



Soins, enseignement, recherche

Au cœur de la cité

Rapport de la Commission d'analyse des projets d'implantation
du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
et du Centre universitaire de santé McGill

Avril 2004

**Cette publication a été réalisée
par la Commission d'analyse des projets du
Centre hospitalier de l'Université de Montréal et
du Centre universitaire de santé McGill.**

Graphisme et réalisation infographique :
Formidée Communications inc.

Impression :
Ipsso-Facto inc.

Le présent document peut être consulté à la
section documentation sous la rubrique publications
du site Web du ministère de la Santé et des
Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document,
faites parvenir votre commande

Par télécopieur : **(418) 644-4574**

Par courriel : communications@msss.gouv.qc.ca

ou

Par la poste : **Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Liste des membres de la Commission d'analyse des projets d'implantation du CHUM et CUSM

M. Daniel Johnson, Coprésident

M. Brian Mulroney, Coprésident

M. Marcel Villeneuve, Secrétaire

M. Robert G. Borduas

Mme Lucie Des Groseillers

Mme Mira Gauvin

M. Gilles Lacouline

Mme Marlène Larivière

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque du Canada, 2004

ISBN 2-550-42530-8

© Gouvernement du Québec

*Toute reproduction totale ou partielle de ce document
est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.*

*Note : le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi
bien les femmes que les hommes.*

LETTRE AU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Montréal, le 16 avril 2004

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Québec

Monsieur le Ministre,

Nous avons le plaisir de vous transmettre notre rapport sur l'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et du Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

Conformément au mandat que vous nous avez confié le 29 octobre dernier, nous avons effectué des études et nous avons procédé à des consultations avec des experts-conseils pour analyser les projets tels qu'ils ont été proposés par le CHUM et le CUSM en décembre dernier.

Aller de l'avant avec des projets d'implantation de nouvelles installations pour le CHUM et le CUSM apparaît nécessaire pour favoriser l'avancement de la médecine universitaire à Montréal et au Québec et pour permettre ainsi à ces établissements d'améliorer les soins à la population et d'assumer leur rôle de leader dans l'enseignement et la recherche.

Alors que le gouvernement du Québec s'apprête à engager des sommes importantes, nous attirons votre attention sur nos recommandations, notamment au chapitre des sites retenus, du cadre financier, de la complémentarité, et des approches novatrices de contrôle des coûts et de financement pour ces projets.

Nous tenons par ailleurs à vous signaler le travail exceptionnel effectué dans un très court délai par tous nos collaborateurs au sein de la Commission : leurs noms figurent au début de ce rapport.

Nous vous savons gré de la confiance que vous nous avez témoignée en nous accordant ce mandat et nous demeurons à votre disposition pour vous donner tout autre renseignement que vous jugerez utile.

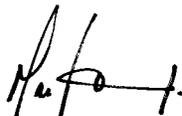
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de notre haute considération.



Daniel Johnson
Coprésident



Brian Mulroney
Coprésident



Marcel Villeneuve
Secrétaire

TABLE DES MATIÈRES DÉTAILLÉE

LETTRE AU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	i
1. UN SOMMAIRE DU RAPPORT DE LA COMMISSION	1
2. LE MANDAT DE LA COMMISSION, LE CALENDRIER ET LA MÉTHODOLOGIE RETENUE	9
2.1 L'étendue du mandat	11
2.2 Le calendrier	13
2.3 La méthodologie retenue	13
3. LES FONDEMENTS DE L'ANALYSE DE LA COMMISSION	15
3.1 Une analyse juste, rigoureuse, sans complaisance	17
3.2 Le patient avant tout et la mission particulière des CHU	17
3.3 Un projet de rehaussement de la médecine universitaire plutôt qu'un projet de construction	18
3.4 La capacité de payer	18
3.5 Une analyse tournée vers l'avenir	18
4. UNE VISION D'AVENIR	19
4.1 Des changements importants dans les soins de santé	21
4.1.1 <i>Le vieillissement rapide de la population</i>	21
4.1.2 <i>Le développement accéléré des technologies</i>	21
4.1.3 <i>Des coûts toujours croissants</i>	22
4.2 Des impacts majeurs sur les CHU	22
4.2.1 <i>La flexibilité et l'adaptabilité</i>	22
4.2.2 <i>L'intégration au réseau de soins</i>	22
4.2.3 <i>Le partenariat inter-CHU et inter-universités</i>	23
4.2.4 <i>La rémunération adéquate des fonctions universitaires des médecins</i>	24
4.2.5 <i>Le financement approprié de la fonction universitaire du CHU</i>	24
5. LE REHAUSSEMENT DE LA MÉDECINE UNIVERSITAIRE	25
5.1 Le leadership des CHU et le rehaussement de la médecine universitaire	27
5.2 La médecine universitaire et son environnement : un contexte en évolution	27
5.3 Les CHU et leur mission : soins, enseignement, recherche	28
5.3.1 <i>Les soins</i>	28
5.3.2 <i>L'enseignement : milieu universitaire et milieu de stages</i>	28
5.3.3 <i>La recherche</i>	28
5.3.4 <i>La gouvernance</i>	29
5.3.5 <i>L'innovation</i>	29
5.4 La mesure de l'excellence et du rehaussement de la médecine universitaire	29
5.5 La concentration des soins ultraspécialisés	30
5.6 Les ressources humaines et le plan de pratique en médecine	32
6. LA COMPLÉMENTARITÉ	35
6.1 La complémentarité inter-CHU	37
6.2 La complémentarité intra-RUIS	38
7. LE CADRE FINANCIER	41
7.1 Le niveau de financement	43
7.2 Les coûts d'immobilisation	43
7.2.1 <i>Le projet du CHUM au 6000 St-Denis</i>	44
7.2.2 <i>Le projet du CHUM au 1000 St-Denis</i>	47
7.2.3 <i>Le projet du CUSM au site GLEN</i>	48
7.2.4 <i>Un moyen pour réduire ou mieux contrôler les coûts de projet : les partenariats public-privé (PPP)</i>	50
7.3 Les coûts de fonctionnement : un dépassement inévitable	52
7.3.1 <i>Les coûts de fonctionnement du CHUM</i>	53
7.3.2 <i>Les coûts de fonctionnement du CUSM</i>	55
7.3.3 <i>Les cliniques médicales associées : un moyen de dispenser certains services médicaux à meilleur coût</i>	58

8. L'EMPLACEMENT DES CHU	61
8.1 Les sites du CHUM	63
8.1.1 <i>Le site du 6000 Saint-Denis</i>	64
8.1.2 <i>Le site du 1000 Saint-Denis</i>	66
8.2 Les sites du CUSM	68
8.2.1 <i>Le site GLEN : un choix judicieux</i>	68
8.2.2 <i>Un préconcept architectural intéressant</i>	68
8.2.3 <i>Le site complémentaire et les autres sites</i>	69
8.2.4 <i>La question délicate de l'hôpital neurologique de Montréal</i>	69
9. LA RÉALISATION DES PROJETS : CONTRÔLE DES COÛTS ET GOUVERNANCE	71
9.1 Une société de réalisation commune aux deux CHU	73
9.2 L'équilibre coûts – programme – calendrier et autres principes fondamentaux	74
9.2.1 <i>Régler la question du financement tôt dans le processus</i>	75
9.2.2 <i>Définir adéquatement les besoins et le budget</i>	75
9.2.3 <i>Avoir des contingences réalistes adaptées au type de projet</i>	75
9.2.4 <i>Préparer un plan de gestion des risques et le mettre à jour durant le déroulement des projets</i>	76
9.2.5 <i>Choisir un mode de réalisation adapté au projet et à ses défis</i>	76
9.3 La réutilisation des bâtiments excédentaires	76
9.3.1 <i>L'historique des bâtiments des CHU</i>	76
9.3.2 <i>Les enjeux et orientations reliés à la réutilisation</i>	77
9.3.3 <i>Le CHUM : immeubles existants et réutilisation</i>	77
9.3.4 <i>Le CUSM : immeubles existants et réutilisation</i>	78
10. CONCLUSION	79
11. LA LISTE DES RECOMMANDATIONS	83
12. ANNEXES	89
Annexe 1	
<i>Liste des sigles et acronymes</i>	91
Annexe 2	
<i>Répartition des hospitalisations selon les niveaux de soins</i>	93
Annexe 3	
<i>Répartition des soins tertiaires dans des CH du Québec</i>	94
Annexe 4	
<i>Bordereau des coûts</i>	95
Annexe 5	
<i>Description des immeubles existants au CHUM</i>	98
Annexe 6	
<i>Description des immeubles existants au CUSM</i>	99
Annexe 7	
<i>La liste des experts-conseils mandatés et consultés</i>	100
Annexe 8	
<i>La liste des rapports d'expertise</i>	101

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Projection du nombre de lits pour les soins ultraspécialisés	31
Tableau 2 : Sommaire du budget d'immobilisation soumis par le CHUM pour le projet du 6000 Saint-Denis	43
Tableau 3 : Sommaire du budget d'immobilisation soumis par le CUSM	43
Tableau 4 : Comparaison sommaire des coûts d'immobilisation estimés par le CHUM et par la Commission pour le projet du 6000 Saint-Denis	45
Tableau 5 : Comparaison sommaire des coûts d'immobilisation estimés par le CHUM et par la Commission pour le projet du 1000 Saint-Denis	47
Tableau 6 : Comparaison sommaire des coûts d'immobilisation estimés par le CUSM et par la Commission	48
Tableau 7 : Sommaire des éléments ayant un impact sur les coûts de fonctionnement récurrents - CHUM	55
Tableau 8 : Sommaire des éléments ayant un impact sur les coûts de fonctionnement récurrents – CUSM	57



1

Un sommaire du rapport de la Commission

1. UN SOMMAIRE DU RAPPORT DE LA COMMISSION

La Commission d'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal (CHUM) et du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) a été constituée le 29 octobre 2003 (la Commission). Elle a pour mission d'analyser et d'évaluer les projets d'implantation du CHUM et du CUSM déposés à la mi-décembre 2003¹ et de faire des recommandations quant à leur recevabilité eu égard aux conditions et paramètres suivants :

- la contribution de chaque projet au rehaussement de la médecine universitaire notamment par la concentration des soins ultraspécialisés et l'engagement de chaque établissement dans la mise en œuvre de plans de pratique en médecine ;
- la complémentarité des deux projets entre eux puis à l'intérieur de leur réseau universitaire intégré de santé (RUIS) respectif ;
- le caractère réalisable de chaque projet à l'intérieur du cadre budgétaire fixé par le gouvernement ;
- les impacts de chaque projet sur la trame urbaine et la réutilisation des bâtiments excédentaires ; et
- la synchronisation planifiée de la réalisation des deux projets.

Pour remplir son mandat, la Commission a eu de multiples échanges avec les deux CHU, obtenu des rapports d'experts sur divers aspects des deux projets et entendu les points de vue de plusieurs interlocuteurs sollicités par la Commission ou ayant sollicité la Commission pour faire connaître leur opinion.

L'analyse de la Commission est fondée sur les principes suivants :

- elle doit être juste, rigoureuse et sans complaisance ;
- elle place le patient au cœur des préoccupations et tient compte de la mission particulière des centres hospitaliers universitaires ;
- elle conçoit les projets comme des projets pour le rehaussement de la médecine universitaire plutôt que des projets de construction ;
- elle tient compte de la capacité de payer des contribuables québécois ; et
- elle se veut tournée vers l'avenir.

La Commission conclut de son analyse que **les projets présentés sont nécessaires et doivent aller de l'avant**, mais que certains aspects de ces projets doivent être modifiés afin de les rendre conformes aux paramètres et conditions établis par le gouvernement du Québec.

Le vieillissement rapide de la population, le développement accéléré des technologies médicales et les coûts toujours croissants qui en résultent auront des impacts majeurs sur les centres hospitaliers universitaires (CHU). Par exemple, les installations des CHU doivent être en mesure de s'adapter constamment aux changements technologiques, particulièrement ceux qui concernent les équipements médicaux spécialisés. Également, la concurrence internationale pour recruter et retenir les professionnels de la santé obligera les CHU à leur offrir un mode de rémunération adéquat et des équipements et des installations à la mesure du haut niveau de sophistication de leurs activités.

¹ Proposition – CHUM 2010, décembre 2003 et Le Projet de redéploiement du Centre universitaire de santé McGill à Montréal, 15 décembre 2003.

La Commission constate que le CHUM et le CUSM ont mis relativement moins d'accent, dans les projets qu'ils ont présentés, sur les aspects du rehaussement de la médecine universitaire autres que sur la construction de nouvelles installations physiques. En conséquence, la Commission formule une première série de recommandations visant à inviter les CHU à développer cette dimension de leur projet respectif et à définir plus précisément les objectifs à atteindre, surtout en ce qui a trait au rehaussement de la médecine universitaire, à l'ouverture des futures installations.

Pour mieux remplir leur rôle dans le rehaussement de la médecine universitaire, **les CHU doivent concentrer davantage leurs activités sur les soins ultraspecialisés** et proposer un système de rémunération qui soit de nature à inciter les médecins spécialistes de haut niveau à pratiquer dans les CHU. La Commission a constaté que le CHUM et le CUSM perdent du terrain depuis quelques années en matière de soins ultraspecialisés. Cela peut se traduire par un déploiement moins efficace des ressources dans ce domaine (élimination d'équipes représentant des masses critiques dans les CHU) et, éventuellement, entraîner une détérioration de la qualité de l'enseignement. Le vieillissement de la population exigera par ailleurs une augmentation de l'offre de services en matière de soins ultraspecialisés. La Commission recommande donc que le nombre de lits prévus pour les soins ultraspecialisés soit augmenté à la fois dans le projet du CHUM et dans celui du CUSM.

La Commission recommande également que **les deux CHU fassent une place centrale et explicite aux ressources humaines dans leur projet respectif**, que le plan régional et provincial des effectifs médicaux tiennent mieux compte des besoins des CHU en matière de recrutement de spécialistes de haut niveau et, surtout, qu'une entente formelle sur le plan de pratique des médecins pratiquant à l'intérieur du CHUM et du CUSM soit conclue. Un plan de pratique est un arrangement par lequel les médecins pratiquant au sein d'un centre hospitalier universitaire conviennent d'un certain partage des revenus générés par leurs activités professionnelles au sein du CHU (activités cliniques, enseignement, recherche). Les activités de recherche et d'enseignement sont généralement rémunérées selon une échelle plus modeste que les activités cliniques. De plus, les missions d'enseignement et de recherche des CHU réduisent naturellement le rythme de production des activités cliniques, lesquelles sont rémunérées à l'acte. Il s'ensuit qu'il peut être financièrement désavantageux pour un médecin spécialiste d'exercer sa profession dans un centre hospitalier universitaire par opposition à un autre type d'établissement, en l'absence d'un plan de pratique adéquat.

La Commission pense que la **mise en place d'un plan de pratique est une condition importante du succès des deux projets**. Elle recommande donc que la question du plan de pratique soit réglée avant le lancement des appels d'offres pour la construction des nouvelles installations, ceci afin d'éviter que le gouvernement ne s'engage dans un processus irréversible sans avoir l'assurance que les mesures nécessaires ont été adoptées afin d'attirer et de retenir les médecins spécialistes de haut niveau dans les CHU.

Le rehaussement de la médecine universitaire, dans un contexte où les ressources sont limitées et doivent être utilisées de façon optimale, passe également par une élimination des dédoublements coûteux et la mise en commun de certaines ressources. À la demande de la Commission, les CHU ont transmis à cette dernière au début du mois d'avril un projet d'entente élaborant essentiellement une méthode pour en arriver à une meilleure complémentarité de certaines de leurs activités. La Commission accueille favorablement cette démarche, mais recommande **que le CHUM et le CUSM concluent une entente formelle, complète et détaillée de complémentarité** portant prioritairement sur les soins et services suivants :

- les soins tertiaires et quaternaires, particulièrement ceux qui touchent un nombre réduit de patients, pour lesquels un seul programme conjoint serait approprié ;
- les services diagnostiques (activités et équipements) ; et
- les services administratifs et de soutien.

Cette entente devrait prévoir, pour chacun de ces soins et services, les résultats à atteindre sur le plan de la complémentarité et un calendrier de réalisation. La Commission recommande aussi, notamment, que les économies générées par la mise en commun, l'élimination des doublons et la complémentarité soient laissées aux deux CHU et qu'un exercice similaire d'élimination des doublons soit également mené par les deux CHU à l'intérieur de leur réseau universitaire intégré de santé (RUIS) respectif.

Le budget d'immobilisation fixé par le gouvernement du Québec pour chaque CHU est d'au plus 800 M \$ provenant du gouvernement québécois et d'au moins 200 M \$ provenant des fondations, du secteur privé et du gouvernement fédéral.

Dans son projet, le CHUM prévoit déjà un dépassement de cette balise de près de 150 M \$. La Commission, quant à elle, est d'avis que le coût estimatif du projet du CHUM excéderait le niveau de financement prévu par le CHUM de plus de 490 M \$. Le CUSM, pour sa part, ne prévoit pas de dépassement. La Commission estime plutôt qu'un dépassement du niveau de financement prévu de l'ordre de 265 M \$ est probable dans le cas du projet du CUSM. Dans les deux cas, la Commission a tenu pour acquise la contribution du gouvernement fédéral, que chaque CHU prévoit être de 100 M \$, même si, selon les consultations menées par la Commission, cette contribution est incertaine. La Commission recommande donc que **chaque CHU revoie la conception de son projet afin de le rendre conforme à l'enveloppe budgétaire et examine à cette fin la possibilité de diminuer sensiblement le nombre de lits prévu à l'hôpital neuf et d'augmenter le nombre de lits au site complémentaire du centre-ville et de solliciter davantage le gouvernement fédéral, les fondations et le secteur privé.** Pour le CHUM, cela pourrait par exemple signifier la réduction de la taille du nouvel hôpital de 700 à 500-550 lits et l'augmentation corrélative du nombre de lits à l'Hôpital Saint-Luc ou l'Hôpital Notre-Dame (selon que l'on décide de construire l'hôpital neuf au 6000 Saint-Denis ou au 1000 Saint-Denis). Pour le CUSM, cela pourrait représenter une diminution d'environ 50-100 lits par rapport au projet soumis pour l'hôpital neuf de 608 lits et une augmentation corrélative du nombre de lits à l'Hôpital général de Montréal.

La Commission est très préoccupée par les risques liés aux dépassements de coûts. D'autres provinces et plusieurs autres pays occidentaux ont eu recours au partenariat public-privé (PPP) pour partager et faire assumer en partie par le secteur privé les risques de conception et de construction de nouveaux hôpitaux. Le secteur privé est souvent mieux en mesure de gérer ces risques. Il jouit également d'une plus grande flexibilité pour s'adapter aux changements technologiques pendant le cycle de vie des nouvelles installations. Le recours au partenariat public-privé pour l'ensemble ou une partie des aspects des projets ne constituerait pas une privatisation des soins de santé puisque ceux-ci resteraient la responsabilité des établissements, lesquels sont publics. Seules les activités non cliniques (telles que la conception, la construction et l'entretien des nouvelles installations après leur construction) pourraient faire l'objet d'un partenariat public-privé et, comme cela s'est fait ailleurs, la propriété des nouvelles installations serait publique.

Bien que les deux projets soient encore trop préliminaires pour effectuer à ce stade-ci une étude comparative des coûts de réalisation de ces projets en mode conventionnel et sous forme de partenariat public-privé, une analyse sérieuse de l'opportunité de réaliser, en tout ou en partie, les aspects non cliniques des projets du CHUM et du CUSM sous forme de PPP est, à notre avis, tout simplement essentielle. Pour ces raisons, la Commission recommande que les deux établissements **examinent, entre autres modalités, le recours au partenariat public-privé pour produire à meilleur coût les activités non cliniques qui s'y prêtent** et justifient éventuellement le choix du mode de réalisation retenu.

Le cadre budgétaire fixé par le gouvernement du Québec prévoit également que les deux projets doivent se réaliser sans augmentation des budgets de fonctionnement actuels. D'après la Commission, le dépassement des budgets de fonctionnement actuels est inévitable, particulièrement dans le contexte où l'on demande aux deux CHU de concentrer leurs activités sur les soins ultraspecialisés (qui sont plus onéreux à fournir) et de mettre en place un plan de pratique prévoyant une rémunération adéquate de ses médecins spécialistes. Les dépassements par rapport aux coûts de fonctionnement actuels seraient de l'ordre de 100 M \$ à 125 M \$ par année pour le CHUM et 50 M \$ à 65 M \$ par année pour le CUSM. Des efforts devront donc être faits par les CHU afin de se rapprocher de la balise gouvernementale relative aux budgets de fonctionnement. Ces efforts ne devraient cependant pas s'effectuer au détriment de la poursuite de l'objectif de concentration des soins ultraspecialisés dans les CHU. La Commission recommande donc de

fournir aux CHU **une budgétisation spécifique et incitative pour les activités de soins ultraspécialisés** et d'isoler l'enveloppe financière destinée à ces soins de façon à ce qu'elle ne soit pas affectée par les compressions budgétaires que pourraient devoir effectuer les CHU. La Commission recommande aussi que l'on **supporte le développement des cliniques médicales associées** proposé par la Commission Clair afin de fournir à un coût moins élevé à l'extérieur des CHU certains services cliniques qui n'ont pas nécessairement à être fournis par les CHU.

La Commission s'est aussi penchée sur les emplacements proposés par les CHU pour leurs nouvelles installations et sur le maintien d'un hôpital au centre-ville pour compléter l'offre de services à la population. Il est rapidement apparu évident à la Commission qu'une grande partie des installations actuelles des deux CHU sont vétustes (certaines d'entre elles datant de la fin du 19^e siècle ou du début du 20^e siècle) et ne répondent pas aux exigences de la médecine du 21^e siècle.

Le projet du CHUM prévoit la construction d'un nouvel hôpital de 700 lits, centralisant toutes les activités universitaires, au 6000 rue Saint-Denis, et l'utilisation de l'Hôpital Saint-Luc comme centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) d'au moins 300 lits au centre-ville afin de compléter l'offre de services. Le CHUM précise dans sa proposition qu'il ne désire pas avoir la gestion du CHSGS du centre-ville. La proposition principale du CHUM prévoit enfin que l'Hôtel-Dieu de Montréal et l'Hôpital Notre-Dame seraient considérés comme des espaces excédentaires. À la demande du Ministre de la Santé et des Services sociaux (le Ministre), le CHUM a également soumis un scénario de remplacement qui ferait du 1000 Saint-Denis (c'est-à-dire, le site actuel de l'Hôpital Saint-Luc plus certains terrains adjacents) le site unique du nouveau CHUM en utilisant l'Hôpital Notre-Dame comme CHSGS au centre-ville. Dans ce scénario également, l'Hôtel-Dieu de Montréal serait considéré comme espace excédentaire.

