une prise en charge des patients par les centres de dialyse communautaires avait lieu, le CUSM continuerait d'offrir les services de dialyse pour les patients des CSSS de la Montagne et Cavendish. De plus, la présence des activités tertiaires, telles que la transplantation, implique un recours constant aux services de dialyse.

Actuellement, le CUSM a 23 chaises de dialyse à l'HGM et 26 à l'HRV pour un total de 49 chaises. Le nombre de chaises de dialyse nécessaire à l'enseignement n'est pas identifié étant donné la nature de ce service. Les résidents peuvent tout de même visiter les cliniques satellites (avec le personnel traitant). Ils pourront observer des dialyses aiguës et des dialyses chroniques pour les cas médicaux complexes que nous ne pourrions relocaliser.

On doit fournir les services nécessaires aux patients pour continuer à gérer les cas complexes et pour soutenir les services de greffe et de chirurgie. Il est évident que la proportion de soins secondaires et tertiaires augmentera dans les prochaines années, et que ces patients ne peuvent pas être transférés à des unités de dialyse satellites ou à l'extérieur d'installations complètes. Ceci résulte du nombre croissant de cas : de diabète; de dialyse pour greffés du cœur, du pancréas ou du foie; de dialyse aiguë pré-greffe ou post-opératoire pour insuffisances rénales; de cancers actifs (ex : myélome multiple); de greffe rénale non réussie; de patients en isolation; et de patients pédiatriques souffrant de maladies systémiques (ex : cystinose) nécessitant la dialyse ou les unités de greffe pour adultes. Le vieillissement de la population, la grande incidence des maladies cardiaques ou pulmonaires graves et l'importante contribution des patients quant aux procédures chirurgicales à risque élevé sont également des facteurs liés à cette situation. Ainsi, réduire le nombre de postes dans les unités du CUSM serait une erreur. De même, une expansion devrait être considérée avec l'aide des unités de dialyse satellites et « centres d'achats » sous la supervision de la division de néphrologie du CUSM. En plus de retenir les néphrologues cliniciens dans les centres académiques, ceci permettrait de développer des formes de dialyse uniques et économiques à l'intérieur et à l'extérieur des établissements du CUSM ainsi que de rendre la recherche clinique active.

Plus de 50 % des activités cliniques d'un néphrologue à temps plein impliquent des soins de dialyse aux patients en plus les soins pour d'autres étapes de la maladie chronique du rein. Il est donc important pour les résidents en néphrologie et en médecine interne d'être exposés à ces cas. De plus, ils constituent une richesse en pathologie pour les étudiants en médecine et, puisqu'ils sont une population captive, ils représentent une banque excellent de « matériel d'enseignement ». Il est estimé que 11 % de la population des États-Unis a des maladies du rein ou des insuffisances rénales (probablement 10 % au Canada). De ce fait, il est important que nos futurs médecins de famille et nos spécialistes soient exposés à cette population.

Physiatrie

Les activités de la division de Physiatrie sont directement liées à la vocation du CUSM de centre de traumatologie et de centre de soins neurologiques. Actuellement, la division couvre trois (4) domaines importants :

- a) La traumatologie : Les physiatres offrent des soins de réadaptation précoce aux patients ayant subi un traumatisme crânio-cérébral (toutes sévérités confondues), aux patients ayant subi une lésion de la moelle épinière (rares cas retenus à l'hôpital), à ceux ayant subi un polytraumatisme ou des blessures orthopédiques graves (BOG), incluant les amputations.
- b) La neurologie : Les physiatres sont actifs dans les domaines neurologiques suivants : les maladies neuromusculaires, le syndrome post-polio, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies dégénératives, etc.
- c) La population pédiatrique en phase transitionnelle : Les patients porteurs de conditions chroniques et/ou lentement évolutives, d'ordre neurologique ou métabolique, sont, en partie, suivis par les physiatres du CUSM.
- d) Les cliniques spécialisées : La clinique de la douleur (parrainée par l'anesthésie); la clinique d'oncologie-nutrition-réadaptation (parrainé par les soins palliatifs et l'oncologie médicale); la clinique d'électrophysiologie/EMG (parrainée par la neurologie); et la clinique d'infiltrations du rachis sous-scopie (parrainée par la radiologie)

Évolution prévue : Aucun changement avec le redéploiement du CUSM n'est anticipé.

Pneumologie

La division de Pneumologie du CUSM, incluant l'ITM, regroupe plusieurs activités sur-spécialisées et joue un rôle important dans la formation des cliniciens et des chercheurs de ce domaine. La division de Pneumologie offre plusieurs services dont la clinique de tuberculose, la clinique de fibrose kystique, la clinique de bronchopathie obstructive chronique (MPOC) et de réadaptation pulmonaire, la clinique d'asthme complexe, la clinique des maladies professionnelles du poumon, la clinique de cancer pulmonaire (en collaboration avec les services d'oncologie médicale, de radiothérapie et de chirurgie thoracique), ainsi que le laboratoire de sommeil et la clinique de troubles de sommeil, pour ne nommer que les plus importants. Le service de ventilation à domicile, qui est responsable de la moitié occidentale de la province du Québec, fait partie lui aussi des responsabilités de cette division. Le CUSM offre également la seule unité de sevrage de ventilation mécanique au Québec, qui reçoit des patients de tous les hôpitaux de la région montréalaise.

Évolution prévue : La division de Pneumologie évolue graduellement vers un modèle de soins dans la communauté. Par exemple, de grands efforts de transfert des connaissances de la clinique de la MPOC dans les CLSC sont en cours. L'ITM reçoit déjà plusieurs demandes de consultation de la région montréalaise pour les investigations spécialisées telles que la thoracoscopie. Il est anticipé que l'ITM sera situé au Campus Glen. Considérant que la grande partie des activités de l'ITM sont tertiaires ou s'adressent aux patients présentant les cas les plus complexes, nous n'envisageons pas de grand changement d'ici le redéploiement final. Le CUSM continuera d'offrir les services de consultation et d'évaluation au Campus de la Montagne selon les besoins.

Rhumatologie

La division de Rhumatologie offre des services de consultation et de traitement aux patients atteints de maladies rhumatologiques et immunologiques. La majeure partie (80 %) de ces activités se déroulent en clinique externe ou aux urgences. Nos rhumatologues travaillent souvent à temps partiel en milieu hospitalier et doivent maintenir un cabinet privé dans le centre-ville, dans l'Ouest-de-l'Île, à Lachine ou à



Châteauguay. La division se concentre sur les cas relativement complexes et est impliquée en recherche clinique, translationnelle, épidémiologique et fondamentale. Parmi les soins sur-spécialisés de cette division, on compte la clinique du lupus et la clinique des vasculites (en partenariat avec la division d'allergie et d'immunologie), le registre local de l'arthrite débutante et le registre national de la sclérodermie, la clinique de spondylite ankylosante, la clinique de fibromyalgie (en collaboration avec la clinique de la douleur), et la clinique des traitements biologiques expérimentaux en essai clinique. Ainsi, des médicaments comme le Remicade y ont été administrés intraveineux sous protocole, avant qu'ils ne soient acceptés au formulaire provincial. Ces médicaments pré-formulaires ne sont disponibles nulle part ailleurs. Enfin, la division collabore avec la clinique de médecine sportive (parrainée par le département d'orthopédie), la clinique de douleur (parrainée par le département d'anesthésie), la clinique de l'os (parrainée par l'endocrinologie) et la clinique de muscle (parrainée par la neurologie à l'HNM).

Évolution prévue : Cette division continuera de se concentrer sur les services tertiaires et consultatifs. Une certaine partie des activités actuelles peuvent être re-localisées dans la communauté, mais les patients touchés par les maladies inflammatoires complexes, ainsi que la disponibilité croissante de nouvelles thérapies, exigent une présence de cette division dans l'hôpital. Cette évolution doit cependant tenir compte de la problématique de l'enseignement et de la recherche normalement de première importance dans un CHU. Cette problématique inclut les besoins éducatifs des étudiants en médecine, des résidents en formation dans le noyau médical, en médecine interne, en chirurgie orthopédique, en dermatologie et en ophtalmologie. Leur formation actuelle est largement centrée sur les besoins hospitaliers et non sur les besoins du patient et de l'interniste en pratique communautaire.

Défi

Nouvelle orientation pour le CUSM

Le Projet de redéploiement du CUSM entraîne un défi considérable pour le département de Médecine. Bien que l'objectif initial du projet soit de moderniser les structures physiques de l'hôpital, les exigences du système de santé québécois et les limitations budgétaires impliquent un grand changement de vocation du département. Le CUSM doit se transformer graduellement en centre de référence pour les soins tertiaires et quaternaires à la demande du MSSS. Or, les hôpitaux fondateurs du CUSM étaient tous originalement des hôpitaux communautaires et n'ont jamais abandonné cet aspect de leurs activités. Le changement d'orientation vers un établissement offrant davantage de soins tertiaires nécessite donc une importante transformation de culture.

Cette transformation est particulièrement bouleversante pour le département de Médecine, qui s'est toujours considéré comme premier responsable des soins aux patients hospitalisés. Il faudra s'ajuster à une prise en charge partielle de responsabilités par la communauté et cela requiert des changements dans la recherche clinique et dans l'enseignement aux résidents et aux étudiants—activités préalablement basées sur la disponibilité des patients qui seront à l'avenir soignés « dans la communauté ». Concrètement, il faut aussi considérer l'impact d'un tel changement sur la rémunération des médecins. À défaut d'un plan de pratique universitaire, c'est le nombre de patients soignés qui déterminera la rémunération, et donc la rétention des cliniciens enseignants. Ce changement d'orientation du CUSM échouera si les moyens d'effectuer un transfert des activités cliniques et de l'enseignement de façon parallèle ne sont pas trouvés.

Il est primordial d'augmenter l'accès aux services ambulatoires (diagnostiques et thérapeutiques) à l'échelle du réseau. Le CUSM se proposait déjà pour moduler ces activités ambulatoires (ex : cliniques de soins spécialisés ou prises en charge conjointes) et pour répartir certaines de celles-ci à l'extérieur du cadre physique traditionnel. Des plans de redéploiement des soins ambulatoires seront développés avec tous les partenaires du réseau, misant sur la complémentarité des activités, les capacités respectives de chaque organisation et l'amélioration de l'accès aux plates-formes diagnostiques et thérapeutiques. Cette initiative devra se concrétiser rapidement et avec dynamisme.



Changements démographiques

On connaît présentement un vieillissement de la population lié à un faible taux de natalité et au phénomène « baby-boomer » de l'après-guerre. Ce vieillissement est associé à un autre phénomène important de la société québécoise, l'isolement social—une conséquence inévitable du déclin du concept de la famille. Bien que nous connaissions actuellement une augmentation relative du taux de natalité dans plusieurs régions du Québec, cette tendance récente n'améliora pas la situation des personnes âgées avant plusieurs décennies. À l'heure actuelle, on rencontre de plus en plus de personnes âgées sans famille ou dont celle-ci est incapable de participer au plan de soins. Cela se traduit par une augmentation importante de la complexité des cas des patients hospitalisés, par des durées de séjour prolongées, et par un besoin grandissant de centres d'hébergement de longue durée dans la communauté.



Urgence adulte

Le CUSM a établi son plan clinique en conséquence de la volonté du gouvernement qu'un service d'urgence continue à être offert aux Montréalais à l'intérieur du périmètre du centre-ville. En 2003, dans le cadre de la description du modèle du CUSM à deux campus, le MSSS avait demandé que deux salles d'urgence ayant sensiblement la même taille soient aménagées, une au Campus hospitalier de la Montagne et l'autre au Campus Glen.

Les services d'urgence—adulte (SU-A) offriront, 24 heures sur 24 et sept (7) jours sur sept (7), une gamme complète de services aux patients adultes se présentant pour les besoins suivants : soins d'urgence, soins urgents, soins d'urgence liés au comportement, traumatologie, et exposition à des produits dangereux et intoxications graves (volontaires ou involontaires)—incluant la décontamination à la suite d'accidents en relation avec des produits chimiques ou dangereux et stabilisation post intoxication suicidaire.

Les patients de moins de 18 ans recevront des soins d'urgence dans le service d'urgence—pédiatrie (SU-P), contigu à l'urgence pour adultes au Campus Glen.

Le SU-A du Campus Glen développera une expertise dictée en partie par la mission du campus, soit en cardiologie, obstétrique/gynécologie et oncologie, tandis que le SU-A du Campus de la Montagne, où sera situé le centre de traumatologie et la mission de la Santé mentale, se concentrera sur des activités en neurologie/neurochirurgie, en traumatologie, en psychiatrie et sur les cas généraux arrivant en ambulance. Les patients nécessitant une chirurgie orthopédique seront transportés au Campus de la Montagne. Un service d'urgence psychiatrique sera également offert au Campus Glen pour éviter les transferts inter-campus.

Dès leur entrée au SU-A, tous les patients seront triés selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) à l'usage des services d'urgence. Certains patients pourraient être classés dans une catégorie « voie prioritaire » afin d'accélérer leur traitement et leur congé. Ce sont les patients qui ne requièrent pas d'intervention ou d'examen médical approfondi (ex : évaluation rapide sans investigation approfondie). Une attention particulière sera portée quant à la planification afin de répondre aux besoins des personnes âgées.

Au Glen, une entrée chauffée et abritée (de type garage) sera aménagée pour l'arrivée des patients ambulatoires. Une signalisation établira une claire séparation entre l'entrée de la section des adultes et celle de pédiatrie. Après avoir débarqué les patients dans le service d'urgence, les ambulances pourront se diriger vers un stationnement à proximité, de façon à permettre au personnel de terminer les procédures avec les patients. La zone de débarquement sera ainsi libérée pour une autre ambulance. Les deux urgences, celui de pédiatrie et celui pour adultes, se partageront le stationnement des ambulances. 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, et ceux ayant reçu leur congé.

Une nouvelle salle d'urgence au Campus de la Montagne est prévue dans le pavillon Neuro, au niveau de la rue, selon les mêmes standards que ceux appliqués à la salle d'urgence du Glen. Reconstruire la salle d'urgence est nécessaire étant donné que le tracé de l'édifice actuel de l'urgence ne permet pas une expansion capable d'accueillir les volumes prévus. De plus, la proximité de l'urgence actuelle avec les autres services critiques (e.g. bloc opératoire, soins intensifs) est un enjeu sérieux pour la sécurité des patients. La nouvelle salle d'urgence permettra des contiguïtés plus rapprochées entre le bloc opératoire et l'unité des soins intensifs, tout en offrant un meilleur service aux patients des neurosciences.

Unités de court séjour

Des unités de court séjour (UCS) sur chaque campus serviront aux patients adultes nécessitant un soutien infirmier ou une intervention pour de courtes périodes prédéterminées. La durée de séjour y sera en moyenne de 48 heures et les patients qui y séjourneront seront considérés comme admis. Chacune de ces unités comportera un secteur distinct pour les patients psychiatriques. Nous prévoyons dix (10) lits au Campus Glen et dix (10) lits au Campus de la Montagne. Les lits de court séjour seront situés dans les unités de soins et sont inclus dans le total de 832 lits.

Une unité de court séjour existe à l'HRV depuis 2002 et à l'HGM depuis 2005. Ces cas représentent 20 % à 25 % des admissions totales (2 000 par année).

Les facteurs de succès des UCS seront :

- La gestion par le DU;
- La gestion des durées de séjour;
- Les interfaces avec les autres départements/services; et
- Le suivi des indicateurs de performance.

Déterminants des espaces requis

Volume actuel et volume prévu

À l'heure actuelle, le CUSM enregistre 70 303 consultations à l'urgence à l'HGM et à l'HRV. Ce nombre est réparti comme suit : 48 935 patients ambulatoires et 21 368 patients transportés par ambulance. Historiquement, le ratio du nombre de patients-civière versus patients-ambulance est de 2 : 1.

Le plan clinique présume que les patients transportés en ambulance seraient répartis à parts inégales entre les deux campus, le Campus de la Montagne recevrait 60 % d'entre eux. Le pourcentage plus élevé attribué au Campus de la Montagne s'explique du fait que ce campus continuera d'être le centre de traumatologie du CUSM. Pourtant, une augmentation du nombre de patients arrivant en ambulance (en comparaison avec le volume actuel de l'HRV) est prévue pour le Campus Glen étant donné la proximité du site avec la population desservie par le CUSM, ainsi que par l'attrait naturel d'un nouveau centre hospitalier universitaire et le fait que l'HRV reçoit présentement moins que son quota d'ambulances en raison de sa situation géographique par rapport aux autres hôpitaux.

Le nombre prévu de patients-civière admis pour les deux campus a été calculé en fonction de la proportion historique de patients-civière admis, soit 22 % pour l'HGM et 28 % pour l'HRV.

Hypothèses de base

- Suite aux séances du groupe de travail, les hypothèses suivantes ont été adoptées afin de prévoir les volumes futurs et le nombre de civières requis :
 - 100 % de la clientèle provenant de la région de Montréal sera retenue ;
 - Une augmentation de 2,8 % est prévue pour cette clientèle (selon *L'évolution des visites aux salles d'urgence pour les deux CHU réunis 2001-2005 – ASSSM*) ;
 - Aucune augmentation des volumes de la clientèle provenant de la région 450 n'est prévue puisqu'un certain pourcentage de l'augmentation naturelle de ces cas sera traité directement dans la région 450 ; et
 - Une augmentation de 20 % des patients sur civière est prévue au Campus Glen (facteur d'attrait et d'accessibilité).



Calcul du volume prévu

Le tableau suivant indique l'application des hypothèses de base mentionnées ci-haut aux volumes actuels de 2005-2006 pour déterminer les volumes prévus (75 317 visites, soit 38 580 au Campus Glen et 36 737 au Campus de la Montagne).

Calcul du volume prévu, Urgences adultes, CUSM

| Urgences adultes | Volumes actuels 2005-2006 | | Étape 1 | Étape 2 | Étape 3 | Volumes prévus (Étapes 1 + 2 + 3) |
|------------------|---------------------------|--------------------------------|---|--|--|-----------------------------------|
| Site | Patients enregistrés | 100 % des patients de Montréal | Volumes actuels (100 % des patients de Montréal) + augmentation de 2,8 % prévue | Volumes actuels (100 % des patients de 450) + aucune augmentation prévue | Facteur d'attrait au Glen (+ 20 % des patients sur civières) | |
| HGM/Montagne | 35 902 | 29 799 | 30 633 | 6 103 | | 36 737 |
| HRV/Glen | 34 401 | 28 553 | 29 352 | 5 848 | 3 379 | 38 580 |
| TOTAL | 70 303 | 58 352 | 59 986 | 11 952 | 3 379 | 75 317 |

Provenance de la clientèle

Tel qu'indiqué dans le tableau suivant, la majorité de la clientèle enregistrée (avec adresse) provient de la région de Montréal (83 %), tandis que 17 % provient de Laval, de la Montérégie et d'autres régions du Québec.

Provenance de la clientèle, Urgences adultes, CUSM, 2005-2006

| Patients enregistrés avec adresse 2005-2006 | | | |
|---|-------------|---------------|--------------|
| Urgences adultes | Provenance | Volume | % |
| | Montréal | 54 247 | 83,13 % |
| | Laval | 2 258 | 3,46 % |
| | Montérégie | 6 802 | 10,42 % |
| | Autres - QC | 1 950 | 2,99 % |
| TOTAL | | 65 257 | 100 % |
| | Inconnue | 5 026 | 7,15% |
| Grand total | | 70 283 | 100 % |

Tel que mentionné ci-haut, cette répartition de la clientèle est à la base des calculs. Une augmentation de 2,8 % est prévue pour la clientèle provenant de la région de Montréal et aucune augmentation de la clientèle provenant des régions extérieures de Montréal n'est prévue.

Calcul du nombre de civières requis

Le nombre de civières requis a été calculé en conformité avec le *Guide de gestion de l'urgence* du MSSS (septembre 2006). Les durées moyennes de séjour (DMS) utilisés sont de huit (8) heures pour les patients non-hospitalisés et de douze (12) heures pour les patients hospitalisés. Présentement, les DMS en salle d'urgence pour les patients non-hospitalisés et hospitalisés sont respectivement de onze (11) et de dix-sept (17) heures. Un total de 71 civières est requis : 33 au Campus Glen et 38 au Campus de la Montagne.



Calcul du nombre de civières requis, selon la formule du MSSS

| | HRV | | | | TOTAL |
|---|--------------|------|--------------|------|--------------|
| | HGM | % | Glen | % | |
| Visites totales 2005-2006 | 35902 | 100% | 34401 | 100% | 70303 |
| Patients provenant de Montréal (83% du total) | 29799 | | 28553 | | 58351 |
| Augmentation de 2.8 % des patients provenant de Montréal | 30633 | | 29352 | | 59985 |
| 100% des patients de Cat. 4 & 5 hors région (17 % du total) aucune aug. | 6103 | | 5848 | | 11952 |
| Soustrait 1 | 36736 | | 35200 | | 71937 |
| Patients hospitalisés 2005-2006 | 5814 | 16% | 5175 | 15% | 10989 |
| Patients hospitalisés (prévus) 16% | 5878 | 16% | 5280 | 15% | 11094 |
| Patients non-hospitalisés (prévus) | 30859 | | 29920 | | 60779 |
| Civière (65% du total) selon le CCNU | 23879 | | 16896 | | 40775 |
| Facteur d'attrait campus Glen (+20%) | 0 | | 3379 | | |
| Soustrait 2 | 23879 | | 20275 | | 44154 |
| Patients sur civières non-hospitalisés | 18625 | 0.85 | 14598 | 0.83 | 33224 |
| Heures civières/année DMS de 8 heures (2010) | 149003 | | 116787 | | 265789 |
| Heures civières/jour | 408 | | 320 | | 728 |
| Civière requis pour patients non-hospitalisés | 17.0 | | 13.3 | | 30.3 |
| Patients sur civière hospitalisés (22% et 28% des patients sur civière) | 5253 | 0.15 | 5677 | 0.17 | 10930 |
| Heures civières/année DMS de 12 heures (2010) | 63040 | | 68126 | | |
| Heures civières/jour | 173 | | 187 | | |
| Civière requis pour patients hospitalisés | 7.2 | | 7.8 | | 15.0 |
| Soustrait 3 | 24.2 | | 21.1 | | 45.3 |
| Périodes de pointe quotidiennes (ajout de 30 % au Soustrait 3) | 7.3 | | 6.3 | | 13.6 |
| Soustrait 4 | 31.5 | | 27.4 | | 58.9 |
| 90e percentile | 77 | | 63 | | |
| Moyenne par 24 heures 2005-2006 (facteur de multiplication du CCNU) | 1.2 | | 1.2 | | |
| GRAND TOTAL nombre de civières requis | 38 | | 33 | | 71 |

Résumé et recommandations

- Le taux de croissance de 2.8 % (de la clientèle provenant de la région de Montréal) recommandé par l'ASSSM ne reflète pas la tendance historique de la croissance annuelle des visites aux urgences adultes du CUSM.
- Le taux actuel est de 2 % par année ou 10.4 % en dix ans.
- Le taux utilisé pour la révision du Plan clinique risque donc de sous-estimer le nombre de visites futures aux deux campus, et dépend fortement sur le développement de GMF et des cliniques réseaux autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la région de Montréal.
- L'aménagement et l'agrandissement de l'urgence au Campus de la Montagne peuvent aussi créer un facteur d'attrait important; ce qui n'a pas été pris en considération en calculant les volumes prévus.
- Un plan de contingence est fortement recommandé par le CUSM afin de palier à une augmentation importante de volume non prévue. Celui-ci inclus la construction d'espaces réservés à usage future qui serait facilement convertie en espace additionnelle pour l'urgence.

Facteurs de succès

Les facteurs de succès desquels dépend le bon fonctionnement du DU-A sont les suivants :

- La gestion des durées de séjour—urgence;
- La gestion des durées de séjour—hospitalisations;
- La capacité d'accueil/de réorganisation;
- La gestion des durées de séjour—patients en attente de longue-durée;
- La gestion des ambulances—missions CUSM/CHUM;
- La capacité de diriger les ambulances (en partenariat avec Urgence-santé) vers l'un ou l'autre des DU-A du CUSM (les campus Glen et de la Montagne);



- Les unités de court-séjour; et
- La gestion des pointes—demandes d'admission.

Le CUSM travaillera pour assurer une efficacité maximale de la circulation des patients à l'intérieur de ses hôpitaux, mais nécessitera l'assistance de l'Agence pour développer des ressources adéquates à long terme dans la communauté afin de garantir la capacité des patients à quitter le CHU une fois qu'ils reçoivent leur congé médical.

Interface urgence pédiatrique

La contiguïté entre le SU—adulte et le SU—pédiatrie au Campus Glen assurera une bonne interface clinique et académique entre les deux départements. Certains espaces non-cliniques seront partagés entre les deux services d'urgence :

- L'enregistrement à l'urgence;
- Le stationnement des ambulances;
- Les aires de jeu pour les enfants qui accompagnent leurs parents et/ou leurs frères et sœurs; et
- Les postes de collations et d'autres aires publiques.

Plateau technique

Les instruments diagnostiques dédiés au SU-A des campus Glen et de la Montagne sont les suivants :

- Radiologie générale;
- Ultrason; et
- Tomodensitométrie.

La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) a complété un projet de guide de planification et de programmation pour les urgences (Cadre de référence normatif, novembre 2006). Ce projet visait à optimiser les installations en fonction de nouvelles réalités. Différents projets de réaménagement et d'agrandissement, présentement en cours de réalisation, 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. Le PFT a été adapté en conséquence.

L'Association Québécoise d'établissements de la santé et de services sociaux a finalisé le *Guide de gestion de l'urgence* en septembre 2006, qui en partie, décrit l'organisation physique de l'urgence. Le PFT a été adapté en conséquence.



Chirurgie

Divisions de la mission chirurgicale

Le département de Chirurgie est responsable des activités cliniques relevant de la chirurgie électorive et urgente pour les patients hospitalisés et ambulatoires. Le département, sous la présidence du D^r Mostafa Elhilali, est structuré en divisions, chacune responsable de la prestation d'une gamme de services ainsi que d'activités de recherche et d'enseignement.

Les départements de la mission chirurgicale sont les suivants:

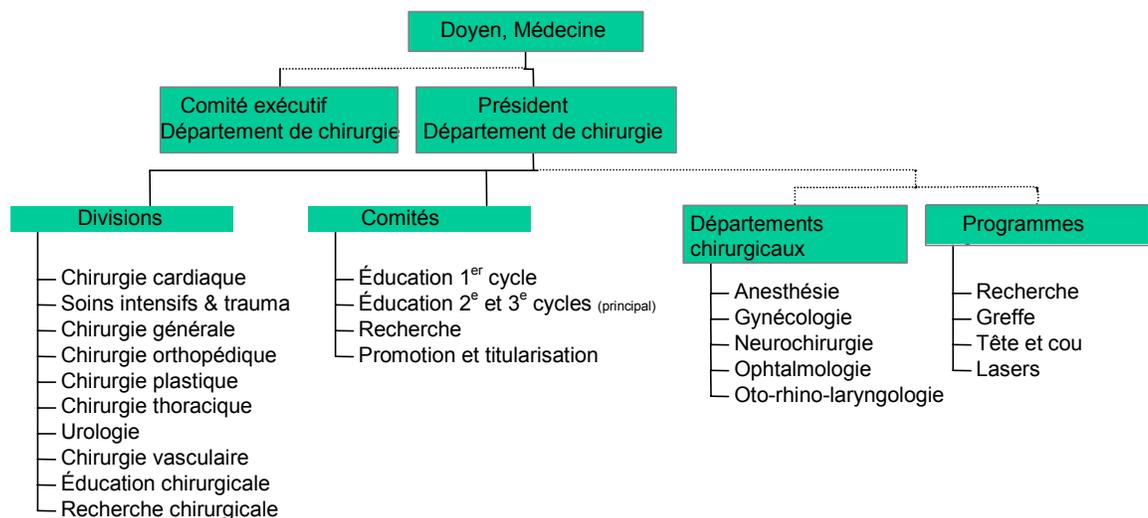
- Chirurgie buccale, maxillo-faciale et de dentisterie
- Ophtalmologie
- Orthopédie
- Oto-rhino-laryngologie

Les divisions de la mission Chirurgicale sont les suivantes :

-
- Chirurgie cardiaque
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie générale
- Chirurgie plastique
- Chirurgie thoracique
- Transplantation
- Traumatologie*
- Urologie

* Il s'agit d'une nouvelle division dont l'assignation première des membres est soit la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique ou la chirurgie plastique.

L'organigramme qui suit montre l'organisation du département de chirurgie de McGill:



Effectifs

Le tableau suivant détaille les effectifs actuels et futurs de la mission de Chirurgie :

| Divisions | 2005-2006 | | | 2010-2015 |
|----------------------|-----------|-----------|------------|------------|
| | PTG-H | PTG-U | Total | Total |
| Chirurgie générale | 22 | 6 | 28 | 29 |
| Urologie | 11 | 3 | 14 | 14 |
| Orthopédie | 13 | 2 | 15 | 17 |
| Chirurgie cardiaque | 5 | 1 | 6 | 6 |
| Chirurgie plastique | 3 | 1 | 4 | 4 |
| Chirurgie thoracique | 2 | 1 | 3 | 4 |
| Chirurgie vasculaire | 2 | 1 | 3 | 3 |
| Ophthalmologie | | | 20 | 20 |
| ORL | | | 8 | 8 |
| Total | 58 | 15 | 101 | 105 |

Soins tertiaires et RUIS

La nomenclature du niveau d'accès fournit des données erronées du pourcentage véritable de cas complexes recevant des soins dans des établissements de soins tertiaires. Selon cette nomenclature, seulement les chirurgies cardiaques et bariatriques seraient considérées comme tertiaires, et pratiquement tout le reste serait considéré comme secondaire ou primaire. Ceci représente un défi pour tous les établissements de soins de santé de la province du Québec, et doit être étudié afin de planifier adéquatement les services pour le futur. Le département de Chirurgie définit les soins tertiaires comme des complexités nécessitant une expertise spécifique, des équipes multidisciplinaires et des plate-formes techniques sophistiquées.

Si les activités primaires et secondaires sont réduites, et nos activités tertiaires et quaternaires sont augmentées pour atteindre une diminution globale de 10 % des volumes de chirurgie, les prérequis suivants devront être en place pour permettre la réalisation de ce changement :

- 1) Le RUIS McGill doit pouvoir traiter ce volume additionnel de patients;
- 2) Les patients et leur chirurgien doivent être logés et équipés à cet établissement de manière à recevoir/offrir les services chirurgicaux requis;
- 3) La structure du RUIS doit faciliter un corridor de services bidirectionnel afin de créer l'environnement adéquat aux patients et à leur famille;
- 4) Une structure, qui gère de façon centralisée les budgets opérationnels liés aux établissements à l'intérieur du RUIS pour s'occuper de cette transition des activités, doit être créée. Par exemple, le transfert de plus de 1 000 cas de chirurgie mineure au Centre hospitalier LaSalle (CH LaSalle) et l'augmentation du nombre de cas complexes au CUSM ont entraîné un déficit budgétaire de plusieurs millions de dollars. L'implantation d'un modèle de budgétisation identifiant les coûts par cas est nécessaire pour assurer la disponibilité des fonds au bon endroit; et
- 5) Le personnel nécessaire doit être en place pour optimiser l'utilisation de l'infrastructure disponible à l'intérieur des installations des partenaires. Les chirurgiens travaillent au sein d'une équipe qualifiée d'anesthésistes, d'infirmières, de techniciens en anesthésie et de personnel auxiliaire. Des mesures adéquates doivent être en place pour assurer la disponibilité du nombre nécessaire d'effectifs médicaux et créer des incitatifs à l'embauche d'anesthésistes, d'infirmières et d'autre personnel nécessaire.



Répartition de lits d'hospitalisation

Selon les priorités identifiées ci-haut et l'objectif du transfert des soins primaires et secondaires au réseau, la distribution suivante de lits pour les services de la mission de Chirurgie est proposée :

| Chirurgie | Lits dressés | | | |
|--|-----------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| | Actuel | Montagne 2010-2015 | Glen 2010-2015 | Total 2010-2015 |
| Gynécologie ¹ | 24 | | 16 | 16 |
| Chirurgie thoracique | 5 | | 10 | 10 |
| Chirurgie générale | 74 | 33 | 29 | 62 |
| Transplantation | 15 | | 10 | 10 |
| Chirurgie cardiaque | 47 | | 32 | 32 |
| Chirurgie vasculaire | 16 | | 12 | 12 |
| Ophthalmologie | 4 | 1 | | 1 |
| Chirurgie buccale, maxillo-faciale et de dentisterie | 2 | 1 | | 1 |
| Oto-rhino-laryngologie | 10 | | 4 | 4 |
| Orthopédie/ traumatologie | 39 | 36 | | 36 |
| Chirurgie plastique | 12 | 7 | 4 | 11 |
| Urologie | 18 | 2 | 10 | 12 |
| L'USI pour chirurgie | 34 ² | 12 | 30 | 42 |
| Total | 300 | 92 | 157 | 249 |

¹ Partie de la mission de la Santé des femmes

² Estimé puisque l'USI de médecine et de chirurgie est combinée. Inclut six lits de soins intermédiaires pour les services cardiovasculaires.

Activités ambulatoires

Présentement, chaque division fournit des services ambulatoires primaires, secondaires et tertiaires. À l'intérieur du futur modèle, les soins ambulatoires primaires devraient être transférés au réseau. De la sorte, l'enseignement prendra place au CUSM et dans le réseau, là où les volumes cliniques ont été transférés afin d'assurer que les étudiants reçoivent une formation suffisante dans le domaine des soins ambulatoires.

La distribution des volumes cliniques ambulatoires entre le 5100 de Maisonneuve O. et le Campus de la Montagne a été effectué en fonction de l'emplacement des activités d'hospitalisation correspondantes. De même, les volumes cliniques seront transférés au réseau en fonction des volumes chirurgicaux.



| Clinique | 2005-2006 ¹ | 2010-2015 | | | |
|---|------------------------|---------------------------|--------------|--------------------------|---------------|
| | CUSM total | 5100 de Maisonneuve O. | Glen | Campus de la Montagne | Réseau |
| Dentisterie (étudiants exclus) | 15 670 | - | - | 9 402 | 6 268 |
| Orthopédie | 19 594 | - | - | 15 871 | 3 723 |
| Ophtalmologie | 48 333 | - | - | 29 483 | 18 850 |
| Chirurgie cardiovasculaire et thoracique | 5 139 | 5 139 | - | - | - |
| Chirurgie vasculaire | 3 142 | 3 142 | - | - | - |
| Oto-rhino-laryngologie | 16 186 | 10 035 | - | - | 6 151 |
| Chirurgie plastique | 9 740 | 2 824 | - | 2 825 | 4 091 |
| Transplantation | 9 858 | 9 858 | - | - | - |
| Chirurgie générale | 21 373 | 10 516 | - | 7 010 | 3 847 |
| Chirurgie générale : Centre du sein | 16 235 | 9 741 | - | - | 6 494 |
| Chirurgie générale : Entérostomal | 1 909 | 939 | - | 626 | 344 |
| Pré-admission | 8 366 | - | 3 325 | 3 325 | 1 716 |
| Urologie | 27 318 | 15 680 | - | 6 720 | 4 917 |
| Centre de la douleur | 6 481 | - | - | 6 481 | - |
| Laboratoire de la voix | 2 243 | 1 346 | - | - | 897 |
| Total | 211 587 | 69 220 | 3 325 | 81 743 | 57 298 |

¹ Source : AS-478

Note : Les volumes n'incluent pas les visites des infirmier(ère)s

En 2000, le CH LaSalle et le CUSM ont signé une entente selon laquelle le CH LaSalle rend disponible une salle d'opération, du lundi au vendredi, pour les activités chirurgicales de jour du CUSM. Cette entente assure un plus grand accès à la chirurgie pour les patients du CUSM en attente de procédures de jour, la disponibilité des salles d'opération existantes du CUSM pour des cas plus complexes, une charge de travail suffisante pour le personnel d'anesthésie du CH LaSalle afin de soutenir les activités à leur centre des naissances, et une exposition des résidents médicaux aux procédures chirurgicales ambulatoires. La plupart des activités chirurgicales sont reliées à l'orthopédie, à la chirurgie générale, à la chirurgie plastique et aux procédures d'oto-rhino-laryngologie.

Le CUSM assure la présence du personnel chirurgical. Le CH LaSalle fournit l'espace, l'équipement et les fournitures médicales requises pour les procédures chirurgicales. Ce modèle est considéré avec d'autres établissements partenaires du CUSM (ex : le CH St. Mary).

Capacité requise des salles d'opération

Les interventions de chirurgie à effraction minimale et de laparoscopie sont à la base des tendances en chirurgie. Bien que ce soit courant dans les domaines comme la chirurgie intra-abdominale et la néphrologie, il est prévu que ces tendances transcendent dans toutes les spécialités chirurgicales dans un futur rapproché. Ceci augmentera le temps d'opération, mais réduira la période de rétablissement des patients. Par exemple, une prostatectomie pourrait prendre de deux (2) à trois (3) heures selon la méthode conventionnelle et jusqu'à quatre (4) heures en laparoscopie.

Le temps nécessaire à l'anesthésiste pour endormir le patient, installer les lignes intraveineuses et le préparer à la chirurgie doit également être étudié. La complexité des cas des patients et les facteurs co-morbides augmentent le temps requis pour ceci. Le nombre de salles d'opération a été planifié afin d'accommoder les

procédures les plus longues, de prendre en charge les listes d'attente, d'assurer une exposition adéquate aux étudiants et au personnel junior, et d'atteindre l'objectif du CUSM pour le nombre total de chirurgies dans différentes catégories.

L'analyse du bloc opératoire ci-bas indique un besoin pour treize (13) salles d'opération au Campus Glen et onze (11) au Campus de la Montagne afin de répondre à la demande anticipée pour la mission chirurgicale. Cette estimation est basée sur les prémisses suivantes :

- Une diminution de 50 % des heures liées aux activités primaires et secondaires au CUSM; le transfert de ces activités aux autres membres du réseau; aucun changement au volume des cas tertiaires
- Une augmentation du temps moyen par chirurgie en raison de l'augmentation prévue des procédures à effraction minimale.

La méthodologie employée pour déterminer les besoins en terme de salles d'opération est décrite dans la section « Plateau Technique et Haute Technologie ».

L'attribution des treize (13) salles d'opération est indiquée ci-bas :

| | Actuel 2006 | Campus Glen 2010-2015 | Campus de la Montagne 2010-2015 |
|---------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|
| Salles d'opération | 23 | 13 | 11 |
| Chirurgie cardiaque | | 3 | |
| Chirurgie vasculaire | | 2 | |
| Orthopédie | | - | 2 |
| Traumatologie | | | 2 |
| Chirurgie à effraction minimale | | 4 | 3 |
| Chirurgie générale | | 4 | 4 |

Même si la planification est adéquate, il nous faut considérer que la construction de nouvelles salles d'opération dans un hôpital existant peut coûter jusqu'à dix fois plus que dans un nouvel édifice. Le futur promet aussi de nombreux développements excitants dans les cinq à dix prochaines années, dont de l'équipement très spécialisé qui nécessite d'être ajouté aux salles d'opération; et à moins que ceci ne soit bien planifié, on devra construire à un prix plus élevé pour accommoder les robots, les scans CT et les IRMs qui doivent être incorporés pour fournir des soins de qualité. Pour intégrer ces avancements technologiques qui requièrent plus d'espace, onze (11) ou 22 salles d'opérations de la mission Chirurgicale seront conçues plus grandes.

Particularités des divisions du département de Chirurgie

Tout en respectant l'ensemble du mandat clinique, d'enseignement et de recherche, le département de Chirurgie a identifié quatre (4) secteurs à privilégier et à développer dans l'avenir. Ces secteurs incluent la traumatologie, la chirurgie cardiaque, la transplantation et l'oncologie chirurgicale. En parallèle, le département continuera à centrer ses efforts sur l'augmentation progressive des chirurgies d'un jour et des activités chirurgicales de courte durée. Ceci inclut les cas nécessitant présentement une hospitalisation qui peuvent être traités comme chirurgie d'un jour ou comme séjour de courte durée.

Les aménagements du Projet de redéploiement devront demeurer flexibles afin de s'assurer que ces priorités seront atteintes et que les nouveaux développements soient facilement intégrés.

Chirurgie buccale, maxillo-faciale et de dentisterie

Les services chirurgicaux seront offerts au Campus de la Montagne; des services de consultation seront offerts au Campus Glen.

Les cas effectués au CUSM sont peu nombreux mais quelques-uns exigent des expertises spécifiques, ce qui exige leur maintien au CUSM.

Chirurgie cardiaque

Les services chirurgicaux seront situés au Campus Glen; des services de consultation seront offerts au Campus de la Montagne.

La division de Chirurgie cardiaque est reconnue pour son **excellence en chirurgie complexe**, tant pour les plus jeunes atteints de malformations congénitales du cœur que pour les patients âgés à risque élevé et pour la chirurgie complexe de valvule.

L'utilisation de l'**ablation par chirurgie cardiaque** pour le traitement des arythmies auriculaires par ablation au laser a été implantée et sera partie prenante d'un projet de recherche clinique. L'Université McGill est le premier centre au Canada à avoir utilisé cette technologie.

Le développement d'un centre d'excellence de cardiopathies congénitales adultes, en collaboration avec la cardiologie, avance bien.

Le programme d'assistance cardiaque mécanique, que les dispositifs soient utilisés comme pont pour faciliter la guérison, comme traitement pour un patient ayant reçu une transplantation cardiaque ou comme support permanent, a prospéré sous la direction du D^r Renzo Cecere. Le programme est étroitement lié au Centre d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque, géré conjointement par D^r Cecere de la chirurgie cardiaque et D^r Nadia Giannetti de la cardiologie.

Chirurgie vasculaire

La division de Chirurgie vasculaire a été un leader national en développement, en prestation et en enseignement des thérapies endovasculaires aux résidents et aux médecins et chirurgiens pratiquant. Le développement de nouvelles prothèses endovasculaires, la greffe de prothèses et le raffinement de prothèses d'anciennes technologies (comme la diminution du diamètre des gaines d'accouchement) rendent possible de traiter un nombre croissant de lésions vasculaires avec des techniques endovasculaires.

Ceci doit être maintenu.

Chirurgie générale

Les services chirurgicaux seront offerts aux campus Glen et de la Montagne.

La division de chirurgie générale comprendra les sous-spécialités suivantes :

- Chirurgie bariatrique
- Chirurgie colorectale
- Chirurgie hépatobiliaire
- Chirurgie à effraction minimale
- Chirurgie pédiatrique
- Chirurgie oncologique
- Transplantation
- Traumatologie/soins intensifs

Chirurgie bariatrique

Le CUSM est un chef de file mondial en chirurgie pour les cas d'obésité graves. C'est le plus grand centre à offrir l'approche en laparoscopie ou la chirurgie à effraction minimale pour la chirurgie bariatrique. Le programme offre le pontage gastrique avec montage Roux-en-Y traditionnel et la gastroplastie par anneau ajustable (« *Lap-Band* »). Le CUSM reçoit des consultations de tout le territoire du Québec et du Canada. Il a donné et continue à donner de la formation en laparoscopie bariatrique.

Chirurgie colorectale

La sous-spécialité de chirurgie colorectale est très active en traitement des patients atteints de pathologies anorectales complexes, de maladies colorectales (incluant le cancer) et d'inflammations entériques.



Chirurgie hépatobiliaire

La chirurgie hépatobiliaire du CUSM est l'un des plus importants programmes de la province. Le programme a institué le Réseau McGill des tumeurs hépatiques et travaille de près avec la gastroentérologie pour prendre soins des patients ayant des maladies pancréatiques. Il comprend un grand programme de don du foie par un proche vivant pour transplantation, et est le leader en prélèvement du foie avec une approche d'effraction minimale.

La collaboration entre les chirurgiens et les radiologistes a permis le traitement de maladies pancréatobiliaires complexes dans ce domaine.

Chirurgie à effraction minimale

McGill est à l'avant garde en chirurgie à effraction minimale et un leader national et international en promotion des approches à effraction minimale pour de nombreux problèmes de santé traditionnellement traités par des chirurgiens généralistes.

La chirurgie à effraction minimale implique de nombreux domaines chirurgicaux : la chirurgie parathyroïde à effraction minimale (guidée par sonde) et la chirurgie pour le diverticule de Zenker, le diagnostic de laparoscopie pour stadification de tumeurs malignes, la chirurgie à effraction minimale pour œsophage dont la réparation des hernies para-œsophagiques, la chirurgie pour reflux gastro-œsophagique et le traitement de l'achalasie, l'œsophagectomie à effraction minimale et la gastrectomie.

La chirurgie à effraction minimale des organes inclut un programme de néphrectomie pour transplantation d'un donneur vivant. Pour les autres opérations sur des organes, on compte incluent la surrénalectomie laparoscopique et la splénectomie. Certaines résections du pancréas ont également été réalisées, habituellement pour des cellules tumorales isolées ou des néoplasmes kystiques.

L'objectif de la sous-spécialité de chirurgie à effraction minimale est que tous les résidents graduant au programme de chirurgie générale soient compétents pour performer de façon indépendante au moins pour la chirurgie à effraction minimale, et aient une compréhension avancée des principes chirurgicaux de base et des effets physiologiques de ce type de chirurgie.

Chirurgie pédiatrique

Cette sous-spécialité fait partie de la division de Chirurgie générale du CUSM. Elle fonctionne toutefois comme une division indépendante de l'HME. (Se référer à la section de l'Hôpital de Montréal pour enfants de ce document).

Chirurgie oncologique

La chirurgie oncologique dans ses composantes du cancer du sein, du mélanome, de la recherche et de l'éducation aura lieu au Campus Glen.

Transplantation

La transplantation, le plus important programme de greffe d'organes multiples dans la province du Québec, sera située au Campus Glen.

Traumatologie

Le CUSM est un centre de traumatologie de niveau I. Il est devenu le programme le plus achalandé de la province avec un vaste groupe d'activités. Le centre de traumatologie reçoit 9 000 visites par année avec 1 500 admissions, dont environ 450 sont d'indice ISS score >15.

Les patients de traumatologie souffrant de blessures multisystème sont admis à l'unité de soins de la traumatologie, qui est partagée avec la division d'Orthopédie et qui compte 50 lits. Il n'existe aucun lit réservé à la traumatologie, ils sont assignés tel que nécessaire. Les patients avec des blessures d'un seul système sont admis directement à la division de Chirurgie appropriée (ex : orthopédique, plastique) alors que les patients de neurotraumatologie sont admis à l'unité des neurosciences.

Le service d'urgence collabore avec la division de Traumatologie en évaluant et en gérant tous les cas majeurs du CUSM. Les patients qui répondent à des critères spécifiques déclenchent l'activation immédiate de l'équipe de traumatologie, alors que ceux qui ne correspondent pas à ces critères sont gérés par le personnel du service d'urgence qui consulte l'équipe de traumatologie quant à l'admission et à d'autres soins lorsque nécessaire.

La division de Traumatologie travaille étroitement avec les équipes de la neurochirurgie, de l'orthopédie, de l'USI, de l'urgence, de la chirurgie buccale maxillo-faciale, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de l'orthophonie et du bloc opératoire dans la gestion des cas de traumatologie. De plus, elle est responsable de l'intégration des soins au patient à travers tous ces services.

Une salle d'opération trauma est dédiée en tout temps (cinq jours par semaine) aux cas d'ortho-traumatologie et de chirurgie plastique. Bien qu'il n'y ait aucune salle d'opération d'urgence réservée et pourvue de personnel suffisant pour les cas de traumatologie urgents, une salle est toujours disponible lorsque nécessaire.

Chirurgie plastique

Les chirurgies plastiques liées à la traumatologie se feront au Campus de la Montagne alors que celles reliées à l'oncologie se feront au Campus Glen.

La chirurgie plastique esthétique est présentement gérée à l'extérieur des sites du CUSM. Seules les chirurgies plastiques reliées à la traumatologie et à l'oncologie se feront au CUSM. Aucune baisse future de ces volumes n'est prévue.

Chirurgie thoracique

La division de Chirurgie thoracique sera concentrée au Campus Glen; des services de consultation seront offerts au Campus de la Montagne. Un programme de stage postdoctoral et de résidence en chirurgie thoracique générale est à l'étude et le concept le plus logique semble être un programme basé dans quatre universités et complémentaire à l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université de Sherbrooke.

La division a récemment recruté un nouveau membre du personnel, D^r Lorenzo Ferri, qui a un grand intérêt en recherche, en chirurgie œsophagienne et en chirurgie à effraction minimale. La division continue de chercher activement un chirurgien thoracique additionnel.

Ophthalmologie

La division d'Ophthalmologie tertiaire sera concentrée au Campus de la Montagne; des services de consultation seront offerts au Campus Glen. La majorité des chirurgies de routine en ophthalmologie, incluant les cataractes, peut être effectuée par nos chirurgiens dans des installations différentes.

Oto-rhino-laryngologie (ORL)

Les cas tertiaires en ORL seront desservis au Campus Glen; des services de consultation seront offerts au Campus de la Montagne. Approximativement 50 % des volumes de chirurgies en ORL sont ambulatoires.

La division d'ORL a clairement identifié le besoin d'une structure servant d'unité pour la chirurgie d'un jour; et une recommandation en ce sens a été formulée au RUIS McGill. Cela pourrait prendre place au CH Lachine avec une collaboration additionnelle du CH LaSalle. Parmi les procédures qui pourraient y être offertes, on retrouve les chirurgies nasales et les chirurgies du sinus, les amygdalectomies, les chirurgies de l'oreille moyenne, les procédures mineures du cou, et les chirurgies micro laryngiennes.

Toute nouvelle entente avec des partenaires du RUIS McGill devra prendre en considération l'implication du personnel du CUSM qui y servira les cliniques ambulatoires et la chirurgie. Une telle entente offrira un incitatif aux médecins du CUSM qui fournissent des services sur appel.

Orthopédie

La division de Chirurgie orthopédique sera au Campus de la Montagne; des services de consultation seront offerts au Campus Glen. La chirurgie orthopédique comprend :

Néoplasie musculosquelettique

Les efforts concertés de cette équipe multidisciplinaire ont permis d'importants avancements au Canada dans le traitement des os et des parties molles du sarcome tout comme des métastases des os des autres types de cancers. Avec le développement récent de la biologie musculaire pour le sarcome au CUSM, on est maintenant apte à faire des diagnostics plus précis de ces maladies rares. L'acquisition d'un scanner TEP a eu un énorme impact sur la stadification du cancer et sur la sélection des candidats pour le traitement chirurgical, évitant ainsi des chirurgies inutiles et permettant un traitement sur mesure.

Unité Multidisciplinaire pour pathologie rachidienne complexe

La collaboration des divisions d'Orthopédie, de Neurochirurgie, de Physiatrie et de Médecine sportive a conduit à la création d'une équipe multidisciplinaire qui œuvre à l'élaboration de « *clinical pathways* » pour une meilleure gestion des patients souffrant de problèmes complexe à la colonne vertébrale. Cette initiative multidisciplinaire accentuera la collaboration entre ces spécialités gérant des pathologies spinales complexes. Les efforts conjugués des chirurgiens spinaux en orthopédie et en neurochirurgie, des radiologues thérapeutes, des spécialistes en thérapie pour la douleur, des physiatres thérapeutes, des médecins de famille et des médecins sportifs forme le noyau de cette équipe multidisciplinaire. L'unité améliorera les soins spinaux tertiaires au CUSM et permettra une meilleure gestion des patients souffrant de pathologie rachidienne survenue à la suite de cancer, de trauma, d'accident du travail, de déformité rachidienne, et de maladie dégénérative, par une approche propre à chaque pathologie. Cette unité multidisciplinaire facilite l'accès rapide aux études d'imagerie, aux prises de décision, aux interventions minimalistes et aux chirurgies de haute technologie, ainsi qu'à une réadaptation épaulée. Présentement, les patients sont transférés de l'HGJ, du CH St. Mary et de Santa Cabrini. À mesure que la structure du RUIS McGill évoluera, il est prévu que le nombre de références augmentera. Finalement, cette initiative conjointe nécessitera un accès à une salle d'opération et à l'unité des soins intensifs pour garantir le traitement rapide et efficace des urgences spinales.

De plus, l'enseignement croisé entre l'orthopédie et la neurochirurgie fournit de nouvelles approches aux résidents de ces disciplines. Un des points culminants de ce centre est son habileté à valider les « *clinical pathways* » avec des résultats fonctionnels quantitatifs permettant aux praticiens de valider les traitements alternatifs pour les pathologies spinales. De grands progrès sont également réalisés pour amener la recherche au chevet du patient. La recherche sur les blessures à la moelle épinière dirigée par D^{re} Marcoux (neurochirurgienne), D^r Pierre Proulx (physiatre) et D^r Colman (neurologue et scientifique de base) en est un exemple.

Arthroplastie

Le CUSM est l'un des rares centres d'arthroplastie au Québec. Nous avons récemment développé de nouvelles incisions chirurgicales, qui sont plus petites et qui permettent un rétablissement plus facile et plus rapide. Un des domaines originaux de recherche réalisée à l'intérieur des murs du laboratoire de recherche orthopédique Jo Miller implique une nouvelle utilisation de certains médicaments qui pourrait augmenter la longévité des implants de hanches et de genoux en favorisant une meilleure cohésion entre l'os et le métal.

La majorité des médecines sportives, de l'arthroscopie, des procédures orthopédiques mineures, ainsi que des fractures mineures peuvent se faire à un autre emplacement.

Transplantation

La division de Transplantation sera au Campus Glen et ces services seront maintenus. Certains soins postopératoires pourraient être offerts dans un environnement différent, mais ce ne serait pas l'idéal.

Urologie

La division d'Urologie sera au Campus Glen; des services de consultation seront offerts au Campus de la Montagne.

Environ 80 % des procédures en urologie qui se font en hospitalisation représentent des cas de cancer et seront maintenues au CUSM, au Campus Glen. Les 20 % à 30 % restants pourront se faire à un autre lieu, en autant que le chirurgien ayant l'expertise nécessaire suive ses patients dans le nouvel environnement. Ceci peut inclure les chirurgies trans-urétrales de la prostate et des tumeurs de la vessie, les traitements endoscopiques des calculs, la gestion de l'incontinence urinaire (déjà principalement concentrée à l'HGJ). De plus, l'andrologie pourrait être pratiquée dans un environnement différent et la chirurgie de fertilité pourrait faire partie d'un centre de fertilité.

Enseignement

Le département de Chirurgie forme des résidents dans les programmes accrédités suivants :

| Département de Chirurgie | | | | | | |
|---|---------------------|----|----|----|----|----|
| Inscriptions aux programmes de formation de résidence | | | | | | |
| 2004-2005 | | | | | | |
| | Programme principal | | R3 | R4 | R5 | R6 |
| | R1 | R2 | | | | |
| Chirurgie générale | 8 | 8 | 10 | 8 | 6 | |
| Chirurgie orthopédique | 5 | 5 | 7 | 6 | 3 | |
| Urologie | 1 | 3 | 2 | 4 | 5 | |
| Chirurgie plastique | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | |
| Chirurgie cardiaque et thoracique | 2 | 2 | 0 | 3 | 1 | 2 |
| Oto-rhino-laryngologie | 4 | | | | | |
| Neurochirurgie | 2 | | | | | |

De plus, des stages postdoctoraux sont offerts dans les sous-spécialités suivantes :

- Chirurgie pédiatrique générale, chirurgie pédiatrique orthopédique et urologie pédiatrique
- Chirurgie à effraction minimale
- Chirurgie vasculaire (stage accrédité)
- Chirurgie hépato-pancréato-biliaire et de greffe
- Oncologie chirurgicale
- Chirurgie spinale
- Oncologie orthopédique
- Médecine sportive
- Traumatologie
- USI et soins intensifs
- Oncologie urologique
- Andrologie
- Dysfonction d'évacuation
- Urogynécologie

Défis

Comme collaborateur à la mission clinique, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des nouvelles technologies d'un CHU, le département de Chirurgie s'efforce continuellement d'offrir des services de la plus haute qualité. L'implantation de la plus récente technologie, avec les meilleures retombées, et l'atteinte des normes internationales sont l'objectif principal du département, malgré l'environnement des soins de santé en constante évolution au Québec. Les défis auxquels fait face le département sont décrits ci-dessous :

- Étant donné son statut de CHU, le CUSM est souvent la dernière halte pour un patient devant consulter un spécialiste et avoir accès à une plate-forme technique. Il y a une attente sous-jacente selon laquelle les soins devraient être offerts dans des délais raisonnables et avec les meilleures retombées. Bien que la majorité des médecins voient seulement des patients référés, les

professionnels se sont engagés à soigner tous les patients faisant appel aux services du CUSM. Le modèle de référence actuel adopté par les médecins de familles et les généralistes est informel et basé sur des expériences précédentes et des échanges avec les spécialistes du CUSM, sans égard à la complexité des cas. L'objectif du département demeure de se concentrer d'abord sur les procédures de soins tertiaires et quaternaires nécessitant de l'expertise spécialisée et une plate-forme technique sophistiquée, tout en assurant de répondre aux besoins de la population, des étudiants et des chercheurs.

- Des efforts sont déjà déployés pour relocaliser un certain nombre d'activités de chirurgie d'un jour dans d'autres installations et chez des partenaires du réseau. Le transfert d'une grande proportion de ces activités nécessitera une campagne d'éducation considérable à tous les niveaux à travers le système de santé québécois pour s'assurer que la population ait accès aux services au bon endroit. De plus, le maintien de la rémunération et des bénéfices des médecins ne doit pas être souligné.
- L'affinité des patients, avec l'institution et avec le médecin traitant et l'équipe de soins de santé, doit être considérée afin de réorganiser de façon réussie les services. Pour réduire le nombre de cas moins complexes au CUSM, l'accès à d'autres établissements pour les chirurgiens du CUSM doit être facilité afin de garantir la prestation des soins nécessaires aux patients. Ceci demeure un défi majeur et nécessite d'être examiné avant de réduire davantage le plan actuel.
- En tant que CHU, le CUSM est responsable d'enseigner à un nombre grandissant d'étudiants de premier cycle, de résidents en formation et de stagiaires post-doctoraux. Pour ce faire, les étudiants doivent être exposés à la gamme complète des services et des interventions, avec un volume approprié et une bonne combinaison de patients. Tous les partenaires du réseau doivent contribuer aux efforts concertés pour assurer que les résidents aient l'opportunité de faire le tour des établissements communautaires avec leurs superviseurs pour réaliser des procédures chirurgicales appropriées à leur niveau de formation.
- Les défis en enseignement touchent également les chirurgiens. Afin de maintenir et de perfectionner leurs habiletés, et d'en développer de nouvelles à mesure que de nouvelles technologies sont disponibles, l'accès à un large éventail de cas est nécessaire. Il s'agit d'un objectif en constante évolution dans le domaine de l'enseignement chirurgical.



Neurosciences

Offre de services

Le CUSM offre présentement des services à tout le Québec et au Canada, et attire également des patients de l'extérieur du pays. En 2004-2005, au moins 60 % des patients admis à la mission des Neurosciences provenaient de l'extérieur du RUIS McGill, et 6 % de l'extérieur de la province. Pour cette même période, le CUSM a réalisé 24 % de toutes les procédures neurologiques pour la population du Québec. Ce profil unique reflète les références de programmes internationaux fort respectés en traitement de l'épilepsie et des tumeurs au cerveau, de programmes en stimulation cérébrale profonde et en neuromodulation pour la douleur chronique, et de cliniques hautement spécialisées qui traitent des maladies rares et leurs complications (sclérose latérale amyotrophique, syndrome post-polio, maladies neuromusculaires, etc.). De plus, la mission des Neurosciences offre une gamme complète de services en neurochirurgie générale et en neurologie par l'entremise du RUIS McGill. La mission des Neurosciences est centrée sur le patient, divisée en programmes, interdisciplinaire et complète, dû notamment à ses liens étroits avec la communauté.

La mission des Neurosciences du CUSM se considère comme une ressource nationale et elle entend continuer à offrir des soins de niveaux tertiaire et quaternaire aux patients du RUIS McGill ainsi qu'aux autres RUIS si nécessaire. Ainsi, la mission poursuit ses efforts afin que son statut supra-régional soit reconnu par le MSSS. Étant donné l'augmentation prévue de 25 % des patients en neurosciences, répondre aux demandes croissantes de la population vieillissante représentera un défi considérable. Les domaines suivants devraient ressentir cette augmentation : accident cérébrovasculaire, traumatisme cérébral, neuropsychiatrie fonctionnelle, tumeur au cerveau/neuro-oncologie, neurologie cognitive-comportementale, transition du développement neurologique, troubles neuromusculaires (particulièrement le nerf périphérique), sclérose en plaques, épilepsie et douleur chronique. Un rôle de leadership plus important pour la mission des neurosciences devra être développé quant à l'intégration croissante de la gestion des continuums de soins pour les maladies chroniques en collaboration avec ses partenaires.

Les possibilités de déléguer des activités neurochirurgicales à d'autres partenaires du RUIS McGill sont très limitées. Les exigences technologiques et infra-structurelles de tout programme neurochirurgical rend la décentralisation inabordable. D'ailleurs, le petit nombre relatif de programmes neurochirurgicaux rend la pratique solitaire ou en petit groupe non-durable. Au cours des dix dernières années, divers projets ont examiné la possibilité de réduire le nombre de centres neurochirurgicaux afin de concentrer l'expertise et la technologie. À noter que l'HNM effectue même des interventions non-complexes (ex : discectomies simples, laminectomies) avec un excellent rapport coût-efficacité et avec des durées de séjour bien inférieures aux objectifs du MSSS.

Présentement, 8 % des patients admis sont évalués comme des cas de complexité II ou III (28 % de niveau III/IV). Le niveau d'intensité relatif des ressources utilisées (NIRRU) moyen de ces patients (2,36) excède grandement celui de tous les autres domaines, ajoutant des charges importantes au personnel infirmier. Toutefois, en traitant des patients en neurosciences, la complexité des cas est difficile à définir et à interpréter. Par exemple, les accidents cérébrovasculaires sont une composante majeure de la neurologie générale et sont considérés de complexité relativement basse. Néanmoins, le traitement moderne des accidents cérébrovasculaires requiert un accès presque instantané à l'imagerie sophistiquée et la disponibilité immédiate de la radiologie interventionnelle, de la neurochirurgie et des soins intensifs. Des lignes directrices internationales délèguent la prestation de soins seulement aux centres d'accidents cérébrovasculaires avec des preuves étendues qu'une telle stratégie produit de meilleurs résultats.

Les problèmes simples survenant chez des patients porteurs de pathologies neurologiques complexes ne peuvent pas facilement être référés au réseau du RUIS. Ni le personnel médical, ni le personnel infirmier n'est à l'aise à traiter des diagnostics particuliers rarement rencontrés. Un patient atteint de sclérose en plaques en chimiothérapie, un patient atteint de sclérose latérale amyotrophique en ventilation à domicile et un patient atteint de la maladie du Parkinson avec un neuro-simulateur nécessitent tous des soins dans un environnement de niveau tertiaire pour leur problème de niveau primaire.



Structure administrative des neurosciences

Présentement, la mission des Neurosciences dispense ses services sur trois sites : l'HNM, l'HRV et l'HGM. La mission, entre autres, est représentée aux comités cliniques et administratifs des missions et se rapporte au directeur général du CUSM.

Le directeur général associé (DGA) des Neurosciences assume la responsabilité administrative de toutes les activités en neurosciences du CUSM. Pour les questions cliniques, le DGA se rapporte au directeur général du CUSM, et pour les questions d'enseignement, à la principale de McGill. Le DGA de la mission des Neurosciences est également le directeur de l'Institut neurologique de Montréal (INM).

Les départements cliniques de Neurologie et de Neurochirurgie sont dirigés par des chefs, nommés par le conseil d'administration du CUSM à la suite d'une recommandation par le Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP). Les chefs de département se rapportent directement au directeur des services professionnels du CUSM pour toutes questions d'ordre clinique.

Conformément aux termes de la participation de l'HNM à la fusion du CUSM en 1997, un comité consultatif distinct pour le Neuro se rapporte au Conseil d'administration du CUSM par l'entremise du DGA, qui occupera un siège à titre de représentant universitaire.

Des actions récentes ont mené à la création de départements uniques et propres à chaque hôpital en Neurologie et Neurochirurgie, et un département conjoint de Neurologie/neurochirurgie se rapportant à l'Université McGill. Une division de ce département a été proposée et est actuellement à l'étude par l'Université. Selon la configuration finale, les départements des hôpitaux et de l'Université se rapporteront au directeur de l'INM et de l'HNM et donc, au directeur général du CUSM et au doyen de la faculté de médecine de l'Université McGill.

Effectifs médicaux

Les effectifs actuels sont de treize (13) en Neurochirurgie, de sept (7) en Neuroanesthésie, de deux (2) en Neuroradiologie et de vingt-sept (27) en Neurologie.

Afin de s'acquitter de ses obligations cliniques, d'enseignement et de recherche, la mission des Neurosciences prévoit un besoin immédiat d'effectifs médicaux additionnels en Neurochirurgie (2), en Neuroanesthésie (1), en Neuroradiologie (1,5) et en Neurologie (3). Ces chiffres sont représentatifs de ses responsabilités supra-régionales (supra-RUIS).

On prévoit une augmentation de 25 % de la population de neurosciences du CUSM d'ici 2015 dû au vieillissement de la population et aux maladies neurologiques. Cette situation nécessite cinq (5) neurologistes et deux (2) neurochirurgiens additionnels, non inclus dans les effectifs médicaux énumérés plus haut.

Unités d'hospitalisation

À l'HNM, 42 % de toutes les hospitalisations résultent d'activités en neurologie—essentiellement, 30 des 72 lits (excluant l'USI). En raison de la complexité et de la nature des cas des patients, aucune diminution des durées moyennes de séjour n'est prévue à moins que les ressources du réseau permettent un transfert plus rapide des cas non-aigus (voir le tableau ci-bas). La mission des Neurosciences a déjà réalisé d'importants progrès des DMS grâce aux efforts concertés pour améliorer le flot interne des patients et l'accès à des installations de réhabilitation.



Sommaire des hospitalisations et du nombre de lits—actuel vs futur

La mission des Neurosciences fournit déjà un important volume de services de gravité clinique III et IV (près de 56 % des jours-présence en 2004-2005).

Hospitalisations et DMS par gravité clinique en neurosciences— actuel vs futur

| | 2004-2005 | | | | 2010-2015 | | | |
|----------------------|----------------|------------------|-------------|-----------------------|----------------|------------------|-------------|-----------------------|
| | Jours-présence | Hospitalisations | DMS | Lits-equiv (t.o. 85%) | Jours-présence | Hospitalisations | DMS | Lits-equiv (t.o. 85%) |
| Neurosciences | 31 564 | 2 729 | 11,6 | 102 | 27 923 | 2 407 | 11,6 | 90 |
| Gravité 1 | 4 449 | 892 | 5,0 | | 2 927 | 642 | 4,5 | |
| Gravité 2 | 9 459 | 1 171 | 8,1 | | 7 738 | 1 001 | 7,7 | |
| Gravité 3 | 8 793 | 442 | 19,9 | | 8 595 | 508 | 16,9 | |
| Gravité 4 | 8 862 | 223 | 39,7 | | 8 663 | 256 | 33,8 | |

Répartition des lits dressés— actuels vs futur

| | Lits dressés | | |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--|
| | <i>Lits actuels</i> 2005 | Campus Glen 2010-2015 | Pavillon Neuro du Campus de la Montagne 2010-2015 |
| Neurosciences adultes | 137 | 0 | 90 |
| Neurochirurgie | 125 | 0 | 40 |
| Neurologie | | 0 | 38 |
| Soins intensifs | 12 | 0 | 12 |

Aucun lit de réhabilitation n'a été planifié, bien que l'unité de réhabilitation des patients hospitalisés soit prévue selon le programme sur une des unités d'hospitalisation pour desservir les patients ayant besoin des services de réhabilitation en préparation d'un congé.

Unité de soins intensifs

L'Unité de soins intensifs (USI) neurologique, comprenant douze (12) lits, reflète le volume actuel d'activité (neuf (9) lits à l'HNM, trois (3) lits de neurotraumatologie à l'HGM). Les patients présentement admis à l'USI de l'HGM en neurochirurgie seraient ceux traités dans le futur par l'USI neurologique. Sa grandeur et sa spécialisation rendent sa désignation et sa mission rentables et centrées sur le patient. L'USI du Neuro fournit un programme de formation et continuera de se rapporter au directeur de la mission des Neurosciences.

La vision de l'USI est similaire au modèle existant (ex : très spécialisée pour optimiser les soins aux patients atteints de problèmes neurologiques/neurochirurgiques). La masse critique nécessaire existe pour soutenir une USI distincte qui se concentrera sur cette population particulière de patients. Cependant, l'infrastructure appropriée sera partagée avec les autres USI contiguës du CUSM.

Capacité requise des salles d'opération

- Le nombre d'interventions chirurgicales demeure le même (1 841 en 2004-2005) cependant le temps moyen consacré à une intervention augmentera (3,6h en 2004-05 à 4,3h).

L'attribution des salles d'opération est indiquée ci-bas :

| | Actuel 2006 | Campus de la Montagne Pavillon Neuro 2010-2015 |
|---------------------------|----------------|--|
| Salles d'opération | 4 | 6 |

Tous les cas de neurochirurgie seront consolidés au pavillon Neuro au Campus de la Montagne. Six salles d'opération seront attribuées à la mission neurosciences, dont une salle d'opération sera dédiée à l'IRM peropératoire et cinq salles seront dédiées à la neurochirurgie (cinq salles pour interventions majeures et une salle pour interventions mineures). Pour la justification du nombre de salles d'opération, voir la section du Plateau technique.