La Commission conclut que **le 6000 Saint-Denis n'est pas un site souhaitable pour la construction des installations neuves du CHUM**. L'éloignement du site des grands réseaux routiers (un détour par des rues secondaires étant même nécessaire pour y accéder par le sud et par l'ouest) et des équipements hôteliers, et sa relative difficulté d'accès par les transports en commun (seule la station de métro Rosemont étant vraiment à proximité) ne sont pas compatibles avec la mission suprarégionale du CHUM. Malgré les efforts louables des auteurs du préconcept architectural soumis par le CHUM, le nouveau CHUM au 6000 Saint-Denis donnerait vraisemblablement l'impression d'une construction massive et démesurée « parachutée » dans un quartier résidentiel. Loin de s'intégrer à la trame urbaine, un établissement de cette nature, de par sa densité et sa fréquentation, risque de contribuer à un achalandage important dans le quartier résidentiel adjacent et devenir ainsi un voisin indésirable. De plus, l'attrait que générerait un hôpital neuf sur la population environnante exercerait une forte pression pour que les lits et autres ressources du CHUM, dont la mission est de se concentrer sur les soins ultraspécialisés, soient détournés vers des soins généraux et spécialisés, menaçant du même coup la survie du Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) Jean-Talon, dont c'est précisément la mission.

Contrairement au site de remplacement du 1000 Saint-Denis, le site du 6000 Saint-Denis ne se trouve pas dans un quartier déjà structuré pour accueillir des institutions de haut savoir et il est probable que son implantation aurait des retombées limitées. Le site du 6000 Saint-Denis offre également de faibles possibilités d'expansion et soulève des questions non négligeables de sécurité eu égard principalement à la proximité d'une voie ferrée relativement achalandée du réseau du Canadien Pacifique. Enfin, le projet d'implantation du nouveau CHUM au 6000 Saint-Denis comporte des coûts, estimés à l'heure actuelle à au moins 122 M \$, liés à l'acquisition et à la décontamination des terrains, auxquels s'ajoutent des coûts importants pour l'aménagement d'un lien piétonnier avec le métro Rosemont, l'amélioration des accès routiers immédiats et la totalité ou une partie des coûts requis à la démolition du viaduc Van Horne. Certains de ces coûts pourraient être évités ou diminués substantiellement si l'on optait pour le scénario de remplacement du 1000 Saint-Denis étant donné que le CHUM y possède déjà la plupart des terrains concernés. La proposition du CHUM de construire son hôpital neuf au 6000 Saint-Denis prévoit aussi qu'on considère l'Hôpital Notre-Dame comme espace excédentaire ce qui, en plus d'avoir un impact négatif sur la trame urbaine, ne permettrait pas de rentabiliser les investissements importants qui ont été réalisés dans cet hôpital jusqu'à récemment.

La Commission **préfère nettement le site de remplacement du 1000 Saint-Denis** pour la construction des installations neuves du CHUM. L'accessibilité de ce site est parfaitement conforme à la mission suprarégionale d'un CHUM. Il s'agit d'un site urbain stimulant et parfaitement structuré pour recevoir une institution de haut savoir avec l'UQÀM et la Grande Bibliothèque au nord, le Palais des Congrès au sud, la Maison de Radio-Canada à l'est et le centre-ville et son parc hôtelier à l'ouest. Le 1000 Saint-Denis offre des possibilités d'expansion raisonnables et ne soulève pas de risque de sécurité du même niveau que le chemin de fer du Canadien Pacifique bordant le 6000 Saint-Denis. Sa proximité du site Glen, retenu par le CUSM, faciliterait le mouvement des personnes entre les deux CHU et favoriserait grandement la complémentarité entre le CHUM et le CUSM. Le scénario où l'on construirait le nouvel hôpital au 1000 Saint-Denis prévoit également l'utilisation de l'Hôpital Notre-Dame comme site complémentaire au centre-ville et représente donc une meilleure utilisation des installations existantes du CHUM.

Le CUSM a proposé quant à lui un seul site pour l'érection de ses nouvelles installations. Il s'agit de la cour de triage Glen voisine de la station intermodale Vendôme. Selon le projet du CUSM, l'Hôpital général de Montréal servirait d'hôpital complémentaire au centre-ville. La Commission est d'avis que les emplacements proposés par le CUSM sont tout à fait adéquats et recommande donc que **le nouvel hôpital du CUSM soit construit sur le site de la cour Glen**, sous la seule réserve que soient effectués les travaux d'aménagement des accès de proximité nécessaires afin de rendre ce site plus facilement accessible.

La Commission s'est enfin penchée sur la question de la réalisation des projets et de la réutilisation des sites excédentaires. En ce qui concerne la réalisation des projets, la Commission est d'avis qu'un contrôle strict des coûts et une gouvernance rigoureuse et harmonisée des deux projets sont nécessaires. Une harmonisation de la gestion des travaux de construction offre en effet de nombreux avantages tant pour le gouvernement et les contribuables québécois que pour les CHU eux-mêmes. On compte parmi ceux-là, la maximisation des économies d'échelle, la réduction des effets inflationnistes liés à la construction de deux hôpitaux majeurs simultanément à Montréal et, possiblement, la maximisation du contenu québécois des projets. La Commission recommande donc, au chapitre de la réalisation des projets, que soit créée **une société de réalisation commune pour les deux CHU**, financée à même les fonds prévus pour la planification et la réalisation des projets, dont le rôle serait généralement de veiller au respect des budgets et des échéances, à la synchronisation des travaux, à la maximisation des économies d'échelle et du contenu québécois, ainsi qu'à la complémentarité des deux projets quant à leurs installations physiques.

En ce qui a trait à la réutilisation des bâtiments excédentaires, la Commission constate que les projets des deux CHU sont forcément relativement peu élaborés à l'heure actuelle. La Commission recommande toutefois que les CHU, l'Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal (l'Agence) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) réalisent une planification conjointe pour la réutilisation des immeubles excédentaires et qu'une **priorité soit donnée, dans le cadre de cette planification, aux besoins sociosanitaires et, ensuite, aux besoins des universités montréalaises**. Afin d'éviter ou de minimiser les coûts associés à l'entretien des bâtiments délaissés, la Commission recommande également que cette planification soit amorcée dès que possible et au plus tard lorsque les paramètres de réalisation des nouvelles installations physiques des CHU seront connus de façon définitive. La Commission recommande enfin que l'on dispose rapidement des immeubles excédentaires n'ayant pas été retenus à des fins sociosanitaires ou universitaires afin d'en maximiser la valeur.



2

Le mandat de la Commission, le calendrier et la méthodologie retenue

2. LE MANDAT DE LA COMMISSION, LE CALENDRIER ET LA MÉTHODOLOGIE RETENUE

2.1 L'ÉTENDUE DU MANDAT

Le gouvernement du Québec a constitué, le 29 octobre 2003, la Commission d'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), coprésidée par messieurs Daniel Johnson et Brian Mulroney, appuyés par le Secrétaire de la Commission, monsieur Marcel Villeneuve.²

La Commission est chargée d'analyser et d'évaluer les projets d'implantation du CHUM et du CUSM déposés auprès du Ministre à la mi-décembre 2003, puis de faire des recommandations au Ministre quant à leur recevabilité.

Les travaux de la Commission doivent porter, selon le Décret 1147-2003 et certaines précisions transmises par le Ministre, sur les éléments suivants :

- la contribution de chaque projet au rehaussement de la médecine universitaire par la concentration des activités du CHUM et du CUSM dans les soins tertiaires et quaternaires (soins ultraspecialisés) et l'engagement de chaque établissement à la mise en œuvre de plans de pratique en médecine ;
- la complémentarité des deux projets, d'abord entre les centres hospitaliers universitaires (CHU) de Montréal et, ensuite, à l'intérieur de chaque CHU dans le cadre de l'implantation de son propre réseau universitaire intégré de santé (RUIS), à l'égard de la spécialisation des services, de la formation et de la recherche et à l'égard des infrastructures et des services dans le cadre des activités autres que les activités cliniques ;
- le caractère réalisable de chaque projet à l'intérieur du cadre budgétaire fixé par le gouvernement du Québec à savoir, pour chaque CHU, une contribution du gouvernement du Québec plafonnée à 800 M \$, une contribution minimum de 200 M \$ des fondations, du secteur privé et du gouvernement fédéral et aucune augmentation des budgets actuels de fonctionnement ;
- l'impact des projets sur la trame urbaine et la disposition des bâtiments excédentaires, ce dernier élément comprenant notamment :
 - la façon dont chaque établissement entend disposer de ses bâtiments ; et
 - les revenus et coûts afférents à cette opération ;
- la synchronisation planifiée de la réalisation des deux projets afin, notamment, de réduire les effets inflationnistes sur le marché de la construction ainsi que les effets sur le réseau routier et les infrastructures et afin également de favoriser une meilleure adaptation du personnel à l'égard des nouvelles technologies.

La Commission doit, en outre, s'assurer du respect des grands paramètres et des conditions de réalisation fixés par le gouvernement et communiqués par le Ministre au CHUM et au CUSM le 21 juillet 2003.

² Décret 1147-2003.

Ces paramètres et conditions incluent ce qui suit :

- le maintien, pour chaque CHU, d'un hôpital non-universitaire, d'un centre affilié universitaire ou d'un site secondaire au centre-ville ;
- le nombre de lits de soins généraux et spécialisés ne devra pas être supérieur à :
 - 1000 lits (y compris les lits maintenus pour l'hôpital complémentaire au centre-ville) pour le CHUM ; et
 - 832 lits (y compris les lits maintenus pour l'hôpital complémentaire au centre-ville et les lits pédiatriques) pour le CUSM ;
- le cadre budgétaire énoncé plus haut inclut, quant aux immobilisations, toutes les dépenses normalement reconnues par les instances gouvernementales comme étant capitalisables et comprend notamment :
 - les coûts de construction ;
 - les honoraires professionnels ;
 - les frais administratifs contingents ;
 - le mobilier ;
 - les équipements ;
 - les technologies de l'information ;
 - les technologies médicales ;
 - les dépenses associées aux terrains et aux infrastructures, à savoir :
 - acquisition des terrains ;
 - décontamination du site ;
 - expropriation d'immeubles et d'entreprises et leur réinstallation ;
 - coût des infrastructures d'accès immédiat (à l'exclusion des coûts des autres infrastructures routières) ;
 - amélioration d'un des sites actuels en vue du maintien d'un site hospitalier complémentaire au centre-ville.

Le cadre budgétaire comprend également les budgets approuvés par le Ministre au titre de frais de fonctionnement des deux sociétés d'implantation (SICHUM et SICUSM), ainsi que les études réalisées ou commandées par ces dernières.

2.2 LE CALENDRIER

Les projets du CHUM et du CUSM ont été déposés auprès du Ministre puis présentés à la Commission vers le 15 décembre 2003, conformément à la demande formulée par le Ministre en juillet 2003.

Au cours du mois de janvier 2004, la Commission a identifié plusieurs questions importantes devant faire l'objet de précisions dans les projets des CHU de même que l'absence quasi complète de complémentarité entre les deux projets. Le 20 janvier 2004, la Commission a donc écrit aux présidents des conseils d'administration des deux CHU pour leur demander de fournir ces précisions et de présenter dans les meilleurs délais une proposition écrite et conjointe de complémentarité.

Les précisions demandées ont été fournies par les CHU respectivement le 13 février 2004 par le CHUM et le 17 février 2004 par le CUSM. Un projet d'entente conjointe de complémentarité a été transmis à la Commission au début d'avril 2004.

Le délai imparti à la Commission pour compléter son rapport a été prorogé au 16 avril 2004.

2.3 LA MÉTHODOLOGIE RETENUE

Pour procéder à son analyse, la Commission a eu recours à plusieurs sources d'information.

D'abord, la Commission a demandé et obtenu toutes les études pertinentes réalisées antérieurement, soit par la Société d'implantation du CHUM (SICHUM) et la Société d'implantation du Centre universitaire de santé McGill (SICUSM), soit par les deux établissements eux-mêmes. La seconde source d'information a été une série d'échanges avec les deux établissements, les facultés de médecine et les universités tout au long de la durée du mandat. En troisième lieu, la Commission a eu recours à des experts-conseils pour vérifier ou analyser plus à fond divers aspects des deux projets. Ces expertises ont porté, entre autres, sur les éléments suivants :

- les tendances mondiales en médecine et en recherche ;
- le rehaussement de la médecine universitaire ;
- l'analyse des superficies ;
- l'analyse des coûts ;
- la concentration des soins ultraspécialisés ;
- les technologies de l'information ;
- les équipements médicaux spécialisés ;
- l'impact des projets sur la trame urbaine ;
- la réutilisation des bâtiments excédentaires ;
- le contrôle des coûts et la gouvernance.

Les Commissaires et leurs collaborateurs ont aussi eu des rencontres et des échanges avec des interlocuteurs sollicités par la Commission ou qui ont sollicité la Commission pour faire entendre leur point de vue sur les deux projets. Certains des interlocuteurs rencontrés provenant de l'extérieur du Québec, la Commission a pu bénéficier de points de vue et d'expériences géographiquement diversifiés.

La Commission a enfin cru bon de visiter les sites actuels des CHU et leurs emplacements projetés afin de bénéficier d'une vision claire des éléments mentionnés dans les rapports réalisés par les experts retenus par la Commission et ceux mandatés par les établissements.

Les Commissaires et leurs collaborateurs ont été en contact continu tout au long de la durée du mandat pour analyser, évaluer et soupeser les éléments pertinents à la réalisation du rapport de la Commission et aux recommandations qui en découlent.



3

Les fondements de l'analyse de la Commission

3. LES FONDEMENTS DE L'ANALYSE DE LA COMMISSION

Au fil des pages qui suivent, la Commission, conformément à son mandat, analysera les projets d'implantation du CHUM et du CUSM à la lumière des conditions et paramètres fixés par le gouvernement du Québec. Comme le lecteur pourra le noter, nous avons suivi assez fidèlement l'ordre dans lequel ces paramètres sont exprimés dans le Décret 1147-2003 aux fins du présent rapport. Après avoir dressé un tableau sommaire des grandes tendances d'aujourd'hui et de demain dans le domaine des soins de santé et tenté de mesurer leurs impacts sur les CHU, nous étudierons les projets présentés par le CHUM et le CUSM successivement sous l'angle de leur contribution au rehaussement de la médecine universitaire, de leur complémentarité, de leur respect du cadre financier, du caractère judicieux ou non de leurs emplacements et, enfin, de certains aspects de leur réalisation tels le contrôle des coûts et la réutilisation des bâtiments excédentaires.

Avant d'aborder l'analyse proprement dite, il convient de relater brièvement les principes qui sont sous-jacents à celle-ci et qui ont guidé la Commission tout au long de ses travaux.

3.1 UNE ANALYSE JUSTE, RIGoureuse, SANS COMPLAISANCE

La Commission s'est d'abord efforcée d'être juste, rigoureuse et sans complaisance dans son analyse. Étant donné le long et parfois difficile cheminement des deux projets et l'engagement de ressources et d'efforts considérables jusqu'ici, il est inévitable que certaines recommandations ne feront pas l'unanimité. Dans la mesure où ces recommandations visent le plus grand intérêt de la population québécoise et sont fondées sur une analyse juste et rigoureuse, la Commission ne s'est pas empêchée de les faire.

3.2 LE PATIENT AVANT TOUT ET LA MISSION PARTICULIÈRE DES CHU

Les centres hospitaliers universitaires ne sont pas des établissements de santé ordinaires. Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) (la « LSSSS ») et les politiques ministérielles, leur mission consiste notamment à :

- offrir des soins de santé d'excellente qualité à la population avec un accent particulier sur les soins ultraspecialisés dans plusieurs spécialités ;
- jouer un rôle de premier plan dans l'enseignement de la médecine et certaines autres disciplines du domaine de la santé ;
- poursuivre des activités de recherche de manière à maintenir la médecine québécoise à la fine pointe des découvertes scientifiques en matière de santé et à promouvoir sa capacité d'innover ; et
- évaluer les nouvelles technologies dans le domaine de la santé.

Les centres hospitaliers universitaires servent également de points de référence pour le reste du réseau de la santé, particulièrement en matière de soins ultraspecialisés.

Toutes ces activités des CHU doivent tendre vers un objectif unique : fournir de meilleurs soins à la population québécoise.

Dans ses travaux, la Commission a tenu compte de la mission particulière des CHU tout en ne perdant jamais de vue la finalité de cette mission et en positionnant le patient au cœur de ses préoccupations.

3.3 UN PROJET DE REHAUSSEMENT DE LA MÉDECINE UNIVERSITAIRE PLUTÔT QU'UN PROJET DE CONSTRUCTION

Épousant la vision ministérielle, la Commission a abordé les projets soumis par le CHUM et le CUSM comme des propositions pour le rehaussement de la médecine universitaire à Montréal plutôt que comme de simples projets de construction. Même si la pertinence de la construction de nouvelles installations pour les deux CHU ne fait pas de doute, les projets du CHUM et du CUSM doivent aller bien au-delà et mener vers une modernisation et une amélioration de la qualité de la médecine universitaire au Québec. Plusieurs recommandations de la Commission, particulièrement au début du présent rapport, traduisent cette préoccupation.

3.4 LA CAPACITÉ DE PAYER

Les projets du CHUM et du CUSM nécessitent des investissements substantiels du gouvernement du Québec et, par le fait même, les contribuables québécois en sont les principaux bailleurs de fonds. Or, la capacité de payer de ces derniers est limitée. De plus, les deniers consacrés à ces projets ne seront évidemment pas disponibles pour le reste du réseau de la santé. La Commission a donc cherché à s'assurer que chaque dollar qui sera investi par l'État dans ces projets le sera de façon responsable et optimale.

3.5 UNE ANALYSE TOURNÉE VERS L'AVENIR

Les projets du CHUM et du CUSM auront des effets sur la médecine et la recherche québécoise bien au-delà de 2010, date actuellement prévue pour l'achèvement de la construction des nouvelles installations. La Commission s'est informée des tendances mondiales et des développements prévisibles dans le domaine de la santé et elle a tenu compte de ceux-ci dans son analyse. Également, tout en restant au fait des réalités présentes ou historiques, la Commission a choisi d'élever son regard au-dessus de celles-ci et de fonder son analyse sur une vision à long terme des deux projets.



4

Une vision d'avenir

4. UNE VISION D'AVENIR

L'occasion que représente la construction en neuf de deux centres hospitaliers universitaires est unique en Amérique, comme l'est le fait que Montréal abrite deux grandes facultés de médecine, issues de deux cultures, de même que les réseaux universitaires dans lesquels elles s'inscrivent. On doit saisir cette occasion pour donner au Québec tout entier une valeur ajoutée exceptionnelle par rapport à la situation actuelle. La conception des deux projets doit faire en sorte que le CHUM et le CUSM puissent répondre aux besoins de la population pour les 50 à 75 prochaines années. Cela commande de cerner le mieux possible les grandes tendances qui viendront vraisemblablement influencer la façon de prévenir les maladies, de soigner et de guérir les gens et d'en évaluer les impacts probables sur les CHU.

4.1 DES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LES SOINS DE SANTÉ

4.1.1 LE VIEILLISSEMENT RAPIDE DE LA POPULATION

Au Québec, de 1996 à 2025, la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans passera de 12 % à 24 % de la population. Cet important changement démographique aura inévitablement des conséquences sur l'organisation des soins prodigués aux patients. Au vieillissement accéléré de la population s'ajoute la « chronicisation » de la maladie qui permet de prévoir un impact majeur sur la consommation des services médicaux, hospitaliers et pharmaceutiques. On ne guérit pas les maladies chroniques : on les traite mieux et plus longtemps en améliorant la longévité et la qualité de vie du patient. Ce sont des maladies complexes qui requièrent un plus grand volume, une plus grande intensité et une plus grande variété de services, donc des services plus coûteux généralement offerts par différents spécialistes.

La Commission fait des recommandations pour tenir compte de ces tendances lourdes sous les rubriques « 5.5 La concentration des soins ultraspecialisés » et « 7.3 Les coûts de fonctionnement : un dépassement inévitable ».

4.1.2 LE DÉVELOPPEMENT ACCÉLÉRÉ DES TECHNOLOGIES

Le développement accéléré des technologies est un facteur prépondérant dans l'évolution des soins de santé. L'influence des technologies s'est accrue grandement au cours des dix dernières années et un regard sur l'avenir nous laisse entrevoir une accélération encore plus importante.

Appliqués au domaine hospitalo-universitaire, ces développements technologiques favorisent l'introduction de nouveaux médicaments, de nouveaux équipements et de nouvelles pratiques de soins qui améliorent les services diagnostiques et thérapeutiques. Ils permettent aussi un accès plus rapide et une meilleure circulation de l'information et du savoir, facilitant ainsi de meilleures pratiques professionnelles (dossier-patient électronique, systèmes intégrés d'information clinique, systèmes d'aide à la décision clinique, télémédecine, etc.). Sur le plan de la recherche, la génomique et la protéomique bénéficient du déploiement de la bioinformatique et des possibilités accrues d'organisation, de gestion et d'analyse de volumes d'informations considérables, générés par ces domaines de recherche de pointe.

Ces nouvelles technologies et modes d'intervention ont des coûts élevés d'acquisition ou de développement, d'entretien, de fonctionnement et de mise à niveau. Ceci en rend l'introduction et la généralisation difficiles. Il faut concentrer le développement des innovations et l'emplacement des infrastructures technologiques les plus coûteuses, tant sur le plan des soins ultraspecialisés que sur le plan de la recherche.

La Commission est d'avis que la complémentarité entre les CHU eux-mêmes et les différents établissements de santé est une des voies privilégiées pour limiter l'explosion des coûts reliés au progrès technologique rapide. Nous en traitons sous la rubrique « 6. La complémentarité ».