Services ambulatoires

Le tableau qui suit présente un sommaire des visites ambulatoires (cliniques externes et hôpitaux de jour) en neurosciences.

| Clinique | 2005-206 | 2010-2015 | | |
|--|---------------|---|---------------|--------------|
| | CUSM total | Pavillon Neuro du Campus de la Montagne | Site INM | Réseau |
| Neurochirurgie | 10 777 | 7 932 | 2 845 | |
| Neurochirurgie (médecins) | 4 424 | 4 424 | | |
| Neuro-trauma (médecins) | 1 896 | 1 896 | | |
| Clinique de la douleur ¹ | 1 528 | 1 528 | | |
| Clinique neurovasculaire | 84 | 84 | | |
| Clinique de pré-admission | 1 162 | | 1 162 | |
| Clinique de neuro-oncologie ² | 1 683 | | 1 683 | |
| Neurologie | 29 093 | 2 685 | 21 731 | 4 677 |
| Centre de jour Neuro | 4 475 | 2 685 | 1 790 | |
| Neurologie HNM | 19 015 | | 15 403 | 3 612 |
| Neurologie HGM | 5 603 | | 4 538 | 1 065 |
| Total | 39 870 | 10 617 | 24 576 | 4 677 |

Source : AS-478

¹ Les visites à la clinique de la douleur auront lieu au pavillon principal du Campus de la Montagne (pour rejoindre le programme de la douleur).

² Site INM : N'inclut pas les 750 visites infirmières

Plusieurs collaborations ont été développées ces dernières années entre l'HNM ainsi que ses partenaires de réhabilitation et ses hôpitaux référents. Ceci a mené à de nombreuses améliorations en soins aux patients, telles que des durées de séjour réduites, des transferts plus rapides aux hôpitaux de réhabilitation et des rapatriements d'hôpitaux référents. Des efforts continus suivront les développements et les responsabilités du RUIS, comme la gestion des patients souffrant d'accident cardiovasculaire.

La consolidation de services

Toutes les activités d'hospitalisation des neurosciences (qui prennent présentement place à l'HGM et à l'HNM) seront consolidées dans un nouveau pavillon Neuro au Campus hospitalier de la Montagne. La majeure partie des activités ambulatoires prendra place sur la rue Université au site actuel de l'HNM (site INM), tandis que des services de consultation seront offerts au Campus hospitalier Glen selon les besoins. Fidèle à son modèle historique reconnu, la recherche de base et clinique sera menée sur les deux campus.

De plus, cette démarche permettra de construire des chambres de patients et d'autres espaces cliniques conformes aux normes actuelles et de profiter d'un nouveau plateau technique moderne et libéré des contraintes et des limites imposées par les dimensions et les caractéristiques de l'HNM sur la rue Université. Dans l'intérêt de la mise en commun de la haute technologie, ce plateau technique sera partagé avec l'HGM.

Un total de six (6) salles de neurochirurgie est prévu (plus 11 générales) au campus de la Montagne. Le regroupement des salles d'opérations pour neurosciences sera attaché au bloc opératoire de l'HGM, mais administrativement autonome sous la mission des neurosciences, partageant les éléments infrastructureux



appropriés. On prévoit que certains programmes se partageront des salles d'opération du CUSM tel le programme intégré de pathologie rachidienne complexe (orthopédie et neurochirurgie). Il y aura des unités de soins d'hospitalisation et des lits de l'USI en neurosciences dans le pavillon et ceux-ci seront attenants aux unités de soins d'hospitalisation et à l'USI dans l'édifice de l'HGM afin d'offrir une flexibilité maximale en terme d'espace et de facilité de déplacement du personnel entre ces zones, tel que nécessaire.

Un laboratoire de sommeil sera aménagé au pavillon vu la nature des différentes populations et différents équipements ainsi que différentes expertises nécessaires à cette population. De plus, le Québec fait face à une énorme demande et a besoin de nouvelles capacités.

L'amphithéâtre de l'HGM sera partagé avec le Pavillon Neuro.

Le tableau qui suit indique les volumes actuels et prévus de EEG/EMG (y compris les volumes actuels liés aux laboratoires de l'HNM, de l'HGM, et du Allan Memorial, et à l'unité de monitoring à l'HNM).

| Description du sous-secteur | 2004-2005 | Projection des volumes d'activité 2010 - 2015 | Nombre de salles d'examens (HNM, HGM, et Allan Memorial) | Nombre de salles d'examens (Pavillon Neuro) |
|-----------------------------|-----------|---|--|---|
| EEG | 4 721 | 5 000 - 5 200 | 10 | 11 |
| EMG | 4 394 | 4 900 - 5 400 | | |

L'HNM (site INM)

L'HNM sur la rue Université conservera un volume d'activités ambulatoires suffisant, de manière à poursuivre sa collaboration avec l'INM puisque ces cliniques sont déjà construit et répondent raisonnablement aux normes modernes. La main-d'œuvre déployée serait équivalente peu importe le site. L'édifice, qui appartient à l'Université McGill, continuera d'être employé.

Une grande part des volumes ambulatoires de cas très spécialisés continuerait d'utiliser cette installation. Cette population participe souvent à des protocoles de recherche en cours, et, de la sorte, serait surveillée de près par l'équipe scientifique. De plus, plusieurs des cas extrêmement complexes sont suivis par des équipes multidisciplinaires qui continueront de travailler à ce site.

Ce site sera l'emplacement des cliniques externes en neurologie où seront consolidées les visites en épilepsie, en scléroses en plaques, en troubles de mouvement, en post-polio, et en prévention des ACV. De plus, les visites en neuro-oncologie (sauf les traitements qui auront lieu au Centre du cancer au Campus Glen), et en pré-admission auront lieu aussi sur la rue Université. La majorité de la recherche clinique en neurosciences restera sur place pour soutenir ces cliniques externes.

Santé des femmes

Vision

La vision à long terme du CUSM pour la mission de la Santé des femmes repose sur la création d'un centre de santé des femmes. En plus de maintenir son rôle de leader dans le domaine de la santé reproductive, le développement d'une installation offrant aux femmes une approche multidisciplinaire intégrée pour tous leurs besoins en santé est prévu.

Le modèle actuel en santé des femmes se concentre principalement sur les différents aspects de la reproduction féminine. Jusqu'au début des années 90, plusieurs études se sont penchées exclusivement sur des sujets masculins et la différence biologique de la femme n'était pas considérée. Il est maintenant reconnu que dans plusieurs situations médicales, les femmes réagissent de façon différente des hommes, et la majorité des données de recherche sur les maladies cardiaques, la dépression, le diabète et le cancer n'a jamais été adéquatement testée sur les femmes. Par exemple, les femmes présentent des symptômes d'une différence significative lors d'une attaque cardiaque, réagissent différemment à la médication contre la douleur et sont sujettes à souffrir de maladies dépressives durant la ménopause et la période post-partum. Les taux de morbidité et même de mortalité ont souvent été affectés négativement parce que les prestataires de soins ne reconnaissaient pas ces faits très fondamentaux.

En 1998, Mustard et des collègues ont publié une recherche dans le *New England Journal of Medicine* indiquant qu'après avoir écarté les conditions spécifiques au sexe, les femmes représentent près d'un tiers plus des dépenses en soins de santé que les hommes et les problèmes liés à la reproduction représentent seulement 22 % des dépenses en soins de santé des femmes.

Aux États-Unis, le National Institutes of Health (NIH) ont implanté 19 centres d'excellence en santé des femmes qui incluent plusieurs des meilleures institutions académiques en santé du pays.

Présentement, aucun centre académique de santé de classe mondiale dédié exclusivement à la santé des femmes n'existe au Canada; ainsi, le Projet de redéploiement du CUSM procure une excellente opportunité de positionner le CUSM comme installation prééminente en santé des femmes au pays. L'arrêt des activités du Centre de recherche sur les femmes à l'Université de Montréal a rendu cette situation particulièrement urgente au Québec, puisqu'il n'y a plus aucun centre d'excellence académique dans la province. De ce fait, la création d'un tel centre établirait le leadership du CUSM et de McGill dans un domaine de santé très important, et en expansion.

Des efforts sont déjà déployés pour incorporer un certain nombre de nouvelles cliniques spécialisées dont :

- La consultation pré-grossesse;
- Les maladies cardiaques et la grossesse;
- Les troubles du foie et la grossesse;
- Les maladies immunologiques et la grossesse;
- La douleur chronique pelvienne;
- Les fausses couches récurrentes;
- Le dépistage du cancer du sein et des ovaires;
- Les troubles de la vulve, l'endométriose;
- La contraception à risque élevé;
- La préservation de la fertilité en cancer;
- La médecine complémentaire et alternative;
- La clinique des femmes en santé; et
- La clinique pour les jeunes femmes entre 18 et 30 ans qui offre une continuité de soins pour les patients quittant les unités pédiatriques à 18 ans.



Les divisions de la mission de la Santé des femmes

- Obstétrique
- Gynécologie
- Gynécologie oncologique
- Périnatalogie et médecine fœtale maternelle (MFM)
- Centre de reproduction McGill

Effectifs

Actuellement, 30 postes existent en gynécologie obstétrique. Le CUSM prévoit maintenir le même nombre de postes en gynécologie obstétrique mais augmenter les effectifs médicaux en la spécialité de médecine fœtale maternelle, puisque les soins seront concentrés sur les cas d'obstétriques complexes (le volume duquel augmente). De plus, les effectifs du CUSM continueront à desservir leur clientèle dans le réseau.

Soins tertiaires

Dans la littérature médicale, le terme «soins tertiaires» signifie les soins disponibles en centre hospitalier universitaire, pour les personnes qui ne peuvent pas être adéquatement soignées par un médecin de famille ou dans un hôpital communautaire. Pour des raisons bien compréhensibles, la définition de «tertiaire» du MSSS ne vise que les activités d'hospitalisation et de chirurgie d'un jour ayant besoin de plateaux techniques coûteux. Selon cette définition, seulement la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie sont classées comme tertiaires. En conséquence, la grande majorité des services spécialisés du CUSM sont classés comme secondaires ou même primaires.

Toutefois, dans le cas de la gynécologie et l'obstétrique, les cas à risque élevé devraient être considérés des soins tertiaires et quaternaires en santé des femmes puisqu'ils requièrent une expertise basée sur les connaissances, l'expérience, l'interdisciplinarité, ainsi que des équipements à la fine pointe de la technologie.

Répartition de lits

Le tableau qui suit décrit le nombre de lits dressés actuels et requis. On prévoit une diminution du nombre de lits. Les admissions excédentaires que le CUSM ne pourra plus recevoir devront être desservies par les partenaires du RUIS McGill.

| | Lits dressés | | | |
|-------------|--------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| | Actuel | Montagne 2010-2015 | Glen 2010-2015 | Total 2010-2015 |
| Gynécologie | 24 | | 16 | 16 |
| Obstétrique | 45 | | 32 | 32 |

Les activités ambulatoires

| Clinique | 2005-2006 | 2010-2015 | |
|---------------------------------------|---------------|---------------------------|--------------|
| | CUSM total | 5100 de Maisonneuve O. | Réseau |
| Centre prénatal | 2 039 | 2 447 | |
| Clinique de gynécologie / obstétrique | 31 186 | 23 302 | 7 884 |
| Centre de reproduction McGill | 20 341 | 22 375 | |
| Total | 53 566 | 48 124 | 7 884 |



Sommaire des services diagnostiques et de traitement

| | Actuel | Campus Glen | 5100 de Maisonneuve O. |
|--|-----------|-------------|---------------------------|
| | 2004-2005 | 2010-2015 | |
| Salles d'op gynécologie | 1-2 | 1-2 | |
| Salles d'accouchement chirurgicale | 3 | 2 | |
| Salles de travail, d'accouchement et de réveil | 10 | 9 | |
| Salles d'op pour FIV | 2 | | 2 |
| Postes de réveil ¹ | 3 | 3 | |
| Postes de triage et d'évaluation ² | 3 | 3 | |
| Ultrasons obs ³ | 8 | | 7 |

¹un poste sera partagé entre triage/évaluation et réveil

²actuellement utilise d'autres espaces lors de débordement

³inclus le centre de fertilité dans actuel

Particularités des divisions du département de la Santé des femmes

Obstétrique

L'Obstétrique implique un continuum de soins qui débutent à la consultation pré-conceptuelle et couvrent les neuf mois de grossesse jusqu'à l'accouchement. À noter que la majorité des femmes ne débutent pas leur grossesse comme identifiées à risque élevé, mais que les problèmes sont seulement générés lors des dernières étapes de la grossesse ou durant l'accouchement. Bien qu'il soit important d'assurer un accès aux spécialistes pour toutes les femmes enceintes, le CUSM se concentrera sur les accouchements à risque élevé.

En 200-2005, le CUSM a assuré 3 615¹ accouchements. Le Projet de redéploiement prévoit accommoder 3 000 accouchements (32 lits) au Campus hospitalier Glen compte tenu qu'un centre satellite du CUSM, (ou plusieurs), sera développé dans les installations de partenaires. Bien que faisable, les défis liés à ce modèle ne doivent pas être sous-estimés. Dans un premier temps, il ne doit pas compromettre la capacité de maintenir une unité d'enseignement de niveau international, affecter la productivité académique ni limiter le recrutement et la rétention des résidents, des étudiants et des chercheurs. Enfin, pour accomplir ceci, un système efficace de référence est nécessaire pour garantir que les cas complexes d'obstétrique soient transférés au CUSM tôt dans la grossesse.

Le RUIS McGill doit prendre en charge cet enjeu de références du CH St. Mary et de l'HGJ et élargir les corridors de références pour l'obstétrique au CUSM.

À l'intérieur du réseau du RUIS, les centres de références sont organisés à l'Hôpital général de Lakeshore où certains des spécialistes en endocrinologie reproductive, en fertilité et en oncologie gynécologique auront des cliniques. Des arrangements semblables devraient également être considérés pour l'obstétrique à risque élevé et être étendus aux mêmes services aux autres hôpitaux du RUIS.

Gynécologie

Toutes les activités gynécologiques d'hospitalisation (16 lits) seront concentrées au Campus hospitalier Glen. Il est prévu qu'un oncologiste gynécologique et un urologue gynécologique de plus soient recrutés dans les deux prochaines années. Ceci augmentera la proportion des cas à risque élevé traités par la gynécologie comme fonction de soins tertiaires et quaternaires.

¹ Ce chiffre ne correspond pas avec celui de l'APR-DRG en raison d'une erreur dans la codification des cas dans l'APR-DRG.

Les activités cliniques ambulatoires dans ce domaine incluent la colposcopie, la gynécologie générale, la planification familiale, la douleur pelvienne, l'urogynécologie, les maladies transmises sexuellement, la ménopause et l'endométriose. Ces activités seront regroupées dans une installation adjacente et fonctionneront comme partie intégrante de la mission de santé des femmes. Pour suivre la mission de centre de soins tertiaires, des discussions sont en cours pour re-localiser l'unité d'avortement au Complexe de santé Reine-Élisabeth.

Toutes les procédures chirurgicales dans ce domaine seront centralisées dans les salles d'opération principales.

Gynécologie oncologique

Comme pour un centre de références tertiaires, les ressources ont été réorganisées afin de développer des services spécialisés au dépens de la gynécologie bénigne. Le programme de formation repose sur ces services pour une partie majeure de la formation chirurgicale des résidents. En plus des procédures d'oncologie gynécologique régulières, des procédures novatrices d'oncologie laparoscopique à effraction minimale ont été introduites. Des investissements majeurs ont été réalisés pour une base de données capable de compiler des données de suivi sur tous les patients traités au Centre. Le CUSM est un des rares centres hospitaliers universitaires au Canada fournissant des données complètes des résultats à la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO).

Le département a un programme de recherche prospère et compte plusieurs projets majeurs en cours qui devraient éventuellement contribuer à l'amélioration des soins en oncologie gynécologique. La collaboration étroite entre le département et le CRM a permis la création d'un programme novateur pour préserver la fertilité des patientes atteintes du cancer par la congélation rapide (vitrification) de leurs ovules avant qu'elles subissent des traitements cytotoxiques pour le cancer. Comme ces traitements rendent souvent les jeunes femmes infertiles, ce programme leur donne espoir de porter des enfants dans le futur, lorsque leur santé leur permettra.

L'oncologie gynécologique demeurera une force directrice du service de gynécologie et travaillera en tandem avec la mission d'Oncologie pour fournir des soins optimaux en oncologie.

Périnatalogie et médecine fœtale maternelle

À mesure que la transition vers le traitement de patients en obstétrique de niveau tertiaire évolue, les membres du personnel traitant qui quittent ou prennent leur retraite seront remplacés par des sous-spécialistes plutôt que des obstétriciens généraux. De même, à mesure que plus de praticiens de **médecine fœtale maternelle (MFM)** PTG seront embauchés, le volume des cas à risque élevé augmentera.

Le centre prénatal d'un jour soigne les femmes enceintes diabétiques sur une base ambulatoire, de l'identification à l'accouchement, et accepte les références de toute l'Île de Montréal et de plusieurs autres régions de la province. Les cliniques spécialisées suivantes sont basées dans le centre prénatal :

1. Grossesse diabétique
2. Hématologie obstétrique
3. Préconception
4. Fausses couches récurrentes
5. Troubles psychiatriques en grossesse
6. Problèmes médicaux généraux en grossesse
7. Troubles rénaux en grossesse (en attente d'espace pour relocaliser au centre prénatal)
8. Troubles neurologiques en grossesse
9. Troubles du tissu conjonctif en grossesse

Centre de reproduction McGill

Le CRM a été un atout formidable pour le département en terme d'activités académiques et, en seulement dix (10) ans d'existence, a réalisé plusieurs percées dans la reproduction assistée, dont :

- Le premier programme implanté de transport aérien de fécondation in-vitro (FIV) en Amérique du Nord;
- La première grossesse de transport aérien de FIV au monde;
- Le premier diagnostic réussi de pré-implantation (DPI) de la naissance au Canada;
- La première maturation in-vitro (MIV) au Canada;
- La première naissance de jumeaux MIV au monde;
- La première grossesse MIV/DPI au monde;
- La première grossesse par vitrification d'ovocytes au Canada; et
- La première grossesse par donation d'ovule MIV en Amérique du Nord.

En raison de cette réputation, une grande proportion de patients sont référés au CUSM de l'extérieur de la province. En fait, ce centre offre le seul programme de préservation de la fertilité au monde. Les activités du CRM seront localisées dans une installation adjacente au Campus Glen.



Santé Mentale

Vision

La vision de la mission de Santé mentale est orientée par le *Plan d'action en santé mentale*, la nouvelle initiative du MSSS. Ce plan d'action représente un changement dramatique dans la prestation de services à ceux atteints de maladie mentale, de même qu'une redéfinition des rôles des services de première ligne dans la communauté, et des centres secondaires et tertiaires, dont le CHU.

Avec l'implantation du *Plan d'action en santé mentale*, le rôle clinique de la mission de Santé mentale ne sera plus d'offrir tous les services à tous les clients. Son nouveau rôle sera celui d'un centre de deuxième et de troisième ligne offrant un soutien clinique à un réseau de partenaires communautaires. Le rôle académique de la mission, à l'intérieur du CHU, sera renforcé alors que nous nous concentrerons sur les cas complexes et le développement de pratiques novatrices, et sur notre rôle d'enseignement accru.

Principes directeurs

L'**individu** est le pilier des soins en santé mentale, qui sont orientés selon ses besoins :

- L'individu est considéré dans un contexte bio-psycho-social et spirituel;
- Les soins en santé mentale sont livrés à l'individu à l'intérieur du contexte de sa famille, de ses proches et de sa communauté; et
- Les droits, les forces et les besoins de l'individu sont reconnus.

La **prestation** des soins en santé mentale est basée sur :

- Des standards et des connaissances acceptées et basées sur des preuves;
- L'innovation et le développement de connaissances et de preuves;
- L'évaluation de la prestation;
- Un réseau de modèle de soins;
- Un continuum de services et de prestataires interdépendants qui planifient ensemble les systèmes de prestation de soins—services (primaires, stables ou chroniques) qui permettent un soutien des services communautaires, un accès rapide aux services pour les malades et une diminution de la durée des séjours;
- Une ouverture de la communauté, ce qui inclut le secteur identifié du CUSM et sa mission de soins tertiaires; et
- Le recrutement de personnel selon les besoins prioritaires des services.

Les soins en santé mentale sont rehaussés par sa mission **académique** qui comprend :

- La recherche;
- L'éducation; et
- L'identification des axes de développement.

Les soins en santé mentale incluent un **environnement** pour le personnel qui est :

- Sécuritaire et sain;
- Transparent et responsable; et
- Stimulant au niveau académique.

Transition

L'implantation du *Plan d'action en santé mentale* devrait être complétée d'ici 2010. Comme cet échéancier coïncide avec le redéploiement du CUSM et la redéfinition de son orientation, nous avons une vision claire d'où la mission sera située d'ici la fin de cette période de transition.

À court terme, il y aura une réaffectation des ressources des soins ambulatoires et des services d'hospitalisation aux CSSS. Dans la pratique, on planifie une importante diminution des opérations cliniques. Présentement, les services ambulatoires comptent 57 professionnels. Ce nombre sera réduit à 28 d'ici 2007-2008. De même, on compte 61 lits d'hospitalisation sur les deux sites pour adultes, nombre qui sera réduit à

42, avec une prévision de 10 lits additionnels qui seront dédiés aux patients anglophones provenant de la Montérégie.

Ces transferts de ressources sont détaillés dans le tableau suivant :

Partenaires

| | Personnel | Lits |
|--|-----------|-------|
| Ressources actuelles du CUSM | 57 | 61 |
| Transfert au CSSS de la Montagne | 10 | 0 |
| Transfert au CSSS Cavendish | 16,5 | 0 |
| Transfert au CSSS Ouest de l'Île | 4,6 | 16,7 |
| Restant | 25,9 | 44,3 |
| Transfert de 2,7 lits en 2,3 personnel | + 2,3 | - 2,7 |
| Ressources prévues du CUSM | 28,2 | 41,6 |
| CSSS de la Montagne | 18,9 | 26,6 |
| Hors région | 6 | 11 |
| Dépendances | 3,3 | 4 |

La mission de Santé mentale sera responsable de la prestation de soins cliniques à de nombreux partenaires communautaires. Nous développons présentement des partenariats avec le CSSS de la Montagne pour lequel le CUSM et le CH St. Mary seront conjointement responsable de la prestation de soins secondaires, et pour lequel le CUSM sera l'unique responsable des soins tertiaires. De même, nous fournirons un soutien tertiaire au CH St. Mary.

De plus, nous renégocierons des ententes existantes avec l'Agence de la Montérégie pour s'assurer que nous continuions à offrir le soutien de première, de deuxième et de troisième ligne pour la population anglophone de la Montérégie. Cette renégociation se fait dans le cadre de la diminution des ressources attribuées au CUSM par l'Agence de Montréal pour les services à cette population.

Finalement, les hôpitaux du RUIS McGill développeront une entente pour assurer que les activités du RUIS soient partagées par les cinq hôpitaux McGill. Le CUSM et l'Hôpital Douglas seront au cœur du développement et de la coordination de ces services avec des ressources provenant de tous les centres. La négociation des services psychiatriques de sous-spécialité du réseau McGill, particulièrement entre le CUSM et l'Hôpital Douglas, est de grande importance pour assurer une complémentarité des programmes entre nos centres respectifs d'excellence.

Impact sur le volume des activités cliniques

Présentement la mission de Santé mentale fournit des soins à un secteur de population de 211 000 personnes. Avec les nouveaux partenariats, le secteur direct de responsabilité du CUSM chutera à 138 000, sans considérer les activités additionnelles du RUIS. Ceci aura un important impact sur nos activités cliniques.

Selon les estimations, les visites ambulatoires passeront de 67 000 à 49 000. Ceci suppose une réduction de 30 % des activités de ce secteur qui seront transférées aux CSSS, et aucun changement d'activités pour le secteur des dépendances pour lequel nous sommes le seul prestataire de services pour les Anglophones au Québec.

Les admissions d'hospitalisation diminueront également. L'estimation des admissions est plus problématique puisque les 42 lits alloués incluent seulement 11 lits pour les Anglophones de la Montérégie et non les 21 qui

seraient requis. La meilleure estimation pour le nombre annuel d'admissions projette une réduction de 674 à 580.

Impact sur la gamme des activités cliniques et académiques

La mission de Santé mentale redéfinira la gamme d'activités cliniques en fonction du *Plan d'action en santé mentale*. Les services ambulatoires seront offerts à la fois dans la communauté et à l'intérieur du CUSM. Un guichet unique avec le CSSS sera développé compte tenu du mouvement probable des services à court terme et de crise dans la communauté. Des ressources médicales seront allouées pour assurer la disponibilité de psychiatres répondants au CSSS et au GMF dans la communauté. Les services sur le site seront divisés en six programmes majeurs : dépendances, troubles d'anxiété, troubles d'humeur, troubles de la personnalité, schizophrénie et troubles de spectres-psychotiques, et psychogériatrie. Ces programmes se concentreront sur les soins complexes et les approches de traitements novatrices. Ainsi, les programmes intégreront directement dans la structure du programme l'enseignement et les activités de recherche.

À la suite de la clarification des activités du RUIS entre les hôpitaux McGill, certaines activités cliniques seront transférées dans des centres spécifiques. Ceci sera fait selon le principe de complémentarité pour assurer une masse critique d'expertise afin de développer un centre d'excellence. Le site unique des troubles alimentaires à l'Hôpital Douglas et le site unique des dépendances au CUSM en sont deux exemples. Pour la plupart des troubles, nous prévoyons des sites multiples avec une coordination par le RUIS des activités académiques et cliniques.



Oncologie

Centre intégré du cancer du CUSM

Le CUSM est le cœur-nyau du RUIS McGill en ce qui concerne les services d'oncologie. Son centre intégré de cancer fournit un ensemble de service diagnostique, de traitement, de réadaptation, et de soins palliatifs pour les adultes, ainsi que la recherche, la formation académique, et l'évaluation des nouvelles technologies et pratiques. * Les activités de recherche clinique sont importantes et intimement liées aux soins en oncologie. En tant que CHU, le CUSM sera le centre majeur des protocoles de recherche clinique liés au cancer pour le RUIS McGill. Le CUSM travail étroitement avec la Direction de lutte contre le cancer pour confirmer le statut du centre tertiaire supra régional quant à ses activités en oncologie. Cette démarche est présentement en cours. En parallèle, le sous-comité d'oncologie du RUIS McGill évaluera la partage des activités d'oncologie entre les hôpitaux McGill. Le PFT sera adapté en fonction de ces décisions.

La mission d'Oncologie du CUSM a été créée au printemps 2006. Cette approche programmatique démontre l'importance renouvelée des soins oncologiques pour le CUSM. Une nouvelle direction assure une vision progressive et des initiatives innovatrices. Le chef de la mission, les directeurs médicaux d'oncologie, de radio-oncologie, d'hématologie, des soins palliatifs et la directrice associée de soins infirmiers, en oncologie et soins palliatifs fournissent un leadership fort.

Le centre du cancer sera situé au Campus hospitalier Glen pour une meilleure accessibilité et puisque l'HGM ne permet pas d'accueillir l'ensemble de l'important volume d'activités en oncologie. Ce centre comprendra les cliniques d'oncologie multidisciplinaires, l'unité de radiothérapie, les hôpitaux de jour en oncologie médicale et en soins palliatifs, une pharmacie satellite pour soutenir les activités de ces hôpitaux de jour, l'imagerie médicale, un centre de prélèvement, ainsi qu'une unité de recherche clinique, le registre des tumeurs, le centre d'information et de ressources en santé, et les bureaux pour médecins-enseignants et autres professionnels de la santé.

Offre de services

Le CUSM est un grand prestataire de soins à Montréal en ce qui a trait au nombre de patients traités contre le cancer. La plupart de ses patients proviennent de Montréal et un certain nombre est référé de tout le Québec pour des expertises non disponibles ailleurs (par exemple la musculosquelettique). De plus, le CUSM voit presque la totalité des patients des régions 17 (Kativik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James).

La mission d'Oncologie vise à réduire la prévalence de la maladie, le taux de mortalité ainsi que les coûts connexes par diverses initiatives telles que la mise en place et l'établissement de lignes directrices pour la pratique clinique ainsi que d'un réseau de santé intégré, de concert avec les partenaires de la collectivité des soins de santé.

Pour atteindre ces objectifs, on prévoit :

- L'uniformisation et la mise en œuvre de lignes directrices pour la pratique clinique en fonction de chaque équipe interdisciplinaire consacrée à un siège tumoral;
- La communication et la diffusion des lignes directrices aux prestataires communautaires de soins de santé ainsi qu'un soutien de l'équipe interdisciplinaire par des visites ou des communications électroniques;
- La standardisation des traitements et du protocole de chimiothérapie, qui existe en format électronique;
- L'intégration des données au registre des tumeurs afin d'évaluer les résultats des interventions cliniques; et

* Certains soins seront offerts aux enfants et aux adolescents au centre du cancer tels que la radiothérapie et la clinique spécialisée pour les jeunes adultes. Autrement, les soins seront offerts à l'HME.

- L'implantation générale du rôle d'infirmière pivot dans le but de fournir aux patients atteints de cancer et à leur famille une personne-ressource à toutes les étapes de la maladie et l'accès accru à l'expertise spécialisée de l'infirmière en oncologie.

Aperçu du continuum des soins

Services de prévention et de dépistage

Les cliniques de dépistage suivantes seront situées au 5100 boulevard de Maisonneuve Ouest, qui est connexe au centre du cancer au Campus Glen :

Génétique du cancer

Une clinique de cancer héréditaire offre l'évaluation du risque héréditaire pour les personnes ayant une famille avec un historique particulier ainsi que les tests d'investigations lorsque disponibles et appropriés.

Clinique d'abandon du tabac

Elle offre un soutien global aux patients atteints de cancer du poumon par des interventions individuelles ou de groupes.

Programme de dépistage du cancer du sein

Le CUSM fonctionne à titre de centre de référence pour investigation (CRID) et de centre de dépistage désigné (CDD) depuis 1998. La clinique du sein des Cèdres est en discussion avec l'Agence pour transférer les activités de dépistage primaire au réseau et fournir le dépistage secondaire. Ce transfert d'activités permettrait à la clinique du sein des Cèdres de se concentrer sur les maladies malignes.

Programmes de prévention et de dépistage du cancer de la prostate

Le Service d'urologie effectue des tests de dépistage du cancer de la prostate au Centre de traitement du cancer de la prostate de McGill, où quelque 500 patients subissent une biopsie chaque année pour le dépistage précoce du cancer de la prostate. Ce service participe à une étude de grande envergure Nord Américaine, subventionné par le NIH, qui évalue l'efficacité des tests précoces de prévention.

Programme de prévention et de dépistage du cancer colorectal

Les chirurgiens et les gastro-entérologues s'impliquent activement dans les tests de prévention et dans les essais cliniques de prévention du cancer du côlon. Le CUSM a également agrandi son unité de coloscopie afin d'intensifier ses interventions de prévention du cancer colorectal et d'améliorer le suivi des cancers.

Programme de prévention et de dépistage du cancer gynécologique

L'équipe de gynéco-oncologie participe aux études internationales qui visent à prévenir le cancer du col utérin en utilisant des vaccins contre le virus HPV et assure les services d'investigation et de traitement pour les stades précancéreux des cancers gynécologiques. Les efforts sont dirigés vers la recherche de méthodes de diagnostic de plus en plus précoce pour les cancers gynécologiques

Investigation

La période d'investigation requiert la collaboration de nombreux services :

Services d'imagerie médicale

Le CUSM offre la gamme des services nécessaires en imagerie médicale incluant l'échographie, le scanner CT, l'IRM, et le TEP-CT, ainsi que des services d'investigation et de traitement en médecine nucléaire pour les populations de patients adultes et pédiatriques. La gamme d'imagerie médicale sera offerte au département d'imagerie médicale (y compris la médecine nucléaire) qui sera situé à l'hôpital adulte.

Services de pathologie

Les services de pathologie sont offerts par site tumoral.

Support

Registre des tumeurs (registre des cancers des Cèdres)

Créé en 1949, le registre des tumeurs du CUSM regroupe, en une base de données unique, l'information des cinq hôpitaux et se sert de logiciels compatibles avec ceux utilisés dans le reste du Canada et aux États-Unis, permettant ainsi d'effectuer des comparaisons nationales et internationales.

Télé-santé

Le CUSM développe de façon très active des services de télé-santé dans le but d'assurer des soins cliniques aux partenaires incluant ceux qui pratiquent en régions isolées du Québec. Certaines activités éducationnelles (ex : les rencontres hebdomadaires en radio-oncologie) et administratives sont déjà « en ligne ». Le télécomité des tumeurs en uro-oncologie prend place chaque mardi avec la participation de radio-oncologues et d'urologues du CSSS Gatineau, de la Montérégie et de l'Abitibi-Témiscamingue. D'autres comités des tumeurs (oncologie musculosquelettique, gynécologie) sont en développement ainsi que d'autres programmes tels que la téléradio-oncologie (assurance qualité), les soins infirmiers et les soins palliatifs (soutien, formation, discussions des cas) et la télé-pharmacie (soutien, formation).

Le département d'épidémiologie et l'unité d'évaluation de la technologie soutiennent les efforts en oncologie et en recherche.

Traitement

Les unités d'hospitalisation

Tous les soins hospitaliers en oncologie seront regroupés au Campus Glen, y compris les soins adultes et pédiatriques, sur des unités dédiées au traitement du cancer et aux soins palliatifs. Les soins pour adultes seront regroupés au pavillon adulte et les soins pédiatriques à l'HME du CUSM. Le service d'oncologie chirurgicale se divise selon les sous-spécialités liées au siège tumoral du cancer (par exemple la gynécologie, la tête et le cou, l'urologie, l'orthopédie, etc.) et offre une gamme des soins et de services tertiaires et quaternaires en oncologie chirurgicale.