4.1.3 DES COÛTS TOUJOURS CROISSANTS

Une augmentation des dépenses de santé découlera inévitablement des facteurs que nous venons d'énumérer. Le programme de santé et de services sociaux au Québec représente plus de 40 % des dépenses de programme du gouvernement du Québec. Peu importe que le payeur soit public ou privé, la forte croissance des dépenses de santé inquiète et amène les payeurs, les groupes de patients, les entreprises et les gouvernements à exiger plus d'efficacité dans la prestation des soins de santé.

La Commission a tenté de concilier, de façon responsable, cette tendance avec l'objectif du rehaussement de la médecine universitaire et la capacité limitée de payer du gouvernement du Québec. Les recommandations formulées par la Commission, notamment sous les rubriques « 6. La complémentarité », « 7. Le cadre financier » et « 9. La réalisation des projets : contrôle des coûts et gouvernance », reflètent cette approche.

4.2 DES IMPACTS MAJEURS SUR LES CHU

Pour que les CHU remplissent adéquatement leur mission, plusieurs défis devront être relevés. En voici une liste sommaire :

4.2.1 LA FLEXIBILITÉ ET L'ADAPTABILITÉ

La flexibilité et l'adaptabilité devraient être des préoccupations majeures dans la conception des nouvelles installations du CHUM et du CUSM. Nous l'avons évoqué plus haut, les progrès sont excessivement rapides et les avancées technologiques fulgurantes dans le domaine des soins de santé. À l'heure où nous planifions de nouvelles installations, il y a de nombreux équipements médicaux spécialisés qui ne sont même pas encore inventés et qu'on voudra certainement intégrer dans les nouveaux CHU. Qui accepterait qu'un nouveau CHU soit désuet le jour même de son ouverture ?

Par ailleurs, l'émergence de nouvelles maladies infectieuses (le SRAS étant encore présent à l'esprit de plusieurs) commande également des mesures particulières dans la conception des nouveaux CHU relativement, entre autres, à la qualité du système de ventilation, à la disponibilité de chambres d'isolement adéquates et à la possibilité de mesures de confinement et d'asepsie.

4.2.2 L'INTÉGRATION AU RÉSEAU DE SOINS

Les rôles des principales organisations qui offrent des soins sont en mutation. À titre d'exemple, on n'est plus hospitalisé pour « passer des tests » avant une intervention ou pour « faire sa convalescence » après l'intervention. L'hôpital de courte durée est réservé de plus en plus aux interventions nécessitant un plateau technique imposant. Beaucoup d'interventions qui, autrefois, nécessitaient une hospitalisation sont aujourd'hui offertes sur une base ambulatoire, dans d'autres lieux que l'hôpital. Et ce phénomène continuera à se développer avec les avancées technologiques.

Au Québec, en vertu de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (L.Q. 2003, c. 21), ce sont les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui serviront de première ligne organisée pour les soins primaires : CLSC et soins à domicile, hôpitaux communautaires, cabinets de médecins, groupes de médecine de famille, centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Le corollaire d'une première ligne bien organisée pour offrir des soins primaires est l'établissement de liens formels et de « corridors de services » entre la première ligne et les hôpitaux régionaux et universitaires pour les services spécialisés et ultraspecialisés. Au Québec, le Ministre a mandaté les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) pour conclure des ententes avec les réseaux locaux et les agences régionales afin que les services spécialisés et ultraspecialisés soient accessibles partout au Québec.

L'implantation des RUIS fait en sorte que les CHU ne peuvent pas s'isoler des autres dispensateurs de soins. Les RUIS pourraient favoriser également la concentration des soins ultraspecialisés dans les CHU. Pour les soins, les gestionnaires et les cliniciens des CHU devront travailler étroitement en partenariat avec leurs collègues en amont et en aval de l'hospitalisation, tant au niveau local ou régional qu'au niveau du Québec tout entier.

Pour l'enseignement, cette tendance signifie que le CHU n'est plus le seul lieu de formation des professionnels de la santé, parce que les patients n'y sont que pour de courtes périodes. La formation doit aussi être offerte dans les autres endroits où se trouvent les patients : dans les groupes de médecine de famille, dans les CLSC, à domicile et dans les CHSLD. De là, la nécessité d'un réseau de lieux de formation sur le plan universitaire et de liens formels entre un CHU, les autres hôpitaux de son territoire, les CLSC, les cabinets de médecins, etc. Tout en assumant le leadership des RUIS, en collaboration avec les facultés de médecine, les CHU devront tenir compte des activités universitaires des centres affiliés universitaires et des instituts universitaires.

4.2.3 LE PARTENARIAT INTER-CHU ET INTER-UNIVERSITÉS

La complexité, les efforts et les coûts associés à l'introduction de nouvelles technologies de soins, au développement de certaines surspécialités et à la mise en place d'infrastructures importantes de recherche rendent la collaboration et le partenariat de plus en plus nécessaires entre les CHU et entre les universités.

Ce partenariat peut prendre la forme d'une mise en commun de certaines ressources et expertises ou du partage de surspécialités, d'axes de recherche ou de programmes d'enseignement. Les CHU et les universités, surtout dans une ville de la taille de Montréal, ne pourront plus tout offrir indépendamment les uns des autres.

Cette préoccupation est partagée par les recteurs des universités québécoises. Dans le numéro de janvier 2004 de la revue *Forces*, dans un article intitulé « Questions d'avenir », tant le recteur de l'Université de Montréal que la principale de l'Université McGill insistent sur la nécessité d'un nouveau mode de gouvernance et de gestion et sur la complémentarité interuniversitaire. On y souligne, de façon éloquente, l'importance pour les universités de faire des choix, notamment en concentrant des ressources dans les secteurs d'excellence propres à chaque université.

En outre, l'un des défis majeurs auxquels les CHU devront faire face est la compétition internationale croissante pour les ressources rares. Cette compétition ne se fera pas entre CHUM-Université de Montréal et CUSM-Université McGill, mais entre le pôle hospitalo-universitaire de Montréal et ceux de Toronto, Boston, Los Angeles, Londres ou Paris.

Enfin, les défis de la recherche d'aujourd'hui et de demain nécessiteront un meilleur déploiement des ressources. Le domaine de la génomique en constitue un exemple éloquent. Cet important champ d'innovation pour améliorer la capacité de prévenir, de diagnostiquer et de soigner nécessite des infrastructures majeures et ne sera rendu possible que par la mise en commun des expertises et des ressources sur les plans national et international.

4.2.4 LA RÉMUNÉRATION ADÉQUATE DES FONCTIONS UNIVERSITAIRES DES MÉDECINS

Si l'on veut recruter et retenir les meilleurs cliniciens, professeurs et chercheurs, il faut leur offrir une rémunération attrayante, mais il faut surtout que les activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation soient rémunérées de façon équitable par rapport aux activités cliniques. C'est le rôle du plan de pratique hospitalo-universitaire, qui offre aux médecins d'un CHU des mesures financières incitatives en fonction d'objectifs d'enseignement, de recherche, de soins et d'évaluation. Aux États-Unis, les CHU les plus importants ont des plans de pratique qui couvrent l'ensemble des médecins et l'ensemble des activités de leur site principal (*full teaching hospital*). Ils ont souvent d'autres hôpitaux affiliés qui sont soit partiellement universitaires, soit communautaires, où les médecins non intéressés à la dimension universitaire peuvent consacrer leur carrière aux soins et être rémunérés à l'acte. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario est en négociation pour généraliser les plans de pratique (*Alternative Funding Plans*) aux centres universitaires de santé de Toronto, Hamilton, London et Ottawa, après celui de Kingston qui est déjà en vigueur.

Il convient de noter que la recherche clinique originale en hôpital universitaire est vulnérable dans la plupart des pays occidentaux. Les chercheurs cliniciens hospitaliers sont souvent démotivés en raison des pressions pour « voir des patients », des problèmes de rémunération, du peu d'engagement de l'administration hospitalière, et du manque de soutien logistique et d'encadrement. La recherche clinique commanditée par les sociétés pharmaceutiques est souvent plus attrayante. Des entreprises privées de recherche préclinique et clinique (*Contract Research Organizations*) se sont développées aux États-Unis, au Canada et en Europe, en collaboration avec l'industrie biopharmaceutique. Elles deviennent, dans certains cas, des concurrentes des CHU pour recruter les meilleurs chercheurs.

Nous traiterons plus spécifiquement de ces questions sous la rubrique « 5.6 Les ressources humaines et le plan de pratique en médecine ».

4.2.5 LE FINANCEMENT APPROPRIÉ DE LA FONCTION UNIVERSITAIRE DU CHU

Tant les CHU et les universités que les ministères et les organismes subventionnaires concernés subissent des pressions pour identifier les coûts directs et indirects de l'enseignement, de la recherche et de l'évaluation des technologies pour les différencier de la composante « soins ». On doit aussi, sur un plan plus global, décider de qui finance chacun des volets de la mission universitaire et à quel niveau.

En corollaire, si l'on veut justifier les coûts additionnels d'un CHU comparativement à un hôpital non universitaire, on devra non seulement identifier et documenter ces coûts, mais aussi les bénéfices de la contribution spécifique du CHU sur les plans social et économique.

La Commission aborde ces questions notamment sous la rubrique « 7.3 Les coûts de fonctionnement : un dépassement inévitable ».



5

Le rehaussement de la médecine universitaire

5. LE REHAUSSEMENT DE LA MÉDECINE UNIVERSITAIRE

Le mandat de la Commission comprend l'analyse et l'évaluation des projets de chaque CHU en regard de sa contribution au rehaussement de la médecine universitaire. Deux critères sont ciblés par le Ministre pour une analyse plus pointue, soit la concentration des activités tertiaires et quaternaires, les activités dites ultraspecialisées, dans les CHU et l'engagement de chaque établissement concernant la mise en œuvre d'un plan de pratique en médecine.

5.1 LE LEADERSHIP DES CHU ET LE REHAUSSEMENT DE LA MÉDECINE UNIVERSITAIRE

Les documents du CHUM et du CUSM déposés auprès du MSSS en décembre 2003 et portant sur leur projet d'implantation respectif visent essentiellement à présenter un concept d'aménagement des installations physiques de ces projets. Chacune des propositions met néanmoins de l'avant certains éléments associés au développement de la médecine universitaire, tels le plan de pratique, la nécessité de concentrer les ressources, l'atteinte d'une masse critique de résidents, la dynamique entre la recherche et l'innovation de même que la reconnaissance du réseau de la médecine universitaire.

La Commission veut ici pousser un peu plus loin la réflexion et examiner certains critères que devraient satisfaire les CHU pour faire une contribution significative au rehaussement de la médecine universitaire.

5.2 LA MÉDECINE UNIVERSITAIRE ET SON ENVIRONNEMENT : UN CONTEXTE EN ÉVOLUTION

La médecine universitaire peut se définir comme :

*[...] la pratique de la médecine associée à la génération et au transfert des connaissances, ainsi qu'au développement des compétences et des techniques propres au rehaussement de la médecine. La médecine universitaire repose ainsi sur trois pôles soit l'enseignement, la recherche et les soins, et elle se distingue par une double exigence, celles de l'excellence et de l'innovation. L'atteinte de l'excellence et de l'innovation est fondée sur une synergie forte entre les trois missions de formation, de recherche et de clinique. Elle se déploie sur la totalité du champ de la médecine, de la prévention aux soins les plus spécialisés, en passant par la première ligne et les soins palliatifs [...]*³

La médecine universitaire évolue dans un environnement qui est en constant changement compte tenu notamment des avancées de la science, des technologies de la santé et de l'information ainsi que de la démographie.

La Commission note aussi que, selon les experts, les avancées futures entraîneront une transformation majeure de l'organisation des processus de soins, de leur coordination et des moyens de communication entre les professionnels.

³ Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., et al. *Les Enjeux du développement de la médecine académique*, Montréal, Département d'administration de la santé et GRIS, Faculté de médecine, Université de Montréal, 2004, p.7.

5.3 LES CHU ET LEUR MISSION : SOINS, ENSEIGNEMENT, RECHERCHE

La LSSSS reconnaît quatre missions aux CHU, soit l'enseignement, la recherche, les soins et l'évaluation des technologies de la santé. L'évaluation des technologies de la santé est souvent assimilée à une forme de recherche.

Le centre hospitalier universitaire doit être un environnement adéquat pour soutenir toutes les missions de la médecine universitaire. Pour la recherche, cela signifie qu'il lui permet de développer, tester, raffiner et améliorer les processus de soins. Pour la formation des professionnels de la santé, ceci nécessite notamment qu'il permette un accès facile aux données scientifiques et que son organisation facilite l'intégration et l'exploitation des nouvelles technologies et des services spécialisés de pointe. Il doit également s'assurer que les patients recevront les soins appropriés au bon endroit et que les étudiants seront exposés à des environnements cliniques modernes.

5.3.1 LES SOINS

Les CHU doivent maintenir et promouvoir les plus hauts standards d'excellence dans la dispensation des soins à la population et, pour ce faire, demeurer à la fine pointe des développements scientifiques et technologiques. Ils assurent, en outre, les soins à une proportion importante de personnes atteintes de maladies graves, rares ou ayant des conditions inhabituelles. Ils sont responsables, de plus, des soins ultraspécialisés et des services diagnostiques spécialisés. Enfin, ils accueillent une bonne proportion de patients transférés d'autres hôpitaux ou établissements.

5.3.2 L'ENSEIGNEMENT : MILIEU UNIVERSITAIRE ET MILIEU DE STAGES

Plusieurs phénomènes tendent à restructurer la pratique médicale autour du noyau des services ambulatoires, et donc à faire de l'hôpital non pas le cœur du système de santé, mais un élément du réseau de services. Pour composer avec cette évolution, les établissements de santé responsables de la médecine universitaire ont eu tendance à se diversifier. Aujourd'hui, les CHU ne sont plus les seuls établissements de santé à avoir une vocation universitaire de soins, d'enseignement et de recherche.

La LSSSS reconnaît en effet trois types d'établissements de santé pouvant avoir une vocation universitaire : les centres hospitaliers universitaires (CHU), les instituts universitaires (IU) et les centres affiliés universitaires (CAU). La principale distinction que la LSSSS établit entre ces établissements est que le CHU offre des services et de l'enseignement dans plusieurs disciplines et a un vaste champ de recherche, alors que l'IU est spécialisé dans un secteur particulier, tant dans son offre de soins qu'en enseignement et en recherche. Finalement, le CAU participe à la formation des professionnels de la santé ou à des activités de recherche, mais une partie importante de ses activités ne sont pas universitaires.

Les CHU occupent donc une place centrale dans la médecine universitaire. Pour remplir adéquatement leur rôle, ils doivent offrir leur soutien et entretenir des rapports étroits avec les autres établissements de santé partageant avec eux les missions d'enseignement et de recherche de même qu'avec les universités.

5.3.3 LA RECHERCHE

La recherche universitaire tend à s'organiser au sein de centres de recherche dont la masse critique de chercheurs, provenant de disciplines diverses, est suffisante pour assurer un niveau optimal d'efficacité, de flexibilité, de qualité et de rayonnement. Cette organisation vise également l'atteinte d'une masse critique de patients permettant la réalisation d'une recherche clinique de qualité. Elle tend également à s'organiser à partir de grandes thématiques à l'intérieur desquelles la recherche fondamentale et appliquée se développent. Les centres de recherche deviennent donc des lieux propices à la fertilisation interdisciplinaire et à la reconfiguration fréquente des équipes de recherche en fonction des problèmes à résoudre. La capacité de réponse de ces équipes est impressionnante et tend à confirmer la valeur de ce modèle. Enfin, ces centres ont des infrastructures majeures de recherche et leurs chercheurs doivent rayonner autant au niveau local, régional ou national qu'au niveau international.

5.3.4 LA GOUVERNANCE

La structure de gouvernance des CHU devrait refléter et intégrer les diverses missions de ces derniers. Un moyen privilégié d'atteindre cet objectif serait de faire en sorte que les membres du corps médical des CHU aient obligatoirement des activités d'intervention clinique, d'enseignement et de recherche, ces activités pouvant cependant être exercées dans des proportions et selon des modalités variables. Les CHU bénéficieraient de cette façon d'une gouvernance plus adaptée aux exigences de leurs diverses missions.

5.3.5 L'INNOVATION

Les CHU ont un rôle majeur à jouer dans le renouvellement des pratiques de soins et d'enseignement. La Commission signale le potentiel des projets des CHU à promouvoir Montréal et le Québec comme chefs de file dans les domaines du savoir, de la recherche, du développement et de l'évaluation des technologies et des sciences de la santé. Les projets des deux CHU représentent ainsi un véhicule pour soutenir l'innovation.

5.4 LA MESURE DE L'EXCELLENCE ET DU REHAUSSEMENT DE LA MÉDECINE UNIVERSITAIRE

La Commission note que diverses instances régulatrices touchent aux différentes missions des CHU. Pourtant aucun système d'évaluation de la performance permettant d'établir le niveau d'excellence globale de la médecine universitaire et de fixer des objectifs de maintien et de rehaussement pour les CHU ne semble avoir été mis au point jusqu'à présent. En effet, aucun organisme régulateur ne mesure le rendement global des CHU et aucun n'en a le mandat. Parmi tous les mécanismes d'évaluation, d'accréditation et de surveillance que ces divers organismes régulateurs ont mis en place, l'excellence globale de la médecine universitaire n'est pas prise en considération de façon intégrée. La Commission constate également que les deux CHU n'ont pas formulé d'objectifs précis quant à leur projet de rehaussement de la médecine universitaire.

La Commission croit que le CHUM et le CUSM devraient approfondir leur projet en ce qui a trait au rehaussement de la médecine universitaire, notamment en définissant plus précisément les objectifs qu'ils comptent atteindre à cet égard à l'ouverture des futures installations.

EN CONSÉQUENCE, LA COMMISSION RECOMMANDE :

R1. que les membres du corps médical des CHU aient obligatoirement des activités d'intervention clinique, d'enseignement et de recherche, ces activités pouvant cependant être exercées dans des proportions et selon des modalités variables en fonction des individus ;

R2. que les CHU développent et élaborent davantage leur projet de rehaussement de la médecine universitaire en fonction de l'excellence et de l'innovation dans les cinq sphères suivantes :

- les soins ;
- l'enseignement ;
- la recherche ;
- l'évaluation des technologies médicales de la santé ;
- la gouvernance ;

R3. que les CHU définissent plus précisément les objectifs à atteindre à l'ouverture des futures installations en ce qui a trait au rehaussement de la médecine universitaire.

Après ce survol du concept de la médecine universitaire, la Commission se penchera maintenant sur les deux critères plus spécifiquement identifiés par le Ministre pour l'analyse de la contribution des projets au rehaussement de la médecine universitaire, c'est-à-dire, en premier lieu, la concentration des activités tertiaires et quaternaires dans les CHU et, en second lieu, la mise en oeuvre d'un plan de pratique en médecine.

5.5 LA CONCENTRATION DES SOINS ULTRASPÉCIALISÉS

Le critère de la concentration des activités tertiaires et quaternaires (ou soins ultrasécialisés) s'inscrit dans la hiérarchisation des services médicaux de type hospitalier. Dans la logique de la mise en place des RUIS, le MSSS prévoit que les établissements hospitaliers se partagent les trois missions suprarégionale, régionale et locale comme il est indiqué ci-dessous :

« La mission suprarégionale se caractérise par une offre de services majoritairement de soins ultraspecialisés, où il se fait de l'enseignement surspecialisé et spécialisé : une direction de programme académique, un centre de recherche avec chercheurs de carrière et un lieu d'évaluation de nouvelles technologies.

La mission régionale se définit par une offre de services principalement spécialisés où il se fait de l'enseignement de base et spécialisé et des activités de recherche.

La mission locale, quant à elle, s'exprime par une offre de services de soins généraux de proximité occasionnellement spécialisés et où il se fait de l'enseignement de base.

Normalement, les CHU, CHAU (Centre hospitalier affilié à l'Université) et les instituts devraient comporter les trois missions.

Bien que les CHU couvrent un vaste territoire géographique pour la mission suprarégionale, leur clientèle de desserte pour la mission régionale n'est que régionale et pour la mission locale elle ne vise que la clientèle de proximité immédiate. Les CHU par leur force d'attraction ont tendance à confondre cela et engorgent leur centre de clientèles qui ne sont pas les leurs. Ils nuisent ainsi à leur véritable mission et détournent des services locaux et régionaux les patients qui doivent y être pris en charge. »⁴

Les principaux paramètres entourant la définition des soins ultraspecialisés, aussi appelés soins de niveaux III et IV ou soins tertiaires et quaternaires, se caractérisent comme étant des services :

- exigeant généralement des installations physiques élaborées, ainsi que des équipements très coûteux et à la fine pointe de la technologie ;
- faisant appel à des ressources médicales très spécialisées, peu nombreuses, et impliquées dans la recherche et l'enseignement ;
- demandant aussi des ressources non médicales très spécialisées ;
- comprenant surtout des cas électifs et des cas de transfert ;
- nécessitant une masse critique de clientèles afin de maintenir l'expertise des dispensateurs de soins ;
- associés généralement à des coûts élevés de fonctionnement.

Les soins ultraspecialisés incluent, entre autres, les soins pour grands blessés et grands brûlés, la chirurgie pédiatrique, la neurochirurgie, la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, les transplantations d'organes, les diagnostics et les traitements en oncologie, les accouchements à risques et les traitements des sidéens.

Les soins ultraspecialisés représentent environ 6 % des hospitalisations au Québec et sont stables à ce niveau depuis 1999 (Annexe 2).

Onze (11) centres hospitaliers traitent 87 % des cas ultraspecialisés au Québec. Parmi ceux-là, le CHUM et le CUSM traitaient, en 2002, respectivement 10,6 % et 12,5 % du total des cas ultraspecialisés. Les activités ultraspecialisées des deux CHU sont en décroissance depuis les quatre dernières années. Le CHUM est passé entre 1999 et 2002 de 11,4 % des cas à 10,6 %, et le CUSM de 14 % à 12,5 % (Annexe 3).

⁴ *Hiérarchisation des services médicaux de type hospitalier, Énoncé de position ministérielle (document de travail), Direction générale des affaires médicales et académiques, MSSS, 8 septembre 2003.*

Comme le taux de soins ultraspécialisés croît avec l'âge des patients, le vieillissement de la population fera augmenter ces besoins. Les CHU n'ont pas projeté ces besoins au-delà de 2010.

La Commission a donc projeté les besoins jusqu'en 2021, c'est-à-dire jusqu'à la dixième année prévue de fonctionnement des nouveaux CHU, en maintenant les taux de soins ultraspécialisés au Québec dispensés par chacun, soit 10,6 % pour le CHUM, et 12,5 % pour le CUSM.

TABLEAU 1 : PROJECTION DU NOMBRE DE LITS POUR LES SOINS ULTRASPÉCIALISÉS

Proposition de la Commission pour la projection du nombre de lits pour les soins ultraspécialisés		
Années	2010	2021
CHUM	175	255
CUSM	142	186

Cette projection suggère, pour le CHUM, de passer de 147 lits maintenant à 175 en 2010 (tel que l'a prévu le CHUM), et à 255 en 2021; pour le CUSM, les lits devraient passer de 120 maintenant à 142 en 2010 (plutôt que le statu quo de 120 lits suggéré par le CUSM), et à 186 en 2021. Cela ne tient pas compte des augmentations que suppose l'énoncé de position ministérielle qui exige une concentration accrue de tels services ultraspécialisés.

Toutefois, les percées technologiques, cliniques et pharmaceutiques ainsi que la recherche peuvent influencer de façon importante la façon de dispenser les services de santé et, en particulier, les services ultraspécialisés. L'évolution précise des besoins étant difficile à prédire à long terme, il convient pour les deux CHU de concevoir leur projet, comme il a été mentionné antérieurement, dans une perspective de flexibilité maximale, ceci afin de pouvoir s'adapter au fur et à mesure à la réalité et aux besoins de la population.

À court et moyen termes cependant, le CHUM et le CUSM doivent renverser la tendance à la décroissance de leurs soins ultraspécialisés. Un ensemble de mesures visant d'une part, à faciliter et simplifier le recrutement des ressources médicales très spécialisées et, d'autre part, à favoriser une concentration plus prononcée des soins ultraspécialisés dans les CHU, de même qu'une budgétisation spécifique et particulière pour ce type de soins, devraient être mises de l'avant par le MSSS pour atteindre l'objectif de concentration des services tertiaires et quaternaires faisant partie des balises gouvernementales.

**EN CONSÉQUENCE, EN CE QUI A TRAIT AU CRITÈRE
DE LA CONCENTRATION DES ACTIVITÉS ULTRASPÉCIALISÉES,
LA COMMISSION RECOMMANDE :**

R4. qu'on assure un nombre suffisant de lits pour les soins ultraspécialisés au CHUM, soit 175 lits en 2010, et au CUSM, soit 142 lits en 2010, afin de faire face à la demande croissante pour ces services en raison, notamment, du vieillissement de la population, et qu'on y réduise en conséquence le nombre de lits généraux et spécialisés ;

R5. qu'on prévoie augmenter par la suite le nombre de lits pour les soins ultraspécialisés au CHUM et au CUSM afin de se conformer à l'énoncé de position ministérielle sur la concentration des services ultraspécialisés ; les CHU, les RUIS, le MSSS et les universités en détermineront le nombre et la séquence ;

R6. que le CHUM et le CUSM prévoient dans leur projet respectif une flexibilité maximale afin de s'adapter au fil des ans à la demande de la population pour les soins ultraspécialisés.

5.6 LES RESSOURCES HUMAINES ET LE PLAN DE PRATIQUE EN MÉDECINE

La Commission constate que l'importante question des ressources humaines dans les propositions soumises par les deux CHU semble avoir été occultée par le projet de construction des installations physiques. Le succès des projets des deux CHU dépend néanmoins en très grande partie des ressources humaines qu'on y retrouve. La réalisation de chacun des projets engendra bien évidemment des changements importants, qui créeront inévitablement certaines inquiétudes au sein de tout le personnel hospitalier, médical comme non-médical, syndiqué ou non, à tous les niveaux de ces organisations et établissements. C'est pourquoi, la Commission recommande que les CHU tiennent compte de façon spécifique de cet aspect dans l'élaboration de leur plan de transition et prennent les mesures adéquates afin de mobiliser et rassurer tout le personnel impliqué quant à l'importance de leur contribution pour faire de ces projets les succès enviables qu'on peut en escompter pour l'ensemble de la population du Québec.

La Commission propose également que les CHU élaborent davantage leur projet respectif en ce qui a trait au recrutement et à la rétention des médecins et professionnels.

Pour remplir efficacement leurs missions, les centres hospitaliers universitaires montréalais doivent recruter et retenir des médecins et des chercheurs de tout premier plan. Nous l'avons vu plus haut, ils sont à cet égard en compétition avec des institutions renommées du monde entier et, plus particulièrement, des États-Unis et du reste du Canada. Montréal offre des avantages indéniables en termes d'attraction, de rétention et d'intégration d'individus de talent dont, notamment, une concentration d'activités scientifiques et culturelles, une ouverture à la diversité, un coût de la vie abordable et une industrie des sciences de la vie des plus porteuses. Malgré ces attraits, le CHUM et le CUSM ne peuvent espérer recruter et retenir les meilleurs médecins, spécialistes et chercheurs sans leur offrir un système de rémunération et un plan de carrière adéquats, adaptés à leurs activités de soins cliniques, d'enseignement et de recherche, et des ressources matérielles à la mesure du haut degré de complexité de ces activités.

Quant au système de rémunération, la Commission constate que la situation actuelle est pour le moins préoccupante. Les médecins pratiquant dans les centres hospitaliers universitaires, tout comme les médecins pratiquant dans les autres hôpitaux du Québec, sont rémunérés à l'acte pour leurs activités cliniques. Ils sont également rémunérés pour leurs activités d'enseignement et de recherche, mais selon une échelle plus modeste. La proportion entre les activités cliniques et les activités d'enseignement et de recherche varie d'un médecin à l'autre et peut même varier dans le temps pour un même individu. De plus, la spécialisation des CHU et leur mission d'enseignement et de recherche ont naturellement tendance à réduire le rythme de production des soins. Il s'ensuit qu'il peut être financièrement désavantageux pour un médecin spécialiste de haut niveau de pratiquer à l'intérieur d'un CHU par rapport à un autre type d'établissement de santé. Cela peut se traduire, d'une part, par une baisse de la qualité de l'enseignement offert dans les CHU et, d'autre part, par un morcellement inefficace de l'offre de certains services médicaux ultraspécialisés. En d'autres termes, un système de rémunération inadéquat dans les CHU peut avoir pour effet de favoriser la création d'une multitude de petites équipes à l'extérieur des CHU, alors qu'une masse critique de spécialistes (à l'intérieur des CHU) serait préférable et permettrait d'éviter des dédoublements de coûts et des inefficacités. À cet égard, il est intéressant de rappeler que le CHUM et le CUSM ont perdu du terrain au profit d'autres établissements en matière de soins ultraspécialisés au cours des quatre dernières années.

Une solution possible est la création d'un plan de pratique, c'est-à-dire un arrangement par lequel les médecins pratiquant au sein d'un centre hospitalier universitaire conviennent d'un certain partage des revenus générés par leurs activités professionnelles au sein du CHU. Comme nous le mentionnions sous la rubrique 4.2.4, cette solution est adoptée dans plusieurs établissements hospitaliers universitaires américains et canadiens. Au Québec, les médecins du Centre hospitalier universitaire de l'Université de Sherbrooke par exemple, participent à un plan de pratique. Ce n'est pas le cas, à l'heure actuelle, des médecins du CHUM et du CUSM.

Étant donné l'importance primordiale des ressources humaines spécialisées dans ces projets, la mise en place d'un plan de pratique au sein du CHUM et du CUSM nous paraît être une condition essentielle à leur succès. Il ne serait évidemment pas approprié de construire, à grands frais pour le contribuable, des infrastructures de la nature de celles qui sont proposées ici, pour que ces infrastructures soient ensuite sous-utilisées ou ne soient pas utilisées de façon optimale. De plus, il nous semble nécessaire que ce plan de pratique soit mis en place au plus tard avant le lancement des appels d'offres pour la construction des projets de façon à éviter que le gouvernement ne s'engage dans un processus irréversible sans que cette question importante soit réglée. Par ailleurs, selon les expertises obtenues, le gouvernement devra, de façon réaliste, prévoir des fonds additionnels pour assurer le succès de la mise en place des plans de pratique.

EN CONSÉQUENCE, LA COMMISSION RECOMMANDE :

R7. que les deux CHU fassent une place centrale et explicite aux ressources humaines dans leur projet à l'égard de l'ensemble du personnel qui sera touché par cet important changement, particulièrement en ce qui a trait au recrutement et à la rétention des médecins spécialistes et chercheurs de haut niveau ;

R8. que les plans régional et provincial des effectifs médicaux fassent une place importante aux besoins des CHU en matière de recrutement des médecins spécialistes et chercheurs de haut niveau qui contribuent à assurer l'enseignement et la recherche dans les CHU ;

R9. qu'une entente formelle sur un plan de pratique soit conclue dans chaque CHU au plus tard avant que les appels d'offres pour la construction des nouvelles installations ne soient lancés.



6

La complémentarité

6. LA COMPLÉMENTARITÉ

L'une des balises imposées par le gouvernement aux deux établissements pour la conception et le développement de leur projet est la nécessité de démontrer une complémentarité optimale entre les deux CHU (inter-CHU) ainsi qu'à l'intérieur de leur réseau universitaire intégré de santé (RUIS) respectif (intra-RUIS) et ce, tant sur le plan des services cliniques que des services de soutien, sans oublier de prendre en compte l'Hôpital Sainte-Justine. L'objectif visé est d'éliminer les dédoublements coûteux et de rehausser la compétitivité des CHU sur les plans national et international en les obligeant à mettre en commun certaines ressources. Dans la perspective où l'on considère les CHU comme faisant partie d'un pôle hospitalo-universitaire unique qui est en compétition avec d'autres institutions semblables sur la scène internationale, la Commission pense également que la construction d'hôpitaux neufs dans le cadre des deux projets présente une occasion unique de créer des synergies entre les CHU eux-mêmes, ainsi qu'entre les CHU et leurs partenaires au sein de leur RUIS respectif.

La complémentarité sera donc abordée à deux niveaux, d'abord la complémentarité inter-CHU, puis la complémentarité intra-RUIS.

6.1 LA COMPLÉMENTARITÉ INTER-CHU

Constatant l'absence quasi complète de complémentarité dans les propositions qui lui ont été soumises par le CHUM et le CUSM en décembre 2003, la Commission écrivait au mois de janvier 2004 aux présidents du conseil d'administration des deux CHU pour leur demander de présenter dans les meilleurs délais une proposition écrite et conjointe de complémentarité.

Les deux établissements ont donc travaillé sérieusement à cette question et ont transmis un projet d'entente de complémentarité à la Commission au début du mois d'avril. Ce projet d'entente prévoit essentiellement un processus pour en arriver à un accord de complémentarité portant sur les soins ultraspecialisés (tertiaires et quaternaires) et certains services administratifs et de soutien.

Ce projet d'entente constitue un pas dans la bonne direction. La Commission est cependant d'avis qu'une entente formelle, complète et détaillée, comportant des cibles précises de complémentarité et un calendrier pour les atteindre, devrait intervenir entre les CHU et être mise en application.

La Commission identifie trois cibles prioritaires sur lesquelles les deux CHU devraient se pencher. La première cible toucherait les services dits quaternaires, soit les services les plus spécialisés, qui s'adressent à un nombre restreint de malades. Pour ces services, la Commission croit que des programmes conjoints devraient être élaborés. Une seule équipe médicale relevant des deux CHU et en conformité avec les programmes de formation des deux universités optimiserait l'efficacité et la qualité des services offerts à la population. Cela est vrai non seulement en ce qui concerne les patients adultes, mais également pour les soins dispensés aux enfants. La Commission considère que l'ensemble des services quaternaires entre le CUSM et l'Hôpital Sainte-Justine devrait être examiné de plus près dans une perspective de complémentarité.

Ensuite, tout le champ des services diagnostiques et, notamment, les laboratoires et les équipements médicaux spécialisés pourraient faire l'objet d'une organisation repensée à partir d'un modèle de complémentarité plus poussé.

Enfin, le secteur des services administratifs et de soutien se prête non seulement à des approches de complémentarité, mais aussi à des possibilités de sous-traitance ou encore de partenariat public-privé. Les travaux réalisés pour les établissements comportent une liste de treize (13) secteurs pour lesquels l'une ou l'autre de ces approches pourraient être suivies : stationnement, centrale d'énergie, grands équipements électromécaniques, alimentation et restauration, grands équipements médicaux, buanderie, technologies de l'information, pharmacie, laboratoires, centre de recherche, gestion des immeubles, gestion des déchets biomédicaux et stérilisation.⁵ Un examen attentif de ces possibilités devrait être effectué afin de donner à la population la meilleure valeur pour l'investissement consenti.

Il faut cependant reconnaître que la recherche de la complémentarité n'est pas un exercice facile.

Les approches de complémentarité et d'élimination des doublons changent les façons de faire et peuvent, par exemple, avoir des conséquences sur les ressources humaines. Ces conséquences doivent être administrées dans le respect des conventions collectives en vigueur. Toutefois, une démarche conjointe et planifiée peut aider à réduire substantiellement ces impacts. La collaboration des syndicats, des employés et des CHU est également requise pour assurer à la fois l'atteinte effective des objectifs de complémentarité et un traitement équitable pour tous ceux qui pourraient être touchés par ces changements.

La Commission croit, de plus, que des incitatifs financiers devront être prévus pour encourager les CHU à rechercher la complémentarité. À tout le moins, le fait de conserver les économies résultant des mesures de complémentarité serait un point de départ.

6.2 LA COMPLÉMENTARITÉ INTRA-RUIS

Les réseaux universitaires intégrés de santé ont été créés en décembre 2003 en vertu de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (L.Q. 2003, c. 21) afin de mieux coordonner la formation médicale. Quatre RUIS sont constitués, un pour chaque université ayant une faculté de médecine. Le CHUM et le CUSM sont donc chacun membre d'un RUIS dans lequel ils doivent respectivement partager non seulement les responsabilités d'enseignement, mais aussi réaliser une complémentarité au niveau des services spécialisés et ultraspecialisés. L'existence des RUIS traduit une intention manifeste de la part du MSSS de développer une plus grande complémentarité et d'éliminer les doublons inutiles.

Plusieurs éléments sont de nature à inciter les deux CHU et les deux universités à viser une meilleure complémentarité avec les partenaires de leur RUIS respectif. D'abord, la charge d'enseignement du réseau de l'Université de Montréal et de celui de l'Université McGill augmentera significativement en raison du relèvement prévu des plafonds du nombre d'étudiants. Cette charge additionnelle excédera la capacité des deux CHU et devra être partagée avec les autres établissements du RUIS. Pour l'Université de Montréal, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'Institut de Cardiologie de Montréal, et pour l'Université McGill, l'Hôpital général Juif-Sir Mortimer B. Davis et le Centre hospitalier de St. Mary, seront appelés à jouer un rôle encore plus important au chapitre de l'enseignement.

La complémentarité à l'intérieur de chaque RUIS ne devrait cependant pas s'arrêter aux seules questions d'enseignement. Les services cliniques sont également des cibles à considérer. Comme nous le verrons plus loin, le nombre de lits compris dans l'hôpital neuf de chacun des CHU devra vraisemblablement être revu à la baisse de façon à le rendre conforme au cadre budgétaire. Dans ce contexte, il serait approprié que le CHUM et le CUSM procèdent à un examen des services spécialisés et ultraspecialisés offerts dans leur RUIS respectif afin d'éliminer les doublons inutiles et d'assurer un déploiement optimal de leurs ressources.

⁵ PricewaterhouseCoopersSecurities Inc. *Revue préliminaire des possibilités de partenariats publics-privés dans le secteur de la santé*, février 2002.

EN CONSÉQUENCE, LA COMMISSION RECOMMANDE :

R10. que soit accueillie favorablement la proposition conjointe du CHUM et du CUSM portant sur le processus à suivre pour développer la complémentarité entre eux ;

R11. qu'il soit demandé au CHUM et au CUSM, afin d'éliminer les dédoublements et d'établir une complémentarité réelle entre les deux CHU dans le cadre de leur projet, de conclure une entente formelle, complète et détaillée de complémentarité portant prioritairement sur les soins et services suivants :

- les soins tertiaires et quaternaires, particulièrement ceux qui touchent un nombre réduit de patients, pour lesquels un seul programme conjoint serait approprié ;
- les services diagnostiques (activités et équipements) ;
- les services administratifs et de soutien ;

et prévoyant, pour chacun de ces soins et services, les résultats à atteindre sur le plan de la complémentarité et un calendrier de réalisation ;

R12. qu'un examen des services spécialisés et ultraspecialisés offerts par les CHU et leurs partenaires dans leur RUIS respectif soit également effectué afin d'éliminer les dédoublements inutiles et d'assurer un déploiement optimal de leurs ressources ;

R13. qu'une démarche conjointe et planifiée soit mise de l'avant pour gérer les conséquences possibles sur les ressources humaines des ententes de complémentarité conclues par les CHU ;

R14. que les économies générées par la mise en commun, l'élimination des dédoublements et la complémentarité soient laissées aux deux CHU.

A large, bold white number '7' is centered on a background of two curved, overlapping bands. The upper band is a dark teal color, and the lower band is a reddish-brown color. The number '7' is positioned over the reddish-brown band.

Le cadre financier

7. LE CADRE FINANCIER

Le cadre financier imposé par le gouvernement du Québec a trois volets : les revenus, les coûts d'immobilisation et les coûts de fonctionnement. Les montants mentionnés ci-après sont exprimés en dollars du premier trimestre de 2004 et excluent toutes taxes.

7.1 LE NIVEAU DE FINANCEMENT

Le CHUM et le CUSM peuvent compter recevoir jusqu'à 800 M \$ chacun du gouvernement du Québec pour réaliser leur projet. Chacun d'entre eux doit cependant recueillir au moins 200 M \$ des fondations, du secteur privé et du gouvernement fédéral.

En sus du 200 M \$ précité, chacun des deux établissements estime pouvoir obtenir 100 M \$ du gouvernement fédéral dans le cadre du Fonds canadien d'innovation (FCI). Cependant, le FCI octroie ses subventions par concours et l'obtention de 100 M \$ du FCI par chacun des CHU demeure incertaine, selon nos vérifications.

Le total des revenus disponibles pourrait donc aller jusqu'à 1,1 G \$ si les prévisions du CHUM et du CUSM concernant l'obtention de 300 M \$ chacun de leurs fondations et du gouvernement du Canada se réalisent.

7.2 LES COÛTS D'IMMOBILISATION

Les budgets d'immobilisation soumis par le CHUM et le CUSM dans leur proposition de décembre dernier se résument essentiellement comme suit :

CHUM

**TABLEAU 2 : SOMMAIRE DU BUDGET D'IMMOBILISATION
SOU MIS PAR LE CHUM POUR LE PROJET DU 6000 SAINT-DENIS**

Coûts en immobilisations (incluant le site complémentaire et les aménagements extérieurs, mais excluant le stationnement)	1 249 \$
Contribution du gouvernement du Québec	800 \$
Contribution du gouvernement fédéral pour les besoins liés à la recherche (FCI)	100 \$
Contribution des fondations et du secteur privé	200 \$
TOTAL	(149 \$)

(les montants sont exprimés en millions de \$)

CUSM

**TABLEAU 3 : SOMMAIRE DU BUDGET
D'IMMOBILISATION SOU MIS PAR LE CUSM**

Coûts en immobilisations (excluant le site complémentaire et le stationnement)	1 098 \$
Contribution du gouvernement du Québec	800 \$
Contribution du gouvernement fédéral pour les besoins liés à la recherche (FCI)	100 \$
Contribution des fondations et du secteur privé	200 \$
TOTAL	2 \$

(les montants sont exprimés en millions de \$)

Même en tenant pour acquise la contribution du gouvernement fédéral (FCI), le CHUM prévoit déjà une insuffisance de fonds de l'ordre de 150 M \$ pour la réalisation de son projet. Le CUSM, lui, ne prévoit pas d'écart significatif.

Selon les expertises commandées par la Commission et les études menées par celle-ci, l'écart négatif probable, dans le cas du CHUM, serait beaucoup plus important. En effet, le coût estimatif du projet du CHUM au 6000 Saint-Denis dépasserait de plus de 490 M \$ le niveau de financement prévu par le CHUM. Le coût estimatif du projet du CUSM serait, quant à lui, de 265 M \$ plus élevé que le niveau de financement prévu.

La Commission a cherché à établir le coût le plus juste possible des deux projets en examinant en détail les propositions des deux établissements et en faisant expertiser tous les aspects importants de la réalisation de tels projets. Ces expertises ont porté sur les principales composantes de coûts de chaque projet.

La Commission a examiné les coûts estimés par le CHUM pour son projet au 6000 Saint-Denis et pour le projet de remplacement du 1000 Saint-Denis. Pour le CUSM, la Commission a analysé le seul scénario proposé, soit l'implantation de nouvelles installations à la cour Glen et l'utilisation de l'Hôpital général de Montréal comme site complémentaire.

7.2.1 LE PROJET DU CHUM AU 6000 SAINT-DENIS

Selon les précisions fournies par le Ministre aux deux CHU et à la Commission, le coût des projets doit inclure « toutes les dépenses reconnues par les instances gouvernementales comme capitalisables, notamment les coûts de construction, les honoraires professionnels, les frais administratifs contingents, le mobilier, les équipements et les technologies médicales et de l'information, etc., ainsi que les dépenses associées aux infrastructures – soit : l'acquisition des terrains, la décontamination du site, l'expropriation d'immeubles ou d'entreprises et leur réinstallation, de même que le coût des infrastructures routières d'accès immédiat ». Cette enveloppe financière couvre aussi l'amélioration d'un site existant, ceci afin de maintenir un centre hospitalier complémentaire au centre-ville, et inclut les frais de fonctionnement de la Société d'implantation du CHUM.

Aux fins de l'analyse, ces éléments de coûts ont été regroupés selon les catégories suivantes :

- l'acquisition du terrain ;
- la construction de l'immeuble comprenant le bâtiment, les provisions budgétaires pour imprévus (contingences), les conditions de chantier, la gérance du projet, les honoraires et l'œuvre d'art ;
- les aménagements extérieurs ;
- les technologies de l'information ;
- les équipements et le mobilier ;
- les travaux d'infrastructures ;
- les frais administratifs ;
- les sites complémentaire et excédentaires.