Divisions de la mission d'Oncologie

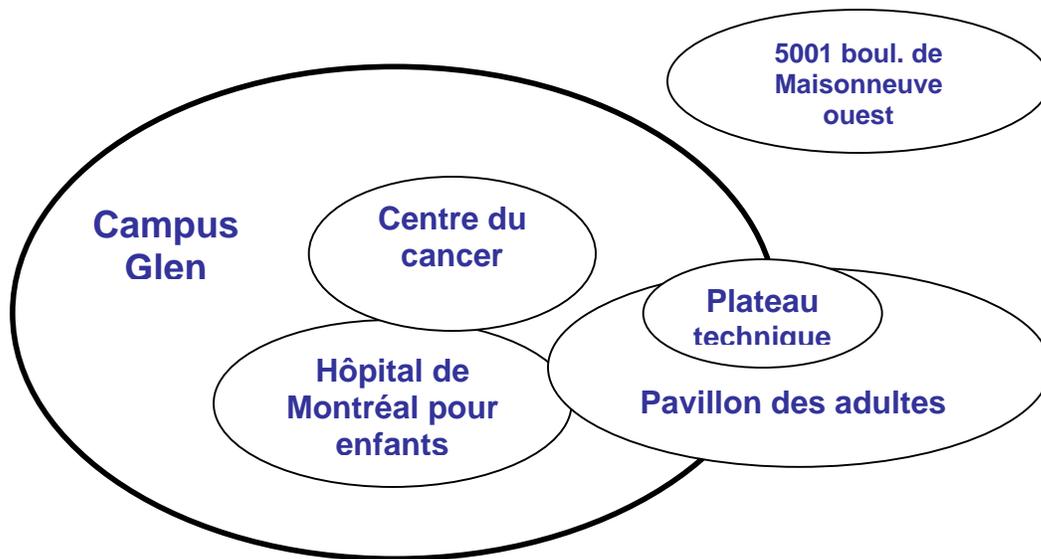
Les divisions de la mission d'Oncologie sont :

- Oncologie/hématologie;
- Radio-oncologie; et
- Soins palliatifs

Les contiguïtés clés seront respectées grâce à la proximité du centre du cancer avec les unités de soins hospitaliers et les sites connexes. L'élimination des pavillons ambulatoires du plan directeur du Campus Glen (par le délestage d'importants volumes d'activités ambulatoires hors site) permettra un meilleur rapprochement physique des diverses composantes de la mission d'oncologie. La fonctionnalité des divers bâtiments sera assurée par la disposition des pavillons et des liens horizontaux. L'architecte maître sera chargé de cette tâche.



Le schéma qui suit indique la relation entre ces quatre éléments majeurs de la mission d'Oncologie.



Effectifs

Le tableau suivant détaille les effectifs actuels et futurs de la mission d'Oncologie et reste à valider :

| | 2005-2006 | | 2010-2015 |
|--------------------|-----------|----------|------------------------|
| | Actifs | Associés | |
| Hématologie | 12 | 5 | |
| Oncologie médicale | 14 | 5 | |
| Radio oncologie | 14 | 2 | 2010 - 17 2015 - 23 |
| Soins palliatifs | 8 | 3 | |

Soins tertiaires et RUIS

Le CUSM adopte la définition de soins tertiaires et quaternaires fournie par la Direction de la lutte contre le cancer (voir en annexe).

La mission d'Oncologie du CUSM se concentrera sur les soins tertiaires, l'enseignement et la recherche, tout en transférant ses connaissances à la communauté devant prendre en charge les soins oncologiques primaires et secondaires. Ce transfert ne pourra fonctionner que si les hôpitaux du RUIS McGill absorbent les volumes que le CUSM devra déléster. Étant donné que le nombre de cas de cancer doit augmenter de façon exponentielle en raison du vieillissement de la population et du dépistage plus rapide de plusieurs cancers, un plan intra-RUIS bien coordonné est primordial.

Sommaire du nombre de lits dressés et de lits requis

Le tableau qui suit décrit le nombre de lits dressés actuels et requis au campus Glen.

| Médecine | Lits dressés | |
|-----------------------|---------------------|-------------------|
| | HGM & HRV Actuel | Glen 2010-2015 |
| Soins palliatifs | 16 | 12 |
| Hématologie/oncologie | 35 | 27 |
| Total | 51 | 39 |

Services ambulatoires du centre du cancer

Le tableau suivant décrit les volumes d'activités actuels et futurs du centre du cancer.

| Centre du cancer | Visites / traitements actuels | Visites / traitements prévus | Salles d'examen / de traitement prévues |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| | CUSM Total 2005-2006 | Glen 2010-2015 | Glen 2010-2015 |
| Aire des cliniques ambulatoires | 58 139 | 59 996 | 23* |
| Clinique d'oncologie (visites) | 46 531 | 46 531 | 15 |
| Radio-oncologie (consultations et suivis) | 11 608 | 13 465 | 8 |
| Aire des hôpitaux de jour | 23 427 | 29 146 | 61 |
| Hôpital de jour d'oncologie (traitements) | 19 806 | 24 800 | 50 |
| Hôpital de jour et clinique de soins palliatifs (traitements et visites) | 3 621 | 4 346 | 11 |
| Unité de radiothérapie | | | |
| Traitements externes (voûtes pour accélérateur) | 36 469 | 42 278 | 7 |
| Curiéthérapies | 749 | 868 | 2 |
| Total des traitements | 37 218 | 43 146 | |
| Examens intra-traitements | 8 000 | 9 274 | |
| Planification du traitement | 4 862 | 5 636 | |
| Total des visites | 12 862 | 14 910 | 8 |
| Voûte pour accélérateur (recherche et traitement futur) | | | 1 |

Source : AS-478 (2005-2006 volumes des cliniques et des hôpitaux de jour)

Notez que les visites reliées à l'oncologie médicale et à la radiothérapie pour tous les cancers sont incluses dans le nombre prévu de visites aux cliniques du centre du cancer et à l'hôpital de jour. Cependant, les visites reliées à l'oncologie chirurgicale et certains cliniques multidisciplinaires sont exclus et auront lieu à 5100 de Maisonneuve. Ils sont traités dans la section de chirurgie du Plan clinique. Ces volumes comprennent les visites de sarcome et sarcome rétropéritonéal, hépato-pancréato-biliaire, base du crâne, cerveau et SNC, sein, poumon, gynécologique, gastro-intestinal supérieur, tête et cou (sphère ORL), génétiques, génito-urinaire, et clinique de suivi à long terme.

* Ces espaces font l'objet de discussions et éventuellement de révisions.

Seul les volumes associés aux cliniques multidisciplinaires suivantes sont inclus dans le tableau ci-dessus :

- Gynécologie;
- Poumon;
- Lymphome;
- M. fongoides;
- Clinique spécialisée pour les jeunes adultes;
- Mélanome ;
- Clinique spécialisée en réadaptation; et
- Clinique spécialisée de lymphoédème secondaire.

Cliniques spécialisées du centre du cancer

Clinique spécialisée en réadaptation

Le programme conçoit et offre des interventions en nutrition et en réadaptation pour les patients atteints de cancer lors de pertes d'appétit, de poids, de mobilité, de fatigue et d'autres symptômes.

Clinique de lymphoédème secondaire

Ce service offre de la consultation, établit le plan de traitement et coordonne les références aux professionnels appropriés.

Clinique de la douleur

Entre 25 % et 36 % des consultations sont fournies à des patients en oncologie.

Clinique de suivi à long terme

Cette équipe répond aux problèmes de survie, de fertilité, de sexualité et d'image de soi qui sont associés à cette clientèle.

Clinique spécialisée pour les jeunes adultes

Il est de plus en plus reconnu que cette clientèle se présente avec des problèmes spécifiques que le monde médical ni adulte ni pédiatrique n'est en mesure de résoudre.

Particularités des divisions de la mission d'Oncologie

Des équipes interdisciplinaires prodiguent des soins aux patients et à leur famille, leur mandat étant de fournir des traitements de pointe contre le cancer ainsi que des soins de soutien. Le CUSM compte onze équipes interdisciplinaires dédiées à des sièges tumoraux précis de cancer. Plusieurs équipes très spécialisées permettent au CUSM de se distinguer (ex : en musculosquelettique, en hépatobilio-pancréatique, en système nerveux central, et en mélanome) et offrent des soins et une expertise qui sont souvent inexistantes ailleurs au Québec.

Dans le cas d'autres cancers (ex : poumon, tête et cou, appareil digestif, hématologie, génito-urinaire, gynécologie-oncologie, et sein), il est essentiel d'avoir accès à une équipe interdisciplinaire d'experts (voir annexe III) qui puisse recourir aux différentes technologies requises par l'état de santé des patients. Les traitements nécessitant des soins tertiaires et quaternaires sont complexes.

La plupart des soins et des services de ces équipes interdisciplinaires seront disponibles au centre du cancer. Certaines cliniques d'oncologie chirurgicale seront situées sur un site connexe au Campus Glen, mais tous les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie seront offerts au centre du cancer. Par exemple, une femme diagnostiquée avec un cancer du sein à la clinique du sein des Cèdres bénéficiera d'une intervention chirurgicale au pavillon des adultes au Campus Glen, et par la suite, recevra ses traitements de chimiothérapie et de radiothérapie au centre du cancer, entourée d'une équipe interdisciplinaire, d'un centre d'information et de ressources en santé, de bénévoles, d'un centre de prélèvement, etc. Le centre du sein sera situé au 5100 boulevard de Maisonneuve Ouest (connexe au centre du cancer) et travaillera en étroite collaboration avec l'équipe traitante de celui-ci.

Oncologie/hématologie

Un hôpital de jour et des cliniques en oncologie médicale seront situés au centre du cancer au Campus Glen. Des traitements de chimiothérapie et autres (ex : transfusions, ponction de liquide ascitique) y seront offerts aux patients atteints de cancer. Malgré l'augmentation prévue de 3 % par année de nouveaux cas, aucune augmentation des volumes de consultations externes n'est prévue, étant donné les prévisions pour transférer les connaissances au réseau pour permettre ensuite un transfert des cas moins complexes. Cependant, une augmentation importante des volumes de traitements (25 %) est prévue en raison de la complexité de ces interventions qui nécessitent des interventions en milieu CHU et du nombre croissant de thérapies adjuvantes.

Les oncologues médicaux, les infirmières, les pharmaciens et les bénévoles travaillent en étroite collaboration afin de répondre aux besoins des patients lors des traitements de chimiothérapie qui ne cessent de se complexifier. L'introduction des guides de pratiques ainsi que des ordonnances de chimiothérapie standardisée est en cours. L'enseignement des effets secondaires et le suivi des symptômes sont cruciaux durant cet épisode de soins et plusieurs outils d'enseignement et de suivi ont été élaborés.

La recherche clinique du centre du cancer du CUSM, coordonne la participation des patients dans des projets de recherche clinique et assure une documentation appropriée ainsi que le respect des règlements.



Radio-oncologie

Un programme commun de radio-oncologie CUSM/HGJ est en place depuis 30 ans. De plus, en tant que responsable des services de radio-oncologie pour le RUIS McGill le chef du département de radio-oncologie au CUSM travaille en étroite collaboration avec le CSSS Gatineau. Le CUSM travaille également avec le CHUM pour rationaliser les services sur-spécialisés en radio-oncologie (ex : l'irradiation pancorporelle pour adultes et enfants au CUSM, la curiethérapie permanente avec grains d'iode pour les patients atteints d'un cancer de la prostate). Le CUSM offre plusieurs services hautement spécialisés tels que la radio-chirurgie, la radiothérapie stéréotaxique, l'irradiation pancorporelle par protons et par électrons, et la curiethérapie novatrice de haut débit.

Les membres du département de radio-oncologie sont activement impliqués dans la recherche en différents domaines, dont :

- La recherche clinique, comprenant les études pilotes et la phase III;
- Les essais aléatoires;
- L'évaluation des nouvelles technologies et techniques de traitement;
- La recherche en physique sur le traitement numérique de l'image et la dosimétrie de rayonnement; et
- La recherche de laboratoire en mécanismes de réparation par rayonnement et en interaction chimiothérapie-radiothérapie.

Services de soins palliatifs

En 1975, l'HRV a instauré son service de soins palliatifs en ouvrant la première unité au Canada. En 1996, ce service a continué d'innover en inaugurant un hôpital de soins palliatifs de jour et la création d'un continuum de soins en partenariat avec cinq CLSC.

Le service de soins palliatifs comprendra un hôpital de jour, un service de consultation et une unité de douze lits. Ces lits sont prévus au Campus Glen parce que cette unité de soins palliatifs (USP) est une unité d'enseignement de soins tertiaires qui dessert la population adulte du CUSM. L'USP est la seule à fournir des diagnostics agressifs, le traitement des symptômes aigus et du soutien psychologique intensif pour stabiliser l'état du patient et le supporter (ainsi que sa famille) afin qu'il retourne à la maison dès que possible ou qu'il soit transféré à une USI communautaire ou à un hospice. Bien que certains patients demeurent à l'unité jusqu'à leur mort, la majorité des patients reçoit son congé avec un soutien du CLSC ou de l'hôpital de jour, et si possible, est transférée aux ressources de la communauté, comme Mont Sinai, la Résidence de soins palliatifs de l'Ouest de l'Île, Notre-Dame-de-la-Merci, et Victor Gadbois.

L'équipe multidisciplinaire de ce service est spécialisée dans la gestion des douleurs complexes, des symptômes de fin de vie et des difficultés psychosociales. Elle offre également un programme d'aide aux familles en deuil. En 2004-2005, le service a offert 1 331 consultations en soins palliatifs et accueilli 360 patients hospitalisés.

Unité de recherche clinique

L'unité de recherche clinique appuie les efforts de recherche clinique du centre du cancer du CUSM, en coordonnant la participation des patients dans des projets de recherche clinique et en assurant la documentation appropriée du projet et le respect des règlements. Les activités comprennent la gestion des dossiers des patients pendant la durée de chaque projet de recherche; le respect des exigences de déclaration et des règlements; l'entrevue des patients et la préparation du rapport des résultats; la gestion des fournitures et des médicaments qui se rapportent aux essais cliniques; et le prélèvement, le traitement et l'entreposage d'échantillons. La dotation actuelle comprend 12 gestionnaires de données (y compris ceux qui sont en radio-oncologie) et 6 coordonnateurs de l'étude NSABP. Les études de la Phase I auront ultérieurement lieu dans le Centre de médecine innovatrice.

Formation académique

Le Campus Glen sera aménagé de façon à prendre en charge tous les étudiants et les stagiaires en oncologie, tant aux unités de soins hospitaliers qu'à externe. Les unités de soins hospitaliers comprendront



des salles de conférence, des alcôves pour l'enseignement, ainsi que des bureaux réservés aux infirmières cliniciennes spécialisées et aux éducateurs en soins infirmiers. Le centre du cancer comprendra des salles d'équipe, des salles de conférence, des salles de consultation, et des bureaux et postes de travail polyvalents pour résidents, étudiants et stagiaires de tout genre, ainsi que des bureaux dédiés aux infirmières cliniciennes spécialisées, aux éducateurs en soins infirmiers, aux résidents, aux fellows et aux médecins-enseignants.

Voir l'annexe V - Formation académique en oncologie pour les détails concernant la formation académique et les différentes disciplines de la santé.



Hôpital de Montréal pour enfants—Mission pédiatrique

Introduction

L'HME est un chef de file en prestation de soins humanistes de qualité, appuyés par des données probantes, ainsi qu'en utilisation de traitements et de technologies novateurs et de pointe. Les équipes intégrées de soins de santé de l'HME adaptent les installations, les comportements organisationnels et les procédés de travail afin de créer des environnements propices à la guérison qui rehaussent la qualité des soins aux patients et la vie professionnelle.

En travaillant étroitement avec les partenaires de la communauté, le RUIS McGill et le réseau de santé québécois pour assurer une approche de soins cohérente aux enfants et à leur famille, l'HME s'engage dans la vision du MSSS face à la hiérarchisation des services. L'HME est conscient de ses obligations de :

« Axer leurs activités d'enseignement, de recherche et de services sur les problèmes prioritaires en matière de santé de la communauté, de la région et de la nation...(qu'elle a)...le droit de servir. » OMS – Imputabilité sociale

La vision stratégique et les objectifs décrits plus bas permettront à l'HME de développer des secteurs d'expertise uniques et d'être partenaire d'un vaste système de soins pédiatriques au Québec.

Vision stratégique

L'HME, un leader international parmi les hôpitaux pédiatriques académiques, sera l'hôpital de choix au Québec pour les soins pédiatriques spécialisés, sans égard à la culture ou à la langue du patient. Il sera reconnu internationalement pour son excellence en soins, en enseignement et en recherche. Il sera un leader mondial en développement, en implantation et en évaluation des soins pédiatriques novateurs ainsi qu'en intégration des soins au cycle de vie. L'approche humaniste des soins aux patients (caring)* et l'innovation sont nos marques d'excellence.

Objectifs stratégiques

L'approche humaniste des soins aux patients et l'innovation sont les forces motrices de notre vision. Ils sont intrinsèquement intégrés dans nos objectifs stratégiques détaillés plus bas. Le nouveau paradigme définit avec le redéploiement au Campus Glen fournit à l'HME l'occasion de renforcer son approche de soins et de stimuler son esprit novateur. Nous sommes capables de créer un CHU pédiatrique du 21^e siècle qui desservira nos patients et leur famille et nous maintiendra à l'avant-garde de l'amélioration des soins de santé. L'excellence académique en soins cliniques, en enseignement et en recherche soutient tous ces objectifs.

Amélioration de la prestation des soins cliniques

À travers un travail inter et intra disciplinaire au sein d'équipes multidisciplinaires, tous les services cliniques fourniront :

- Un accès et une rapidité de réponse améliorés pour les patients, leur famille et les professionnels de la santé;
- Une coordination améliorée de la circulation interne et externe des patients; et
- Une communication et une gestion internes et externes améliorées.

Renforcement des partenariats

L'HME sera un partenaire important à l'intérieur d'un vaste réseau de soins de santé pédiatriques, répondant aux besoins des patients et de leur famille, et travaillant avec les autres institutions pour assurer la qualité totale des services à la communauté. Ce partenariat prendra la forme de :

- Soutien à nos partenaires pour assurer un continuum de services de soins pédiatriques incluant la prévention des maladies, le maintien de la santé, la gestion des maladies et le retour à la santé.
- Soutien aux partenaires des CSSS et des Réseaux locaux de santé (RLS) à Montréal et dans les communautés avoisinantes dans la prestation de soins primaires de qualité.



- Soutien aux partenaires du RUIS dans la prestation de soins pédiatriques à proximité du milieu de vie.
- Gestion des maladies chroniques pédiatriques complexes pour Montréal et les communautés avoisinantes, pour les partenaires du RUIS et pour la province de façon sélective.
- Implication dans le soutien aux familles des patients.

Développement des réseaux de services cliniques intégrés

L'HME s'engage à offrir un continuum de services de soins de santé exemplaires à sa clientèle à travers les réseaux de services cliniques intégrés qui se concentreront sur la prévention, le maintien et/ou le retour à la santé et travailleront en collaboration avec les communautés et les partenaires du RUIS. L'accent sera mis sur le développement de cinq réseaux à titre de priorité stratégiques :

Neuro, développement et comportement

Ce réseau intégré s'insère dans les grandes lignes du plan de santé mentale et du regroupement de la neurochirurgie (voir le mémoire déposé au comité Baron). Il comprend entre autres des corridors de services avec guichet unique tel que l'autisme, les troubles d'attention, la pédiatrie du développement, la neurochirurgie élective, les déficiences physiques chroniques, la santé mentale et la neuropsychologie.

Sciences cardiaques

Les sciences cardiaques sont regroupées dans un réseau compréhensif intégré, de la conception de l'enfant jusqu'à l'âge adulte, qui comprend les volets suivants (voir le mémoire présenté au comité Baron) :

- Centre d'excellence des cardiopathies congénitales McGill;
- Cardiologie pédiatrique incluant la cardiologie interventionnelle, l'échographie et l'IRM cardiaque (expert de réputation mondiale);
- Chirurgie cardiaque pédiatrique;
- Programme des VAD;
- Programme de greffe;
- Unité MAUDE; et
- Services d'anesthésie cardiaque, de perfusion

Musculosquelettique

En complémentarité avec l'Hôpital Shriners, ce réseau inclut l'orthopédie complexe et la rhumatologie

Traumatologie et prévention des blessures

Ce réseau déjà bien établi et reconnu pour son excellence inclut la traumatologie, la neurotraumatologie et la prévention des accidents (voir le mémoire déposé au comité Baron)

Génétique

Ce réseau intégré s'insère dans le plan ministériel de la génétique au Québec.

Trois programmes essentiels de services cliniques intégrés forment la toile de fond des soins cliniques à l'HME :

Pédiatrie

- Ce programme comprend tous les services pédiatriques généraux et spécialisés.

Soins périopératoires

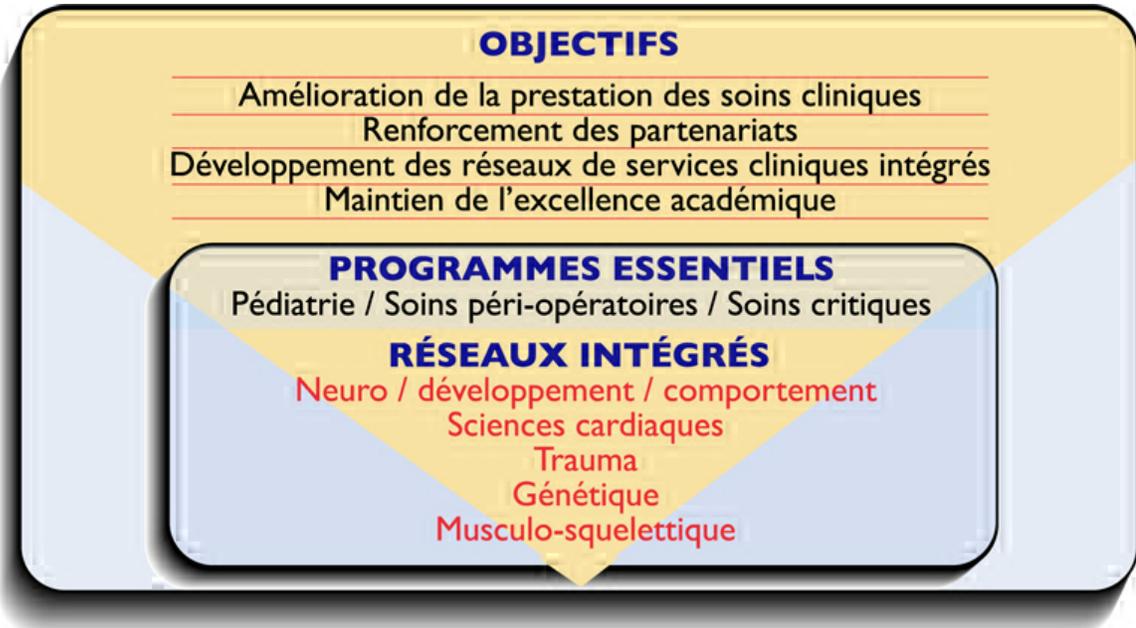
- Le programme de soins péri-opératoires inclut les soins pré, péri et postopératoires. Toutes les divisions de la chirurgie pédiatrique en font donc partie.

Soins intensifs

- Le programme inclut tous les services qui offrent des soins critiques :

- Néonatalogie incluant l'unité de soins intensifs et le transport néonatal;
- Soins intensifs pédiatriques; et
- Urgence.

Les priorités stratégiques et les réseaux intégrés de soins de santé sont illustrés dans le diagramme ci-bas.



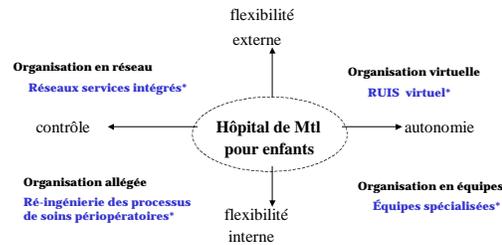
Jusqu'à maintenant, l'HME a fonctionné selon un mode de gestion traditionnel, soit par départements, divisions et services. Les principes suivants ont toujours soutenu notre modèle de soins :

- Renforcement des soins de première ligne extra-muros;
- Responsabilisation envers les clientèles;
- Recentrage des services spécialisés;
- Hiérarchisation des corridors de services et meilleure coordination;
- Prise de décision fondée sur des données probantes/approches par résultats; et
- Responsabilisation des patients et de leur famille.

La réorganisation des soins au Québec, l'augmentation de la complexité des pathologies et les défis associés à la création des RUIS, entre autres, nous poussent à développer une organisation de soins qui répondra le mieux aux besoins des patients, de la meilleure façon, au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne tout en intégrant la mission académique à tous les niveaux. Les modèles de soins pourront donc être très diversifiés au sein de l'organisation tel que le démontre le schéma suivant :

Tableau 1. Modèle de gestion

AXES DE L'ORGANISATION



* : en place ou en développement

Nos équipes de soins sont maintenant interdisciplinaires; elles deviendront transdisciplinaires avec un mode de gestion par processus et/ou adaptation, et une attention aux valeurs et à l'accessibilité. Ces équipes incluent non seulement les médecins, mais tous les professionnels de la santé; ceux-ci auront une place de plus en plus prépondérante dans la réalisation de notre plan clinique dans les années à venir. Ceci permettra à l'HME de continuer à intégrer la mission académique d'enseignement et de recherche aux soins cliniques. Les équipes et les réseaux intégrés sont à la fois internes et externes i.e. incluent les partenaires de la communauté. La mise à jour du plateau technique de l'information et de la communication est incontournable pour leur bon fonctionnement.

L'HME dans le CUSM

Liens administratifs

L'HME est essentiellement un hôpital dans un hôpital. Le contrat de fusion signé en 1997 définit bien les liens administratifs. L'HME possède son propre directeur général associé, l'équivalent de son conseil d'administration (Conseil pour les services aux enfants et aux adolescents) et sa propre fondation. Cependant, l'HME répond au directeur général du CUSM via son directeur général associé et au conseil d'administration du CUSM via son conseil pour les services aux enfants et aux adolescents. Les services corporatifs tels les ressources humaines et techniques sont assurées par le CUSM, l'HME ayant transféré cette portion du budget à la corporation il y a plusieurs années.

Structure administrative – Conseil pour les services aux enfants et aux adolescents (CSEA)

Le CSEA relève du Conseil d'administration du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Il a la responsabilité et le devoir d'exercer ses pouvoirs dans les paramètres de gestion et d'opération établis par le Conseil lesquels comprennent (mais ne sont pas limités à) le plan organisationnel, l'enveloppe budgétaire, les politiques de gestion, le plan stratégique et les priorités.

Le CSEA :

- 1) Exerce une surveillance, fait rapport et promeut la mission du CUSM relative aux soins aux enfants et aux adolescents afin d'assurer que les besoins des enfants, des adolescents et de leurs familles sont rencontrés ;
- 2) Formule des recommandations quant aux orientations, aux priorités, au plan stratégique et aux politiques de gestion relatives aux services offerts aux enfants et aux adolescents;
- 3) Supervise et fait rapport, le cas échéant, sur la qualité des services prodigués aux enfants et aux adolescents (incluant les plaintes formulées) ;
- 4) Prépare et soumet un budget opérationnel pour l'ensemble des services et assure la gestion et l'utilisation de l'enveloppe budgétaire tout au long de l'année;
- 5) Assure l'utilisation adéquate des ressources qui visent à promouvoir les programmes novateurs en éducation et en recherche;
- 6) Conseille et se tient en liaison avec la gestion administrative et les structures internes pour tout ce qui a trait aux services aux enfants et aux adolescents;

- 7) Suit de près la motivation et le développement des compétences du personnel de l'HME qui travaille auprès des enfants et des adolescents et formule, s'il y a lieu, des recommandations sur le plan d'action relatif au développement du personnel;
- 8) Assure une communication adéquate avec la communauté quant à la mission du CUSM et plus précisément, les services aux enfants et aux adolescents;
- 9) Recommande au Conseil la nomination du directeur général associé ou la fin de son embauche. Il a également un droit de regard sur les nominations des directeurs administratifs et les chefs de départements cliniques;
- 10) Assume toutes autres responsabilités qui lui sont déléguées par le Conseil.

Le CSEA est composé de 21 membres votant dont la représentation inclut des membres Conseil CUSM, de la communauté interne et externe, de la Fondation HME et de la Faculté de médecine (Université McGill). Les rencontres se tiennent une fois par mois entre septembre et juin.

Liens clinico-administratifs

L'HME possède ses propres départements dont les chefs sont autonomes quant aux obligations administratives et professionnelles. Le chef du département de pédiatrie est en même temps le chef du département universitaire de pédiatrie. À titre de chef universitaire, il relève du doyen de la faculté de médecine. À titre de chef hospitalier, il relève de la directrice des services professionnels associée (DSPA) de l'HME.

Les autres chefs de département relèvent de la DSPA et, sur le plan académique, de leurs chefs de département universitaire respectifs. Ces départements hospitaliers sont : chirurgie, psychiatrie, imagerie, laboratoires et art dentaire.

Le Conseil d'administration du CUSM a récemment approuvé la nouvelle structure organisationnelle du département de chirurgie pédiatrique qui prend en compte les objectifs et les programmes de l'HME ainsi que les objectifs d'enseignement de McGill. La création d'un département universitaire en chirurgie pédiatrique est présentement sous étude.

Il existe une structure bicéphale de rapport dans certains services diagnostiques et cliniques tels les laboratoires, les archives, la cafétéria.

Liens cliniques

Les liens cliniques sont assurés par les équipes de transition dans les services, les programmes et les divisions. Plusieurs médecins, en particulier dans les spécialités chirurgicales, sont membres actifs de l'HME et des sites adultes du CUSM.

Ressources partagées

Le dossier télé-santé, les bibliothèques et les services audiovisuels sont des ressources partagées entre l'HME, le CUSM et le RUIS McGill.

Effectifs médicaux

Une pénurie de médecins de famille et de pédiatres généraux persiste non seulement dans les régions, mais aussi à Montréal. Plus de 20 % des pédiatres sont âgés de plus de soixante ans. Malgré ces difficultés, un groupe de pédiatres en pratique communautaire du département de pédiatrie de l'HME continue à faire un pont entre les niveaux primaires/secondaires et tertiaires, en soins et en enseignement. Le groupe de pédiatrie communautaire est un collectif unique de 50 pédiatres qui travaillent principalement dans des bureaux privés. Il a joué un rôle important de longue date dans la prestation de soins primaires et secondaires à l'intérieur et à l'extérieur de l'HME. Les membres du collectif ont des rendez-vous à temps partiel au département de pédiatrie de l'Université McGill. À l'HME, ils sont partie intégrante du département d'urgence, du centre de consultation pédiatrique, de la clinique de consultation des résidents, du SSAI, de la clinique des adolescents, de l'unité de soins de courte durée et des unités de soins.

Les deux tiers d'entre eux enseignent à leurs bureaux et au CUSM. En plus de l'HME, ils prodiguent des soins à l'Hôpital Shriners, à l'HRV, à l'HGJ, à la clinique Herzl, au CH St. Mary et au CH Lakeshore. Ils occupent des rôles important dans la communauté : Batshaw, Mackay, Association de Montréal pour les aveugles, Pinel, etc.



Effectifs médicaux 2007- 2010 HME du CUSM

| Effectifs médicaux/spécialités (selon PEM) | 2007 | 2010 | Commentaires |
|--|--------------------------------|------|---|
| Allergie/immunologie | 8 | 8 | |
| Anatomopathologie | 4 | 4 | |
| Anesthésiologie | 13 | 13 | |
| Biochimie médicale | 2 | 2 | |
| Cardiologie | 5 | 6 | |
| CVT | 1,5 | 2 | |
| Chirurgie générale | 5 | 5 | |
| Chirurgie orthopédique | 2 | 3 | dossier chirurgie spinale |
| Chirurgie plastique | 1 | 2 | au PEM |
| Dermatologie | 3 | 3 | |
| Endocrinologie | 8 | 8 | |
| Gastro-entérologie | 6 | 7 | augmentation volumes scopies |
| Génétique (adulte et pédiatrique) | 12 | 16 | développement de la profession et augmentation de volume. |
| Hématologie | 8 | 8 | |
| Microbiologie | 4 | 5 | |
| Néphrologie | 6 | 6 | |
| Neurochirurgie | 3 | 4 | selon plan proposé au MSSS |
| Neurologie | 7 | 8 | accepté en dérogation par MSSS |
| Ophthalmologie | 5 | 5 | |
| ORL | 6 | 6 | |
| Pédiatrie* | 93* | 100 | Postes urgentologues pédiatres |
| Pneumologie | 5 | 5 | |
| Psychiatrie | 21 | 21 | |
| Radiologie diagnostique | 6 | 7 | |
| Rhumatologie | 4+1 (1 en médecine interne) | 5 | |
| Urologie | 4 | 4 | |
| Médecine d'urgence | | | |
| Effectifs des médecins | 4 | 4 | |

*:Inclut les sous spécialités: médecine d'urgence pédiatrique, néonatalogie, soins intensifs et maladies infectieuses.



Soins tertiaires et RUIS McGill

La prévision pour les soins aux patients au CUSM est basée sur un haut niveau d'engagement face au gouvernement afin de fournir les réseaux et les ressources à la communauté qui sont les pré-requis à notre réorganisation de prestation de services telle que prévue par le ministère.

Les impacts des demandes du RUIS sur nos ressources humaines et matérielles sont indéterminés; ils pourraient être importants et ajouteront certainement une pression additionnelle sur un système de pédiatrie stressé.

Développement de réseaux intégrés de services cliniques avec les partenaires de la communauté

Le plan d'action des départements à l'annexe 3 détaille notre stratégie afin de renforcer la première et deuxième ligne dans la communauté et le RUIS McGill, et de continuer à développer les services tertiaires et quaternaires.

Développement de corridors de service dans Montréal métropolitain

Notre but est de continuer à développer des corridors de services pour une clientèle pédiatrique ciblée afin que nos partenaires puissent en assurer la prise en charge. Cette clientèle est référée principalement de notre urgence (catégories 4 et 5). Il est ainsi prévu de transférer environ 5% à 10 % des volumes donc entre 3 000 et 6 000 patients.

Plus précisément, on compte :

1. Continuer à développer et à faire grandir les services à la clinique de consultation pédiatrique Lakeshore.
2. Développer des corridors de service bilatéraux pour que les patients pédiatriques ciblés soient acceptés dans les unités de médecine familiale (UMF) pour une prise en charge continue : Herzl, St. Mary et Lasalle. Les discussions préliminaires sont en cours. Les objectifs pour ces cliniques sont de :
 - i) Analyser davantage les volumes pédiatriques actuels et estimer la capacité future, si possible. La clinique Herzl a ouvert une nouvelle clinique pédiatrique pour les enfants de 5 à 12 ans, en plus de leur clinique d'adolescents. Herzl et CH St. Mary souhaitent augmenter de 40 % leur population pédiatrique comparativement à leur proportion actuelle respective de 15 % et 5 %. Des cliniques pédiatriques du CSSS Lasalle ont la capacité de voir plus de patients de soins primaires provenant de références de l'HME.
 - ii) Augmenter la disponibilité des consultants pédiatriques sur le site des UMF pour enseigner et offrir des consultations. Présentement, un pédiatre de l'HME est au CH St. Mary une demi-journée par semaine, et un autre est à la clinique Herzl une demi-journée par deux semaines.
 - iii) Une fois opérationnels, faire la promotion des modèles gagnants auprès des pédiatres, des médecins de famille et des populations patientes identifiées.
 - iv) Après un examen initial à la suite d'une année d'opération, proposer l'application du modèle à d'autres CSSS et RLS.

Activités du service des soins ambulatoires intensifs (SSIA)

On doit souligner que le virage ambulatoire à l'HME a été amorcé depuis le début des années 80 afin d'augmenter l'efficacité des soins et d'offrir les services les plus adéquats possibles à la population.