L'ensemble de ces éléments compose le coût global du projet. La Commission a soumis à une analyse détaillée chacun de ces éléments, puis elle les a comparés avec les estimations réalisées par le CHUM afin de tirer des conclusions quant à la possibilité pour le projet soumis d'entrer à l'intérieur du cadre financier déterminé par le gouvernement du Québec.

Le tableau qui suit présente une comparaison sommaire des coûts estimés par le CHUM et par la Commission (des explications plus détaillées figurant au bordereau de coûts à l'Annexe 4). La Commission estime à près de 1,6 G \$ le coût du projet du CHUM, ce qui représente un écart de l'ordre de 343 M \$ par rapport à l'estimation du CHUM et à plus de 490 M \$ par rapport au niveau de financement prévu par ce dernier.

TABLEAU 4 : COMPARAISON SOMMAIRE DES COÛTS D'IMMOBILISATION ESTIMÉS PAR LE CHUM ET PAR LA COMMISSION POUR LE PROJET DU 6000 SAINT-DENIS

	Estimation du CHUM 6000 Saint-Denis (en millions \$)	Estimation de la Commission (en millions \$)	Écart (en millions \$)
Acquisition du terrain	122	122	0
Construction	769	919	150
Aménagements extérieurs	3	10	7
Technologie de l'information	58	112	54
Équipements / Mobilier	226	249	23
Travaux d'infrastructures	5	50	45
Frais administratifs	14	72	58
Sites complémentaires et excédentaires	52	58	6
TOTAL	1 249	1 592	343

L'écart de 343 M \$ entre l'estimation du CHUM et celle de la Commission peut surprendre. Comment s'explique-t-il ?

D'abord, l'écart de 150 M \$ du coût de construction, à lui seul, représente plus de 40 % de la différence constatée. La Commission a cherché à bien comprendre un écart aussi considérable et à cette fin, elle a eu recours à des analystes de coûts, des architectes, des ingénieurs et des entrepreneurs spécialisés dans l'estimation de coûts. Pour résumer, le coût de construction du CHUM, comme celui de tout immeuble, est composé du coût des travaux requis pour ériger et aménager le bâtiment lui-même, des honoraires professionnels, du coût des aménagements extérieurs et des provisions budgétaires (contingences) pour faire face aux imprévus. Alors que l'estimation du CHUM pour les coûts du bâtiment lui-même est très voisine de celle de la Commission, les honoraires professionnels et les provisions budgétaires pour faire face aux imprévus estimés par le CHUM sont, quant à eux, très faibles et représentent une bonne partie de l'écart.

Selon les règles de l'art de l'industrie de la construction, non seulement est-il utile mais encore indispensable d'établir de telles provisions pour estimer justement le coût d'un projet. Le niveau des provisions budgétaires varie selon le stade de développement du projet. Lorsqu'il est à un stade de définition préliminaire, les provisions budgétaires pour les imprévus seront plus élevées que lorsque le projet est bien articulé et qu'on en connaît les moindres détails.

Or, le projet du CHUM au 6000 Saint-Denis est à une phase qualifiée d'avant-projet préliminaire. Vu ce stade peu avancé, les experts retenus par la Commission sont d'avis que le CHUM sous-évalue de façon importante ces provisions budgétaires, ainsi que les honoraires professionnels et les frais administratifs.

Outre les coûts de construction, d'autres différences sont significatives et méritent d'être expliquées. Au chapitre des infrastructures, l'écart de 45 M \$ s'explique par la nécessité, telle qu'elle est décrite dans le projet du CHUM, de démolir le viaduc Van Horne et de construire un tunnel entre le métro Rosemont et le futur hôpital. Or, la proposition du CHUM ne comporte aucun budget pour ce faire. Actuellement, il n'est pas clair qui de la Ville de Montréal ou du CHUM aura la responsabilité d'acquitter la facture. Toutefois, puisque ces dépenses sont en grande partie reliées à la présence du CHUM au 6000 Saint-Denis et qu'elles ne seraient pas faites si le CHUM n'y était pas, il est raisonnable d'inclure ces coûts dans l'estimation des coûts du projet du CHUM.

Les technologies de l'information représentent une des plus intéressantes valeurs ajoutées dans le projet du CHUM et du CUSM. En effet, ces technologies constituent un des moyens privilégiés pour relier, en temps réel, le chevet du malade aux divers services de l'hôpital, faire des gains de productivité, accélérer la prise de décision médicale et faciliter le transfert des connaissances. Dans le cadre d'une évaluation réalisée conjointement, le CHUM et le CUSM en estimaient le coût global à 225 M \$ pour les deux établissements, soit approximativement 112 M \$ chacun. Cet investissement devrait se réaliser en deux phases successives de 110 M \$ et 115 M \$ entre l'année 2004 et l'ouverture des installations neuves prévue pour 2010. Toutefois, les deux établissements n'ont imputé au coût global du projet qu'environ 52 % du coût des investissements requis en technologie de l'information, tandis que le reste des investissements nécessaires serait financé par d'autres sources qu'il n'a pas été possible pour la Commission d'identifier clairement. La Commission considère que les coûts des deux phases prévues au projet en technologie de l'information doivent être inclus au coût global du projet. Ceci représente un coût additionnel de 54 M \$ par rapport au coût identifié par le CHUM.

Au chapitre des frais administratifs, un écart important se dégage en raison, notamment, du fait que les deux CHU n'ont pas ajouté les dépenses réalisées par les sociétés d'implantation du CHUM et du CUSM. Ces dépenses faisant partie du cadre financier imposé aux CHU, la Commission considère qu'elles doivent être incluses dans les coûts des projets.

L'ensemble des autres écarts, qui totalisent environ 30 M \$, provient, de l'avis de la Commission, de sous-évaluations au chapitre, notamment, des équipements et du mobilier.

Fait à noter, le CHUM exprime son désir de construire le nouvel hôpital selon les principes de conservation de l'énergie et de protection de l'environnement. Il indique dans sa proposition son intention d'utiliser le concept du bâtiment vert. Or, la Commission constate que le CHUM n'a prévu aucun coût additionnel pour ce faire. Bien qu'une telle approche soit souhaitable, elle a habituellement un coût élevé. Selon les experts consultés par la Commission, il faut compter des coûts additionnels pour respecter cette norme. Les économies sur les coûts de fonctionnement engendrés par les dispositifs de conservation de l'énergie et de protection de l'environnement n'ont pas été évaluées.

Par ailleurs, l'analyse des deux projets par la Commission n'a pas révélé d'excès de la part des concepteurs quant aux aspects qualitatifs des projets de construction. En effet, les éléments tels que la dimension des chambres, des services diagnostiques et des salles d'opération correspondent à ce à quoi on doit s'attendre d'un centre hospitalier universitaire contemporain.

Avec un dépassement d'environ 490 M \$ par rapport au niveau de financement prévu par le CHUM, ce dernier se trouve confronté à une question difficile : comment faire entrer son projet à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire allouée sans compromettre la qualité et la fonctionnalité d'une installation qui doit être à la fine pointe de la technologie ?

Selon la Commission, la solution est de réduire l'ampleur des nouvelles installations et d'utiliser davantage celles qui existent déjà. Après examen, la Commission est d'avis qu'une réduction du nombre de lits au nouvel hôpital permettrait de réduire les coûts sans compromettre la mission du CHUM. En effet, le CHUM présente un projet de nouvel hôpital comportant 700 lits dont 175 lits ultraspécialisés et 525 lits généraux et spécialisés. Cette large base de lits généraux et spécialisés, qui n'est pas justifiée par la mission particulière du CHUM, pourrait être réduite substantiellement. Aussi, la Commission considère que la taille du projet de nouvel hôpital pourrait être revue à la baisse et ramenée à entre 500 et 550 lits. Cette baisse dans le nombre de lits serait compensée par le maintien de plus de lits dans l'hôpital complémentaire du centre-ville, lequel pourrait (contrairement à la proposition du CHUM) demeurer sous la responsabilité du CHUM et être utilisé pour l'enseignement. En outre, on pourrait examiner la possibilité de solliciter davantage le gouvernement fédéral, les fondations ou le secteur privé.

EN CONSÉQUENCE, LA COMMISSION RECOMMANDE :

R15. que le CHUM revoie la conception du projet du 6000 Saint-Denis, s'il est décidé de construire les installations neuves du CHUM à cet emplacement, afin de le réaliser à l'intérieur de l'enveloppe financière déterminée et qu'il examine à cette fin la possibilité :

- de réduire le nombre de lits de l'hôpital neuf à entre 500 et 550 et d'augmenter en conséquence le nombre de lits à l'hôpital complémentaire du centre-ville ; et
- de solliciter davantage le gouvernement fédéral, les fondations et le secteur privé.

7.2.2 LE PROJET DU CHUM AU 1000 SAINT-DENIS

Tel que l'a demandé le MSSS, le CHUM a fourni un scénario de remplacement. Selon ce scénario, le CHUM s'établirait au 1000 rue Saint-Denis, l'emplacement actuel de l'Hôpital Saint-Luc, tout en y agrandissant le site par l'acquisition de terrains adjacents. Le projet du site de remplacement a été élaboré au cours de l'automne 2003 et est par conséquent moins approfondi que le projet du 6000 Saint-Denis qui, quant à lui, a été l'objet d'analyses depuis l'an 2000.

La Commission a malgré tout évalué le projet soumis dans la forme présentée. Le projet du site de remplacement au 1000 Saint-Denis comporte 650 lits neufs (contrairement au site du 6000 Saint-Denis qui prévoit 700 lits neufs), ce qui entraîne la démolition de l'Hôpital Saint-Luc actuel pour faire place au nouveau CHUM. Le concept architectural utilise pleinement le potentiel de l'emplacement au centre-ville pour le déployer en hauteur, ce que permet le plan d'urbanisme de la Ville de Montréal.

Le projet est évalué par le CHUM à plus de 1,22 G \$, alors que la Commission estime le coût du projet à près de 1,5 G \$. L'écart entre les deux estimations est de l'ordre de 274 M \$ et de 400 M \$ par rapport au niveau de financement prévu par le CHUM.

Le tableau suivant présente les deux estimations et les écarts observés.

TABLEAU 5 : COMPARAISON SOMMAIRE DES COÛTS D'IMMOBILISATION ESTIMÉS PAR LE CHUM ET PAR LA COMMISSION POUR LE PROJET DU 1000 SAINT-DENIS

	Estimation du CHUM 1000 Saint-Denis (en millions \$)	Estimation de la Commission (en millions \$)	Écart (en millions \$)
Acquisition du terrain	37	40	3
Construction	800	934	134
Aménagements extérieurs	1	1	0
Technologie de l'information	58	112	54
Équipements / Mobilier	226	249	23
Travaux d'infrastructures	20	23	3
Frais administratifs	14	71	57
Sites complémentaire et excédentaires	70	70	0
TOTAL	1 226	1 500	274

L'écart des coûts de construction, établi à 134 M \$, représente à lui seul près de la moitié de l'écart total de 274 M \$. Cet écart est principalement causé par une sous-évaluation des réserves budgétaires pour les contingences reliées au design, à la construction, aux conditions générales de chantier et aux honoraires. Les contingences doivent nécessairement faire partie du coût du projet et être établis à un niveau approprié. De l'avis de la Commission, le montant de contingences prévu par le CHUM n'est pas suffisant.

Tout comme pour le projet du 6000 Saint-Denis, la totalité des coûts des deux phases d'implantation des technologies de l'information n'a pas été incluse dans le coût du projet. Ces technologies sont à la base du bon fonctionnement de l'hôpital et doivent faire partie des coûts du projet. En conséquence, des coûts additionnels de 54 M \$ doivent être prévus pour les technologies de l'information.

L'écart de 23 M \$ pour les équipements et le mobilier est principalement causé par une différence au niveau de l'estimation des équipements récupérables. S'appuyant sur une analyse détaillée, la Commission estime que le CHUM ne pourra pas récupérer autant d'équipements qu'il ne le prévoit dans son projet. En conséquence, le CHUM devra acquérir plus d'équipements lors de son déménagement dans ses installations neuves.

Enfin, un écart de 57 M \$ au chapitre des frais administratifs est engendré notamment par les dépenses relatives à la société d'implantation du CHUM et aux frais de planification du projet qui doivent faire partie du coût du projet en conformité avec le cadre financier fixé par le gouvernement.

Le scénario étudié par la Commission présente un écart de près de 400 M \$ par rapport au niveau de financement prévu par le CHUM. Pour réduire un tel écart, le CHUM devra revoir la conception de son projet afin de le réaliser à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire. Encore ici, les moyens d'y arriver pourraient être de réduire la taille de l'hôpital neuf et d'utiliser davantage l'hôpital complémentaire au centre-ville et/ou de solliciter davantage le gouvernement fédéral, les fondations ou le secteur privé.

EN CONSÉQUENCE LA COMMISSION RECOMMANDE :

R16. que le CHUM revoie la conception du projet du 1000 Saint-Denis afin de le réaliser à l'intérieur de l'enveloppe financière déterminée et qu'il examine à cette fin la possibilité :

- de réduire le nombre de lits de l'hôpital neuf à entre 500 et 550 et d'augmenter en conséquence le nombre de lits à l'hôpital complémentaire du centre-ville, en l'occurrence, l'Hôpital Notre-Dame ; et
- de solliciter davantage le gouvernement fédéral, les fondations et le secteur privé.

7.2.3 LE PROJET DU CUSM AU SITE GLEN

De la même manière que pour le CHUM, la Commission a procédé à l'analyse détaillée de coûts du projet du CUSM au site Glen. Le tableau suivant résume la comparaison de coûts estimés par le CUSM et par la Commission.

Des explications plus détaillées figurent au bordereau de coûts à l'Annexe 4.

TABLEAU 6 : COMPARAISON SOMMAIRE DES COÛTS D'IMMOBILISATION ESTIMÉS PAR LE CUSM ET PAR LA COMMISSION

	Estimation du CHUM (en millions \$)	Estimation de la Commission (en millions \$)	Écart (en millions \$)
Acquisition du terrain	57	63	6
Construction	776	745	(31)
Aménagements extérieurs	0	27	27
Technologies de l'information	58	112	54
Équipements / Mobilier	141	248	107
Travaux d'infrastructures	20	57	37
Frais administratifs	46	59	13
Sites complémentaire et excédentaires	0	55	55
TOTAL	1 098	1 366	268

Dans le cas du CUSM, un écart d'environ 30 M \$ sépare l'évaluation des coûts de construction de celle de la Commission. Dans ce cas, le CUSM estime la construction de son installation à un montant plus élevé que la Commission. La différence provient en grande partie des honoraires professionnels établis par le CUSM à un niveau plus élevé que la Commission.

Quant aux aménagements extérieurs, la Commission trouve inapproprié d'exclure du coût global du projet les coûts de ces travaux qu'elle estime à 27 M \$. Le CHUM a d'ailleurs inclus dans son budget le coût des aménagements extérieurs.

Par ailleurs, le CUSM a, selon la Commission, largement sous-évalué le coût d'acquisition du mobilier et des équipements. En effet, un écart de plus de 107 M \$ sépare les deux évaluations. La Commission comprend que l'évaluation des coûts d'acquisition du mobilier et des équipements effectuée par le CUSM repose sur la perspective de mettre en place un programme accéléré d'acquisition d'équipements médicaux d'ici l'ouverture du nouvel hôpital du CUSM, lequel permettra de déménager des équipements encore en bon état. La Commission nourrit toutefois un certain scepticisme relativement à la mise en œuvre d'un tel programme, notamment puisque les fondations, qui consacrent habituellement une partie importante de leurs ressources à l'acquisition des équipements médicaux spécialisés, seront vraisemblablement accaparées d'ici 2010 par l'impératif de réunir plus de 200 M \$ pour la construction de l'hôpital neuf du CUSM.

Le coût estimatif de 52 M \$ mentionné par le CUSM pour la rénovation de l'Hôpital général de Montréal ne se retrouve pas dans l'estimation globale des coûts faite par le CUSM. Puisque le coût de la rénovation du site complémentaire fait partie du cadre financier du projet, ce coût estimatif devrait donc y être ajouté.

Pour les mêmes raisons que celles invoquées plus haut dans le cas du CHUM, l'estimation des coûts des technologies de l'information doit inclure un montant additionnel d'environ 54 M \$.

Les travaux d'infrastructures d'accès immédiat prévus par l'établissement sont de l'ordre de 20 M \$ alors que l'évaluation de la Commission les établit à 57 M \$ en s'appuyant sur une estimation du ministère des Transports.

Enfin un écart résiduel d'environ 13 M \$ provient d'une sous-estimation des frais administratifs.

Fait à noter, le CUSM exprime, tout comme le CHUM, son désir de construire le nouvel hôpital selon les principes de conservation de l'énergie et de protection de l'environnement. L'établissement rechercherait une certification LEED (*Leadership in Energy and Environmental Design*). Or, la Commission constate que le CUSM n'a pas prévu la majorité des coûts pour ce faire. Pour le CUSM, il faudrait vraisemblablement compter un investissement additionnel pour se conformer à la norme LEED.

L'écart global par rapport au niveau de financement prévu par le CUSM est de l'ordre de 265 M \$. Un tel écart ne peut être réduit, de l'avis de la Commission, sans un réexamen du projet du CUSM et vraisemblablement une réduction du nombre de lits au nouvel hôpital et/ou une contribution accrue du gouvernement fédéral, des fondations ou du secteur privé.

EN CONSÉQUENCE, LA COMMISSION RECOMMANDE :

R17. que le CUSM revoie la conception du projet afin de le réaliser à l'intérieur de l'enveloppe financière déterminée et qu'il examine à cette fin la possibilité :

- de réduire le nombre de lits de l'hôpital neuf à entre 500 et 550 et d'augmenter en conséquence le nombre de lits à l'Hôpital général de Montréal ; et
- de solliciter davantage le gouvernement fédéral, les fondations et le secteur privé.

Trois remarques s'imposent avant de conclure notre analyse de la conformité des projets avec le cadre financier fixé par le gouvernement du Québec, quant aux coûts d'immobilisation.

Premièrement, les deux CHU ont exclu de leur estimation des coûts d'immobilisation le coût de la buanderie, de la centrale thermique, des services alimentaires et du stationnement. Les CHU justifient cette omission par le fait qu'ils comptent confier ces éléments au secteur privé par voie de partenariat public-privé, en sous-traitance ou autrement. Si ces éléments sont effectivement confiés au secteur privé et que la construction de nouvelles immobilisations est nécessaire, le coût des nouvelles immobilisations sera reflété dans les frais de services demandés par les partenaires privés et auront donc un impact sur les budgets de fonctionnement des deux CHU. Si la construction de nouvelles immobilisations est requise mais qu'il n'est pas possible d'en confier la responsabilité au secteur privé, des coûts doivent s'ajouter aux budgets d'immobilisations des deux CHU. Étant donné que les deux CHU fournissent peu de détails quant à la nature des installations requises pour la buanderie, la centrale thermique, les services alimentaires et le stationnement, et qu'ils n'ont procédé eux-mêmes à aucune estimation des coûts d'immobilisation afférents à ces éléments, il est difficile pour la Commission d'évaluer les coûts additionnels qui pourraient découler de ces derniers. Ces coûts éventuels ne doivent pas pour autant être ignorés.

Deuxièmement, la Commission n'a pas inclus la taxe sur les biens et services et la taxe de vente dans ses estimations. Toutefois, ces taxes pourraient devoir être ajoutées au budget en immobilisation pour l'acquisition de biens ou de services, selon le mode de réalisation du projet ou le statut de l'acquéreur.

Enfin, il convient de rappeler que, selon les précisions du Ministre, les coûts de financement n'avaient pas à être pris en compte dans les projets des CHU et dans l'analyse de la Commission.

7.2.4 UN MOYEN POUR RÉDUIRE OU MIEUX CONTRÔLER LES COÛTS DE PROJET : LES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ (PPP)

Comme nous l'avons souligné plus haut, les projets soumis par les CHU prévoient déjà une insuffisance de fonds pour la construction des installations requises et, selon les travaux menés par la Commission, les coûts de construction pourraient s'avérer nettement plus importants que ceux prévus. Les risques liés aux dépassements de coûts dans les projets gouvernementaux de ce type sont bien réels. De plus, la nature des installations projetées pose ici un défi additionnel. En effet, tous les experts consultés par la Commission ont insisté sur le fait que les installations physiques des deux CHU devront continuellement s'adapter aux changements technologiques vu que la mission de ces derniers est centrée sur les soins ultraspécialisés. Le secteur privé est souvent mieux en mesure de gérer efficacement les risques de construction et les risques de changements technologiques une fois les installations construites, pour ne nommer que ceux-là.

Pour ces raisons, entre autres, plusieurs pays occidentaux et d'autres provinces canadiennes ont eu recours avec succès aux partenariats public-privé pour la réalisation de nouvelles infrastructures dans le domaine de la santé. En Grande-Bretagne, un vaste projet de modernisation des infrastructures hospitalières a été entrepris en 1997. Depuis cette date, pas moins de 64 projets d'hôpitaux (totalisant des investissements de 9,5 milliards de livres sterling, c'est-à-dire environ 23 G \$) ont été complétés ou sont en cours de réalisation sous forme de partenariat public-privé⁶. On estime que le recours aux partenariats public-privé pour la construction d'hôpitaux et d'autres infrastructures en Grande-Bretagne a permis de réduire les dépassements de coûts de 34 % à 9 % en moyenne et a virtuellement éliminé les retards dans la construction des nouvelles installations⁷.

⁶ *Hospitals, The Canadian Case for Hospital PPP Projects*, The Canadian Council for Public-Private Partnerships, 2003, p. 15.

⁷ *Ibid.*, p. 27.

Dans le cadre d'un partenariat public-privé, une entreprise du secteur privé, généralement sélectionnée par appel d'offres ou un processus analogue, prend en charge les coûts et les risques inhérents à la mise en œuvre du projet qu'elle est le plus apte à assumer et à atténuer, le tout, moyennant une rémunération dont une portion varie en fonction du rendement. De cette façon, le secteur public s'assure le bénéfice de l'innovation, de l'expertise, de la créativité, de la flexibilité et du dynamisme du secteur privé, tout en liant l'intérêt économique du partenaire privé à des critères de rendement voués à la meilleure satisfaction des besoins des usagers et l'assujettissant aux exigences de l'intérêt public. Par l'imposition de critères de rendement au partenaire du secteur privé, l'État établit les fins qui doivent être poursuivies en laissant à ce dernier la responsabilité d'établir les moyens requis pour atteindre ces fins. Le partenaire privé se voit donc offrir la flexibilité requise pour la mise à profit de toutes les facettes de son expertise afin d'adapter ses modes de gestion et ses interventions à tous changements conjoncturels ou technologiques. Le partenariat public-privé constitue donc un point de rencontre entre les intérêts de l'utilisateur, de l'État et de l'entrepreneur privé en assurant une combinaison optimale des ressources et des compétences des secteurs public et privé pour procurer la meilleure qualité de services à des coûts moindres.

Contrairement à certaines conceptions erronées, le recours au partenariat public-privé n'implique pas une privatisation des soins de santé. Il s'agit plutôt d'un recentrage des efforts et des ressources du gouvernement vers sa mission fondamentale, en l'occurrence de s'assurer que des soins cliniques de qualité soient fournis à la population. En Grande-Bretagne comme ailleurs, ce sont des activités non cliniques, comme la construction et l'entretien de bâtiments et la fourniture de services de soutien comme les services alimentaires et les services de buanderie, qui ont fait l'objet de partenariats public-privé.

Le partenariat public-privé n'implique pas non plus que le partenaire privé soit ou devienne propriétaire du centre hospitalier qu'il construit. Dans une forte proportion des projets hospitaliers réalisés en PPP jusqu'à présent, on a opté pour la formule DBFO (*Design, Build, Finance and Operate*). Dans un DBFO, on confie à un partenaire privé, habituellement sélectionné à l'issue d'un appel d'offres ou d'un processus analogue, le soin de concevoir, construire, financer et gérer une nouvelle infrastructure pendant une période prolongée qui correspond à une portion importante du cycle de vie de la nouvelle infrastructure. Le partenaire privé n'est pas propriétaire de l'infrastructure en question ; on lui octroie une concession pour qu'il l'érige sur un terrain appartenant à l'État et en assume la gestion selon des critères de rendement préétablis pendant la durée de la concession. Comme la rémunération du partenaire privé est liée à la disponibilité et au niveau de performance de l'infrastructure qu'il fournit, il a grandement intérêt à ce que la construction soit complétée à temps et réponde aux besoins du partenaire public pendant toute la durée de la concession. Le partenaire privé est également responsable du financement. Les prêteurs et autres bailleurs de fonds de celui-ci exerceront une pression et une supervision constante, pour s'assurer que le partenaire privé respectera ses engagements. Leur implication, tôt dans le processus, obligera aussi naturellement à plus de rigueur et de discipline financière dès les phases initiales du projet.

Il est vrai que le coût de financement du partenaire privé peut être sensiblement plus élevé que celui de l'État (de 0,5 % à 2 % selon l'expérience britannique ⁸) et que ces coûts sont en bout de ligne assumés par le partenaire public. Il est vrai également que les risques assumés par le secteur privé commandent un rendement sur l'investissement ou du moins une expectative de rendement raisonnable pour ce dernier. Ces éléments de coûts pour l'État sont toutefois généralement largement compensés par les gains en efficacité, de même que par les autres avantages qu'offrent les partenariats public-privé.

⁸ The Canadian Council for Public-Private Partnerships, *Hospitals, The Canadian Case for Hospital PPP Projects*, 2003, p. 19.

Les experts que nous avons consultés nous ont informés que les paramètres (notamment financiers) des deux projets soumis par les CHU sont trop préliminaires pour effectuer à ce stade-ci une étude comparative des coûts de réalisation de ces projets en mode conventionnel et en mode PPP. Le recours au partenariat public-privé pour la réalisation de l'ensemble ou de la majorité des aspects non cliniques d'un projet de nouvel hôpital, comme ce fut le cas pour un très grand nombre d'hôpitaux britanniques, est attrayant en ce qu'il permet certaines économies d'échelle, limite le nombre d'intervenants et, de ce fait, facilite la cohésion. Il est néanmoins possible qu'après analyse, on conclue qu'il n'est opportun de réaliser en PPP que certains des aspects non cliniques des projets de CHU (tels la buanderie, les services alimentaires et les centrales thermiques). Dans tous les cas cependant, la Commission est d'avis qu'une analyse sérieuse de l'opportunité de réaliser, en tout ou en partie, les aspects non cliniques des projets du CHUM et du CUSM par voie de partenariats public-privé est, dans le contexte d'aujourd'hui, tout simplement essentiel.

EN CONSÉQUENCE, LA COMMISSION RECOMMANDE :

R18. que les deux établissements examinent, entre autres modalités, le recours au partenariat public-privé pour produire à meilleur coût les activités non cliniques qui s'y prêtent et justifient éventuellement le choix du mode de réalisation retenu.

7.3 LES COÛTS DE FONCTIONNEMENT : UN DÉPASSEMENT INÉVITABLE

Les coûts de fonctionnement sont les dépenses réalisées pour fournir les soins et les services de l'hôpital. Ces dépenses sont notamment encourues pour payer les salaires des employés, les médicaments, l'alimentation et toutes les autres dépenses requises pour assurer les soins aux malades et les autres services requis pour le fonctionnement de l'hôpital. Ces coûts sont continus et récurrents. Le budget annuel consenti par le MSSS couvre en principe ces dépenses. Le budget global a été établi dans les années 70 et est indexé annuellement depuis pour tenir compte de l'inflation et du développement des services. Avec le temps, le budget global à base historique a fait l'objet d'une critique grandissante car il correspond de moins en moins aux coûts réels pour traiter les malades, les coûts ayant augmenté plus rapidement que les indexations consenties. La complexité des cas, le coût des médicaments, les débordements du nombre de patients et les pénuries de personnel ont entraîné des déséquilibres financiers importants au cours des dernières années.

Malgré une loi les interdisant, les déficits des hôpitaux sont généralisés. Le CHUM et le CUSM n'échappent pas à ce phénomène. Dans les deux cas, le déficit d'exploitation prévu pour l'année en cours est de l'ordre de 30 M \$.

Face à cette situation et conscient du problème, le MSSS a examiné diverses voies pour resserrer la budgétisation et établir un lien plus clair avec les activités réalisées par les hôpitaux.

Bien reconnaître et bien budgétiser les activités ultraspecialisées, par définition plus coûteuses à exercer, constituent des défis majeurs pour les centres hospitaliers universitaires. Après l'examen des coûts de fonctionnement, nous reviendrons sur cette question.

À la lumière des documents soumis et des échanges tenus avec le CUSM et le CHUM, il est fort peu probable que les limites financières fixées par le Ministre dans sa lettre de juillet 2003, seront respectées dans l'un ou l'autre des projets, d'autant plus que la balise gouvernementale ne prévoit aucune augmentation des budgets de fonctionnement.

Le CUSM ne semble pas avoir procédé à une projection de la demande de soins pour sa clientèle future afin d'en estimer l'impact sur les budgets de fonctionnement.

Le CHUM a procédé à une analyse de la demande de soins qui seront requis en 2010 par la population cible du CHUM. De plus, il a développé un modèle « maison » de projections financières qui pourrait éventuellement s'avérer valable, mais qui n'a pas fait l'objet d'une révision théorique et pratique et qui, par conséquent, ne peut être retenu sans une analyse plus poussée.

En absence de l'application d'une méthode de prévision budgétaire standard et officielle par les deux établissements, la Commission a eu recours à l'application de la méthode Bédard. Cette méthode a été mise au point par le MSSS afin d'établir le budget des centres hospitaliers à partir de leurs activités plutôt que sur la base des budgets historiques. Cette méthode en est encore au stade de développement mais, malgré ses faiblesses, elle est la meilleure que nous ayons pour projeter l'impact budgétaire des projets des deux CHU.

Cette méthode produit donc des résultats qu'il faut interpréter comme des ordres de grandeur. Le développement d'une méthodologie qui donnerait des résultats fins et des estimations précises n'est pas encore à la portée du réseau de la santé. Selon les experts consultés, beaucoup de recherches et d'analyses seront requises pour y parvenir. Néanmoins, la méthode Bédard peut donner un aperçu raisonnable de l'évolution budgétaire des deux CHU.

La Commission a étudié les divers éléments des projets du CHUM et du CUSM pouvant avoir un impact sur les coûts récurrents de fonctionnement. Ces facteurs expliquent que les budgets de fonctionnement actuels des deux CHU ne seront pas suffisants pour réaliser toutes les activités prévues dans leurs projets. Les experts retenus par la Commission ont formulé certaines hypothèses, notamment quant aux volumes, aux activités tertiaires et à l'intensité de l'enseignement, afin d'estimer les coûts d'exploitation. Certaines estimations ont été réalisées à l'intérieur des fourchettes de possibilités, plus d'une hypothèse ayant été examinée.

L'application de la méthode Bédard nous montre un dépassement récurrent de l'ordre de 100 M \$ par année pour le CHUM et de 50 M \$ par année pour le CUSM, si les hypothèses formulées étaient confirmées.

7.3.1 LES COÛTS DE FONCTIONNEMENT DU CHUM

OBJECTIFS DE VOLUME D'ACTIVITÉS ET DE CONCENTRATION DES SOINS ULTRASPÉCIALISÉS

De l'année de projection 2002-2003 à 2010, le CHUM prévoit une augmentation de 26 % dans le nombre d'hospitalisations et de 4 % dans les visites à l'urgence. L'augmentation en volume est un peu moins importante si l'on utilise 2001-2002 (dernière année où les facteurs de la formule Bédard sont disponibles) comme année de référence. Si on ajoute une augmentation appropriée dans la lourdeur de la clientèle suite à une concentration vers les soins ultraspecialisés et qu'on effectue une projection selon la méthode Bédard, l'on obtient un coût annuel additionnel d'environ 45 M \$.

IMPACT DE L'AUGMENTATION DE L'INTENSITÉ DE L'ENSEIGNEMENT

L'enseignement médical, qui est généralement concentré dans les CHU, a un impact majeur sur les coûts par hospitalisation et sur les durées moyennes de séjour (DMS) : les DMS y sont généralement plus longues. De plus, la variable la plus significative est une mesure d'intensité, à savoir l'enseignement médical par lit. Or, en prévoyant un accroissement significatif du nombre d'étudiants et de résidents en médecine, et en sachant que le nombre de lits sera quelque peu réduit, on doit s'attendre à une augmentation très importante de cette variable.

Le CHUM a estimé, selon sa propre méthode, une augmentation des coûts d'exploitation de 35,9 M \$ par année, suite à l'accroissement des activités de recherche et d'enseignement. En appliquant la méthode Bédard, une augmentation de 30 % dans la variable de l'intensité de l'enseignement, combinée aux nouveaux volumes d'activités, augmenterait les dépenses de fonctionnement de 36,6 M \$ et une augmentation de 50 % dans la variable de l'intensité de l'enseignement les augmenteraient de 53,2 M \$. Une augmentation des coûts d'exploitation allant de 36,6 M \$ à 53,2 M \$ serait donc prévisible.

PLAN DE PRATIQUE

Le CHUM et le CUSM mentionnent dans leur projet la nécessité d'un apport d'argent nouveau pour faire fonctionner un plan de pratique à l'intérieur de leur organisation. Cet argent nouveau représente la rémunération additionnelle qui devra être versée aux professionnels de la santé pour les recruter et les retenir en sus des montants générés de manière traditionnelle, l'objectif du plan de pratique étant d'assurer qu'ils reçoivent une rémunération comparable à celle qu'ils pourraient obtenir s'ils se concentraient uniquement sur des interventions cliniques.

Tel qu'indiqué précédemment, le CHUM a estimé le coût d'implantation d'un plan de pratique à 10 M \$ par année. Bien que cet estimé pourrait s'avérer inférieur aux sommes qui seront effectivement requises, en l'absence d'autres résultats à l'appui, nous retenons ce montant de 10 M \$ par année comme étant représentatif du montant applicable au CHUM.

STATIONNEMENT ET AUTRES SERVICES DE SOUTIEN

Ce sujet ne semble pas couvert dans la proposition transmise et il n'a pas fait l'objet de discussion spécifique. Par conséquent, nous n'avons apporté aucun ajustement financier sous cette rubrique.

CHANGEMENT EN AVAL DE L'HOSPITALISATION : LITS DE LONGUE DURÉE ET DE RÉADAPTATION

Dans leur projet, le CHUM et le CUSM posent comme hypothèse qu'il n'y aura plus de lits de longue durée ou de lits de réadaptation dans les CHU, sauf ceux qui seront à la charge de l'Agence. Le fait que ces coûts seront maintenant assumés par une organisation autre que le CHU ne change en rien au fait que ces coûts font partie intégrante du budget d'exploitation du nouveau projet, puisqu'ils sont toujours défrayés, en fin de compte, par le gouvernement du Québec. Par contre, l'avantage financier d'avoir ces lits à l'extérieur du CHU est que ces soins peuvent probablement être fournis à un coût moindre dans un environnement autre que celui d'un CHU.

Dans le cas du CHUM, on parle de 200 lits de soins de longue durée et de 40 lits de soins de réadaptation. Le coût annuel de chacun de ces lits est estimé par le CHUM à 50 000 \$ à 60 000 \$ par année ; il s'agit d'un coût annuel substantiellement inférieur à l'estimation produite par le CUSM. L'impact financier du délestage de ces quelque 240 lits, dont le coût de maintien annuel sera transféré au reste du système, est établi, selon les chiffres avancés par le CHUM, à 12-14,4 M \$ par année.

CHANGEMENT EN AMONT DE L'HOSPITALISATION

De la même façon, une des prémisses du projet est qu'il y aura une réforme de la première ligne (en amont de l'hospitalisation), ce qui améliorera l'efficacité à l'entrée et favorisera une meilleure prise en charge, par les services de première ligne, des patients qui ont recours aux services du CHUM et du CUSM.

Ce sujet n'est pas couvert dans la proposition du CHUM. En utilisant les données développées par le CUSM et compte tenu du fait que les volumes du CHUM seront légèrement supérieurs à ceux du CUSM, nous retenons un coût additionnel de 4 M \$ par année pour cet élément.

ADAPTATION AUX NOUVEAUX SITES

Le projet présuppose qu'immédiatement avant l'ouverture, une période de rodage aura lieu, ceci afin de familiariser le personnel avec les nouvelles installations, afin d'intégrer les différents groupes et cultures de travail, et afin de gérer en complémentarité avec le site du centre-ville. Les coûts reliés à l'adaptation aux nouveaux sites sont non récurrents.

Nous retenons les pourcentages avancés par le CHUM, à savoir un coût additionnel de 10 % des coûts d'exploitation en l'an 1 et de 5 % des coûts d'exploitation en l'an 2. Les expériences actuelles d'ouvertures de nouveaux centres hospitaliers, comme c'est le cas avec le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur à Lachenaie, indiquent également qu'il y a des augmentations sensibles et nécessaires dans les deux ans précédant l'ouverture, ce dont ne tient pas compte le projet du CHUM.

Le tableau ci-dessous est un sommaire de l'impact des éléments récurrents précités à partir des charges (revenus plus déficit) de 520 M \$ pour l'année 2002-2003.

TABLEAU 7 : SOMMAIRE DES ÉLÉMENTS AYANT UN IMPACT SUR LES COÛTS DE FONCTIONNEMENT RÉCURRENTS - CHUM

Volume d'activités + activités tertiaires :	> 45 M \$
Enseignement :	36,6 - 53,2 M \$
Plan de pratique :	> 10 M \$
Stationnement :	> 0 M \$
Lits longue durée et réadaptation :	> 12 - 14,4 M \$
Première ligne :	> 4 M \$
TOTAL :	103,6 - 126,6 M \$

La Commission estime à environ 100 M \$ à 125 M \$ les dépassements possibles au niveau des coûts de fonctionnement récurrents dans le cadre du projet déposé par le CHUM.

7.3.2 LES COÛTS DE FONCTIONNEMENT DU CUSM

OBJECTIFS DE VOLUME D'ACTIVITÉS ET DE CONCENTRATION DE SOINS ULTRASPÉCIALISÉS

De l'année de projection (2001-2002) jusqu'à 2010, le CUSM prévoit un volume à peu près identique d'hospitalisation. Seule une réduction prévue dans les durées moyennes de séjour (DMS) permettra au CUSM de maintenir ce niveau d'interventions avec un nombre de lits réduit.

D'autre part, le CUSM prévoit une concentration plus importante dans les soins ultraspécialisés en 2010 qu'en 2001-2002, ce qui ajoute à la complexité du cas moyen (*case mix*) du CUSM.

En prenant ces deux facteurs (volume et complexité) et en les introduisant dans la formule Bédard on en arrive à des dépenses en sus de la situation présente de l'ordre de 5 à 8 M \$ par année.

IMPACT DE L'AUGMENTATION DE L'INTENSITÉ DANS L'ENSEIGNEMENT

En utilisant la formule Bédard, de la même manière que pour le CHUM, on a calculé qu'une augmentation de 30 % dans la variable d'intensité, combiné aux nouveaux volumes d'activités (hospitalisations, chirurgie d'un jour et urgences) augmenterait le budget d'exploitation du CUSM de 20 M \$ par année. Une augmentation de 50 % dans la variable d'intensité entraînerait des coûts additionnels de 33 M \$.

Sous réserve d'un calcul basé sur des données plus exactes, nous croyons pour le moment qu'une fourchette appropriée serait de 20 à 33 M \$ additionnels par année.

PLAN DE PRATIQUE

Le CUSM n'a pas quantifié cette somme additionnelle par année. Le CHUM, pour sa part, a estimé ce montant à 10 M \$ par année. Bien que cette estimation pourrait s'avérer inférieure aux sommes qui seront effectivement nécessaires, nous retiendrons encore ici ce montant de 10 M \$ par année.

STATIONNEMENT ET AUTRES SERVICES DE SOUTIEN

Dans la planification du nouveau site, on prévoit que certaines fonctions périphériques aux activités principales du CUSM seront confiées au secteur privé. C'est ainsi que des services, tel le stationnement, deviendraient la responsabilité d'un partenaire du secteur privé qui serait responsable des frais d'immobilisation et d'exploitation. Selon nos discussions avec les représentants du CUSM, le stationnement à lui seul génère un revenu net d'environ 3 M \$ par année, ce qui contribue à l'équilibre budgétaire. Puisque le stationnement cesserait de rapporter ce revenu net au CUSM, ayant été donné en concession à un tiers qui en assumerait les frais d'immobilisation, un manque à gagner du même montant devrait apparaître au budget de fonctionnement du CUSM.

CHANGEMENT EN AVAL DE L'HOSPITALISATION : LITS DE LONGUE DURÉE ET DE RÉADAPTATION

Le CUSM estime ses coûts d'exploitation reliés aux lits de longue durée et de réadaptation comme étant de l'ordre de 10 M \$ par année. Si on pose l'hypothèse que le fait de gérer ces lits dans un milieu moins spécialisé que celui d'un CHU pourrait entraîner des économies de l'ordre de 25-30 % (selon une estimation grossière) cela veut dire qu'un montant annuel de 3 M \$ devrait être dégagé comme une économie de système. Cependant, des coûts de 7 M \$ par année devront néanmoins être assumés par le reste du système de santé pour assurer le maintien des lits de longue durée et de réadaptation et, suivant la même logique que pour le CHUM, devraient être inclus dans les coûts de fonctionnement.

CHANGEMENT EN AMONT DE L'HOSPITALISATION

De la même façon, une des prémisses du projet est qu'il y aura une réforme de la première ligne (en amont de l'hospitalisation), ce qui améliorera l'efficacité à l'entrée et favorisera une meilleure prise en charge, par les services de première ligne, des patients qui ont recours aux services du CUSM. Le CUSM estime que ses dépenses de fonctionnement seront ainsi réduites d'environ 7 M \$ par année. En contrepartie, ces services seront maintenant rendus par la première ligne qui en sera compensée monétairement, même si cette compensation sera sans doute de moindre importance étant donné le contexte moins spécialisé dans lequel ces services seront maintenant rendus. Si on utilise une hypothèse d'économies potentielles de 50 % et qu'on tient pour acquis que le budget de 492,7 M \$ (ou son équivalent) sera maintenu sans ajustement pour cette variable, alors, le budget projeté devrait être augmenté de 3,5 M \$ par année pour refléter le coût transféré au système de santé en général.

ADAPTATION AUX NOUVEAUX SITES

Le CUSM ne s'est pas penché spécifiquement sur cette question. Pour sa part, le CHUM, comme nous l'avons vu précédemment, arrive à la conclusion qu'il faut prévoir que le budget de l'an 1 sera de 10 % plus élevé que prévu, que le budget de l'an 2 sera de 5 % que prévu, et que le budget prévu sera atteint en l'an 3 seulement. La variable précédemment mentionnée, quant à l'augmentation des coûts dans les deux années précédant l'ouverture d'un nouveau centre hospitalier, s'applique ici également, sans qu'on ait retenu une hypothèse spécifique de coûts à cette fin. Ici encore, il convient de noter que ces coûts sont non récurrents.

TABLEAU 8 : SOMMAIRE DES ÉLÉMENTS AYANT UN IMPACT SUR LES COÛTS DE FONCTIONNEMENT RÉCURRENTS - CUSM

Volume + activités tertiaires :	5 - 8 M \$
Enseignement :	20 - 33 M \$
Plan de pratique :	> 10 M \$
Stationnement :	> 3 M \$
Lits longue durée et de réadaptation :	> 7 M \$
Première ligne :	> 3,5 M \$
TOTAL :	48,5 - 64,5 M \$

À la lumière de ce qui précède, la Commission prévoit des coûts de fonctionnement additionnels de l'ordre de 48 M \$ à 64 M \$ pour réaliser les activités prévues par le CUSM dans son projet.

Le dépassement des enveloppes budgétaires de fonctionnement se trouve au cœur du débat qui a cours depuis plusieurs années sur l'évolution des dépenses de santé. Soulignons que le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (la Commission Clair)⁹ situe à 5,1 % l'augmentation systémique des dépenses de santé au Québec. Un taux de 6 % est utilisé dans le reste du Canada. Ce pourcentage d'augmentation est clairement plus élevé que l'augmentation du PIB (produit intérieur brut), ce qui conduit à l'impasse fiscale appréhendée dans toutes les provinces du Canada.