Le SSIA travaille depuis 1964 à la transition des patients de l'hôpital à la maison. Son travail novateur et sa contribution à l'amélioration des soins de santé en pédiatrie ont été officiellement reconnus cette année. L'équipe, grâce à son projet de coordination Educational Homecare Outreach Project, a reçu le prestigieux prix Rotman récemment créé pour les soins pédiatriques novateurs à domicile. Le prix Rotman est remis à l'organisation qui fait preuve du plus d'innovation et met de l'avant les meilleures pratiques pédiatriques en soins à domicile. Il a été créé par la Fondation Sick Kids pour encourager et inspirer l'excellence dans ce domaine au Canada.



On continuera d'innover dans ce sens; le service se retrouvera au cœur de la réforme des soins ambulatoires intensifs qui incluront le centre de jour intégré médical et chirurgical (voir plus bas). Ce dernier abritera aussi la clinique de soins complexes et l'unité d'investigation clinique essentielle pour la mission académique de l'hôpital.

Réseau de santé enfant, jeune et famille

Le Réseau de santé enfant, jeune et famille est un regroupement volontaire de médecins, d'infirmières, de professionnels et d'organismes de soins de santé à travers le Québec qui travaillent de concert pour prodiguer des soins pédiatriques d'excellence, et ce, le plus près possible du domicile du patient. Ce réseau existe depuis plus de 40 ans. La coordination du réseau se fait à partir de l'HME. L'annexe 1 démontre l'engagement du réseau à soutenir ses partenaires tant dans les soins cliniques que dans la formation et le maintien des connaissances.

Lits d'hospitalisation

Le tableau qui suit souligne les lits utilisés en 2004-2005 pour l'hôpital, incluant l'unité néonatale de soins intensifs de l'HRV. Le tableau ne tient pas compte des fluctuations quotidiennes ou saisonnières ni des limitations liées au type de patient que nous pouvons admettre dans chacune des unités de soins.

| -2004-2005 | | | | |
|-----------------------|----------------|--------------|-------------------------|--------------------------------|
| | Jours-présence | Admissions | Durée moyenne de séjour | Équivalent en lits, occup.85 % |
| HME | 39 264 | 6 762 | 5,8 | |
| Pédopsychiatrie (HRV) | 413 | 5 | 82,6 | |
| Néonatalogie (HRV) | 7 897 | 344 | 23,0 | |
| TOTAL | 47 574 | 7 111 | 6,7 | 153 |

| PROJECTION 2010-2015 | | | | |
|-----------------------------|----------------|--------------|-------------------------|--------------------------------|
| | Jours-présence | Admissions | Durée moyenne de séjour | Équivalent en lits, occup.85 % |
| HME | 47 778 | 7 150 | 6,7 | 154 |

Avec ce nombre de lits, nous sommes conscients que nous devons tout mettre en œuvre pour implanter et même accélérer toutes les initiatives visant à réduire soit les admissions ou soit les durées de séjour. C'est dans cet ordre d'idées que nous avons entrepris de développer davantage le concept des centres de jour ou plus précisément des soins alternatifs (MSA) dans les domaines de la médecine et de la chirurgie.

Malgré les efforts soutenus pour réduire les durées de séjour, nous devons tout mettre en œuvre pour optimiser l'utilisation des lits; ceci nécessite un maximum de flexibilité dans notre gestion. Une flexibilité accrue implique :

- Des unités de soins avec un grand nombre de lits;
- La limite du nombre d'unités de soins pour éliminer les obstacles; et
- La possibilité à long terme de convertir des lits pour l'usage des soins alternatifs pour s'ajuster à l'évolution des pratiques de soins.

Le plan clinique est donc basé sur un concept de flexibilité et d'optimisation des espaces qui nous seront alloués. Ce modèle nous permet de s'ajuster beaucoup plus facilement à l'évolution des activités, aux changements dans les pratiques de soins et aux changements dans les programmes.

Unité de soins intensifs et unité de néonatalogie

On croit fermement que ces deux unités doivent être adjacentes de façon à avoir des lits qui soient communs. Ces lits communs permettraient d'accommoder un plus grand nombre de patients et donneraient plus de



flexibilité quant à la nature de nos activités. Par exemple, une augmentation des volumes en neurochirurgie et l'ajout des orthopédistes du CHU Ste-Justine à l'équipe de l'Hôpital Shriners exigera un nombre accru de lits de soins intensifs. Cette configuration nous permettrait d'absorber plus facilement le volume additionnel.

Nombre de lits proposés :

- Unité de soins intensifs : 12 lits
- Unité de néonatalogie : 48 lits

Unité d'immunodéprimés

On propose d'avoir une unité de soins qui regroupe les patients d'hémato-oncologie et les patients de la néphrologie. Règle générale, ces patients requièrent le même type de soins et de précautions, dont des chambres à pressions positives. Ils ont des protocoles de traitement complexes qui nécessitent une approche individuelle et la plupart du temps une médication complexe. Ce volume justifierait la présence d'un pharmacien dans l'équipe multidisciplinaire. Le regroupement de ces spécialités nous permettrait de fonctionner avec une unité de douze lits.

Unité de soins généraux regroupant médecine, chirurgie et soins de courte durée

On constate que présentement l'unité de soins de courte durée est très efficace, avec des durées de séjour minimales, mais l'utilisation des lits n'est pas optimale. En effet, il y a des périodes de pointe où l'unité fonctionne à pleine capacité et d'autres où l'unité est fermée pendant plusieurs mois. On propose que ces lits soient physiquement regroupés dans une unité de soins généraux. On pourrait ainsi maintenir un système qui a fait ses preuves, en élargissant les critères pour le rendre à vocation multidisciplinaire et surtout l'utiliser pour tous les patients répondant aux critères établis, et ce sans égard aux lits disponibles car ils pourraient bénéficier d'un bassin de lits beaucoup plus important. À l'inverse, au lieu de fermer des lits pendant les périodes plus tranquilles ces lits pourraient être utilisés pour d'autres patients.

Cette unité de soins généraux consoliderait sous un seul secteur d'activités l'unité de chirurgie, l'unité de médecine et l'unité de soins de courte durée. Nous souhaitons que l'espace dédié aux soins alternatifs soit à proximité de l'unité de soins généraux, puisque ce sont les mêmes équipes de soins qui traitent ces patients et en plus, cette proximité faciliterait l'expansion des soins alternatifs (due à l'évolution des pratiques de soins). On recommande que cette unité ait 72 lits.

Unité de psychiatrie

La modernisation des pratiques de soins en psychiatrie a permis de réduire les durées de séjour considérablement. On croit que douze lits seront suffisants pour accommoder ce type de clientèle. Cependant, il faudra considérer une augmentation des activités au niveau du centre de jour en psychiatrie.

Sommaire de la configuration des lits

| Unité de soins | 2005-2006 | Campus Glen |
|--------------------------|------------------|--------------------|
| Unité de soins intensifs | 16 lits | 12 lits |
| Unité de néonatalogie | 54 lits | 48 lits |
| Unité d'immunodéprimés | 16 lits | 12 lits |
| Unité de psychiatrie | 12 lits | 12 lits |
| Unité de soins généraux | 108 lits | 70 lits |
| Total | 206 lits | 154 lits |

Services ambulatoires

Des progrès en technologie et en gestion de réseau transformeront le modèle traditionnel de prestation de soins de santé dans les contextes ambulatoires. Malgré une certaine stabilité des volumes d'activités des cliniques ambulatoires ces dernières années, une augmentation constante affecte les hôpitaux de jour et les centres de jour. Ces visites augmenteront le nombre de patients vus, n'importe quel jour ou à n'importe quelle



clinique. Les variances seront davantage marquées entre les secteurs d'hospitalisation et les cliniques ou centres de jour pour les soins intensifs ambulatoires.

Il n'est pas clair qu'un transfert des soins primaires et secondaires à la communauté se traduira en un nombre réduit de visites cliniques à l'hôpital. Toutefois, étant donné le développement proposé du réseau de la santé et le rôle des CSSS quant aux soins primaires, certains efforts sont déjà déployés pour optimiser l'utilisation des salles d'examen avec des procédés et des capacités de traitement améliorés, et pour réduire le nombre de visites de soins primaires. Une proportion de visites répétées pourrait être transférée dans la communauté où les ressources humaines sont disponibles. Ce processus est déjà en cours de réalisation. Une autre alternative est l'utilisation de la télé-médecine pour effectuer les visites de suivi; ceci habiliterait les travailleurs communautaires à reprendre ces activités.

Service de soins intensifs ambulatoires (SSIA) et unité de recherche clinique (URC)

Le SSIA et l'URC sont uniques et reconnus au pays pour leur clinique de jour en soins intensifs à domicile. Leur mission est de fournir un « domicile médical » sécuritaire, efficace et centré sur la famille pour les enfants ayant des besoins complexes, sur une base à court ou à long terme. Suite à un programme d'éducation, les soins sont donnés par les parents à domicile; un support technique et psychosocial est fourni par l'équipe du SSIA.

Les parents et les enfants préfèrent les soins reçus dans leurs communautés. Présentement et à l'avenir, des thérapies de plus en plus complexes sont implantées avec succès dans des installations ambulatoires. Le SSIA et l'URC facilitent les soins complexes à domicile en offrant aux parents et aux prestataires communautaires de soins de santé des compétences, des connaissances et un soutien infirmier/médical 24 heures/7 jours.

Le modèle de soins transdisciplinaire nous permet de soigner un nombre croissant d'enfants à leur domicile en répondant à des besoins comme : oxygénation à domicile, ventilation, perfusions sous-cutanées, soins de trachéostomie, etc. La clinique de jour offre des services ambulatoires coordonnés (recherche, thérapeutique) lorsque la thérapie à domicile n'est pas possible.

Dans la dernière décennie, la demande pour les services à domicile a constamment grandi à mesure que des progrès technologiques ont été réalisés. Le défi est entre les mains du projet éducationnel de services de proximité en soins à domicile qui fournit des ateliers interactifs pour les soins à domicile de base et avancés s'adressant aux équipes communautaires de soins de santé, à l'intérieur de notre RUIS et au pays.

Au-delà de l'expertise clinique, l'unité forme régulièrement des résidents, des stagiaires post-doctoraux et des étudiantes en infirmerie. Le personnel mène les ateliers éducationnels à travers la province, le pays et le monde. Les activités de recherche incluent des projets sur des maladies spécifiques (ex : chélation chez les patients atteints de thalassémie) et sur des sujets de soins à domicile (ex : qualité de vie des enfants immunodéprimés avec des perfusions sous-cutanées à domicile).

Puisque le virage ambulatoire se poursuit, le SSIA et l'URC sont des instruments préparant et soutenant les familles et les travailleurs en santé de la communauté face à la prestation des soins nécessaires. Somme toute, notre vision est d'enjamber l'écart entre les hôpitaux et les maisons, pour les enfants les plus vulnérables de l'HME, ceux souffrant de conditions médicales complexes.

Module de soins alternatifs et hôpital médical de jour

Ce secteur d'activité est le plus à risque de voir ses volumes augmenter dans les prochaines années.

Le MSA a été développé pour améliorer l'accessibilité, la capacité de réponse et la coordination du volume de patients chirurgicaux. Ce centre inter-professionnel de traitement chirurgical de jour permet aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents devant subir des chirurgies majeures d'être admis le jour même de l'opération, de recevoir leur congé plus tôt et d'être traités le plus près possible de leur milieu de vie. Les membres de l'équipe offrent également des conseils après le retour à la maison des patients et du triage par téléphone. Un accès direct à l'évaluation infirmière et médicale permet souvent d'éviter les visites à l'urgence et/ou les



hospitalisations. Le MSA fournit des services compatissants aux patients et à leur famille qui ont été traités à l'HME, dont les patients avec des brûlures sévères qui nécessitent des changements de pansement hebdomadaires ou ceux avec des problèmes neurochirurgicaux, urologiques, plastiques, orthopédiques et chirurgicaux.

Ce service est disponible douze heures par jour. Il est offert par trois infirmières en collaboration avec les membres de l'équipe inter-professionnelle et par une infirmière sur appel les fins de semaine. Cette unité travaille en étroite collaboration avec les unités de soins de chirurgie et de médecine; souvent, les mêmes effectifs sont partagés entre ces services.

L'hôpital médical de jour a été implanté pour améliorer la prestation de soins cliniques grâce au travail interdisciplinaire au sein d'équipes multidisciplinaires pour améliorer l'accès, la capacité de réponse, la coordination des volumes de patients, et la communication et la coordination interne/externe.

Les objectifs spécifiques de cette unité sont de :

- Permettre aux patients de compléter leur traitement de façon sécuritaire et efficace dans une unité de soins médicaux alternatifs (centre de traitement d'hôpital de jour).
- Éviter les inconvénients, les complications (ex : infections à germes opportunistes) et le coût des hospitalisations.
- Diminuer le stress et le dérangement des patients et de leur famille créés par les hospitalisations prolongées.
- Fournir une alternative d'hospitalisation aux patients qui ne nécessitent pas de surveillance médicale ou infirmière 24 heures par jour et à ceux dont les besoins ne sont pas comblés par les programmes existants dans l'environnement hospitalier.

Ces deux unités travaillent en étroite collaboration avec les unités de soins; elles sont donc adjacentes aux unités d'enseignement clinique. L'objectif à long terme de l'hôpital médical de jour est d'effectuer dix traitements par jour, sept jours par semaine. Le concept en est au stade de projet pilote depuis la fin de l'exercice financier 2005-2006. L'augmentation des volumes au MSA est directement reliée à celle des procédures chirurgicales.

| Centres de jour associés aux unités de soins | Actuels 2005-2006 | Campus Glen 2010-2015 |
|--|----------------------|--------------------------|
| MSA | 2 024 | 2 300 |
| Hôpital médical de jour | 150* | 3 000 |

* Nouvelle clinique en Périod 9

Autres hôpitaux de jour

Les trois autres centres de jour importants sont l'hémodialyse, l'hémato-oncologie et l'hôpital de jour pédopsychiatrique. Ces programmes sont intégrés aux services de néphrologie, d'hémato-oncologie (voir l'annexe 3) et de pédopsychiatrie (voir l'annexe 2).

Les hôpitaux de jour seront situés dans l'édifice de l'HME :
és dans l'édifice de l'HME :

| Hôpitaux de jour | Actuel 2005-2006 | Futur 2010-2015 |
|---|---------------------|--------------------|
| Hémato-oncologie (traitements et visites) | 6 054 | 6 440 |
| SSIA/URC | 4 642 | 5 383 |
| Hémodialyse | 841 | 1 924 |
| Hôpital de jour pédopsychiatrique | 3 641 | 4 370 |
| TOTAL | 15 178 | 18 117 |

Cliniques ambulatoires spécialisées

Ces cliniques reçoivent les consultations de pédiatres, de médecins communautaires, de partenaires du RUIS et de médecins de l'HME qui nécessitent ces services pour leurs patients et leur famille. La clinique de consultation des résidents fait partie du programme de formation/résidence pédiatrique.

Les services offerts de même que les changements prévus pour les cinq prochaines années par le réseau du cerveau, du développement et du comportement sont revus en détail dans l'annexe 1. L'annexe 2 décrit aussi les mesures prises par les différents services.

Le tableau ci-bas indique les transferts de visites de deuxième ligne vers les partenaires 2006-2010. À noter que les cliniques qui offrent présentement des soins de deuxième ligne enregistrent une baisse de volume.

| Clinique | 2004-2005 | 2005-2006 | Cliniques ambulatoires 2010-2015 | | | | Total CUSM |
|---|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|-------------|---------------|
| | | | Glen | Hors-site (Pav. Gilman) | Hors-site (Pav. Ste-Catherine) | Réseau | |
| Médecine | 52072 | 51701 | 25923 | 3589 | 0 | 6802 | 29512 |
| Médecine des adolescents | 4877 | 4575 | - | 2864 | | | 2864 |
| Gynécologie/Obs | 842 | 738 | - | 725 | | | 725 |
| Allergie /Immunologie | 4084 | 4906 | 1920 | - | | 1552 | 1920 |
| Programme d'asthme | 2419 | 2125 | 737 | - | | 737 | 737 |
| Cardiologie | 4744 | 3975 | 2948 | - | | | 2948 |
| Dermatologie | 7252 | 6723 | 2603 | - | | 2603 | 2603 |
| Endocrinologie & Métabolisme | 4605 | 4505 | 2991 | - | | | 2991 |
| Gastroenterologie | 2644 | 2426 | 1302 | - | | | 1302 |
| Génétique | 1377 | 1385 | 1576 | - | | | 1576 |
| Maladies infectieuses | 406 | 381 | 319 | - | | | 319 |
| Néonatalogie - suivi | 1721 | 1594 | 954 | - | | | 954 |
| Néphrologie | 2449 | 2914 | 1778 | - | | | 1778 |
| Neurologie | 5103 | 4762 | 1910 | - | | 1910 | 1910 |
| Centre de consultation pédiatrique | 3968 | 4747 | 2285 | - | | | 2285 |
| Médecine respiratoire | 3460 | 3688 | 3106 | - | | | 3106 |
| Rhumatologie | 2121 | 2257 | 1494 | - | | | 1494 |
| Développement de l'enfant ¹ | | | | | | | |
| Chirurgie | 59367 | 59109 | 40597 | 11444 | 0 | 0 | 52041 |
| Clinique d'anesthésie/Gestion de la douleur | 614 | 587 | 515 | - | | | 515 |
| Chirurgie cardiovasculaire et thoracique | 312 | 0 | 350 | - | | | 350 |
| Fente palatine/Cranio-maxillo-facial | 1200 | 1217 | 1170 | - | | | 1170 |
| Dentisterie | 12991 | 14585 | - | 11444 | | | 11444 |
| Chirurgie générale | 6904 | 6817 | 6579 | - | | | 6579 |
| Neurochirurgie | 1416 | 1481 | 1232 | - | | | 1232 |
| Ophthalmologie | 10175 | 9762 | 9348 | - | | | 9348 |
| Orthopédie | 7523 | 6936 | 6456 | - | | | 6456 |
| ORL | 9837 | 9621 | 7937 | - | | | 7937 |
| Chirurgie plastique | 3337 | 2599 | 2998 | - | | | 2998 |
| Pre-op ² | | | | | | | |
| Spina-bifida | 239 | 189 | 158 | - | | | 158 |
| Urologie/Urodynamie | 4819 | 5315 | 3854 | - | | | 3854 |
| Visites infirmier(e)s | Inclus dans volume des cliniques | Inclus dans volume des cliniques | | | | | |
| | | | 5336 | - | | | 5336 |
| Cliniques psychiatriques | 5496 | 5892 | | | 4000 | 1892 | 4000 |
| TOTAL | 116935 | 116702 | 71856 | 15033 | 4000 | 8694 | 90889 |

¹ Les visites de la clinique de développement sont exclues des visites des cliniques de médecine puisque cette clinique sera planifiée dans le département de développement et comportement pédiatrique

² Les visites de la clinique Pre-op sont exclues des visites des cliniques de chirurgie puisque cette clinique sera localisée au centre ambulatoire chirurgical, admission même jour



Chaque division et/ou service fournit des services ambulatoires spécialisés (2^{ième} ligne) et des services surspécialisés ou tertiaires. Il existe un lien étroit entre les services sur-spécialisés et les créneaux de recherche clinique et fondamentale. De plus, il est essentiel de conserver un volume significatif d'activités ambulatoires secondaires pour fins d'enseignement aux 1^{er}, 2^e et 3^e cycles.

Bien qu'au premier coup d'œil certains services (comme la médecine d'adolescence, la clinique dentaire, le laboratoire d'approvisionnement en spécimens) peuvent sembler être mieux décentralisés, ces suppositions ne prennent pas en considération la déstabilisation des secteurs qui fonctionnent bien maintenant en raison de la disponibilité immédiate de consultations et de cliniques, les plus importantes étant l'urgence et les congés rapides sur les unités de soins.

Parmi les autres défis à relever :

- Assurer la réalisation des trois aspects de la mission de l'HME : soins, enseignement et recherche;
- Gérer les déplacements du personnel entre les deux sites;
- Restructurer les équipes de soins pour prévenir les délais de consultation et de suivi; et
- Assurer une couverture adéquate des hospitalisations et de l'urgence.

Urgence

L'Urgence pédiatrique sur le Campus Glen sera axée sur le patient/famille. Le concept de l'urgence projetée sera un concept accordéon. Une urgence pouvant s'ajuster à l'affluence variable des patients sur une période de 24 heures. Chaque patient aura sa salle. La philosophie sera d'offrir les services et de faire les procédures au chevet du lit afin de minimiser le transfert des patients/familles. Un tel cadre pourra minimiser au maximum les risques d'infections nosocomiales, le bruit et le stress. Une proximité avec l'imagerie médicale de base sera assurée.

| | Patients /année | Patients /jour aux périodes de pointe | Temps d'attente moyen | % patients 1 & 2 | % patients 3 | % patients 4 | % patients 5 |
|-------------|-----------------|---------------------------------------|-----------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|
| 2005 | 68 000 | 200-260 | 4 hrs | 8,2 | 32 | 52,1 | 7,7 |
| Glen | 62 000 | 200-260 | 3 hrs | 9,0 | 38 | 47,0 | 6,0 |

La durée de séjour (moyenne de 4 heures) est généralement courte due à une tradition d'admission rapide, à la création d'une unité de court séjour, au développement de soins ambulatoires intensifs et à la création de l'hôpital de jour médical.

Le volume à l'urgence de l'HME a haussé de 4 % en 2005-2006. Une baisse significative n'est pas prévue en raison des facteurs mentionnés plus haut et en annexe (voir la section Points saillants sur l'urgence de l'HME). À la demande du Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) une portion des patients de la catégorie 4 sera délestée au réseau. Suite à un effort concerté, le pourcentage des patients de la catégorie 5 a déjà passé de 21 % jusqu'à 7 %, en trois ans.

- La plupart des patients catégorisés 4 demeurent des consultations référées par les médecins traitants. Les rediriger à leur médecin traitant n'est donc pas une possibilité.

Les changements apportés au fonctionnement de l'urgence ont des buts fort précis et en même temps simples : diminuer les délais de séjour, diminuer les délais d'admission, diminuer les retours de visites non prévues de moins de 72 heures et rediriger la clientèle vers leurs médecins traitants. Tous les efforts sont déployés pour éviter les admissions.

Nous tentons sans cesse d'améliorer et de modifier notre système de soins à l'urgence en le rendant plus efficace et humain. Dans la nouvelle urgence du Campus Glen, nous nous devons de prodiguer des soins dans un environnement sécuritaire permettant un monitoring et observation adéquats des patients, la

prévention des maladies nosocomiales, le respect de la vie privée et une confidentialité des informations. Les volumes sont comparables à ceux du CHU Ste-Justine.

Le plan des espaces peut se résumer ainsi :

Espaces/patients urgence pédiatrique 2006-2015

| Espaces | Actuel 2006 | Campus Glen 2015 |
|---|----------------|---------------------|
| Soins critiques | 4 ▶ 6 | 6 ¹ |
| Médecine/chirurgie | 15 | 15 |
| Observation | 8 | 0 ² |
| « Fast-track » | 0 | 7 |
| Asthme | 6 | 0 ³ |
| Salle SRAS | 1 | 2 |
| Orthopédie | 1 | 1 |
| ORL/ophtalmologie/dentisterie | 0 | 1 |
| Gynécologie | 0 | 1 |
| Psychiatrie (salle d'isolement) | 1 | 1 |
| Psychiatrie (salle de traitement) | 0 | 2 |
| TOTAL des salles de traitement | 38 | 36 |
| Salle de chirurgie mineure ⁴ | 0 | 1 |
| Triage | 2 | 4 |

¹ Comprend deux salles de trauma et quatre salles de réanimation.

² Les lits d'observation sont compris dans les salles de médecine/chirurgie.

³ Les cas d'asthme seront traités dans les salles de traitements de médecine/chirurgie.

⁴ Présentement adjacente à l'Urgence (chirurgie d'un jour).

L'urgence pédiatrique sera contiguë à l'urgence adulte et plusieurs services de soutien cliniques seront partagés avec l'urgence adulte, tels :

- L'enregistrement à l'urgence
- Le stationnement des ambulances
- Les aires de jeu pour les enfants qui accompagnent leurs parents et/ou leurs frères et sœurs; et
- Les postes de collations et d'autres aires publiques.

Salles d'opération

À l'extérieur des deux hôpitaux pédiatriques de Montréal, l'accès aux services chirurgicaux pédiatriques est limité. Les familles ayant un enfant atteint d'une condition chirurgicale complexe ou d'une maladie généralisée doivent consulter un spécialiste soit à l'HME soit au CHU Ste-Justine. En fait, le mandat de l'HME à l'intérieur du RUIS McGill étendra le rôle de spécialistes en chirurgie pédiatrique à l'extérieur de nos murs pour assurer que la population pédiatrique des régions respectives reçoive un accès sans entraves aux soins. Des preuves ont été collectées à travers le monde à savoir que les chirurgies entre les âges de 0 à 5 ans sont concentrées dans les CHU. De plus, les lignes directrices du Collège des médecins quant à l'anesthésie des nouveau-nés et des jeunes enfants confirment le besoin de spécialistes et d'équipes pédiatriques formés pour ce genre de travail.



Les interventions chirurgicales à effraction minimale et laparoscopique forment la base des spécialités chirurgicales de l'avenir. De ce fait, le temps opératoire augmente, mais la période de rétablissement des patients est réduite. De plus, le temps requis pour endormir le patient, installer les lignes intraveineuses et le préparer à l'opération doit être considéré. Finalement, la complexité des cas des patients et leurs facteurs de co-morbidité augmentent le temps nécessaire à ces procédures.

Les listes d'attentes pour la chirurgie électorale sont considérables. Nous travaillons à réduire ces listes et à établir des priorités d'accès en collaboration avec le CHU Ste-Justine. Un plan d'action sera déposé prochainement à l'Agence. Bien qu'il soit probable que ces interventions chirurgicales de routine évoluent vers une nature plus ambulatoire, ceci sera contrebalancé par une augmentation de la complexité et de la durée de la majorité des autres cas. L'utilisation de la laparoscopie et d'autres formes de chirurgies à effraction minimale augmentera certainement la durée des interventions, mais réduira inévitablement la phase de rétablissement post-opératoire.

Le nombre total de salles d'opération nécessaires est basé sur les hypothèses suivantes :

- Utilisation des salles huit heures par jour, cinq jours par semaine, 250 jours par année.
- Disponibilité d'une salle d'opération en tout temps pour les traumatismes majeurs et les urgences de type I et II.
- Taux d'occupation de 80 % en considérant les temps de préparation et de fermeture des salles en raison des cas infectieux.
- Prise en charge par les régions 450 de 70% de niveau 1 et 50% de niveau 2 de la clientèle 6 ans et plus (~500 cas)
- Augmentation anticipée de certains cas afin de soutenir le programme de neurochirurgie du centre d'excellence en cardiopathies congénitales et les cas complexes d'orthopédie (plus de médecins à l'Hôpital Shriners).

Exigences du bloc opératoire proposées par le Projet de redéploiement de l'HME

| | Actuel 2004-2005 | Actuel 2005-2006 | Glen 2010-2015 |
|---|---------------------|---------------------|-------------------|
| Total du nombre de cas | 6 546 | 6 370 | 6 035 |
| Moyenne de temps par intervention (hrs) | 1,5 | 1,5 | 1,75 |
| Heures procédures | 9 878 | 9 631 | 10 561 |
| TOTAL SALLES D'OPERATION | 6 | 6 | 6 |

Départements, divisions et services

L'annexe 4 décrit les priorités, la nature des activités cliniques, de recherche et d'enseignement des départements, des divisions et des services de l'HME.

Enseignement

Nous devons veiller à la formation et à la rétention des professionnels les plus compétents et qualifiés afin qu'ils puissent rejoindre l'équipe de l'HME. La population s'attend à ce que nos professionnels éminemment qualifiés médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, pharmaciens, spécialistes en audiologie et autres, leur offrent des soins stellaires. Voici quelques-uns de nos mandats de formation qui tentent de répondre à cet objectif :

- Éducation médicale pré-graduée – tous les étudiants en médecine de l'Université McGill doivent faire un stage en pédiatrie à l'HME. Notre département de pédiatrie remporte la palme au palmarès de l'enseignement pré-gradué au Canada.
- Éducation médicale post-graduée – programmes de résidence et stages post-doctoraux en pédiatrie, en sous et sur spécialités pédiatriques médicales et chirurgicales, en médecine familiale, en radiologie diagnostique, en pédopsychiatrie et ses sur-spécialités.
- Stages de formation clinique en soins infirmiers.



- Programmes de formation d'infirmières praticiennes.
- Stages de formation dans toutes les disciplines connexes.
- Éducation médicale continue pour les professionnels de la santé incluant le programme PALS et le groupe de transport néonatal.
- Formation et consultation clinique par télé-santé.
- *Mini Med* : formation du grand public

Unités d'enseignement clinique

Nous avons présentement deux unités d'enseignement clinique en pédiatrie, une en chirurgie pédiatrique et une en pédopsychiatrie. Nous recevons aussi des étudiants dans notre unité d'hématologie-oncologie.

Nous prévoyons le même nombre d'unités sur le Campus Glen. En effet, l'enseignement à l'externat sera concentré dans les services ambulatoires; nous prévoyons favoriser le développement d'unités d'enseignement clinique chez nos partenaires pour y recevoir la clientèle de l'externat qui désire se diriger vers la médecine familiale ou la pédiatrie générale en région, favorisant du même coup le recrutement.

Soins ambulatoires

Il est donc essentiel que les espaces ambulatoires du Campus Glen tiennent compte de l'augmentation de la clientèle étudiante. Il faudra aussi prévoir des installations académiques telles les salles avec miroir unidirectionnel dans les services ambulatoires et l'urgence.

La formation de professionnels de la santé est une part intégrante des installations pédiatriques de soins tertiaires et est fondamentalement liée à la complexité des cas disponibles de même qu'à l'accès aux « innovateurs » qui mènent des recherches de pointe. Le Campus Glen doit répondre aux considérations suivantes :

- Espaces d'enseignement multifonctionnels répondant aux standards des organismes d'agrément;
- Intégration des espaces d'enseignement aux aires cliniques, permettant des espaces de travail adéquats; et
- Développement de sites RUIS d'enseignement en lien avec l'HME par le biais de la télé-santé.

8. Recherche à l'HME

En 1999, les cinq instituts de recherches du CUSM se regroupaient et formaient l'Institut de recherche du CUSM, l'un des plus grands regroupements de ce genre au Canada. La mission de l'Institut est de faciliter la recherche initiée par des chercheurs et axée sur la découverte, recherche d'où émerge de nouvelles connaissances destinées à améliorer l'excellence des soins cliniques. La recherche pédiatrique est totalement intégrée dans les 10 axes de recherche de l'Institut; l'Institut de recherche de l'HME est protégé à l'intérieur de cette structure administrative et fera partie intégrante des laboratoires de recherche de base et du centre de médecine innovatrice (CMI) au Campus Glen.

Les activités de l'Institut de recherche de l'HME se regroupent autour des pôles suivants :

- Place Toulon : Génétique médicale, biologie du développement, biostatistiques, diabète et oncologie (Chaire Cole).
- HME : Allergie et immunologie (asthme), pédiatrie du développement, maladies infectieuses, gastroentérologie, chirurgie générale et orthopédie pédiatrique, physiologie cardiopulmonaire, chirurgie fœtale, soins palliatifs, soins critiques pédiatriques, urgence, urologie.
- 4018, rue Ste-Catherine : Autisme, TADH.
- Groupe de recherche en épidémiologie, santé communautaire et développement : Environ 20 chercheurs cliniciens et épidémiologistes, l'un des regroupements les plus importants dans ce domaine au Canada
- Sommaire des activités de recherche de l'Institut de recherche de l'HME 2004-2005 :
 - 50 chercheurs subventionnés par des organismes avec comité de révision par les pairs selon les critères du FRSQ.
 - 29 chercheurs boursiers (FRSQ, IRSC) plus sept « *scholars* » de James McGill et William Dawson (équivalent du CRC).



- 72 étudiants gradués (onze avec subvention externe – IRSC, FRSQ)
- 302 publications (222 revues scientifiques avec comité de révision par les pairs).
- Subventions de 11 627 223 \$, dont 8 159 000 \$ externes avec révision par les pairs.

9. Défis

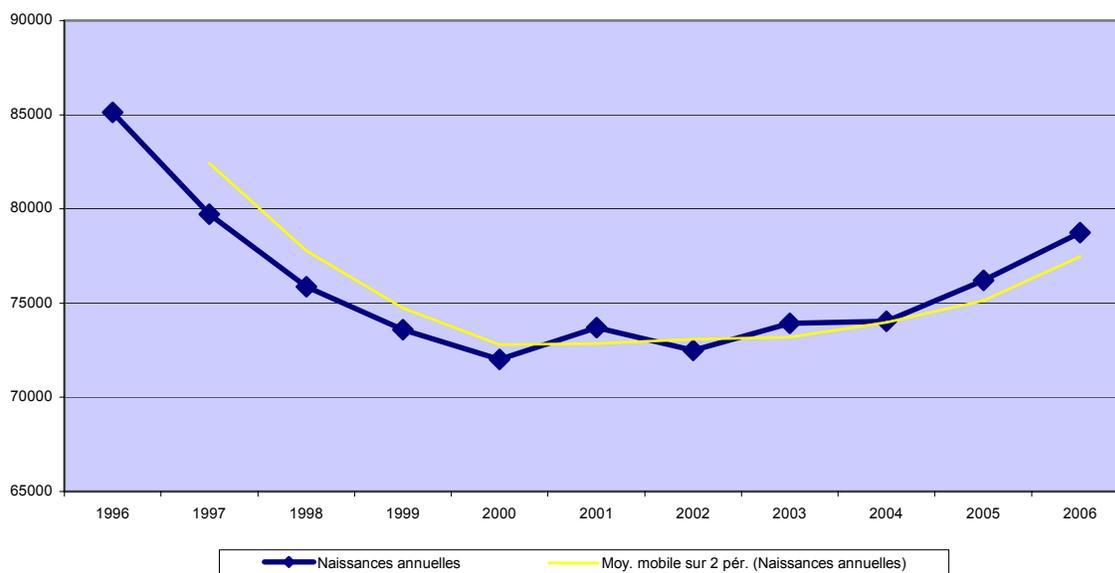
La mission tripartite de soins aux patients, d'enseignement et de recherche est essentielle à un CHU pour les enfants et les adolescents, et doit être préservée dans le nouvel HME afin que nous puissions prodiguer les meilleurs soins possibles.

Changements démographiques : naissances et immigration

Bien que les tendances démographiques indiquent le vieillissement de la population du Québec, il est prouvé que toutes les régions du RUIS, sauf l'Abitibi-Témiscamingue, vont noter une augmentation de leur population entre 11 % et 29 % d'ici à 2026. La migration et l'immigration vont positivement influencer la croissance de la population en Outaouais, au Nunavik, en Montérégie et à Montréal. Le taux de natalité augmentera également dans ces régions entre 1 % et 19 % d'ici à 2021. La croissance des besoins en services néonataux est une tendance observée tant au Québec qu'aux États-Unis, et se poursuivra dans les 25 prochaines années. Il est donc fort possible que la population d'enfants ne chute pas au Québec et évolue selon ce que l'Institut de la statistique du Québec appelle le scénario de référence et voire même le scénario E de croissance. Les données préliminaires du nombre de naissances au Québec en 2005 et en 2006 démontrent une tendance dans ce sens (tableau 2).

Tableau 2. Tendence du nombre de naissances au Québec basé sur des données de l'Institut de la statistique du Québec selon un article de La Presse du 30 juin 2005.

NAISSANCES ANNUELLES ET PROJECTION POUR 2006



De plus, c'est à Montréal que la proportion d'immigrants est la plus forte; elle a passé de 16,7 % en 1981 à 27,6 % en 2001 (Source : Statistique Canada, recensements de 1991, 1996, 2001). Ces familles comptent beaucoup de jeunes enfants.

Complexité des soins pédiatriques

Il y a des facteurs importants qui supportent l'évolution des soins pédiatriques vers une complexité et un volume accrus. Bien que certaines pathologies puissent être prises en charge par les première et deuxième lignes, il demeure que les centres universitaires pédiatriques devront ajuster leur offre de services afin d'assurer un support d'enseignement, de formation et de soutien ainsi que de maintien des troisième et

quatrième lignes. Nous vous citons quelques exemples qui ont été soulignés dans la documentation ministérielle :

- Augmentation de la prématurité, de la survie de grands prématurés;
- Augmentation de la prévalence de certaines pathologies chroniques;
- Hausse constante des problèmes psychosociaux, de la maltraitance, des troubles d'attention, des problèmes de développement, des problèmes de comportement et de santé mentale;
- Augmentation dramatique de la survie d'enfants avec maladies chroniques (fibrose kystique), malformations congénitales complexes (cardiopathies, problèmes orthopédiques, problèmes neurologiques, etc.) et des survivants du cancer;
- Problèmes de santé complexes des immigrants et nouvelles maladies auxquelles les spécialistes québécois (en pédiatrie comme dans d'autres disciplines) n'étaient pas exposés dans le passé; et
- Augmentation de la prévalence de maladies infectieuses qui étaient devenues rares (ex : la tuberculose et la multi-résistance des souches mycobactériennes isolées).

Il y a donc plusieurs **facteurs majeurs** qui interpellent la pédiatrie au Québec. La population pédiatrique totale connaîtra peut-être un léger déclin ou une augmentation, selon le scénario qui prévaudra, mais la clientèle nécessitant des services cliniques de pédiatrie augmentera en nombre et en complexité et ce, particulièrement à Montréal.

Conclusion

La mission tripartite de soins aux patients, d'enseignement et de recherche est essentielle à un CHU pour les enfants et les adolescents, et doit être préservée dans le nouvel HME afin que nous puissions prodiguer les meilleurs soins possibles. Le plan visionnaire du Campus Glen nous permettra de rehausser la prestation de nos soins en remplaçant nos vieilles installations et en réalisant les synergies et les capacités de services. Nous devons ainsi non seulement effectuer l'implantation d'une nouvelle structure, de taille et de qualité appropriées, mais également assurer les synergies par les adjacences ou la co-localisation de tous les services spécialisés. Ceci est particulièrement important dans la prestation de soins aux enfants où les équipes multidisciplinaires fonctionnent de manière cohésive afin de prodiguer des soins optimaux.

* : CARING :

Le « *caring* » est une approche humaniste des soins reconnaissant la capacité d'actualisation du potentiel de chaque personne sur le continuum liant la vie, la maladie et la mort (Watson, 1984).

Dans une approche de « *caring* », le personnel infirmier et médical planifie des soins personnalisés qui tiennent compte de la réalité subjective de chaque personne. L'objectif poursuivi est de maintenir de façon optimale l'autonomie de la personne malade dans la satisfaction de ses besoins ou de prévoir des interventions pour y suppléer dignement lorsque cette dernière n'est plus en mesure de le faire.

Lors de l'hospitalisation d'une personne gravement malade, il importe aussi de tenir compte des besoins et réactions des proches de façon à les aider à composer avec cette situation. Une grande disponibilité du personnel soignant est indispensable pour répondre aux inquiétudes de ces personnes, car il n'est pas facile d'être témoin de la mort d'un être cher. Le « *caring* » incite les soignants à créer des conditions qui facilitent la présence des proches auprès de la personne malade, source de soutien pour cette dernière. Dans une démarche de « *caring* », les soignants invitent les proches à participer aux soins requis en leur enseignant ce qui peut être fait. Cette participation des proches contribue souvent à diminuer leur sentiment d'impuissance en donnant du sens à leur présence.

Dans leur relation avec la personne gravement malade et ses proches, les interventions des membres de l'équipe de soins se situent dans le cadre des trois grandes fonctions inter-reliées de « *caring* » soit l'information, l'enseignement et le soutien.



Plateau Technique et Haute Technologie

Au campus Glen, un socle central regroupera l'ensemble des salles d'opération, des salles d'interventions mineures, l'imagerie médicale, la médecine nucléaire, l'hémodynamie et l'électrophysiologie cardiaque. Tout en étant centralisées, les salles seront regroupées par population et par secteur, ce qui permettra de dissocier les différentes zones tout en permettant l'usage des salles adjacentes, s'il y a surcapacité dans un secteur.

Salles d'opération

Au total, 36 salles d'opérations sont planifiées :

| Mission | Salles d'opération | | | |
|--------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------|
| | Actuel | Campus Glen 2010-2015 | Campus de la Montagne 2010-2015 | Total 2010-2015 |
| Chirurgie | 23 salles | 13 salles | 11 salles | 24 salles |
| Neurosciences | 4 salles | - | 6 salles | 6 salles |
| Pédiatrie | 10 salles | 6 salles | - | 6 salles |
| Grand total | 37 salles | 19 salles | 17 salles | 36 salles |

Un total de 17 salles d'opération est prévu pour le Campus de la Montagne, dont quinze (11) salles générales et six (6) salles de neurochirurgie. Dans l'intérêt de la mise en commun de la haute technologie, le plateau technique du campus de la Montagne sera partagé. Le bloc opératoire chevauchera l'HGM et le pavillon Neuro au 8^e étage pour permettre une meilleure flexibilité, surtout en ce qui concerne la traumatologie. Le nombre total de salles d'opération prévu pour le nouveau Pavillon est quatorze (14) salles (6 pour la neurochirurgie et 8 salles générales). Trois (3) autres salles d'opération sont prévues dans l'HGM qui sont les 3 salles de chirurgie à effraction minimale au 8^e étage de l'aile D, récemment rénovées.

Au campus Glen, 6 salles d'opération sont prévues en pédiatrie et 13 salles d'opération sont prévues pour la population adulte. Ces salles seront adjacentes et permettront de partager les aires de support.

Analyse du nombre de salles d'opération nécessaires au CUSM

À la demande du MSSS, la méthodologie suivante a été utilisée afin de déterminer le nombre de salles d'opération adulte requises en 2010-2015:

Pour les chirurgies de niveaux 1 et 2, une réduction du temps d'utilisation des salles d'opération par 50 % était prévue pour prendre en compte le redéploiement de chirurgies aux CSSS. Lorsqu'on réduit le nombre d'heures par 50 % et on applique une heure moyenne par procédure prévue, on arrive à 8 salles d'opération pour les procédures de niveaux 1 et 2 :

| Mission adulte | | 2004-2005 | | 2010-2015 | | | | | | Commentaires sur ajouts |
|----------------|-------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------|
| | | Heures procédures | Hre moy par procédure | Hre moy par procédure | Heures procédures totales | Salles d'op requisés (calcul) | Salles d'op requisés (calcul) | Ajouts totales (tampon) | Salles d'op requisés | |
| Chirurgie | Niveaux 1&2 | 19,744 | 1.5 | 2.0 | 13,387 | 7.9 | 8 | 8 | 1 -IRM peropérateur au Glen; 1- Urgences (Glen); 1-Urgences/ Traumatologie (Montagne); 1Transplantation (Glen) | |
| Chirurgie | Niveau 3 | 17,232 | 3.7 | 4.1 | 19,265 | 11.4 | 12 | 4 | | |
| Neurosciences | Niveau 3 | 6,571 | 3.6 | 4.3 | 7,826 | 4.6 | 5 | 1 | 1 pour IRM peropérateur | |
| Total | | 43,547 | | | 40,478 | 23 | 25 | 5 | 31 | |

Source: ORSOS (rapport par service et procédure)

Le temps d'utilisation des salles d'opération pour les activités de niveau 3 a été maintenu à 100%, et comme pour les activités de niveaux 1 et 2, une heure moyenne par procédure prévue a été appliquée.

Le calcul du nombre de salles d'opération a été effectué en divisant le nombre total d'heures par 1 693. Le résultat de ces calculs indique un besoin de vingt-cinq (25) salles d'opération.

De plus, des salles dédiées ont été ajoutées afin de permettre au CUSM d'effectuer le volume d'activités de niveau 3 et ainsi accomplir efficacement sa mission tertiaire et quaternaire :

- 2 salles dédiées à IRM (1 au campus Glen; 1 au campus de la Montagne)
- 2 salles dédiées aux urgences (1 au campus Glen; 1 au campus de la Montagne)
- 1 salle dédiée à la transplantation au Glen

Voir la section de la mission pédiatrique pour les besoins en salles d'opération pour cette clientèle.



Interventions mineures

Le nombre de salles nécessaires à la prestation des soins demeurant au CUSM est détaillé ci-bas :

| | Salles d'interventions ¹ | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------|
| | Actuel | Campus Glen 2010-2015 | Campus de la Montagne 2010-2015 | Total 2010-2015 |
| Adulte | 22 | 10 | 9 | 19 |
| CYSTOSCOPIE : | | | | |
| Cystoscopie/RTUP | 2 | 1 | 2 | 3 |
| Fluoroscopie fixe | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Lithotripsie | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Polyvalent (HGM) | 2 | 0 | 0 | 0 |
| ENDOSCOPIE : | | | | |
| Bronchoscopie/endoscopie polyvalente | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Endoscopie | 8 | 1 | 3 | 4 |
| Endoscopie (fluoroscopie fixe) | 2 | 1 | 0 | 1 |
| Ultrason endoscopique par cytoponctions à l'aiguille fine | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Salle de motilité | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Salle propre | 0 | 0 | 1 | 1 |
| CARDIAQUE: | | | | |
| Hémodynamie | 3 | 3 | 0 | 3 |
| Électrophysiologie | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Pédiatrie | 4 | 4 | 0 | 4 |
| Endoscopie | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Salle de motilité | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Angiographie (cardiaque et non cardiaque) | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Salle propre polyvalente | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Grand total | 26 | 14 | 9 | 23 |

¹ Voir la section sur l'imagerie médicale pour les salles de radiologie interventionnelle.

| Nombre de patients | Hémodynamie—Adulte | | | |
|---|------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------|
| | Actuel 2004-2005 | Campus Glen 2010-2015 | Campus de la Montagne 2010-2015 | Total 2010-2015 |
| Hémodynamie | 2 548 HRV 1 197 HGM | 3 745 | 0 | 3745 |
| Électrophysiologie interventionnelle | 352 HRV 217 HGM | 570 | 0 | 570 |

L'hémodynamie adulte sera consolidée au Campus Glen. Cette consolidation permettra une meilleure couverture par le personnel et une optimisation de l'utilisation de chaque laboratoire. Le nombre de laboratoires prévu est basé sur l'hypothèse que chaque laboratoire est en mesure de réaliser 1 500 à 1 700 procédures par année.

Électrophysiologie cardiaque

Le laboratoire de cardiologie non invasive pour adultes s'adresse aux patients hospitalisés et aux patients ambulatoires. Les modalités comprises dans ce service sont les suivantes :

- Formation sur le moniteur Holter et son utilisation ainsi que sur la scintigraphie;
- Formation sur le moniteur transtéléphonique et son utilisation ainsi que sur la scintigraphie;
- ECG;
- Épreuves d'effort cardiaque de routine;
- Échocardiographie (y compris échocardiographie trans-œsophagienne);
- Échocardiographie d'effort;
- Coordination et épreuves d'effort (au besoin) dans le cadre des études effectuées en médecine nucléaire cardiaque; et
- Clinique de stimulation cardiaque.

Le département principal adulte sera situé au Campus Glen. Toutefois, des services consultatifs seront offerts aux cas urgents et aux patients hospitalisés du Campus de la Montagne.

Imagerie médicale

Services

Le département d'imagerie médicale est responsable de la prestation d'une gamme de services d'imagerie, dont la médecine nucléaire pour les patients hospitalisés et ambulatoires. Ces services incluent :

- Radiographie générale
- Fluoroscopie
- Examens spéciaux
- Ultrason (inclus l'obstétrique, mammographie)
- Mammographie (régulière et stéréotaxie)
- IRM
- Tomodensitométrie
- Angiographie

La médecine nucléaire pour adultes offre de l'imagerie métabolique. Les activités en médecine nucléaire couvriront :

- Scintigraphie par caméra-gamma
- Densitométrie
- Scintigraphie thyroïdienne par test de fixation
- Épreuves cardiaques
- Cyclotron
- TEP

Organisation du département

Le département d'imagerie médicale CUSM est dirigé par le président du département de radiologie de l'Université McGill. Les chefs de site sont nommés au Neuro, à l'HRV/ITM, à l'HGM et à l'HME. Présentement, le plan régional d'effectifs médicaux du département est de 35. Le besoin d'ajouter onze postes additionnels pour atteindre ce total a été exprimé par le département et soumis à l'Agence et à la FMSQ.

Sur le plan administratif, les départements d'imagerie médicale de l'HRV/ITM, de l'HGM et des neurosciences sont sous la supervision de la directrice des services diagnostiques et thérapeutiques pour les sites adultes du



CUSM. Le département d'imagerie médicale à l'HME est administrativement distinct, sous la supervision du directeur associé des services hospitaliers.

Organisation des services

Le diagramme qui suit montre l'emplacement planifié pour les activités d'imagerie aux campus Glen et de la Montagne, de même qu'au 5100 de Maisonneuve Ouest.

Campus Glen

Les départements principaux d'imagerie adulte et pédiatrique au Campus Glen feront partie du plateau technique et seront adjacents, bien que distincts. Ils seront organisés de manière à ce que les patients adultes et pédiatriques aient accès aux services de différents points et aient des aires d'attente séparées. La proximité des deux départements est essentielle afin de réduire les effets de pannes sérieuses d'équipement dans l'un ou l'autre des secteurs. Elle optimise également l'utilisation de l'équipement durant les fins de semaine et en dehors des heures habituelles d'opération en permettant une flexibilité entre les deux unités. Les services pédiatriques et adultes d'imagerie partagent également le TEP et le laboratoire chaud.

Certaines activités d'imagerie seront situées aux départements d'urgence adulte et pédiatrique, et aux secteurs cardiovasculaires afin de mieux desservir les populations ciblées. À noter que l'ultrason réalisé dans les laboratoires vasculaires et de cardiologie est sous la juridiction de la chirurgie de ces spécialités.

Édifice 5100 de Maisonneuve Ouest

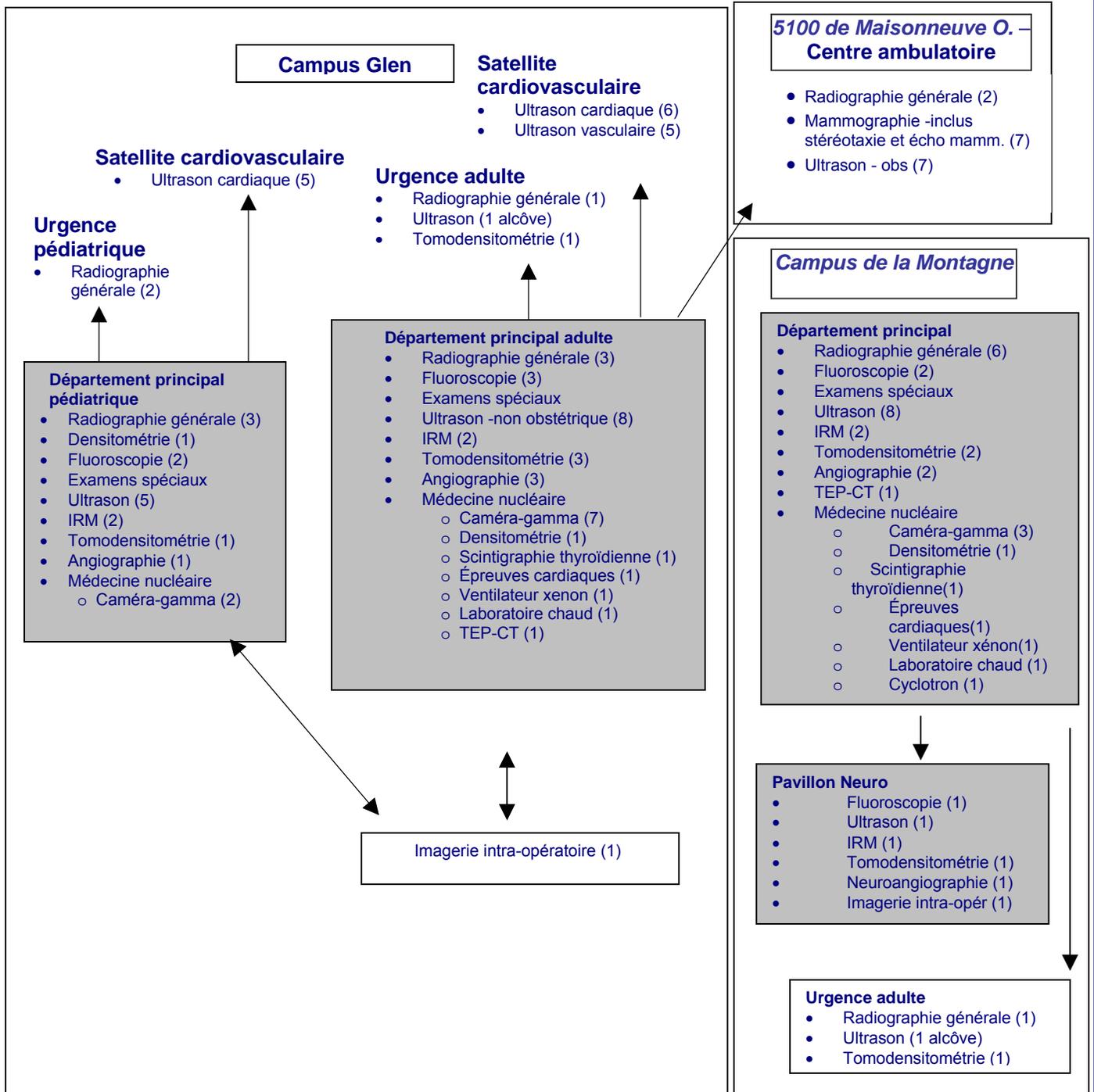
La radiographie générale, la mammographie et l'ultrason pour mammographie et obstétrique, seront localisés au 5100 de Maisonneuve Ouest pour soutenir les cliniques médicales/chirurgicales, le programme de la santé des femmes ainsi que le Centre du sein.

Campus de la Montagne

Le Campus de la Montagne maintiendra son département d'imagerie multi-modalités. Nous estimons que l'équipement actuel pourra accommoder les volumes prévus à la suite du redéploiement. Il est de plus en plus clair qu'une seconde unité d'IRM sera nécessaire pour répondre aux demandes croissantes de l'orthopédie et pour remédier à la longue liste d'attente. En plus du département principal d'imagerie au Campus de la Montagne, un département satellite est envisagé au Pavillon Neuro.



Futur emplacement des services d'imagerie



Le tableau qui suit (Unités actuelles vs. Prévues) présente le nombre d'unités présentement utilisées versus celles qui sont planifiées.

Analyse des besoins d'équipement

Le tableau qui suit (Analyse des besoins en équipements pour l'imagerie médicale) présente les volumes prévus et les suppositions utilisées pour calculer le nombre d'unités nécessaires. Un facteur d'utilisation de 85% a été utilisé.

Équipement en médecine nucléaire

Le tableau qui suit (Distribution d'équipements en médecine nucléaire) présente les emplacements actuels et futurs et la quantité d'équipement/salles utilisés en médecine nucléaire adulte, de même que les heures d'opérations. Prière de noter que le nombre de caméras-gamma prévu au Campus Glen est insuffisant pour maintenir le niveau actuel de soins et est donc en révision. La médecine nucléaire pédiatrique prévoit desservir un nombre similaire de patients dans le futur et utiliser deux caméras-gamma, soit le même nombre que présentement. Dans le futur, il est prévu que les départements de médecine nucléaire seront opérationnels douze heures par jour et pendant les fins de semaine. Présentement, ce n'est pas réalisable en raison de la pénurie de technologues en médecine nucléaire et de nucléistes. La disponibilité de produits radioactifs et l'horaire imposé par nos protocoles cliniques représentent également des obstacles à l'augmentation des heures d'opération.



Tableau : Unités actuelles vs. prévues

| | Actuel 2006 | Prévu 2010-2015 |
|--|---|---|
| Radiologie générale (département et urgence) | | |
| HME → HME au Campus Glen | Total : 4 - 2 au département principal +2 à l'urgence | Total : 6 - 4 au département principal (dont 1 en densitométrie) + 2 à l'urgence |
| HGM | Total : 7 - 6 au département principal (dont 1 avec capteur numérique direct) +1 à l'urgence | Total : 7 - 6 au département principal (dont 1 avec capteur numérique direct) +1 à l'urgence |
| HRV | Total : 5 - 3 au département principal (dont 2 avec capteur numérique direct)+2 à l'urgence | |
| Campus Glen - adultes | | Total : 6 - 3 au département principal + 1 à l'urgence + 2 à 5100 de Maisonneuve O. |
| HMN → Pavillon Neuro | 1 au département principal | 0 (partagé avec département principal) |
| Fluoroscopie (incluant interventions générales et examens spéciaux) | | |
| HME → HME au Campus Glen | 2 au département principal | 2 au département principal |
| HGM | 2 au département principal | 2 au département principal |
| HRV | 3 au département principal | |
| Campus Glen - adultes | | 3 au département principal |
| HNM → Pavillon Neuro | 0 | 1 au Pavillon Neuro |
| Ultrasonographie obstétrique | | |
| HRV | 10 au pavillon des femmes (dont 4 au centre de reproduction McGill) | |
| Campus Glen - adultes | | 7 à 5100 de Maisonneuve O. |

| | Actuel 2006 | Prévu 2010-2015 |
|---|---|---|
| Ultrasonographie non-obstétrique (département) | | |
| HME → HME au Campus Glen | 4 au département principal | 5 au département principal |
| HRV | 6 au département principal | |
| Campus Glen - adultes | | Total : 9 - 8 au département principal + 1 urgence |
| HGM | 8 au département principal | Total : 9 - 8 au département principal + 1 urgence |
| HNM → Pavillon Neuro | 1 au département principal | 1 au Pavillon Neuro |
| Mammographie | | |
| HRV | 3 au centre du sein | |
| Campus Glen - adultes | | 3 à 5100 de Maisonneuve O. |
| Stéréotaxie | | |
| HRV | 1 au centre du sein | |
| Campus Glen - adultes | | 1 à 5100 de Maisonneuve O. |
| Mammographie ultrason | | |
| HRV | 2 au centre du sein | |
| Campus Glen - adultes | | 3 à 5100 de Maisonneuve O. |
| Tomodensitométrie | | |
| HME → HME au Campus Glen | 1 au département principal | 1 au département principal |
| HGM | Total : 3 - 2 au département principal + 1 à l'urgence | Total : 3 - 2 au département principal + 1 à l'urgence |
| HRV | Total : 2 - 1 au département principal + 1 à l'urgence | |
| Glen – adultes | | Total : 4 - 3 au département principal dont 1 dédié aux interventions +1 à l'urgence |
| HNM → Pavillon Neuro | 1 au département principal | 1 au Pavillon Neuro |
| Résonance magnétique | | |
| HME → HME au Campus Glen | 1 au département principal | 2 au département principal |
| HGM | 1 au département principal | 2 au département principal |
| HRV | 1 au département principal | |
| Campus Glen - adultes | | 2 au département principal |
| HNM → Pavillon Neuro | 1 au département principal | 1 au Pavillon Neuro |
| Angiographie (excluant cardiaque) | | |
| HME → HME au Campus Glen | 1 partagé avec angiographie cardiaque | 1 partagé avec angiographie cardiaque |
| HGM | 2 au département principal | 2 au département principal |
| HRV | 2 au département principal | |
| Campus Glen - adultes | | 3 au département principal |
| HNM → Pavillon Neuro | 1 au département principal | 1 au Pavillon Neuro |

Tableau : Analyse des besoins en équipements pour l'imagerie médicale

| | Volumes 2004-2005 | Volumes projetés 2010-2015 | Heures /jour | Moyenne temps/ examen (min) | Jours/ année | Nombre total requises (derivé du calcul) | Unités prévus 2010-2015 | Unités actuel 2006 | Réf |
|---|----------------------|----------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|--|-------------------------------|--------------------------|---------|
| Radiologie générale (dept et urgence): | | | | | | | | | |
| HME -> HME au Glen | 47,069 | 55,500 | 12 | 20 | 250 | 7.3 | 6 | 4 | (1) |
| HGM | 71,903 | 72,000 | 12 | 15 | 250 | 7.1 | 7 | 7 | (2) |
| HRV | 49,389 | | | | | | | 5 | |
| Glen / 5100 de Maisonneuve (adultes) | | 55,000 | 12 | 15 | 250 | 5.4 | 6 | | (2) |
| HMN -> Pavillon Neuro | 3,566 | 3,800 | 12 | 15 | 250 | 0.4 | 0 | 1 | (3) |
| Fluoroscopie (inc. interventions gén et examens spéciaux): | | | | | | | | | |
| HME -> HME au Glen | 1,946 | 2,400 | 8 | 55 | 250 | 1.3 | 2 | 2 | (4) |
| HGM | 2,655 | 4,000 | 8 | 40 | 250 | 1.6 | 2 | 2 | (5) |
| HRV | 2,025 | | | | | | | 3 | (5) |
| Glen / 5100 de Maisonneuve (adultes) | | 6,500 | 8 | 40 | 250 | 2.5 | 3 | | |
| HMN -> Pavillon Neuro | 593 | 650 | 8 | 40 | 250 | 0.3 | 1 | 0 | (6) |
| Ultrasonographie (obs): | | | | | | | | | |
| HRV | 18,000 | | | | | | | 7 | (7) |
| Glen - adultes | | 18,000 | 8 | 30 | 250 | 5.3 | 7 | | (8) |
| Ultrasonographie (non-obs) dept: | | | | | | | | | |
| HME -> HME au Glen | 12,898 | 15,300 | 8 | 30 | 250 | 4.5 | 5 | 4 | (9) |
| HGM | 37,669 | 37,000 | 8 | 35 | 250 | 12.7 | 8 | 8 | (10) |
| HRV | 18,536 | | | | | | | 6 | |
| Glen / 5100 de Maisonneuve (adultes) | | 23,000 | 8 | 35 | 250 | 7.9 | 8 | | |
| HMN -> Pavillon Neuro | 2227 | 2,300 | 8 | 30 | 250 | 0.7 | 1 | 1 | |
| | | | | | | | | | (11) |
| Ultrasonographie cardiaque et vasculaire | | | | | | | | | |
| Mammographie: | | | | | | | | | |
| HRV | 10,600 | | 8 | 20 | 250 | | 3 | | |
| Glen / 5100 de Maisonneuve (adultes) | | 17,000 | 8 | 10 | 250 | 1.7 | | 3 | (12,13) |
| Stéréotaxie : | | | | | | | | | |
| HRV | 400 | | 8 | 60 | 250 | | | 1 | |
| Glen / 5100 de Maisonneuve (adultes) | | 600 | 8 | 60 | 250 | 0.4 | 1 | | |
| Mammographie ultrason: | | | | | | | | | |
| HRV | 4,341 | | 8 | 35 | 250 | | | 2 | |
| Glen / 5100 de Maisonneuve (adultes) | | 7,000 | 8 | 35 | 250 | 2.4 | 3 | | (12) |

Notes :

- (1) Une unité prévue pour la densitométrie; tous les patients en densitométrie sont présentement référés à l'Hôpital Shriners bien qu'une unité sera installée plus tard cette année.
Le nombre a été réduit à six, la scoliose peut être réalisée dans un local de service
Les machines seront fonctionnelles 24 heures/7 jours (présentement 44 % des patients proviennent de
- (2) Les machines seront fonctionnelles 24 heures/7 jours à l'urgence.
- (3) La faisabilité d'avoir une salle de radioscopie combinée doit être évaluée.
- (4) Une seconde unité a été installée en février 2006; les deux unités fonctionnent toute la
- (5) Les volumes sont faibles en raison de problèmes avec l'équipement; pénurie de radiologistes.
- (6) Réalisée dans une salle d'angiographie.
- (7) N'inclut pas les unités situées au centre de reproduction McGill.
- (8) Les volumes sont sousestimés, ils représentent seulement les examens/interventions réalisés par un technologue et non par médecin ou un stagiaire postdoctoral. Les patients privés ne sont pas inclus. Plus d'unités sont planifiées que théoriquement.
- (9) Plus de 1 200 patients sur la liste d'attente (3 mois); en processus d'installation patients quatrième
- (10) Les unités opèrent souvent plus d'heures par jour pour répondre à la demande. Une unité a été déplacé après fermeture du département principal les fins de semaine; l'ultrason était planifié pour 16 heures d'opérations avec un seul
- (11) Les ultrasonographies cardiaque et vasculaire sont respectivement localisées avec le service d'électrophysiologie diagnostique et avec le service vasculaire respectivement.
- (12) Les volumes planifiés doivent être révisés par l'Agence.
- (13) La mammographie digitale planifiée pour l'avenir réduira les temps d'examen.

| | Volumes 2004-2005 | Volumes projetés 2010-2015 | Heures /jour | Moyenne temps/ examen (min) | Jours/ année | Nombre total requis (dérivé du calcul) | Unités prévues 2010-2015 | Unités actuelles 2006 | Réf |
|--|----------------------|----------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|---|--------------------------------|-----------------------------|-----|
| Tomodensitométrie (examens) | | | | | | | | | |
| HME → HME au Campus Glen | 4 016 | 5 400 | 16 | 40 | 250 | 1,0 | 1 | 1 | |
| HGM | 21 054 | 15 000 | 16 | 30 | 250 | 2,2 | 2 | 3 | (1) |
| HRV | 13 043 | | 16 | | | | | 2 | |
| Glen (adultes) | | 26 000 | 16 | 30 | 250 | 3,8 | 4 | | (2) |
| HMN → Pavillon Neuro | 7 853 | 8 100 | 16 | 20 | 250 | 0,8 | 1 | 1 | |
| Tomodensitométrie (interventions) | | | | | | | | | |
| HGM | 226 | 700 | 16 | 150 (1-4) | 250 | 0,5 | 0 | inc. avec examens | (3) |
| HRV | 219 | | | | | | | inc. avec examens | |
| Glen (adultes) | | 500 | 16 | 150 | 250 | 0,4 | 1 | | (3) |
| HMN → Pavillon Neuro | 7 | 10 | 16 | 30 | 250 | 0,0 | inc. avec examens | inc. avec examens | |
| Résonance magnétique | | | | | | | | | |
| HME → HME au Campus Glen | 2 566 | 2 600 | 16 | 60 | 250 | 0,8 | 2 | 1 | (4) |
| HGM | 6 128 | 11 400 | 16 | 45 | 360 | 1,7 | 2 | 1 | (5) |
| HRV | 0 | | 16 | 45 | 360 | | | 1 | (6) |
| Glen/Centre AC (adultes) | | 13 000 | 16 | 45 | 360 | 2,0 | 2 | | (7) |
| HMN → Pavillon Neuro | 7 079 | 7 300 | 16 | 45 | 360 | 1,1 | 1 | 1 | |
| Angiographie (exercice cardiaque) | | | | | | | | | |
| HME → HME au Campus Glen | 67 | 90 | 8 | 60 | 250 | 0,1 | 1 | 1 | (8) |
| HGM | 2 530 | 2 700 | 8 | 57 (40-75) | 250 | 1,5 | 2 | 2 | (9) |
| HRV | 4 571 | | 8 | 70 (40-110) | 250 | | | 2 | |
| Glen/Centre AC (adultes) | | 4 800 | 8 | 70 | 250 | 3,3 | 3 | | |
| HMN → Pavillon Neuro | 1 812 | 2 200 | 8 | 180 | 250 | 3,9 | 1 | 1 | |

Notes :

- (1) Les volumes diminueront en raison de la relocalisation de l'oncologie au Campus Glen; utilisée 24 heures/7 jours à l'urgence.
- (2) Grande utilisation prévue par les patients du centre du cancer.
- (3) Nous ne serons peut-être pas capables d'opérer 16 heures par jour (plutôt huit heures) parce que les interventions requièrent la présence du personnel (anesthésistes, infirmières, radiologistes)
- (4) Nécessite la sédation et n'est pas capable présentement d'opérer 16 heures par jour en raison de la pénurie d'anesthésistes; la seconde unité sera partagée les fins de semaines et les soirées avec les adultes.
- (5) Volume additionnel pour soutenir une seconde unité d'activités ortho (tumeurs musculo-squelettique) et les listes d'attente.
- (6) Aucun volume disponible en 2004-2005 comme l'unité a été installée en 2006.
- (7) Continuera à servir des patients de d'autres hôpitaux en raison des heures étendues.
- (8) L'angiographie et la cathétérisation cardiaque continueront à partager une salle.
- (9) Offre présentement un service téléphonique 24 heures/7 jours après la fermeture du département.

Tableau : Distribution d'équipement en médecine nucléaire
Adultes

| Spécialité | Campus Glen ¹ | Campus de la Montagne | Actuel | Heures d'ouverture/jour actuel |
|---|--------------------------|-----------------------|----------------|--------------------------------|
| | 2010-2015 | 2010-2015 | | |
| Caméra cardiaque ou pour le cerveau (petit champ) | 1 | 0 | 1 HRV | 8 heures |
| Caméra grand champ pour osseuses | 1 | 1 | 2 HRV, 1 HGM | 7 heures ch. |
| Caméra grand champ (1 détecteur) pour reins | 1 | 0 | 1 HRV | 8 heures |
| Caméra grand champ (2 détecteurs) pour gallium, poumons, foie, etc. | 1 | 0 | 1 HGM, 1HRV | 8 heures ch. |
| Caméra à champ régulier pour MUGA, thyroïdes, parathyroïdes/troustenopéique | 1 | 0 | 1 HRV 1 HGM | 7 heures |
| Caméra hybride (SPECT/CT) pour octréoscans et scintigraphies pancorporelles de localisation | 2 | 2 | 1 HRV | 8 heures |
| Appareil à ventilation pulmonaire | 1 | 1 | 2 HRV, 1 HGM | |
| Appareil à captation | 1 | 1 | 1 HRV, 1 HGM | |
| Densitomètre osseux | 1 | 1 | 1 HRV, 1 HGM | 7 heures |
| Laboratoire pour test H-Pilori | 1 | | 1 HRV | |
| Laboratoire humide | 1 | 1 | 1 HRV | |
| Laboratoires chauds | 1 | 1 | 1 HRV, 1 HGM | |
| Salle de déchets radioactifs | 1 | 1 | 1 HRV, 1 HGM | |
| TEP/CT | 1 | 1 | 1 HGM | 11 heures |
| Cyclotron | 0 | 1 | 1 HGM | |

Services diagnostiques et thérapeutiques non-invasifs

Les services diagnostiques et thérapeutiques seront situés au Glen et au campus de la Montagne :

Physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie

Les quatre professions de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie et d'audiologie seront regroupées en trois départements : le département de physiothérapie, le département d'ergothérapie et le département d'orthophonie et d'audiologie. Ces départements professionnels sont reliés à certains programmes ou à des équipes de soins aux patients et offriront des services thérapeutiques aux patients adultes hospitalisés ou en consultation externe. Ils seront situés au Glen ou à la montagne selon la localisation des services qui en auront besoin.