Il nous apparaît peu réaliste de demander au CHUM et au CUSM de porter seuls le fardeau du maintien d'un budget sans augmentation. Les deux CHU sont en plus, de par leurs activités très spécialisées, susceptibles de faire face à des taux d'augmentation plus élevés que la moyenne des établissements. Un problème de financement existe déjà dans les deux CHU et de l'avis de la Commission, il se poserait de toute façon, même sans projet de développement.

Se basant sur les conclusions de la Commission Clair et de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (la Commission Romanow)¹⁰ les pressions financières augmenteront au cours des prochaines années. Rappelons que les CHU ont la mission de fournir les soins ultraspecialisés à la population et que, dans bien des cas, ils sont les seuls à le faire. La demande pour ces services ultraspecialisés sera, comme nous l'avons vu, en augmentation graduelle au cours des prochaines décennies. Les coûts de ces services sont très élevés et tout indique qu'ils continueront à croître. Alors comment, dans un tel contexte, concilier la mission qu'ont les CHU d'offrir des soins ultraspecialisés et les exigences de l'équilibre budgétaire ?

En raison des limites budgétaires auxquelles ils font face, un danger existe que les CHU soient portés à réduire leurs activités les plus dispendieuses, diminuant ainsi l'offre de services ultraspecialisés. Pour pallier telle situation, il serait approprié d'isoler les soins ultraspecialisés et de déterminer une enveloppe budgétaire spécifique qui leur serait exclusivement destinée. De cette façon, les CHU jouiraient d'une protection budgétaire pour les soins ultraspecialisés qui caractérisent, entre autres, leur mission spécifique. Une telle approche favoriserait le maintien de l'offre de services ultraspecialisés à la population.

L'examen de la question plus large des coûts de santé croissants doit se faire dans le cadre d'un débat de société. Le Québec aura-t-il les ressources nécessaires pour continuer à faire tout de la même manière et ce, au risque de devoir compromettre l'accès aux services, ou doit-il ajuster les moyens, mettre à contribution tous les acteurs porteurs de solutions et maintenir une offre de services qui satisfait aux besoins de la population ? La Commission observe pour le moment que les deux établissements ne pourront visiblement pas réussir à produire les activités qui leur sont demandées dans le cadre de leur budget de fonctionnement actuel.

⁹ *Les Solutions émergentes : Rapport et recommandations*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 2000, p. 146.

¹⁰ Romanow, R.J. *Guidé par nos valeurs: L'Avenir des soins de santé au Canada*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa, 2002.

EN CONSÉQUENCE, LA COMMISSION RECOMMANDE :

R19. de fournir aux CHU une budgétisation spécifique et incitative pour le maintien, la consolidation et le développement des activités tertiaires et quaternaires, de l'enseignement et de la recherche ;

R20. d'isoler l'enveloppe financière destinée aux services ultraspecialisés et d'en assurer l'indexation et l'allocation en fonction des orientations ministérielles de concentration de ces activités vers les CHU.

7.3.3 LES CLINIQUES MÉDICALES ASSOCIÉES : UN MOYEN DE DISPENSER CERTAINS SERVICES MÉDICAUX À MEILLEUR COÛT

Le développement de cliniques médicales associées est une voie intéressante pour aider le CHUM et le CUSM dans la recherche de l'équilibre budgétaire, tout en offrant à la population des services accessibles et de qualité. Cette voie est, pour la Commission, une solution d'avenir à laquelle le MSSS devrait porter une grande attention.

La Commission Clair proposait, en 2000, une organisation cohérente des services spécialisés médicaux et hospitaliers. Elle recommandait :

Que les services spécialisés médicaux et hospitaliers de 2^e et de 3^e lignes soient consolidés à partir des éléments suivants :

- la hiérarchisation des services médicaux ;
- la réorganisation des urgences ;
- l'affiliation de cliniques de médecins spécialistes à des centres hospitaliers ;
- la clarification de la mission universitaire.¹¹

De plus, pour améliorer la flexibilité dans l'offre de services spécialisés, la Commission Clair proposait :

Que des cabinets ou des cliniques de médecins spécialistes puissent s'affilier à un centre hospitalier et ainsi en devenir le prolongement fonctionnel.¹²

Enfin, la Commission Clair préconisait une politique cadre de partenariat avec le secteur privé :

*Que le gouvernement du Québec se dote d'une politique cadre de partenariat avec le secteur privé et le tiers secteur ;
Que cette politique permette d'accélérer les investissements nécessaires à l'adaptation des services aux nouvelles réalités et améliore l'accessibilité aux services à tous, sans égard à leur revenu.¹³*

Cette recommandation proposait donc d'associer le secteur privé dans la production de services cliniques de santé dont la population a besoin, mais dans le cadre d'un financement public de ces services :

Le partenariat avec le privé dans la production et la gestion de services ne doit pas être l'occasion d'une privatisation du financement.¹⁴

Malgré le fait que ces recommandations aient été en général bien accueillies par les autorités autant que par la plupart des intervenants, nous constatons que quatre ans après la publication du rapport de cette commission, ces recommandations sont demeurées lettre morte.

¹¹ *Les Solutions émergentes : Rapport et recommandations*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 2000, p.79.

¹² Ibid, p.85.

¹³ Ibid, p.173.

¹⁴ Ibid, p.174.

L'idée d'une contribution plus significative d'organisations privées dans la gestion ou la prestation de services médicaux spécialisés a cependant continué de recevoir des appuis à divers niveaux. Le Collège des médecins du Québec indiquait par exemple en 2003 :

La privatisation active et partielle de la production des services à l'intérieur d'un financement public s'avère essentielle pour atténuer les rigidités du système. Elle permettra de créer une nouvelle dynamique dans laquelle les gens plus près du terrain se sentiront davantage responsables et auront le sentiment de reprendre un certain contrôle leurs activités et sur « leur » système de services.¹⁵

Pour le Collège, la saine gestion des services médicaux passe par la dépolitisation et par le partenariat privé-public, qu'il s'agisse d'établissements ou de cabinets affiliés. Ces ressources privées peuvent produire des services qu'elles gèrent à contrat avec une instance parapublique, et ce dans un système public, pour le bien de tous.¹⁶

Plusieurs raisons militent aujourd'hui en faveur d'une nouvelle approche en matière de gestion et de dispensation de services médicaux spécialisés.

D'abord, on ne peut nier qu'en raison du manque d'effectifs médicaux, des listes d'attente souvent longues et de certaines frustrations liées au fonctionnement complexe des grands centres hospitaliers, il y a un risque réel que des médecins soient attirés par une pratique lucrative en dehors du système collectif de soins, ici ou ailleurs. On le constate déjà dans certaines disciplines.

Il importe, aux yeux de la Commission, que le système québécois non seulement permette, mais encourage des modèles de prestations de services spécialisés variés. Cette diversité constitue un atout pour garder au service du Québec et au service d'un système à financement public le plus grand nombre possible de médecins. Les médecins qui sont insatisfaits du fonctionnement de nos hôpitaux doivent pouvoir trouver ici des modèles d'organisation plus conviviaux, sans avoir à s'expatrier ni à se désengager du système public.

Le concept de « cliniques affiliées », développé par la Commission Clair, présente plusieurs autres avantages. Il s'inscrit dans le sens de l'évolution des technologies médicales qui, dans plusieurs spécialités et pour un fort pourcentage de malades, permettent que le diagnostic et le traitement soient réalisés en mode ambulatoire, en clinique, sans devoir recourir à l'hospitalisation. Les ressources de l'hôpital sont donc moins sollicitées, son plateau technique demeure disponible pour les cas qui en ont vraiment besoin et les ressources coûteuses de l'hôpital sont en général réservées aux clientèles qui le nécessitent vraiment. On optimise alors l'utilisation de ces ressources.

Ce concept favorise la concentration de l'expertise clinique et par là, l'excellence. Il redonne aux médecins spécialistes une plus grande maîtrise sur leur environnement clinique et professionnel, sur l'introduction en temps opportun des nouvelles technologies, tout en les sensibilisant aux coûts des ressources et il permet aux usagers de bénéficier dans la communauté de services de très grande qualité. Cette tendance à la dispensation de soins et services spécialisés dans la communauté s'observe tant en Europe qu'aux États-Unis. Elle est le fruit à la fois de l'évolution technologique et du désir des citoyens de recevoir des services spécialisés dans un environnement moins institutionnalisé. Il n'y a ici aucune base idéologique sous-jacente à cette tendance.

¹⁵ *La Réorganisation et la gestion des services médicaux : Mieux, autrement et selon nos moyens*, Collège des médecins du Québec, 2003, p.8.

¹⁶ *Ibid*, p.8.

Par ailleurs, l'existence de cliniques spécialisées associées permettrait à des modèles de gestion différents de coexister avec le modèle de gestion publique traditionnel. De nombreux pays occidentaux font aujourd'hui l'expérience positive d'une plus grande diversité organisationnelle en recourant à la gestion ou à la prestation privée de services financés publiquement.

On pourrait également accélérer l'acquisition d'équipements souvent coûteux en recourant à des fonds privés à un moment où le budget d'immobilisations du MSSS est extrêmement serré. En plus de dégager le gouvernement de ces dépenses en immobilisation, on pourrait accroître considérablement la transparence et la « traçabilité » des fonds publics investis dans la prestation de services spécialisés, tout en contrôlant mieux la quantité, la qualité et le coût des services réellement fournis.

La Commission croit qu'un réseau de cliniques privées associées peut venir efficacement épauler le secteur public et fournir une quantité substantielle de soins qu'il n'est pas nécessaire de fournir dans des hôpitaux, tels que le CHUM et le CUSM, avec des plateaux techniques très complexes et coûteux.

Un tel réseau de cliniques médicales spécialisées, en plus d'ajouter de la flexibilité dans le système de soins, pourrait contribuer significativement à la réduction des délais d'attente dans plusieurs spécialités médicales. Ces cliniques seraient accréditées par le MSSS et seraient reliées contractuellement à un centre hospitalier. Les CHU et les universités pourraient également mettre à contribution ces cliniques associées dans le processus de formation des médecins spécialistes. Il est certain que l'établissement d'un partenariat suivi entre les milieux de formation universitaire et ce genre de clinique, très près de la communauté, comporterait des avantages pour tous.

Dans cette perspective, le CHUM et le CUSM pourraient réduire le nombre de leurs lits destinés aux soins primaires et secondaires et voir à ce que ces soins soient fournis, soit par d'autres hôpitaux publics, tel le centre hospitalier complémentaire de centre-ville, soit par des cliniques privées associées. Ces cliniques privées associées auraient l'obligation de fournir les services en respectant les mêmes normes de qualité et les mêmes règles d'accessibilité. Les modalités de financement resteraient à déterminer, mais dans tous les cas, on devrait favoriser la simplicité et la transparence dans le paiement des services, et autant que possible par épisode de soins. Il est fort probable qu'un grand nombre de services seraient beaucoup moins coûteux à produire dans de telles cliniques que dans un centre hospitalier universitaire. Ainsi, les CHU pourraient se concentrer davantage sur leur mission d'offrir des soins ultraspecialisés à l'ensemble de la population du Québec et le système de santé y gagnerait globalement en flexibilité, en productivité et en efficience.

EN CONSÉQUENCE, LA COMMISSION RECOMMANDE :

- R21. de favoriser le développement de cliniques médicales associées pour effectuer certaines interventions générales et spécialisées selon des normes de qualité identiques à celles pratiquées en centre hospitalier ;
- R22. d'identifier les activités générales et spécialisées des CHU qui n'ont pas besoin d'être effectuées dans un CHU et de les transférer à des cliniques médicales associées qui devront les effectuer selon des normes de qualité et des règles d'accessibilité identiques à celles pratiquées en centre hospitalier ;
- R23. de déterminer le cadre financier approprié pour favoriser le développement ou la consolidation de cliniques médicales associées.



8

L'emplacement des CHU

8. L'EMPLACEMENT DES CHU

L'emplacement des installations d'un centre hospitalier universitaire doit être compatible avec sa mission. Étant donné sa vocation suprarégionale, un CHU doit être facile d'accès pour la population qui n'habite pas à proximité. Son rôle phare dans notre système de santé suppose aussi un environnement stimulant de même qu'une certaine visibilité.

Le choix des emplacements pour la construction des nouvelles installations du CHUM et du CUSM est un élément critique de la réussite des projets à l'étude. De mauvais choix d'emplacement sont parfois dictés par des préoccupations à court terme comme, par exemple, des enjeux politiques à l'intérieur des organisations. Dans d'autres cas, ils résultent d'une mauvaise appréciation de l'avenir. Dans tous les cas cependant, un mauvais choix d'emplacement a des conséquences négatives et, malheureusement, durables.

Dans son examen des sites proposés, la Commission a tenté d'éviter ces pièges. Elle a été une fois de plus guidée principalement par la recherche du bien-être du patient et de sa famille, et le souci d'une utilisation optimale des ressources de l'État pour favoriser le rehaussement de la médecine universitaire suivant, dans chaque cas, une vision à long terme.

8.1 LES SITES DU CHUM

La proposition du CHUM déposée en décembre 2003 prévoit la construction d'un nouvel hôpital de 700 lits centralisant toutes les activités universitaires au 6000 rue Saint-Denis, et l'utilisation de l'Hôpital Saint-Luc comme Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) d'au moins 300 lits au centre-ville afin de compléter l'offre de service en soins de niveaux I et II (soins généraux et spécialisés). Le CHUM précise dans sa proposition qu'il ne désire pas avoir la gestion du CHSGS du centre-ville. La proposition du CHUM prévoit enfin que l'Hôtel-Dieu de Montréal et l'Hôpital Notre-Dame seront considérés comme des espaces excédentaires.

L'un des objectifs sous-jacents à la centralisation des activités universitaires sur un site nouveau et unique est de favoriser la cohésion et la solidarité des professionnels et du personnel du CHUM. Ces éléments font parfois défaut à l'heure actuelle, alors que le CHUM déploie ses activités sur trois sites (Hôtel-Dieu de Montréal, Hôpital Notre-Dame et Hôpital Saint-Luc), dont chacun a une histoire, une tradition et une culture qui lui sont propres. Bien qu'un tel objectif soit louable, il ne doit pas se réaliser au détriment des intérêts du patient et du contribuable québécois. La Commission croit, de plus, qu'un projet aussi positif que celui du rehaussement de la médecine universitaire au CHUM, dut-il se répartir sur deux sites au lieu d'un, devrait inévitablement mobiliser l'ensemble des médecins et du personnel du CHUM à partir du moment où l'on passera effectivement à sa réalisation. Les multiples faux départs de ce projet au cours des dernières années semblent avoir créé au sein du corps médical du CHUM un certain climat de scepticisme peu propice aux changements et aux concessions qu'un tel projet peut exiger.

À la demande du Ministre, le CHUM a également soumis un scénario de remplacement qui ferait du 1000 Saint-Denis (c'est-à-dire le site actuel de l'Hôpital Saint-Luc plus certains terrains adjacents) le site unique du nouveau CHUM en utilisant l'Hôpital Notre-Dame comme CHSGS au centre-ville. Dans ce scénario également, l'Hôtel-Dieu de Montréal serait considéré comme espace excédentaire. Il convient de noter que le scénario de remplacement du 1000 Saint-Denis a été moins élaboré par le CHUM que celui du 6000 Saint-Denis.

À la lumière de ses travaux, la Commission conclut que le 6000 Saint-Denis n'est pas un site souhaitable pour la construction de l'hôpital neuf du CHUM. Celui du 1000 Saint-Denis, en revanche, présente de nombreuses caractéristiques qui en font un site extrêmement attrayant, bien que la conception architecturale proposée reste à parfaire et que la réalisation d'un hôpital neuf à cet endroit présente certains défis techniques. Dans un contexte où, pour respecter le cadre budgétaire, on réduirait le nombre de lits à l'hôpital neuf et où l'on maintiendrait l'un des sites existants (en l'occurrence l'Hôpital Notre-Dame), le site du 1000 Saint-Denis pour la construction du nouvel hôpital serait d'autant plus logique.

Les facteurs qui nous mènent à ces conclusions sont résumés ci-après. Nous traiterons plus loin de la question des installations excédentaires du CHUM sous la rubrique « 9.3 La réutilisation des bâtiments excédentaires ».

8.1.1 LE SITE DU 6000 SAINT-DENIS

8.1.1.1 *Un hôpital suprarégional difficile d'accès*

La mission suprarégionale du CHUM exige que ses installations soient facilement accessibles, tant par les transports en commun que par les voies d'accès régionales et suprarégionales.

Le site du 6000 Saint-Denis ne répond pas à ce critère, n'étant desservi que par un réseau de rues locales. Un détour par des rues secondaires est nécessaire pour y accéder par le sud et par l'ouest. Il est aussi relativement éloigné des autoroutes Ville-Marie et Métropolitaine, ainsi que des équipements hôteliers que pourraient nécessiter les patients et leur famille. Une seule station de métro se trouve véritablement à proximité du site du 6000 Saint-Denis (station Rosemont, ligne orange).

8.1.1.2 *Un hôpital de soins ultraspécialisés à la frontière d'un quartier résidentiel et d'un quartier industriel*

Malgré les efforts louables des auteurs du préconcept architectural soumis par le CHUM, le nouveau CHUM au 6000 Saint-Denis donnerait vraisemblablement l'impression d'une construction massive et démesurée « parachutée » dans un quartier résidentiel. Son intégration à la trame urbaine nous paraît plus que douteuse. Le 6000 Saint-Denis n'offre même pas l'attrait d'être près de l'Université de Montréal. Pire, un CHU situé au 6000 Saint-Denis, par sa densité et sa fréquentation, risque de contribuer à un achalandage important dans le quartier résidentiel adjacent et devenir ainsi un voisin indésirable.

L'implantation du CHUM au sein de ce quartier résidentiel comporte aussi d'autres risques moins apparents mais non négligeables.

Premièrement, un hôpital neuf, à la fine pointe de la technologie, présenterait un attrait certain pour la population environnante qui aurait, naturellement, tendance à s'y présenter pour des soins généraux ou spécialisés qui sont également offerts dans d'autres centres hospitaliers. Il s'ensuivrait une forte pression pour que les lits et autres ressources du CHUM, dont la mission est de se concentrer sur les soins ultraspécialisés, soient détournés vers des soins généraux ou spécialisés. Or, nous l'avons souligné plus haut, les épisodes de soins généraux et spécialisés coûtent souvent plus cher dans les centres hospitaliers universitaires que dans les CHSGS. De plus, une telle tendance menacerait la survie du CHSGS Jean-Talon dont c'est précisément la mission de fournir des soins généraux et spécialisés à la population des quartiers concernés. L'implantation du CHUM au 6000 Saint-Denis risquerait donc de se traduire par un détournement de sa mission et une mauvaise affectation des ressources hospitalières.

La Commission est également préoccupée par le très faible potentiel d'interfertilisation entre le CHUM et son environnement immédiat si celui-ci devait s'établir au 6000 Saint-Denis. Les entreprises liées au secteur de la santé sont virtuellement absentes des environs et il est loin d'être démontré que l'implantation du CHUM les convaincrat de s'y établir, compte tenu, notamment, du fait que les seuls endroits disponibles pour ce faire sont dans des zones industrielles plus ou moins désaffectées situées soit de l'autre côté de la voie ferrée qui longe le site (au sud), soit au nord-ouest de ce dernier. Le pari de construire des équipements majeurs éloignés du centre-ville dans l'espoir de revitaliser le secteur avoisinant a déjà été fait à quelques reprises à Montréal, sans grand succès. Cette logique d'étalement est aujourd'hui dépassée. Le projet du CHUM et les investissements qu'il implique nous paraissent trop importants pour qu'on prenne le risque de localiser le CHUM dans un milieu qui n'est pas déjà structuré pour accueillir une institution de haut savoir.

Le préconcept architectural soumis par le CHUM pour le 6000 Saint-Denis présente certaines analogies avec celui proposé par le CUSM pour site Glen. Toutefois, le terrain du 6000 Saint-Denis est plus exigu que le site Glen et il ne bénéficie pas de son emplacement stratégique. Dans ce contexte, il nous semble beaucoup plus judicieux pour le CHUM d'opter pour un emplacement et un concept architectural clairement urbains comme la proposition de remplacement du 1000 Saint-Denis.

La Commission est d'avis que de construire le nouveau CHUM au 6000 Saint-Denis serait une erreur stratégique.

8.1.1.3 Des possibilités d'expansion limitées

Les abords du site du 6000 Saint-Denis sont déjà construits et occupés à l'ouest, au nord et à l'est. De plus, le zonage municipal et la nature de l'emplacement limitent les possibilités d'expansion en hauteur. Cela laisse apparemment deux options pour l'expansion, à savoir, construire dans la partie sud du site en bordure de la voie ferrée ou alors ajouter des étages dans les limites permises et utiliser les espaces inoccupés dans le concept initial, ce qui mène à une densification accrue d'un bâtiment déjà imposant pour le secteur.

8.1.1.4 La sécurité : proximité d'une voie ferrée importante

Le fait que le site du 6000 Saint-Denis soit situé en bordure d'une voie ferrée relativement achalandée du réseau du Canadien Pacifique soulève évidemment des questions de sécurité. On pense particulièrement au risque que le déraillement de wagons transportant des matières dangereuses à proximité de l'hôpital pourrait constituer pour les patients. Selon la proposition du CHUM, ce risque « doit être relativisé en fonction des conditions de faible vitesse (30 kilomètres/heure), de la rareté des événements contenant des matières dangereuses (117 wagons en 1999), de l'absence d'aiguillage et de croisement ferroviaire dans ce secteur, de l'absence de croisement routier et de passage à niveau et de statistiques qui indiquent l'absence d'accident dans ce tronçon de voie ». Le préconcept architectural du CHUM prévoit également certaines mesures d'atténuation du risque comme la création d'une zone tampon de 80 mètres par rapport à la voie ferrée, la construction d'un mur d'une hauteur d'environ 6,5 mètres et la création d'un espace vert linéaire superposé à la zone tampon entre l'hôpital et la voie ferrée. Les consultations menées par la Commission, notamment auprès du ministère de la Sécurité publique, n'ont fait que démontrer que les avis sont partagés quant au niveau de risque que représente la proximité de la voie ferrée et la suffisance des mesures d'atténuation proposées. Dans le peu de temps qui lui a été imparti, la Commission n'a pas été en mesure d'en arriver à une conclusion précise et définitive sur ces questions. À la lumière des informations qu'elle a obtenues, la Commission conclut cependant que la proximité de la voie ferrée du Canadien Pacifique constitue un élément de risque non négligeable qui milite clairement contre le site du 6000 Saint-Denis. S'il était décidé de procéder tout de même à l'implantation du CHUM au 6000 Saint-Denis, la Commission recommande fortement qu'un examen plus poussé des mesures d'atténuation liées à la présence de la voie ferrée soit effectué.