- Le service de physiothérapie sera centralisé avec l'ergothérapie, l'orthophonie, et l'audiologie au Glen dans l'hôpital pour adulte. Il desservira les patients hospitalisés et les patients ambulatoires du CUSM.
- L'orthophonie pour les patients hospitalisés sera donnée dans un espace tranquille faisant partie des aires de thérapie satellites ou au chevet de la personne. Quelques services devront peut-être être assurés dans un département centralisé.
- Les évaluations audiologiques s'effectuent dans des cabines de son spéciales situées dans l'aire de la clinique d'audiologie. Quelques services d'audiologie seront fournis dans l'aire des patients hospitalisés par l'utilisation des espaces tranquilles dans les aires satellites communes à la PT/ET

Service social

Des services sociaux sont offerts dans tous les secteurs des soins aux patients du CUSM et, à ce titre, ils font partie intégrale de notre démarche interdisciplinaire de soins aux patients. Les professionnels des services sociaux aident les patients souffrant de maladie physique ou mentale et leur famille à s'adapter aux problèmes sociaux et affectifs qui surgissent à la suite d'une maladie ou de l'hospitalisation. Ils desserviront leurs services aux deux campus Glen et de la Montagne selon les besoins de la clientèle. Ils partageront des bureaux et auront accès à des salles de consultation privée autant aux unités de soins hospitaliers qu'aux cliniques externes et hôpitaux de jour. Des bureaux dédiés sont prévus pour certains secteurs, tel l'urgence et le Centre du cancer.

Les départements de Services sociaux offrent un programme pédagogique à des fins d'enseignement, de supervision et de perfectionnement du personnel, ainsi que pour les étudiants en travail social de concert avec l'Université McGill. À l'interne, les travailleurs sociaux s'occupent des composantes psychosociales de la maladie et des problèmes sociaux des patients, tout en soutenant le personnel par un enseignement multidisciplinaire. Des postes de travail sont prévues pour les étudiants, qui auront accès aux salles de consultation privées pour les interventions avec patients et familles, et la supervision.

La participation à une activité de recherche pertinente est perçue comme un complément important à l'acquisition de bonnes pratiques et politiques. En plus de leurs activités formelles et informelles d'enseignement à des collègues de toutes les disciplines, les départements de Services sociaux adultes et pédiatriques mènent des recherches psychosociales.

Service pastoral

Le service pastoral offrira ses services aux deux sites: Glen et Montagne. Il répondra à tous les groupes toutes confessions et traditions confondues. Une chapelle/salle de méditation sera disponible sur chacun des sites.

Nutrition

Des services de consultation en nutrition seront intégrés aux soins ambulatoires, site connexe et aux soins hospitalisés au site Glen et au site de la Montagne. L'enseignement fera partie intégrante du service activité.



Diagnostic des maladies respiratoires et inhalothérapie

Des services spécialisés et ultra-spécialisés de fine pointe seront offerts en cardio-respiratoire aux patients hospitalisés et ambulatoires ayant des problèmes respiratoires (ex : asthme, apnée du sommeil). Le service principal sera situé au Campus Glen. Toutefois, des services seront également disponibles au Campus de la Montagne pour desservir la population hospitalisée.

Le service d'inhalothérapie et le laboratoire d'analyse des fonctions pulmonaires seront situés aux deux campus. Un laboratoire du sommeil (fonctions pulmonaires) est prévu au Campus Glen.

Le programme (national) de ventilation à domicile sera situé hors site.

Les autres services de diagnostic et de traitement respiratoire comprennent l'hôpital de jour, les cliniques d'asthme, maladies obstructives respiratoires, l'induction de l'expectoration, la fibrose kystique et la clinique du sommeil. Ces services seront offerts au 5100 de Maisonneuve Ouest.

PRINCIPAUX VOLUMES D'ACTIVITÉS

| Thèmes | Unité de mesure | CUSM 2004-05 | | | | |
|---------------------------------|-------------------|--------------|----------------|------------------|--------------------|----------------------|
| | | | Glen 2010-2015 | % Glen 2010-2015 | Montagne 2010-2015 | % Montagne 2010-2015 |
| Physiothérapie | Hres prest. serv. | 61,944 | 32,888 | 53% | 29,055 | 47% |
| | Jour traitements | 103,196 | 53,628 | 52% | 49,564 | 48% |
| Ergothérapie | Hres prest. serv. | 40,276 | 21,651 | 54% | 18,762 | 47% |
| | Jour traitements | 50,444 | 23,276 | 46% | 27,226 | 54% |
| Audiologie | Hres prest. serv. | 4,237 | 1,799 | 42% | 2,438 | 58% |
| | Jour traitements | 4,861 | 2,173 | 45% | 2,688 | 55% |
| Orthophonie | Hres prest. serv. | 8,500 | 4,120 | 48% | 4,379 | 52% |
| | Jour traitements | 6,135 | 2,601 | 42% | 3,534 | 58% |
| Service social | Usagers | 14,205 | 6,863 | 48% | 6,447 | 45% |
| Nutrition clinique | Usagers | 20,419 | 13,539 | 66% | 6,880 | 34% |
| Physiologie respiratoire | UTP | 2,982,681 | 2,613,935 | 88% | 368,746 | 12% |
| Inhalothérapie | UTP | 4,617,192 | 4,095,360 | 89% | 1,592,640 | 34% |



Services de soutien

Services de soutien cliniques

Laboratoires

Les laboratoires cliniques sont à l'étude au niveau de l'Agence de la santé et des services sociaux. Le CUSM aura toutefois besoin sur le site Glen d'un laboratoire central. L'HRV consolide présentement les laboratoires en vue du redéploiement au Campus Glen.

Il sera construit à l'HME afin de répondre aux besoins dès la première phase. Le laboratoire central comprendra : la microbiologie, l'hématologie, la biochimie, les tests spéciaux, le centre de prélèvement pédiatrique, la banque de sang et les aires administratives correspondantes.

La pathologie et les laboratoires de génétique seront au Campus Glen. De plus, un centre de prélèvement ambulatoire est prévu au 5100 de Maisonneuve Ouest.

Un Centre de prélèvement intégré à l'hôpital de jour fera partie du Centre de cancer (Glen).

Seul un bureau et un petit laboratoire sont prévus pour le pavillon Neuro pour soutenir les activités du bloc opératoire.

Pharmacie

Des pharmacies de production seront planifiées au campus de la Montagne et au campus Glen. De plus, le campus Glen aura des pharmacies satellites localisées aux points suivants :

- HME - UNSI, UPSI, et hôpital de jour pédiatrie
- Unité des soins intensifs pour adultes
- Centre du cancer
- Institut de recherche
- Pavillon Neuro

Prévention et contrôle des infections

Des chambres simples sont planifiées pour l'ensemble des unités de soins ainsi que les unités de soins intensifs. Seul, les lits de l'unité de soins néonataux intensifs sont partagés. Des toilettes avec douches sont planifiées à l'intérieur des chambres. Chaque chambre est munie d'un lavabo à l'intérieur de la chambre près de l'entrée pour le lavage des mains des employés. Des salles d'isolation avec capacité de convertir de la pression neutre à la pression, soit négative ou positive, et vestibule d'isolation sont planifiées aux unités de soins, unités de soins intensifs, ainsi que dans les aires de cliniques externes et hôpitaux de jour selon le besoin. Le nombre de ces salles sera réévalué au courant des prochains mois en concertation avec le Service de prévention et contrôle des infections.

Les salles de réveil et d'autres espaces de traitement sont conçus comme des espaces à trois parois avec des cloisonnements mobiles solides pour permettre le nettoyage et la désinfection facile.

Un endroit sera situé à l'entrée de chaque unité de soins et aire ambulatoire dédié aux renseignements des patients et familles en ce qui concerne les conditions environnementales de l'unité (épidémies, précautions à prendre, instructions, etc.).

Les bâtiments seront desservis par un système de CVCA et un enveloppe du bâtiment qui optimisent l'efficacité des renouvellements d'air. Les fenêtres seront scellées pour permettre un meilleur contrôle de la qualité de l'air.

Le PFT sera révisé et adapté en fonction des recommandations générales les plus récentes du Service de prévention et contrôle des infections et les principes directeurs du MSSS (Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, 2006). Exemple, chambres simples.

Services de soutien généraux

Centre de stérilisation

Le CUSM et le CHUM ont effectué une étude de faisabilité sur la stérilisation des instruments et du linge en prenant en considération le Campus de la Montagne et le Campus Glen (Voir document en annexe « CHUM/McGill Hospitals : Sterile Processing Assessment Project ») pour la consolidation des services de stérilisation centrale. La question fondamentale était de savoir si la consolidation était avantageuse au niveau financier.

Trois scénarios furent analysés:

1. Scénario 1 :
 - a. Consolidation des services de stérilisation centrale des quatre hôpitaux de McGill au site Glen et au site de la Montagne ;
 - b. Consolidation des services de stérilisation centrale des deux nouveaux hôpitaux du CHUM en un seul au site St-Luc. La centrale de Notre Dame restera séparée ;
2. Consolidation des services de stérilisation centrale des six hôpitaux du CHUM et de McGill en un seul département, situé hors des sites des deux institutions. L'assemblage des chariots de requête se fera à l'hôpital. L'opportunité d'inclure Notre Dame ou d'autres hôpitaux devra être étudiée.
3. Consolidation des services de stérilisation centrale des six hôpitaux du CHUM et de McGill en un seul département situé hors des sites des deux institutions avec l'assemblage des chariots de requête hors site. L'opportunité d'inclure Notre Dame ou d'autres hôpitaux devra être étudiée.

Basé sur le nombre de pieds carrés requis et le coût par pied carré dans un hôpital versus hors site, on a trouvé qu'il est plus avantageux au niveau construction que la consolidation des services des six hôpitaux se fasse hors site avec l'assemblage des chariots de requête hors site. Par contre, ce même scénario est le plus dispendieux au niveau opérationnel.

Les points suivants devront subir une analyse plus approfondie pour évaluer l'impact sur l'aspect opérationnel dans le cas hors site :

Valeur de l'espace à l'hôpital :

Déterminer la valeur des pieds carrés requis par la stérilisation centrale dans les nouveaux hôpitaux et comment cet espace pourrait être utilisé plus efficacement

Instruments Requis dans le cas de traitement hors site

La salle d'opération doit être impliquée pour déterminer les instruments qui peuvent être traités hors site, ceux qui devraient rester sur site, et ceux qu'il faut acheter afin de pouvoir les traiter hors site.

Méthodologie pour les chariots

Au cas où les chariots sont préparés hors site, il faut faire particulièrement attention au design de la salle d'opération et du flot de circulation pour gérer les chariots non stérilisés à l'intérieur de la salle d'opération.

Changement au processus Salle d'opération et stérilisation centrale :

A partir de l'assemblage des chariots de requête à la gestion des instruments manquants le « va et vient » des instruments entre la salle d'opération et le service de stérilisation centrale doit être connu en détail afin de déterminer les changements requis aux politiques et processus d'en assurer l'efficacité.

Solutions TI

Le pistage des plateaux d'instruments et un système électronique pour l'inventaire sont recommandés et souvent requis pour qu'un système hors site fonctionne de façon fluide.



Communication

Le CHUM et McGill doivent déterminer comment élucider le problème linguistique dans le cas d'une fusion au niveau personnel, opérationnel, et système TI.

Gestion du matériel et buanderie:

Gestion du matériel : Entreposage hors-site avec possibilité de complémentarité avec autres partenaires.

Buanderie : espace d'entreposage au Glen.

Gestion des déchets

Actuellement, le service d'écosalubrité s'occupe de la plupart de la gestion des déchets au campus de la Montagne (traitement de toutes les ordures, incluant celui des déchets nocifs pour l'organisme ainsi que le programme de recyclage de l'hôpital, mais il n'est pas responsable du traitement des déchets radioactifs ou chimiques). Toutefois, une équipe spécialisée au sein de l'écosalubrité est chargée du transport et de l'entreposage des déchets radioactifs et chimiques.

Centre de gestion des déchets sera situé à côté du ou des quais de chargement du matériel sale ou des déchets du CUSM. Le service d'écosalubrité ou les techniciens en déchets qui dépendent d'un autre service, à déterminer, s'occuperont des opérations quotidiennes du Centre de gestion des déchets, en conformité avec les politiques établies par une variété de services : entretien ménager; sécurité contre les rayonnements; prévention des infections; et santé, sécurité et bien-être. Le personnel de ces services de supervision travaillera dans le Centre de gestion des déchets, effectuant les tâches de suivi des déchets et tenant les rapports de suivi des déchets.

Admission et archives médicales

- Admission : bureaux principaux au Glen, à l'hôpital pour adultes; bureaux satellites en pédiatrie et en obstétrique
- Archives médicales au Campus de la Montagne

Le CUSM déploie présentement un système d'information clinique (SIC) commun avec le CHUM, le logiciel Oacis de la société Dinmar (<http://www.dinmar.com/>). Avec SIC, les dossiers médicaux deviennent de plus en plus électroniques (résultats de laboratoires, rapports de radiologie, profils pharmaceutiques, et rapports dictés) pour tous les patients de l'hôpital, mais une partie des informations demeure sur support papier. Un comité de *Numérisation des dossiers médicaux* (comités de coordination, de processus ...) a été mis sur pied avec pour objectif **de numériser tous les dossiers avant le déménagement au Glen.**

Ce projet de *Numérisation des dossiers médicaux* (voir annexe) vise à compléter le dossier électronique des patients en ajoutant des images numériques des documents papier dans le SIC et à réduire progressivement la quantité des dossiers papiers des établissements.

Les équipes de réalisation seront communes entre le CHUM et le CUSM et les solutions adoptées seront implantées, dans la mesure du possible et, sauf exception, spécifiquement justifiée et approuvée par le comité de coordination du projet (lui aussi formé de représentants des deux établissements.) L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal se joint au CHUM et au CUSM pour la réalisation de la première phase du projet, l'étude préliminaire. Selon les orientations choisies à la conclusion de cette analyse, l'Agence (représentant les établissements de santé et de services sociaux de l'île de Montréal) sera soit partie prenante du projet et pourra faire profiter les établissements montréalais des conditions obtenues auprès du fournisseur retenu lors de l'appel d'offre. Par ailleurs, il est encore possible que des établissements et/ou des régions hors de Montréal soient intéressés à profiter des infrastructures mises en place pour répondre à leurs besoins de numérisation de dossiers.

Le projet fait partie de la transition technologique CHUM-CUSM et son financement provient en grande partie des budgets liés à la construction des nouveaux sites. Le complément budgétaire devra être réalisé en autofinancement mesurable.

Les dossiers non actifs seront archivés sous forme papier avec la compagnie Iron Mountain. Le PFT ne contient pas d'espaces pour l'archivage au Glen, l'espace, prévue au site de la montagne, ne sera plus nécessaire avec la numérisation des dossiers.

Télécommunications et Systèmes d'information

Les effectifs qui doivent obligatoirement être dans les sites cliniques du CUSM y seront localisés. La très grande majorité, environ 80 % des effectifs seront localisés à l'extérieur des sites cliniques. C'est d'ailleurs à peu près le cas aujourd'hui compte tenu de la rareté des espaces disponibles dans les sites actuels. Puisque la direction des services informatiques compte environ 130 personnes, nous projetons qu'une centaine d'entre eux pourrait être localisée à l'extérieur.

Compte tenu de l'accroissement ponctuel des ressources associé aux projets de la transition technologique à réaliser, nous prévoyons qu'environ 150 personnes devraient prochainement pouvoir disposer d'un espace de travail à l'extérieur des sites cliniques. Ce chiffre tient compte des augmentations de personnel interne et aussi des firmes externes qui participeront à la transition technologique. Si l'on évalue que 85 % de ces espaces seront des cubicules occupant 75 pi² de superficie et 15% des bureaux fermés de 120 pi², la surface totale requise serait de 12 300 pi².

En ajoutant à ces espaces les aires communes techniques, comme les laboratoires technologiques, l'espace requis total requis à l'externe serait de près de 17 000 pi², d'espace à bureau normal, mais dans un contexte d'accès contrôlé. Les effectifs qui seront requis par la suite après l'ouverture des nouvelles constructions seront définis en fonction des orientations technologiques finales qui seront retenues dans les prochains mois, de la confirmation du niveau de support qui sera requis sur place ainsi que des possibilités d'augmentation de budget d'opération dédié aux technologies de l'information.

Comme mentionné dans le document du PFT, si les technologies et systèmes d'information déployés ainsi que les niveaux de services exigés par les médecins et le personnel le requièrent et si l'on doit offrir une couverture disponible immédiatement (pas sur appel) pour l'ensemble des quarts, la quantité de personnes requises pourrait augmenter mais il faudra au préalable s'assurer de la disponibilité du budget d'opération additionnel requis. Pour le moment, il apparaît plus approprié de favoriser une approche par étape basée sur les effectifs requis pour réaliser la transition technologique, soit 150 personnes localisées à l'extérieur des sites cliniques.

Si l'on conserve le statut quo, l'espace additionnel requis serait localisé au 6600, Côte des Neiges, coin Barclay à Montréal. En effet, c'est dans ce bâtiment qu'est maintenant localisé l'ensemble des employés de la direction des services informatiques qui ne sont pas dans les sites cliniques actuels. Cet immeuble disposerait de locaux disponibles qui permettraient cette expansion.

Le second scénario considéré est celui du déménagement des ressources localisées au 6600, Côte des Neiges vers le 2155 Guy, immeuble locatif où sont déjà localisées plusieurs directions administratives du CUSM comme la direction générale, de la planification, des finances et des ressources humaines. Par l'addition de l'équipe informatique du CUSM dans cet immeuble locatif regroupant déjà la majorité des directions administratives du CUSM, on pourrait minimiser les déplacements et faciliter la collaboration requise dans le cadre du projet des nouvelles constructions. Le 2155 Guy disposerait de la capacité requise pour accueillir les effectifs de la direction informatique du CUSM.

Le troisième scénario considéré passe par un regroupement, pas une fusion, des équipes informatiques du CUSM, du CHUM et du Technocentre de l'Agence de Montréal dans un espace commun dont le nom provisoire est celui d'Institut d'Informatique de la Santé de Montréal. Un regroupement des ressources pourrait créer une plus grande synergie entre les grands chantiers de technologies de l'information qui s'amorcent

présentement, soit le plan d'informatisation du MSSS, associé à la stratégie d'Inforoute et les projets de la transition technologique du CHUM et du CUSM. Un tel regroupement pourrait s'inscrire dans les efforts de consolidation des actifs préconisés par le MSSS et l'Agence de Montréal. Le bâtiment requis devrait être localisé à proximité à la fois du CHUM, du CUSM et de l'Agence, au centre-ville de Montréal. Ce scénario est présentement en discussion avec l'Agence, représentée par monsieur Diamantino de Sousa.

Une décision concernant le scénario préférable est attendue à l'automne 2007.

Espace pour les salles d'opération des serveurs, soit davantage sécurisé

Le CUSM dispose actuellement d'environ 2 200 pi² d'espace utilisé comme salles d'opération des serveurs, dont la majorité est située dans les sites cliniques. Ces espaces dont l'accès est hautement sécurisé, refroidis par climatiseurs à haute performance, alimentés en électricité d'urgence, disposent de planchers surélevés.

Il faut noter que le CUSM dispose aussi d'espace chez CGI où sont impartis des éléments importants d'infrastructure, comme l'ordinateur central.

Il est actuellement préconisé de conserver la salle d'opération des serveurs actuellement en opération à l'HGM mais compte tenu de l'implantation prochaine des systèmes et technologies dans le cadre de la transition technologique du CUSM, il est prévu que près de 2000pi² additionnels seront requis.

Encore ici, trois scénarios d'expansion sont considérés et une décision concernant le scénario préférable est attendue à l'automne 2006:

- L'expansion des salles dans les sites où elles sont actuellement localisées, incluant la location d'espace chez CGI ou autres fournisseurs de ce genre de service;
- La localisation des salles additionnelles au 2155 Guy; et
- La localisation des salles additionnelles à l'Institut de l'Informatique de la Santé de Montréal.

Espace pour les téléphonistes et centre d'appels, soit de bureau régulier

Contrairement aux espaces de bureaux normaux, l'ensemble du centre d'appel doit pouvoir fonctionner en cas de panne, donc bénéficier d'alimentation électrique d'urgence et bénéficier de la climatisation 24 heures par jour, sept (7) jours par semaine.

Actuellement, une vingtaine de personnes sont nécessaires à la réception des appels du CUSM. Il est prévu que la création des centres d'appels pour la prise de rendez-vous pour les cliniques dans le cadre de la nouvelle construction pourrait doubler le nombre d'effectifs requis, ce qui amènerait un besoin de près de 3 300 pi² carrés selon le ratio énoncé précédemment.

Trois scénarios semblables à ceux considérés précédemment sont possibles. Une décision concernant le scénario préférable est attendue à l'automne 2006 :

- L'expansion dans les sites où sont actuellement localisées ces personnes;
- La localisation des locaux additionnels au 2155 Guy; et
- La localisation des locaux additionnels à l'Institut de l'Informatique de la Santé de Montréal.

Services alimentaires

La Cafétéria, les bureaux et les espaces de support seront au Campus Glen. La cuisine de production sera hors du site des nouveaux hôpitaux et sera aménagée et dotée de pièces d'équipement de haute technologie pour produire les mets au menu (80 %) et les livrer en vrac et/ou en portions individuelles aux cuisines satellites.

Des cuisines satellites (sites receveurs) seront aménagées au Glen avec des espaces pour recevoir et entreposer les mets préparés provenant de la cuisine de production ou du marché agro-alimentaire. Tous les sites receveurs seront équipés d'une zone de cuisson pour effectuer les préparations complémentaires.



Selon le mode de distribution des repas, les cuisines satellites seront munies de pièces d'équipement pour la remise en température des mets et des espaces seront dédiés à la remise en température sur les unités de soins.

Dans ce modèle de service, les patients commandent leur repas à un centre d'appels. Ces commandes sont transmises électroniquement à la cuisine satellite appropriée, les repas sont préparés à partir de produits frais ou de produits cuisinés-réfrigérés, et des préposés du service livrent la nourriture à l'unité du patient dans des ascenseurs de service dédiés. Les camions réfrigérants, transportant la nourriture de la cuisine de production située à l'extérieur du site, approvisionneront la cafétéria principale et tous les autres sites du service alimentaire.

Les cuisines satellites seront situées près des ascenseurs qui desservent les unités de soins.

Les aires des cuisines satellites vont soutenir le flux de l'assemblage, cuisiner/réchauffer et repas sur demande. Chaque cuisine de satellite sera munie d'un espace de travail pour un superviseur et dix (10) employés des services alimentaires pour le quart de travail principal.

Un inventaire de mets d'un minimum de deux (2) jours sera entreposé dans des espaces réfrigérés dans les aires des cuisines satellites.

Des chariots isolés seront disponibles pour la livraison de repas sur demande aux unités de soins.

Les plateaux sales seront entreposés dans un espace dédié avant de les retourner à l'espace central de lavage. La dimension de l'espace dépend de la fréquence du transport mais doit être suffisante pour accommoder jusqu'à trois (3) chariots.

Achats de mets préparés :

- La grande majorité des mets au menu (80 %) sera achetée de l'entreprise privée; réfrigérée et/ou surgelée, en vrac et/ou en portions individuelles;
- Des quais dédiés avec plateforme de travail pour livraison en vrac, livraison d'aliments préparés, élimination des déchets et recyclage séparées, sont critiques au services alimentaires;
- Un entreposage sec doit être suffisant pour inventaire de 10 jours;
- Un entreposage réfrigéré doit être suffisant pour inventaire de 10 jours;
- Une salle d'entreposage pour nettoyer les produits doit être séparée de l'espace d'entreposage des aliments; et
- Un espace dédié doit être prévu pour l'entreposage d'équipements avec contrôleur électronique de la température pour:
 - Aliments réfrigérés ;
 - Aliments congelés; et
 - Déchets biodégradables.

Le centre d'appel sera situé à l'HGM (déjà en place) et répondra aux besoins de la clientèle pédiatrique et adulte. Les patients commandent leur repas au centre d'appels. Ces commandes sont transmises électroniquement à la cuisine satellite appropriée, les repas sont préparés à partir de produits frais ou de produits cuisinés-réfrigérés, et des préposés du service livrent la nourriture à l'unité du patient dans des ascenseurs de service dédiés.



Services techniques, entretien des bâtiments

Le CUSM privilégie actuellement l'impartition pour l'entretien de l'extérieur des bâtiments tout en prévoyant une équipe de quatre personnes sur le personnel du CUSM. De même, on prévoit au Glen une superficie de 130m² pour l'entreposage de véhicules, pour de l'équipement d'enlèvement de neige, pour postes de travail, et pour des matériaux bruts pour l'entretien du terrain.

L'impartition de certaines tâches d'ouvriers de métier (plâtrier, peintre, ébéniste, etc.) sera réévaluée ultérieurement, en fonction des PPP.

Présentement localisés au sous-sol 1 et 2 de l'HGM, Le PFT prévoit de maintenir ces fonctions à cet emplacement.

Centrale thermique

Les effectifs affectés à l'entretien de la centrale thermique seront localisés à la centrale et leur nombre ainsi que les espaces correspondants seront déterminés à l'étape de «conception».

Sécurité et mesures d'urgence

Un centre principal de contrôle de sécurité sera partagé et situé au Campus Glen à l'urgence, entre la pédiatrie et l'adulte avec répartition des tâches. Des locaux répondent au besoin de six (6) employés administratifs et deux (2) répartiteurs. On privilégie que les agents de sécurité soient à 100 % de l'agence pour le Campus Glen. Actuellement, 60 % du personnel de sécurité sont des employés de l'hôpital et 40 % d'agence.

Deux salles de conférence opposées doivent être prévues afin de répondre à une situation d'urgence. Les salles devront être adaptées de façon à être transformée rapidement en centre de coordination. Une des 2 salles devrait idéalement servir à des fins de formation sur les mesures d'urgence.

Les cartes d'identité et les casiers de l'ensemble du CUSM sont maintenant sous la responsabilité du service de la sécurité.

Transport et courrier

Toutes les activités de transport d'un point A à un point B de tout matériel seront centralisées au service de Transports.

Un même logiciel servira pour le courrier, les lettres, les colis, les livraisons, les équipements, et les fournitures. Le logiciel qui constituera un système de gestion informatique sera similaire à celui utilisé par les services de messageries et permettra de suivre le parcours du colis en temps réel.

Une aire centrale d'assemblage par étage pour la réception de fournitures propres devrait être prévue

Un système de lavage de chariots destinés au ménage et au linge sera situé au poste central avec contiguïté au Centre de stérilisation et aux salles d'opérations.

Recherche

Résumé du projet de l'Institut de recherche

Vision

Au cœur même du CUSM se trouve son âme dirigeante : la recherche. L'Institut de recherche (IR) sera le centre académique et intellectuel de la recherche clinique et appliquée, **complètement intégré** aux sciences fondamentales et évaluatives.



Le projet de redéploiement proposé par IR-CUSM) vise à exploiter nos différentes forces traditionnelles, et à regrouper nos chercheurs en recherche fondamentale, clinique ou évaluative au sein d'un nouveau bâtiment qui préconise l'importance accrue de la recherche de transfert. Notre projet est axé sur la création du Centre de médecine innovatrice (CMI), situé au coeur du Campus Glen, en contiguïté avec les divers bâtiments hospitaliers et laboratoires de recherche fondamentale. Le CMI a pour but de promouvoir une synergie entre la prise en charge du patient à son chevet et les recherches fondamentale et clinique, qui à ce jour demeure limitée par notre déploiement dispersé.

L'IR-CUSM comprendra 2 campus (Glen et de la Montagne), avec la grande majorité des chercheurs et activités de pointe (recherche clinique, plateformes) concentrés au campus Glen. La répartition des groupes et thèmes de recherche au sein de ceux-ci prend avantage des forces existantes tout en reflétant la redistribution des programmes cliniques. Le projet de redéploiement, en effet, représente une rare occasion pour le CUSM de pouvoir consolider nos 61 sites de recherche en un modèle plus intégré et mieux adapté aux besoins existants.

1) Le campus Glen – La pierre angulaire de l'IR-CUSM et du projet de redéploiement est le CMI qui sera situé au sein du campus Glen. Le CMI sera physiquement dans l'hôpital adulte. Cet emplacement stratégique permettra conséquemment de privilégier la recherche centrée sur les patients tout au cours de leur durée de vie. De plus, le CMI possèdera des locaux de recherche spécialisés et un éventail de plateformes technologiques facilitant la recherche clinique; ces structures favoriseront aussi l'intégration et l'adaptation des percées scientifiques fondamentales au domaine clinique. Des unités de recherche clinique (URC) additionnelles établies au sein des hôpitaux pédiatrique et adulte dans des locaux partagés par les chercheurs cliniques auront pour effet de promouvoir les études sur patients hospitalisés et en milieu ambulatoire, proche du lieu de leur prise en charge.

Les chercheurs fondamentaux possèderont des locaux dédiés dans le Pavillon de recherche pour laboratoires; les activités de recherche seront regroupées en « voisinages », reflétant quatre thèmes principaux, alliant chercheurs pédiatriques et adultes. De plus, le Pavillon de recherche sera physiquement rattaché au CMI, afin d'encourager les rapports entre chercheurs fondamentaux et cliniques.

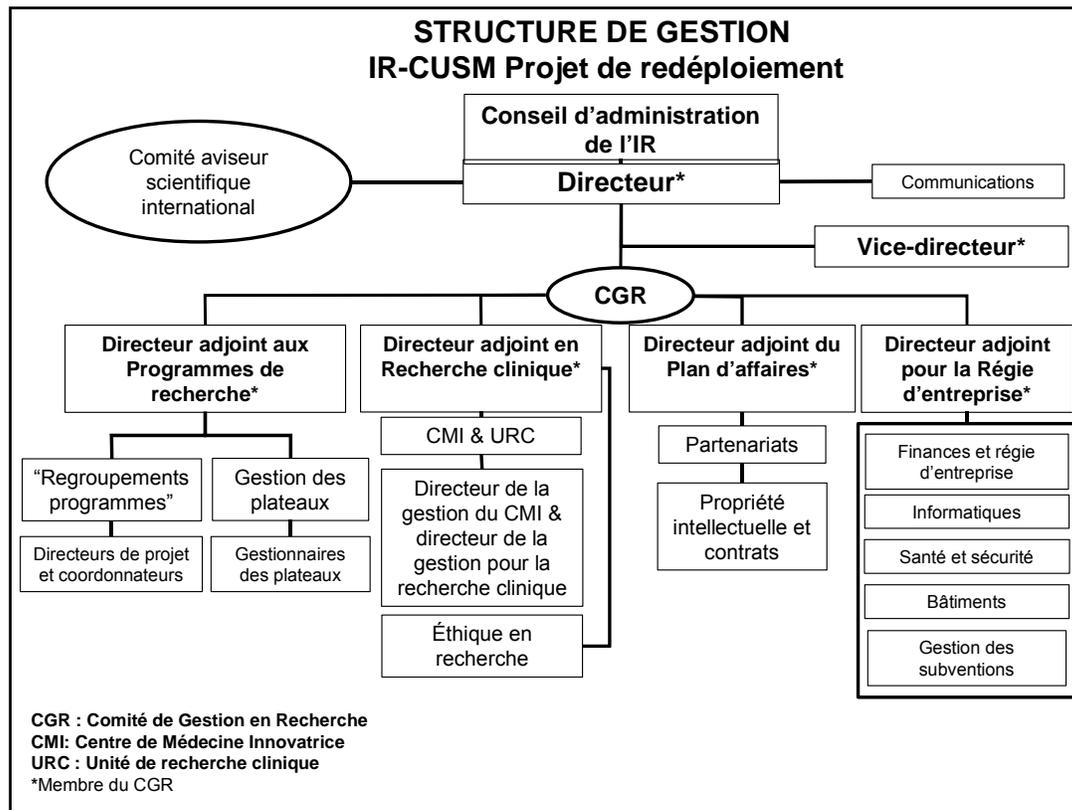
La recherche évaluative et épidémiologique concernant les patients ambulatoires, ainsi que la recherche en administration de la santé (qui ne requière aucun contact direct avec les patients), sera réalisée sur des sites autres, y compris dans des laboratoires évaluatifs dédiés ou des cliniques ambulatoires du CUSM adjacentes au bâtiment Glen. Certains projets auront aussi lieu dans des établissements communautaires où les patients sont aussi suivis. La recherche évaluative sur les enfants se fera dans l'hôpital pédiatrique, y compris dans ses cliniques ambulatoires.

2) Le campus de la Montagne – Ce campus comprendra l'Hôpital général de Montréal (HGM) et l'Institut neurologique de Montréal (INM). Ces sites hébergeront des laboratoires de recherche fondamentale axés sur 3 thèmes ainsi que les unités de recherche clinique connexes - tous reflétant les programmes d'activités cliniques qui auront lieu dans ces établissements. Le projet de redéploiement du campus de la Montagne permettra de plus la consolidation à l'INM de toute la recherche neurologique, contribuant ainsi à consolider notre position en tant que tête de file mondiale dans ce domaine. Les travaux des URC porteront sur des patients ambulatoires. Cependant, les études cliniques plus spécialisées s'adressant aux patients admis seront redirigées vers le CMI.

Nous proposons une structure de gestion pour le projet de redéploiement de l'IR qui a été conçue pour gérer nos ressources avec efficacité. Voici un bref résumé des positions et groupes principaux qui apparaissent au sein de cette structure :

- Conseil d'administration – responsabilités :
 - Demeure fidèle à la vision stratégique globale en recherche
 - Responsabilité fiscale, conflits d'intérêt
- Comité aviseur scientifique international :
 - Responsable d'établir les lignes directrices générales pour la recherche (vision sur 5 ans)
- Directeur :
 - Responsabilité ultime pour toutes les activités au sein de l'IR
 - Responsable des communications internes/externes
 - Président du Comité de Gestion en Recherche (CGR) qui supervise les orientations générales de la recherche, établit les budgets, etc. (voir ci-dessous)
- Vice-directeur:
 - Remplace le directeur dans ses fonctions au besoin
 - Prend en charge des responsabilités telles que demandées par le directeur
- Comité de Gestion en Recherche (CGR) :
 - Composition - Directeur, vice-directeur et les directeurs adjoints (x4)
 - Détermine les orientations générales de la recherche
 - Établit les budgets
 - Supervise le progrès des différents projets de recherche de grande envergure
 - Guide le recrutement et l'entraînement
 - Décide des stratégies pour les demandes de subvention d'envergure
- Directeur adjoint aux programmes de recherche :
 - Responsable de l'harmonisation des plateaux techniques avec les regroupements de recherche
- Directeur adjoint en recherche clinique :
 - Responsable du Centre de Médecine Innovatrice (CMI) et des Unités de Recherche Clinique (URC)
- Directeur adjoint du plan d'affaires :
 - Responsable du développement des projets touchant à la propriété intellectuelle, contrats et partenariats
- Directeur adjoint pour la régie d'entreprise :
 - Responsable de l'administration de l'IR
- Programmes de recherche (x9) :
 - Chacun bénéficiera d'un chef de programme et d'un gestionnaire administratif
 - Les chercheurs principaux dirigeront et géreront leurs propres projets, en accord avec les thèmes de recherche de l'IR
- CMI et recherche clinique :
 - Directeur de la gestion du CMI - Responsable des opérations du CMI et de ses plateformes technologiques
 - Directeur de la gestion pour la recherche clinique: Gère les URC établis au sein de locaux pour patients hospitalisés et en milieu ambulatoire
- Plateaux techniques : Chaque plateau technique sera doté d'un chercheur principal chargé de plateau, et d'un gestionnaire administratif

IR CUSM Structure de gestion proposée



Caractéristiques-clé du projet de l'IR-CUSM

- Au cœur des activités de l'Institut se trouve la recherche axée vers le patient et guidée par des hypothèses.
- L'Institut s'appuie sur les fondements de la recherche biomédicale et sur l'étude de modèles expérimentaux.
- Il est relié aux plates-formes technologiques biomédicales et biostatistiques de l'Université McGill.
- Il comprend de la recherche sur la santé des populations, des collaborations avec les prestataires de soins du RUIS et des collaborations avec des réseaux de recherche centrés sur la mise en pratique.
- Il met l'emphasis sur le développement de l'ADN, des tissus et des banques de données afin de corréliser les données génotypiques et phénotypiques et d'assurer un cadre de conformité.
- Il amène de grandes retombées en recherche, en évaluation des technologies, en transfert des connaissances et en commercialisation des technologies.

Approches thématiques intégrées

L'IR-CUSM a remodelé ses programmes de recherche pour garantir :

- La recherche soutenue par des éléments de preuve afin d'offrir de meilleurs soins aux patients (étude des déterminants génétiques, environnementaux et sociaux de la santé);
- Le transfert et l'application des connaissances (diagnostics expérimentaux et thérapeutiques); et

- La recherche sur la prestation de soins (approches innovatrices en promotion de la santé, en prévention des maladies et en gestion).

Priorités programmatiques

Notre programme de recherche est basé sur trois unités de fonctionnement majeures : le **Centre de médecine innovatrice**; le regroupement des **programmes de recherches** intégrés fondamentaux et évaluatifs; les **noyaux** et les **plates-formes**. Le but de ces unités est d'appliquer la recherche à de nouvelles interventions pour améliorer notre mission hospitalière et pour servir de canal pour le secteur biopharmaceutique de Montréal. Ces interactions sont illustrées plus bas.

Centre de médecine innovatrice

Le CUSM s'est engagé à faire du lancement des sciences cliniques et appliquées sa première priorité. Cet engagement se traduit par l'octroi d'importants espaces pour le CMI, qui sera situé à proximité des services aux patients du campus hospitalier Glen afin d'être efficace. Le CMI sera le pôle primaire, sans être le seul lieu, de la recherche clinique au CUSM. Il sera utilisé pour des essais cliniques techniques avancés nécessitant de l'équipement spécialisé et/ou impliquant des essais sur des maladies infectieuses. À noter qu'à la suite de consultations approfondies avec la communauté de recherche, nous continuerons également de conduire des études cliniques à l'intérieur des hôpitaux. Nous aurons plusieurs unités de recherche clinique (URC) à proximité des départements de patients externes afin de faciliter le recrutement de participants-patients pour les phases III et IV des études.

Le but du CUSM est de rendre le CMI interdisciplinaire, caractéristique des recherches réussies aujourd'hui. L'intention est de rompre les enclos programmatiques et disciplinaires, et de se diriger vers un système de biologie et de physiologie (supporté par les projets pilotes et les programmes). Nous implanterons une solide structure de gestion pour assurer que le CMI soutient le succès de toute recherche clinique au CUSM.

Le CMI sera essentiel pour la recherche nécessitant :

- Le phénotypage humain (espaces de sujets humains et locaux d'évaluations spécialisées);
- Le développement et l'évaluation des nouvelles composantes, des appareils et des pratiques cliniques et des thérapeutiques expérimentales, dont les bonnes pratiques en laboratoires (« *GLP-good laboratory practices* »), et les locaux de bonnes pratiques manufacturières (GMP-« *good manufacturing practices* »);
- La recherche sur les incapacités (ex : le processus de ré-apprentissage des mouvements de base du corps);
- La médecine préventive (ex : le renforcement avant-intervention); et
- La santé internationale (ex : agents infectieux et les études sur les défis de vaccination).

Pour soutenir ces études, le CMI fournira les services suivants :

- Le noyau de design et de gestion de la recherche clinique;
- Le noyau des affaires statistiques et réglementaires;
- Le noyau de l'informatique biomédicale;
- Les locaux de rassemblement, d'évaluations et d'interventions des patients, des patients externes et de la communauté;
- Les noyaux de laboratoires et d'imagerie;
- Le noyau de transfert des connaissances d'innovation; et
- Le noyau de gouvernance.

De plus, le CMI sera le pôle fonctionnel des activités de développement pour les programmes **en éducation, en formation et en développement de carrière** (avec l'octroi d'espaces appropriés). Le tout sera intégré à l'intérieur du CMI comme nouveau siège de la recherche clinique et appliquée à McGill. Le CMI aura l'infrastructure nécessaire pour remettre des diplômes, et développera et supportera un nouveau critère de promotion académique pour les chercheurs cliniciens.



Programmes disciplinaires prioritaires

Cette section présente nos regroupements programmatiques qui seront situés aux campus Glen et de la Montagne.

Programmes de recherche au Campus Glen

À cette étape de la planification, on a identifié des groupes de recherche intégrés plus larges qui s'agencent à la proposition de services cliniques. Ces regroupements incluent les fonctions de recherche pour les pavillons pour adulte et pour enfants. Il s'agit de :

- La santé respiratoire;
- La recherche sur la résistance aux corps étrangers, l'infection et l'inflammation;
- La recherche sur le cancer (en développement);
- L'endocrinologie, le métabolisme de lipoprotéine, le diabète et la nutrition;
- La recherche sur les os et les articulations; et
- La reproduction et le développement.

Programmes de recherche au Campus de la Montagne

On prévoit installer les groupes de recherche suivants au Campus de la Montagne, qui s'agencent à la proposition de services cliniques :

- La recherche sur les soins médicaux primaires;
- La recherche sur la médecine d'urgence et les soins intensifs;
- La recherche sur la douleur;
- Les neurosciences;
- La santé mentale;
- Les nouvelles technologies chirurgicales; et
- La médecine régénératrice et reconstructive.

Plates-formes prioritaires

Afin de capitaliser sur nos forces actuelles et sur notre désir de développer des technologies complémentaires avec le CHUM, nous prévoyons organiser nos plates-formes en trois catégories :

La première catégorie, les **noyaux de recherche**, fournira les nouvelles technologies et l'expertise pour définir les programmes directeurs, et les services pour les autres groupes de l'IR-CUSM. Les noyaux de recherche seront guidés par un chercheur principal (CP) et développés pour avoir une capacité additionnelle d'au moins 50 % pour les projets à l'extérieur de la zone programmatique directrice. Cette structure assurera que les noyaux de recherche sont pleinement déployés et continuellement mis à jour par les leaders des programmes.

La seconde catégorie, les plates-formes d'expertise, fourniront des supports informatiques basés sur les connaissances, les technologies de l'information et le milieu clinique pour toute la communauté de l'IR-CUSM.

La troisième catégorie, les **plates-formes intensives d'équipement**, sera opérée par l'IR-CUSM afin de garantir l'accès et le développement continuels selon les besoins en recherche.

| Noyaux de recherche | Programmes directeurs | Liens fonctionnels |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Approvisionnement de tissus, histologie, pathologie moléculaire | <ul style="list-style-type: none">• Recherche en santé respiratoire | <ul style="list-style-type: none">• Département de pathologie de l'Université McGill (McGill) |
| <ul style="list-style-type: none">• Isolation et caractérisation de cellules, thérapie cellulaire, développement de vecteurs, thérapie génétique | <ul style="list-style-type: none">• Recherche sur la résistance du receveur, l'infection et l'inflammation | <ul style="list-style-type: none">• Département de microbiologie et d'immunologie de McGill, HGJ/Édifice L-D |



| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Interactions protéine-protéine, signalisation et communication | <ul style="list-style-type: none"> • Endocrinologie, métabolisme de lipoprotéine, diabète et nutrition | <ul style="list-style-type: none"> • Centre de protéomique de McGill |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identification génétique, expression et modification | <ul style="list-style-type: none"> • Recherche sur la résistance du receveur, l'infection et l'inflammation | <ul style="list-style-type: none"> • Centre de génomique de McGill ; <i>Réseau transgénique</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Imagerie animale in vivo | <ul style="list-style-type: none"> • Recherche sur les os et les articulations, et sur le cancer | <ul style="list-style-type: none"> • Programme en phénotypage animal de McGill / Centre du cancer de McGill |
| <ul style="list-style-type: none"> • Imagerie in vivo, nanoimagerie | <ul style="list-style-type: none"> • Reproduction et développement | <ul style="list-style-type: none"> • Département d'anatomie et de biologie cellulaire de McGill |

Voici les opportunités de développement complémentaire avec le CHUM.

| Plates-formes d'expertise | Liens fonctionnels |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Épidémiologie clinique et biostatistique | <ul style="list-style-type: none"> • Département d'épidémiologie et de biostatistique de McGill |
| <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des technologies et recherche sur les retombées | <ul style="list-style-type: none"> • Développement complémentaire idéal avec le CHUM |

| Plates-formes intensives d'équipement | Explications | Liens fonctionnels |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Banques de tissus, de spécimens (dont la banque de recherche sur la cellule souche) et d'ADN | <ul style="list-style-type: none"> • Gestion envisagée de l'entreposage automatisé et des retraits des biobanques • selon les bonnes pratiques en laboratoires (GLP) | <ul style="list-style-type: none"> • Développement complémentaire idéal avec le CHUM |
| Vivarium (modèle sur deux campus) <ul style="list-style-type: none"> • Vivarium (modèles animaux, installations transgéniques) • Hébergement des animaux (hors-site) avec des transferts quotidiens aux sites hospitaliers | <ul style="list-style-type: none"> • Étagères aérées avec un haut degré d'expertise sur place | <ul style="list-style-type: none"> • Campus Glen et de la Montagne • Développement complémentaire idéal avec le CHUM |
| <ul style="list-style-type: none"> • Imagerie in vivo sur des sujets humains, radiothérapie et physique médicale | <ul style="list-style-type: none"> • TEP / cyclotron, IRM à rayonnement de forte intensité; source de faisceau de proton « <i>proton beam</i> ». | <ul style="list-style-type: none"> • Développement complémentaire idéal avec le CHUM |
| <ul style="list-style-type: none"> • Informatique intégrée en recherche clinique et banques de données | <ul style="list-style-type: none"> • Liaison envisagée de tous les services cliniques en une plate-forme de recherche en informatique clinique—important | <ul style="list-style-type: none"> • Développement complémentaire idéal avec le CHUM |

| | | |
|--|--|--|
| | développement de logiciels et implantation des coûts | |
|--|--|--|

Regroupements

De façon à faciliter la compréhension, le tableau ci-dessous résume les différents emplacements du projet de redéploiement

Survol des sites de redéploiement de IR-CUSM

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------|-----|------------------------------|
| Campus Glen | Hôpital pédiatrique | Hôpital adulte | Pavillon Recherche | CMI | 5100 boul. de Maisonneuve O. |
| Campus de la Montagne | Hôpital général de Montréal | | INM | | |
| McGill | Centre d'innovation Génome Québec et Université McGill | Campus, Faculté de la médecine | | | |
| Département de santé publique | Pavillon DSP | | | | |

Comme prévu dans le projet de redéploiement, le campus Glen comprendra cinq établissements, dont un hôpital pour enfants, un hôpital pour adultes, le Pavillon de recherche fondamentale, le Centre du cancer et un bâtiment connexe (5100 boul. de Maisonneuve Ouest) rassemblant les différentes cliniques ambulatoires adultes ainsi que les laboratoires de recherche évaluative.

Quant au campus de la Montagne, il comprendra les laboratoires de recherche de l'HGM et ceux de l'INM. Resteront sur leurs sites actuels les chercheurs du CUSM affiliés au Département de santé publique, 9 chercheurs basés au Centre d'innovation Génome Québec et Université McGill et au campus universitaire, ainsi que 14 chercheurs en santé mentale. Ces derniers, qui sont représentés dans la colonne McGill des tableaux 7 à 9, occupent un emplacement partagé entre l'Université McGill et le CUSM qui est situé à mi-chemin entre l'HGM et l'INM.

Dans les tableaux suivants, nous présentons la distribution des chercheurs ventilée par axes et par site pour le plan de redéploiement. Il est important de noter, cependant, que celui-ci doit être considéré comme en évolution constante plutôt qu'un devis statique. En effet, nous anticipons maintes percées technologiques et découvertes scientifiques entre 2006 et 2010 telles l'utilisation de cellules souches et l'apparition de nouvelles plateformes technologiques qui faciliteront l'application des découvertes scientifiques au domaine clinique. De plus, tenant compte de la complémentarité entre le CUSM et les autres CHU, nous envisageons une collaboration accrue avec ces partenaires du secteur universitaire. Selon les besoins de l'IR CUSM, une réévaluation périodique sera faite pour intégrer les nouvelles idées, établir de nouveaux partenariats, et développer des champs de recherche en émergence.

Le tableau (a) présente les nombres de chercheurs pour 2010 ventilés par axe et par site pour qui il existera des locaux dédiés (personnels et pour leurs équipes) (chercheurs fondamentaux et évaluatifs). Dans le tableau b, on retrouve les nombres ventilés par axe et par site pour 2010 pour les chercheurs cliniques qui ne posséderont pas de locaux de recherche dédiés au sein de l'IR-CUSM. Le tableau 9 détaille la distribution de tous les chercheurs ventilée par axe et par site pour 2010.

Tableau a : Plan de redéploiement - Nombres de chercheurs principaux ventilés par axe et par site: Recherche fondamentale et évaluative

| Axe | Hôpital adulte au Glen | Recherche au Glen | Glen hors-site | Hôpital pédiatrique | HGM | INM | McGill | DSP | Total |
|--|------------------------|-------------------|----------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Cancer | | 29 | 0 | | | | 5 | | 34 |
| Maladies cardiovasculaires et soins intensifs | | 12 | 1 | | | | | | 13 |
| Endocrinologie, diabète, nutrition et maladies rénales | | | 0 | | 22 | | | | 22 |
| Recherche évaluative et épidémiologique | | | 22 | 0 | | | 2 | 15 | 39 |
| Médecine régénérative et reconstructive (recrues) | | | | | 4 | | | | 4 |
| Reproduction et développement humain | | 18 | | | | | | | 18 |
| Infection et immunité | | 21 | 0 | | | | | | 21 |
| Génétique médicale et génomique | | 10 | 0 | | | | 2 | | 12 |
| Maladies mentales et dépendances | | | | | | | 7 | | 7 |
| Troubles musculo-squelettiques | | | 0 | | 11 | | | | 11 |
| Neurosciences | | | | | 9 | 57 | | | 66 |
| Santé respiratoire | | 19 | 2 | | | | | | 21 |
| Total | 0 | 109 | 25 | 0 | 46 | 57 | 16 | 15 | 268 |

Tableau b : Plan de redéploiement - Nombres de chercheurs principaux ventilés par axe et par site: Recherche clinique

| Axe | Hôpital adulte au Glen | Recherche au Glen | Glen hors-site | Hôpital pédiatrique | HGM | INM | McGill | DSP | Total |
|--|------------------------|-------------------|----------------|---------------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| Cancer | 2 | | | | | | | | 2 |
| Maladies cardiovasculaires et soins intensifs | 5 | | | | | | | | 5 |
| Endocrinologie, diabète, nutrition et maladies rénales | | | | 3 | 4 | | | | 7 |
| Recherche évaluative et épidémiologique | 6 | | | | 6 | | | | 12 |
| Médecine régénérative et reconstructive (recrues) | | | | | | | | | 0 |
| Reproduction et développement humain | 3 | | | 5 | | | | | 8 |
| Infection et immunité | 5 | | | 1 | | | | | 6 |
| Génétique médicale et génomique | | | | | | | | | 0 |
| Maladies mentales et dépendances | | | | 6 | | | 7 | | 13 |
| Troubles musculo-squelettiques | | | | 2 | 3 | | | | 5 |
| Neurosciences | | | | | 4 | | | | 4 |
| Santé respiratoire | 1 | | | 5 | | | | | 6 |
| Total | 22 | 0 | 0 | 22 | 17 | 0 | 7 | 0 | 68 |

Tableau 9 : Plan de redéploiement - Nombres de chercheurs principaux ventilés par axe et par site: Recherche fondamentale, évaluative et clinique

| Axe | Hôpital adulte au Glen | Recherche au Glen | Glen hors-site | Hôpital pédiatrique | HGM | INM | McGill | DSP | Total |
|--|------------------------|-------------------|----------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Cancer | 2 | 29 | 2 | | 0 | | 5 | | 38 |
| Maladies cardiovasculaires et soins intensifs | 5 | 12 | 2 | | 0 | | | | 19 |
| Endocrinologie, diabète, nutrition et maladies rénales | | | | 3 | 26 | | | | 29 |
| Recherche évaluative et épidémiologique | 6 | | 22 | 8 | 6 | | 2 | 15 | 59 |
| Médecine régénérative et reconstructive (recrues) | | | | | 4 | | | | 4 |
| Reproduction et développement humain | 3 | 18 | | 5 | 0 | | | | 26 |
| Infection et immunité | 5 | 21 | 2 | 1 | 0 | | | | 29 |
| Génétique médicale et génomique | | 10 | 1 | | 0 | | 2 | | 13 |
| Maladies mentales et dépendances | | | | 6 | 0 | | 14 | | 20 |
| Troubles musculo-squelettiques | | | 2 | 2 | 14 | | | | 18 |
| Neurosciences | | | | | 13 | 57 | | | 70 |
| Santé respiratoire | 1 | 19 | 8 | 5 | 0 | | | | 33 |
| Total | 22 | 109 | 39 | 30 | 63 | 57 | 23 | 15 | 358 |

Le tableau 10 présente la répartition globale des chercheurs ventilée par nouveaux regroupements proposés pour l'IR suivant le redéploiement prévu pour 2010.

Tableau 10 : Répartition globale des chercheurs ventilée par nouveaux regroupements proposés pour l'IR suivant le redéploiement prévu pour 2010

| Regroupement | CP | Axe(s) précédents | | |
|---|------------|-----------------------|--|---|
| Résistance de l'hôte, infection et inflammation | 29 | Campus Glen | Infection et immunité | |
| Santé respiratoire et cardiovasculaire | 52 | Campus Glen | Santé respiratoire | Maladies cardiovasculaires et soins critiques |
| Cancer, oncologie translationnelle | 38 | Campus Glen | Cancer | |
| Reproduction, génétique et développement | 39 | Campus Glen | Reproduction et développement humain | Génétique médicale et génomique |
| Résultats sur la santé et prestation de services de santé | 59 | Campus Glen | Recherche évaluative et épidémiologique | |
| Endocrinologie, métabolisme | 29 | Campus de la Montagne | Endocrinologie, diabète, nutrition et maladies rénales | |
| Maladies des os | 18 | Campus de la Montagne | Troubles musculo-squelettiques | |
| Neurosciences, santé mentale et douleur | 90 | Campus de la Montagne | Neurosciences | Maladies mentales et dépendances |
| Médecine régénérative et reconstructive | 4 | Campus de la Montagne | Axe émergent | |
| Total* | 358 | | | |

CP : chercheurs principaux

*Ce total comprend les 23 chercheurs situés à McGill ou en locaux partagés entre le CUSM et McGill



Les nombres cités ci-dessus sont le fruit d'une campagne de recrutement débutée en 2000. Notons que le recrutement des nouveaux chercheurs sera de plus coordonné avec les départs, en accord avec le plan stratégique de l'université.

Les regroupements de recherche détaillés ci-dessus, visent à renforcer les collaborations naturelles telles celles entre l'axe des neurosciences et l'axe de la santé mentale ou entre l'axe de la santé respiratoire et l'axe des maladies cardiovasculaires. Nous avons décidé de regrouper l'axe de Reproduction humaine et du développement avec l'axe de la Génétique médicale puisque la génétique est liée au développement embryonnaire, aux complications de grossesse et aux malformations congénitales. De plus, nous proposons la mise en place d'un nouvel axe de recherche, celui de la médecine régénératrice et reconstructive, qui sera situé au campus de la Montagne. Ce regroupement permettra une collaboration étroite avec les autres équipes de recherches basées sur le même campus. Ces groupes partagent un intérêt commun en médecine régénératrice et travaillent dans des domaines qui exploiteront des thérapies innovatrices basées sur les cellules souches (par exemple : régénération des nerfs et transplantation pancréatique).

La figure 1 présente la répartition des nombres de chercheurs ventilée par campus et par bâtiment. Au campus Glen, les chercheurs poursuivant la recherche fondamentale seront situés dans le Pavillon de recherche et organisés en 4 thèmes, totalisant 105 scientifiques. De plus, nous proposons d'héberger quatre chercheurs en imagerie au sein du CMI. Le campus Glen aura donc un total de 109 locaux dédiés aux différents chercheurs. D'autres chercheurs cliniques (52 scientifiques) poursuivront leur programme de recherche dans les locaux partagés des URC des hôpitaux pédiatrique et adulte ou dans les espaces communs du CMI. Des chercheurs menant des projets de recherche évaluative et épidémiologique (39 scientifiques) seront hébergés dans un bâtiment hors site, rattaché au campus Glen. Huit chercheurs en épidémiologie seront logés dans l'hôpital pédiatrique puisque ces chercheurs sont en contact direct avec les patients. Ces 8 scientifiques sont comptés parmi les 30 investigateurs basés à l'hôpital pédiatrique.

Figure 1 : Chercheurs principaux : recherche fondamentale, évaluative et clinique

| | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------|------------------------------|------------|------------|
| Campus Glen | Hôpital Adulte | Pavillon recherche + CMI | | Campus de la Montagne | HGM | INM |
| | 22 | 109 | | | 63 | 57 |
| Hôpital pédiatrique | 22 | | | | | |
| Bâtiment Glen hors-site | 25 | | Total 336 | McGill | | 23 |
| DSP | 15 | | | | | |

Trois thèmes de recherche avec leurs 120 scientifiques seront basés au campus de la Montagne, soit les axes d'endocrinologie et métabolisme, de maladies des os et de la neuroscience. Il est à noter que le groupe de recherche en neuroscience fondamentale actuellement hébergé à l'HGM (le « Centre for Research in Neurosciences ») déménagera à l'INM afin de créer un seul groupe de neuroscience, entièrement intégré, et situé dans des locaux modernisés et agrandis de l'INM. Les quelques chercheurs de l'axe de la neuroscience qui demeureront à l'HGM sont membres des groupes de recherche en ophtalmologie ou ORL, dont les laboratoires seront situés en contiguïté avec les services cliniques. Finalement, nous notons la présence d'un groupe de recherche en émergence composée de 4 nouvelles recrues à l'HGM. Ce groupe constituera le nouvel axe qui est celui de la médecine régénératrice et reconstructive.

Neuf chercheurs resteront au campus de l'université McGill. Quatorze autres scientifiques, faisant partie de l'axe de santé mentale, demeureront dans un bâtiment partagé entre le CUSM et l'Université McGill située à mi-chemin entre l'HGM et l'INM. Ces chercheurs sont comptés parmi les 23 investigateurs sous la rubrique McGill de la figure 1.

Le Pavillon de recherche sera doté d'une animalerie et de plateaux techniques hautement spécialisés :

- 1) Animalerie pour petits animaux. Le CUSM a prévu l'intégration d'un vivarium multidisciplinaire pour l'expérimentation animale. Ces installations visent tant à soutenir des programmes de recherche spécifiques qu'à constituer un espace spécialisé pour mettre en oeuvre de nouvelles approches d'expérimentation animale. Parmi ses attributs, l'intégration au sein du vivarium pour l'histopathologie, un lien de proximité avec l'imagerie, l'habilité de travailler avec une variété d'animaux allant du poisson aux petits mammifères et la capacité d'étudier en toute sécurité nombre de dangers biologiques de catégorie 3 dans un laboratoire multivalent pathogène.
- 2) Le Pavillon de recherche offrira aussi des services en commun pour le phénotypage, une salle de biologie de radiation expérimentale, des emplacements permettant l'évaluation physiologique et métabolique ainsi que la recherche pré-clinique;
- 3) Imagerie cellulaire et moléculaire tels la microscopie confocale, la microscopie à fluorescence, l'imagerie par phosphorylation et des services d'histologie et d'immunohistochimie;
- 4) L'analyse cellulaire et moléculaire tels le séquençage, le génotypage, l'analyse par microarrays et d'autres types d'évaluation d'expression génique;
- 5) Analyse de petites molécules pour le développement de médicaments ainsi que les analyses biochimiques comprenant une unité de spectroscopie de masse et de l'équipement permettant de faire de l'HPLC, de la RMN et de la chromatographie de gaz.

Complémentarité du CUSM et du CHUM en recherche

Lors du processus de planification, nous éviterons un dédoublement avec d'autres établissements au Québec, en limitant le vivarium aux petits mammifères et en partageant son utilisation avec le CHUM. En raison de la concentration de plusieurs enquêteurs provenant du CUSM que du CHUM, l'IR permettra la réduction des coûts liés à la reproduction et aux installations centrales en facilitant le partage des réactifs et des protocoles.

D'autres initiatives complémentaires incluent :

- CUSM partagera ses installations transgéniques avec le CHUM.
- CUSM fournira 3 chambres pour les souris (2500 cages) et 1 chambre pour les rats (225 cages) pour fins de reproduction au CHUM
- CHUM fournira l'accès aux laboratoires associés au cyclotron

Formation académique

Vision de l'avenir

La mission d'Enseignement du CUSM vise :

- Le personnel (médical et non médical);
- Les étudiants, les stagiaires des professions médicales et des autres disciplines; et
- Les patients, leur famille et l'ensemble de la population.

Le CUSM est reconnu comme un important centre d'enseignement universitaire, collégial et professionnel pour l'ensemble des disciplines de la santé. En 2005-2006, près de 3 000 personnes ont été formées au CUSM, dont 825 résidents en médecine et en chirurgie, 450 étudiants en médecine, 1 075 infirmières et infirmiers, ainsi que 525 d'autres disciplines reliées à la santé.

Le modèle traditionnel d'enseignement médical se concentre sur la prestation d'activités d'enseignement dans des environnements physiques (unités d'enseignement clinique et installations ambulatoires) alors que le modèle visé par le CUSM emploie quatre outils principaux pour ces activités :

- Sites physiques où les soins cliniques sont prodigués :
 - Unités d'enseignement clinique;
 - Installations ambulatoires;
 - Hôpitaux satellites;
 - GMF avec des consultants, et CSSS
 - Régions éloignées (RUIS McGill)
- Télémédecine;
- Laboratoires;
 - De simulation ;
 - D'enseignement; et
 - Informatiques.
- Nouvelles technologies comme les ordinateurs portables et les dossiers médicaux électroniques.

Les deux campus participeront pleinement à la mission de l'Enseignement. Chaque campus aura des programmes spécifiques selon la répartition des programmes cliniques. Cependant, quelques programmes d'enseignement seront concentrés sur l'un ou l'autre des campus. La distribution des étudiants sera faite en conséquence de la répartition des programmes cliniques. Les dix (10) à quinze (15) unités d'enseignement cliniques qui seront établies, seront améliorées par le fait que toutes les chambres seront converties en chambres simples (améliorant ainsi l'intimité et la confidentialité du patient).

Les activités éducatives auront lieu dans des environnements cliniques et non-cliniques (ex. : des salles de conférence), et seront réparties à travers les deux campus, ainsi que dans la communauté (ex. : GMF, autres hôpitaux McGill, et hôpitaux communautaires). Elles seront appuyées et améliorées par les récentes technologies telles que les systèmes interactifs, les vidéoconférences et les téléconférences.

Des aires pouvant être utilisées pour l'enseignement seront aménagées sur les deux campus du CUSM, principalement dans les unités de soins, les cliniques externes et les hôpitaux de jour, et le 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 laboratoire de chirurgie à effraction minimale qui se trouve actuellement à l'HGM restera sur place.

Les unités des soins (y compris les unités de soins intensifs) favoriseront l'enseignement grâce à des salles de conférence/multimédia, des alcôves d'enseignement (pour permettre une meilleure surveillance/encadrement des étudiants/stagiaires sur place), et des bureaux d'éducateurs en soins infirmiers et des infirmières cliniciennes spécialisées. Le pavillon Neuro comprendra un laboratoire d'enseignement (« *learning lab* »), des laboratoires informatiques, et des salles d'entrevue.

En réaction à la tendance actuelle grandissante quant aux soins ambulatoires, les deux tiers des activités de l'enseignement clinique de l'Université McGill sont déjà réalisées dans les cliniques ambulatoires du CUSM, et les établissements du réseau intégré de services (CSSS, RUIS McGill, et partenaires dans les régions hors Montréal). Cette tendance doit se poursuivre avec la transition des soins cliniques aux patients en clinique externe, et le transfert des activités primaires et secondaires du CUSM à la communauté. De la sorte, le CUSM est prêt à développer de nouveaux sites de formation qui reflèteront les efforts de prestation de soins près des milieux de vie. Bien que le CUSM reconnaisse qu'il rencontrera des obstacles à l'implantation de sites de formation accrédités, il a déjà commencé à chercher des solutions.

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 malades sur les deux campus et en créant un centre d'information et de ressources en santé. Ces mesures seront particulièrement importantes étant donné la répartition des activités d'enseignement sur les deux campus ainsi que les bâtiments connexes au Campus Glen et les multiples points de service dans le RUIS McGill.

Les cliniques externes et les hôpitaux de jour seront munis de salles de conférence/multimédia, de salles d'équipe, de salles d'enseignement cliniques, et de bureaux pour les infirmières cliniciennes spécialisées et les éducateurs en soins infirmiers.

Des bureaux pour médecins-enseignants (PTG) et *fellows* seront prévus dans les espaces cliniques, ainsi que des postes de travail pour les médecins-enseignants non-PTG et résidents, selon les normes établies par le Groupe fonctionnel et technique 15. Des espaces (bureaux ou postes de travail) seront aménagés pour le personnel qui travaille en lien avec l'administration de l'enseignement près des espaces cliniques.

Des salles de garde pour résidents, des toilettes, des douches, des salons, et des vestiaires pour stagiaires seront décentralisés vers les espaces cliniques (unités de soins, soins intensifs et bloc opératoire).

Le transfert informel de connaissances entre les divers membres d'équipes et les professeurs, et les étudiants sera privilégié par la conception d'espaces communs tels que : Des salons pour le personnel (décentralisé), des terrasses et des jardins intérieurs, des jardins extérieurs et d'autres espaces verts, et des espaces publics (atriums, cafés, petits restaurants, etc.). Le style pavillonnaire du Campus Glen et l'intégration des espaces de recherche à l'intérieur même de certains espaces cliniques permettra une meilleure cohésion et une meilleure communication entre les cliniciens et les chercheurs.

Pour faciliter les déplacements des enseignants et des étudiants et la diffusion de l'information et des programmes d'éducation, il y aura :

- Du soutien sur les systèmes d'information pour l'apprentissage à distance avec la possibilité de transmettre des contenus multimédias d'éducation;
- Une navette fréquente et efficace pour transporter un nombre plus important d'enseignants et d'étudiants entre les campus, et du CUSM à McGill.

Télémédecine

Étant donné l'immense territoire géographique couvert par le RUIS McGill (953 000 kilomètres carrés, ou 63 % du territoire de la province), la téléme­decine sera un outil essentiel afin d'assurer que le CUSM est apte à fournir aux différentes régions les services requis. Si nous souhaitons que les services de téléme­decine atteignent leur plein potentiel, il sera nécessaire de garantir d'importants investissements pour la structure initiale et pour les coûts opérationnels. Aucune somme n'existe dans le budget actuel du CUSM.

Le CUSM se concentrera davantage sur le développement d'activités professionnelles pour le personnel et pour les résidents des régions éloignées.

Impact organisationnel et structurel du RUIS et les CSSS

Le rapport du groupe de travail sur l'éducation du CUSM de mai 2005 identifie les défis qui attendent le CUSM dans la réalisation de son mandat d'enseignement et de formation académique dans le nouveau contexte des



RUIS et des CSSS. Des recommandations ont été présentées pour guider le CUSM dans la réalisation de ce mandat en prévision d'un scénario sur deux campus.

Un bureau central d'enseignement clinique sera créé et un vice-président nommé. Cette structure organisationnelle permettra de mieux planifier et de coordonner les diverses activités d'enseignement du CUSM.

Étant donné que de plus en plus d'activités d'enseignement prendront place hors campus :

- Le RUIS aura besoin de nouvelles technologies, comme l'apprentissage en ligne, pour soutenir les études à distance;
- Les systèmes de télésanté deviendront des méthodes d'enseignement plus fréquentes, notamment pour les projets conjoints avec d'autres RUIS;
- Les laboratoires de simulation devront permettre la formation des professionnels et des patients des régions désignées du RUIS;
- Les centres d'information et d'éducation devront avoir les ressources nécessaires pour répondre à la demande additionnelle du RUIS;
- L'accès sans fil devra être disponible dans les salles multimédia et de conférence, et à la bibliothèque.

Centre d'information et de ressources en santé

Le Centre d'information et de ressources en santé (CIRS) fournira de l'information sur la santé aux patients, à leur famille et au grand public. Les services du CIRS seront assurés par des bibliothécaires, des professionnels de la santé et des bénévoles. Le personnel du CIRS fournira et coordonnera le matériel dans les centres de ressources spécialisées pour les patients (CIRS satellites). Il y aura des CIRS satellites au pavillon des adultes, au centre du cancer, , ainsi qu'à l'HME (au Campus Glen), et au pavillon du Neuro et au pavillon principal du Campus de la Montagne. Les patients, les familles et les prestataires de soins auront accès à l'information sur les ressources à partir des chambres des patients hospitalisés ou à partir d'autres locaux cliniques.