8.1.1.5 *Des coûts évitables*

L'implantation du CHUM au 6000 Saint-Denis entraînerait des coûts substantiels relativement à l'acquisition et à la décontamination du terrain. Certains de ces coûts sont connus, d'autres ne le sont pas.

Le site du 6000 Saint-Denis est actuellement occupé par quatre propriétaires, soit la Ville de Montréal, la Société de transport de Montréal (STM), les entreprises Kaba Ilco Inc. et L. Villeneuve. Des ententes de principe ont été conclues en 2002 au montant de 60,5 M \$ avec la STM (indemnité de 47,5 M \$, transfert d'une partie du terrain Hochelaga et subvention de 13 M \$) et de 17,5 M \$ avec la Ville de Montréal. Le CHUM nous informe que ces deux ententes étaient néanmoins assujetties à plusieurs conditions et qu'elles n'ont pu être entérinées. Le CHUM nous informe de plus qu'une convention d'acquisition, de relocalisation et d'indemnisation est également intervenue en 2002 entre la SICHUM, la Corporation d'hébergement du Québec et Kaba Ilco Inc. au montant de 44,1 M \$. Il n'est pas clair si cette entente est toujours en vigueur. Aucune entente n'a été conclue ni aucune évaluation faite au sujet de la propriété de L. Villeneuve puisque le préconcept architectural actuel ne prévoit pas l'utilisation de ce terrain. Le coût de décontamination du terrain est quant à lui estimé à environ 9 M \$.

On estime donc à au moins 122 M \$, à l'heure actuelle, les coûts liés à l'acquisition et à la décontamination du terrain du 6000 Saint-Denis. À ce coût estimatif, devraient s'ajouter 2,5 M \$ pour l'aménagement du lien piétonnier avec le métro Rosemont, 2 M \$ pour l'amélioration des accès routiers immédiats et la totalité ou une partie des 40 M \$ requis pour une éventuelle démolition du viaduc Van Horne. Dans le scénario du 1000 Saint-Denis, les coûts de cette nature seraient beaucoup moindres étant donné notamment que le CHUM possède déjà la plupart des terrains concernés.

8.1.2 LE SITE DU 1000 SAINT-DENIS

8.1.2.1 *Une facilité d'accès conforme à sa vocation*

Le site du 1000 Saint-Denis serait parfaitement en harmonie avec la mission suprarégionale du CHUM. Il est desservi de façon idéale par les transports en commun, étant situé à courte distance de marche des stations de métro Berri-UQÀM (lignes verte, orange, jaune) et Champ-de-Mars (ligne orange). Il est aussi facilement accessible par le réseau routier compte tenu, notamment, de sa proximité de l'autoroute Ville-Marie. Les hôtels et une multitude d'autres services se trouvent également tout près pour les patients, les familles et les autres personnes (professeurs invités, chercheurs, etc.) qui peuvent être appelés à fréquenter l'établissement.

8.1.2.2 *Un site urbain stimulant parfaitement intégré*

Contrairement au site du 6000 Saint-Denis, celui du 1000 Saint-Denis se trouve déjà dans un milieu stimulant, structuré pour accueillir une institution de haut savoir. À titre d'exemple, l'UQÀM et la Grande Bibliothèque au nord, le centre-ville à l'ouest, le Palais des Congrès au sud et la Maison de Radio-Canada à l'est sont tous à courte distance de marche du 1000 Saint-Denis. Un tel milieu favorise l'interfertilisation du savoir et présente plusieurs avantages pour les entreprises oeuvrant dans le secteur de la santé qui désireraient s'installer à proximité du CHUM.

L'intégration physique d'un bâtiment imposant au centre-ville ne pose évidemment pas les mêmes difficultés que dans le quartier où se situe le site du 6000 Saint-Denis. Enfin, les retombées commerciales sur le quartier avoisinant sont beaucoup plus certaines dans le scénario d'implantation du CHUM au 1000 Saint-Denis que dans celui du 6000 Saint-Denis.

8.1.2.3 *Des possibilités d'expansion raisonnables*

Selon les experts consultés par la Commission, le site du 1000 Saint-Denis, même s'il est substantiellement plus petit que celui du 6000 Saint-Denis, comporte des possibilités d'expansion raisonnables, notamment parce que l'on peut y construire en hauteur. De plus, des terrains adjacents à l'emplacement ont déjà été identifiés dans le préconcept architectural à des fins d'expansion. Eu égard à l'emplacement des terrains concernés, leurs coûts d'acquisition pourraient être relativement importants.

8.1.2.4 *La sécurité : pas de risque majeur*

Le site du 1000 Saint-Denis ne soulève pas de questions majeures de sécurité, les principales sources de danger identifiées par les experts, à savoir l'autoroute Ville-Marie et l'usine Molson de la rue Saint-Antoine, ne représentant pas le même niveau de risque que le chemin de fer du Canadien Pacifique bordant le site du 6000 Saint-Denis. Il s'agit là de sources de risques qui ne sont pas idéales, certes, mais qui ne sont pas non plus anormales dans un contexte urbain. Le ministère de la Sécurité publique suggère néanmoins la réalisation d'une étude plus poussée, advenant que l'on retienne ce site pour les nouvelles installations du CHUM.

8.1.2.5 *Des coûts évités et une meilleure utilisation des installations existantes*

La construction du nouvel hôpital du CHUM au 1000 Saint-Denis permettrait d'éviter des coûts liés à l'acquisition des terrains puisque la plupart des terrains nécessaires à ce scénario appartiennent déjà au CHUM. En fait, le CHUM estime à seulement 5 M \$ les coûts d'acquisition des terrains nécessaires pour la réalisation du scénario de remplacement d'un CHUM situé au 1000 Saint-Denis. Les coûts de décontamination sont quant à eux estimés à peu près au même montant que pour le 6000 Saint-Denis. Le choix du 1000 Saint-Denis permettrait également d'éviter d'autres coûts liés à l'emplacement tel que la destruction du viaduc Van Horne. Il est vrai, cependant, que la construction du nouvel hôpital du CHUM au 1000 Saint-Denis amènerait d'autres coûts, dont les coûts relatifs au maintien des opérations de l'Hôpital Saint-Luc pendant la durée des travaux. Ces derniers coûts, bien que difficiles à estimer précisément à ce stade-ci, seront vraisemblablement en deçà des économies réalisées par le choix du 1000 Saint-Denis plutôt que le 6000 Saint-Denis.

Le scénario du 1000 Saint-Denis permet également de maintenir l'utilisation de l'Hôpital Notre-Dame et de rentabiliser les investissements importants qui y ont été faits jusqu'à tout récemment.

8.1.2.6 *Un facteur de complémentarité*

Le fait que le 1000 Saint-Denis et le site Glen retenus par le CUSM soient situés non loin l'un de l'autre et à proximité du même axe routier est de nature à faciliter le mouvement des personnes entre les deux sites et peut favoriser grandement la complémentarité entre eux.

8.1.2.7 Un préconcept à parfaire

La Commission comprend que le préconcept architectural du 1000 Saint-Denis a été préparé relativement rapidement à la suite d'une demande du Ministre formulée en juillet 2003. Le morcellement du site en îlots divisés par les rues Sanguinet et De la Gauchetière pose certains défis. Les experts retenus par la Commission soulignent également quelques faiblesses dans le préconcept proposé comme une répartition des aires de services incompatibles, à certains égards, avec une approche centrée sur la clientèle. Le préconcept architectural du 1000 Saint-Denis reste donc à parfaire.

À LA LUMIÈRE DE CE QUI PRÉCÈDE CONCERNANT LE SITE DU CHUM, LA COMMISSION RECOMMANDE :

R24. de ne pas construire les nouvelles installations du CHUM au 6000 Saint-Denis à cause des contraintes qui caractérisent ce site, celui-ci n'étant pas souhaitable pour y ériger de telles installations ;

R25. de retenir le site du 1000 Saint-Denis pour y construire les nouvelles installations CHUM ;

R26. d'utiliser l'Hôpital Notre-Dame comme site complémentaire.

8.2 LES SITES DU CUSM

8.2.1 LE SITE GLEN : UN CHOIX JUDICIEUX

Le CUSM a seulement proposé le site de la cour de triage Glen pour l'érection de son nouvel hôpital et l'Hôpital général de Montréal comme site complémentaire. Il n'a pas suggéré d'emplacement de remplacement.

Le site Glen constitue, de l'avis de la Commission, un choix tout à fait judicieux. Vaste, offrant de bonnes possibilités d'expansion, à proximité du centre-ville et d'une station intermodale de métro (station Vendôme, ligne orange) et de train de banlieue, le site Glen est également desservi par de grands axes routiers (l'autoroute Ville-Marie et l'autoroute Décarie), ce qui correspond bien à sa mission suprarégionale. Une seule ombre au tableau, des correctifs s'imposent quant aux accès routiers immédiats du site, de même qu'à la desserte piétonne par le nord. La nécessité de ces correctifs est toutefois bien connue du CUSM et des autorités concernées, et la Commission conclut de ses consultations que ces correctifs ne constituent pas des obstacles insurmontables.

8.2.2 UN PRÉCONCEPT ARCHITECTURAL INTÉRESSANT

Le préconcept architectural proposé par le CUSM pour l'emplacement Glen nous a paru des plus intéressants. Le choix d'une construction de type pavillonnaire convient parfaitement bien au site et la distribution fonctionnelle des bâtiments selon les pathologies et les clientèles visées contribuent à un repérage facile sur celui-ci. L'implantation pavillonnaire permet aussi une intégration astucieuse d'espaces verts.

La Commission conclut que le préconcept qui est proposé possède le potentiel nécessaire pour créer un projet significatif et marquant, approprié au site et au programme, sensible à la qualité de l'espace et aux formes urbaines en présence et compatible avec l'élaboration d'une stratégie de développement durable.

8.2.3 LE SITE COMPLÉMENTAIRE ET LES AUTRES SITES

Le choix de l'Hôpital général de Montréal comme site complémentaire et la répartition des activités, faisant notamment de ce dernier un site d'envergure capable de recevoir une part significative des urgences, nous paraissent appropriés.

Quant à la réutilisation des bâtiments actuels de l'Hôpital de Montréal pour enfants, de l'Hôpital Royal Victoria et de l'Institut thoracique, nous en traiterons plus bas sous la rubrique « 9.3 La réutilisation des bâtiments excédentaires ».

EN CONSÉQUENCE, LA COMMISSION RECOMMANDE :

R27. de construire les nouvelles installations du CUSM sur le site de la cour Glen dont l'emplacement est approprié pour de telles installations ;

R28. que des travaux d'aménagement des accès de proximité soient réalisés afin de rendre ce site plus facilement accessible.

8.2.4 LA QUESTION DÉLICATE DE L'HÔPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL

L'Hôpital neurologique de Montréal (l'« Hôpital neurologique ») et l'Institut neurologique de Montréal (l'« Institut neurologique ») ont été fondés par le Dr. Wilder Penfield en 1934 et jouissent aujourd'hui d'une renommée internationale. En plus d'occuper des bâtiments contigus, sur un site voisin de l'Hôpital Royal Victoria, les activités de l'Hôpital neurologique et de l'Institut neurologique sont depuis toujours intimement liées. Il fait d'ailleurs consensus dans le monde médical que cette relation étroite entre l'Hôpital neurologique et l'Institut neurologique a servi de fer de lance à leur développement respectif et constitue une caractéristique qu'il faut préserver. L'équipe de planification du CUSM s'est d'ailleurs inspirée de ce modèle en situant les installations de recherche à proximité des installations hospitalières dans son projet de construction sur le site Glen.

Le projet du CUSM prévoit le déménagement de l'Hôpital neurologique au site Glen, de même que la fermeture de l'Hôpital Royal Victoria. Ce dernier fournit actuellement les soins autres que neurologiques aux patients occupant les quelques 80 lits « dressés » de l'Hôpital neurologique. Le CUSM n'a cependant aucun contrôle sur l'Institut neurologique et celui-ci refuse de déménager au site Glen. Les membres de l'Institut neurologique et de l'Hôpital neurologique s'opposent au déménagement de ce dernier au site Glen. Même dans l'hypothèse où l'Institut neurologique consentirait à déménager, avec l'Hôpital neurologique, à l'emplacement Glen, les médecins de l'Hôpital neurologique soutiennent que l'Hôpital neurologique et l'Institut neurologique s'en trouveraient affaiblis, notamment à cause de l'éloignement des ressources pluri-disciplinaires qu'offre le campus de McGill. Ils invoquent aussi la quasi-impossibilité de déménager certains équipements coûteux.

On doit être sensible aux arguments formulés par les médecins de l'Hôpital neurologique eu égard aux succès passés et présents de l'Hôpital neurologique et de l'Institut neurologique. Tous les Québécois ont en effet avantage à préserver la très grande qualité de ces établissements et leur réputation internationale. Par contre, la santé du patient doit primer sur toute autre préoccupation. À cet égard, il convient de souligner que l'hypothèse où l'Hôpital neurologique resterait à son emplacement actuel sans profiter de la proximité immédiate d'un hôpital à vocation plus générale, tel l'Hôpital Royal Victoria, soulève de sérieuses inquiétudes au sein du corps médical. Selon le MSSS, le déménagement de l'Hôpital neurologique est inéluctable.

La Commission suggère que le CUSM, l'Hôpital neurologique de Montréal, l'Institut neurologique de Montréal, le MSSS et l'Université McGill tiennent compte de cette délicate question de façon à préserver la qualité de même que le caractère unique et exceptionnel de l'Hôpital neurologique de Montréal et de l'Institut neurologique de Montréal, le tout dans le meilleur intérêt de la population québécoise.



9

La réalisation des projets : contrôle des coûts et gouvernance

9. LA RÉALISATION DES PROJETS : CONTRÔLE DES COÛTS ET GOUVERNANCE

Les questions de contrôle des coûts et de gouvernance constituent un défi majeur dans tout projet de construction de la taille de ceux proposés ici par les CHU. La réalisation simultanée de deux projets semblables dans la même ville à l'intérieur d'une enveloppe budgétaire limitée pose plusieurs problèmes. On pense, par exemple, aux effets inflationnistes que peuvent avoir des demandes substantielles et non coordonnées pour les mêmes matériaux ou les mêmes services dans le cadre des deux projets de construction.

À la lecture des propositions présentées par le CHUM et le CUSM en décembre 2003, on constate que les deux projets reconduisent la vision traditionnelle de deux établissements qui organisent et planifient leurs activités et services séparément, la complémentarité y étant quasi absente, de même que toute préoccupation d'harmonisation dans la réalisation.

Si rien n'est fait relativement à l'harmonisation de la réalisation des projets, il est prévisible que les deux établissements continueront à travailler séparément, sans effort de coordination. Par ailleurs, la planification des deux projets n'est pas encore arrivée à maturité que déjà se profilent à l'horizon des dépassements de coûts importants. C'est pourquoi, afin de réduire les risques financiers associés à la réalisation de ces projets, la Commission recommande que certaines mesures soient prises quant au contrôle des coûts et à la gouvernance. Ces mesures sont décrites ci-après.

9.1 UNE SOCIÉTÉ DE RÉALISATION COMMUNE AUX DEUX CHU

Le CHUM et le CUSM sont des organisations distinctes rattachées à deux universités ayant chacune une longue et riche tradition. La Commission est sensible à cette réalité et croit dès lors que le CHUM et le CUSM doivent demeurer les principaux maîtres d'œuvre de leur projet respectif.

Toutefois, le contexte budgétaire et les risques évoqués ci-dessus font ressortir la nécessité d'une harmonisation de la réalisation des installations physiques des deux projets.

Une telle harmonisation offrirait de nombreux avantages, tant pour le gouvernement et les contribuables québécois que pour les CHU eux-mêmes. Parmi ces avantages, on compte la maximisation des économies d'échelle et la réduction des effets inflationnistes liés à la construction de deux hôpitaux majeurs simultanément à Montréal. Il serait en effet contre-productif pour le gouvernement, les contribuables québécois et les établissements eux-mêmes de voir le CHUM et le CUSM entrer en concurrence pour l'acquisition des biens et services nécessaires à la réalisation de leur projet respectif. Une telle concurrence mènerait inévitablement à une augmentation des coûts et, possiblement, à une prolongation de la période de réalisation.

Une bonne coordination des travaux est également de nature à permettre la maximisation du contenu québécois. En échelonnant judicieusement les phases des deux projets, on pourrait en effet permettre à des entreprises québécoises de contribuer à la fois au projet du CHUM et à celui du CUSM et d'y accroître leur expérience et leur savoir-faire. À défaut d'une telle synchronisation, une entreprise dont les services sont retenus par l'un des CHU pourrait fort bien ne pas être disponible au moment opportun pour participer aux travaux de l'autre CHU.

Afin d'harmoniser la gestion de la réalisation des installations physiques du CHUM et du CUSM, la Commission propose la création d'une société de réalisation commune pour les deux projets, financée à même les fonds prévus pour la planification et la réalisation de ceux-ci. Cette société n'existerait que pendant la réalisation des projets. Elle serait dirigée par un président directeur général qui s'entourerait de spécialistes reconnus pour leur compétence et leur expérience, notamment dans le secteur de la santé, de la conception et la construction d'hôpitaux et de la gestion de grands projets. La société aurait un conseil d'administration comprenant des représentants du gouvernement, des deux CHU et, possiblement, des fondations et universités concernées, assurant ainsi un dialogue constant entre les divers intervenants. En tant que principal bailleur de fonds, le gouvernement du Québec serait majoritaire au sein du conseil d'administration.

Le mandat de la société de réalisation serait généralement de veiller au respect des budgets et des échéances, à la synchronisation des travaux, à la maximisation des économies d'échelle et du contenu québécois et à la complémentarité des deux projets quant à leurs installations physiques. La société de réalisation approuverait donc les budgets, les calendriers et la planification technique de chaque projet (incluant le programme fonctionnel et technique et le concept détaillé) avec, dans chaque cas, le pouvoir d'y apporter des changements. La société de réalisation créerait également un cadre de référence commun pour les deux projets. Ainsi, elle préparerait les modèles pour la documentation d'appel d'offres et la documentation contractuelle qui devrait être utilisée par les deux CHU. Elle pourrait également définir et gérer les processus de vérification des coûts et d'évaluation des risques.

9.2 L'ÉQUILIBRE COÛTS - PROGRAMME - CALENDRIER ET AUTRES PRINCIPES FONDAMENTAUX

Le succès d'un projet d'immobilisations majeur dépend de divers éléments. Le contrôle des coûts n'est que l'un de ceux-ci.

En effet, des projets d'immobilisations de la nature de ceux proposés pour le CHUM et le CUSM est constitué de trois éléments intimement liés et qui sont en interaction entre eux. Il s'agit du programme, du budget et du calendrier.

Le programme est en fait le contenu du projet. Le projet se construit à partir du programme fonctionnel et technique (PFT), lequel se transforme en un concept détaillé ou avant-projet définitif (APD).

Le budget est le second élément. Son élaboration commence bien en amont du projet avec le PFT et se finalise avec l'APD.

Enfin, le calendrier, qui correspond à la durée de réalisation du projet, doit s'évaluer en fonction du mode de réalisation.

Ces trois éléments sont interdépendants et ne doivent pas être traités séparément. Si un des éléments change, les autres doivent s'ajuster en fonction des priorités fixées. Selon les experts que nous avons consultés, certains principes doivent être respectés pour atteindre un juste équilibre entre ces trois éléments. Sans en faire une recommandation formelle, la Commission croit utile de résumer ces principes et suggère fortement aux MSSS, au CHUM et au CUSM d'en tenir compte dans leur démarche.

9.2.1 RÉGLER LA QUESTION DU FINANCEMENT TÔT DANS LE PROCESSUS

Avant de s'engager trop loin dans un projet d'immobilisations, il importe de connaître le mode et le niveau de financement. En d'autres mots, il faut définir le projet en fonction du financement disponible et non l'inverse.

Cette double exigence quant au mode et au niveau de financement est trop souvent ignorée jusqu'au moment où l'on doit faire des coupures importantes afin que l'ampleur du projet corresponde aux fonds disponibles, ce qui occasionne inévitablement retards, coûts et déceptions.

9.2.2 DÉFINIR ADÉQUATEMENT LES BESOINS ET LE BUDGET

Le travail de définition du projet demeure un exercice primordial dans le processus de réalisation de tout projet de cette nature. Il vise à faire en sorte que les projets construits correspondront aux besoins des institutions et des utilisateurs, notamment des patients et des professionnels de la santé. Les utilisateurs doivent intervenir à ce stade du projet. Si leurs besoins sont mal évalués, sous-estimés ou tout simplement ignorés, le budget risque d'être sous-évalué. Les travaux occasionnés par une redéfinition des besoins en cours d'exécution sont parmi les principales causes des dépassements de coûts.

L'intervention des utilisateurs (médecins et autres professionnels de la santé, chercheurs, gestionnaires, etc.) est cruciale à ce stade si l'on veut que les installations, une fois construites, répondent à leurs besoins et soient conformes aux bonnes pratiques et aux règles de l'art. La disponibilité des utilisateurs à cette phase précoce du processus pose parfois problème. C'est une question qui devra être abordée et résolue dans le cas des projets CHUM et CUSM. L'engagement des utilisateurs dans le cadre de la définition de leurs besoins revêt une telle importance qu'il est recommandé de leur faire signer la partie du PFT qui les concerne afin de les responsabiliser à cet égard.

Il importe donc de maximiser le contenu intellectuel des projets avant de commencer la construction car, plus les projets seront pensés, planifiés et détaillés avant la construction, meilleures seront leurs chances d'être réussis à l'intérieur des budgets. On recommande également de « geler » le contenu du projet avant de commencer la construction afin de contrôler les coûts puisque les changements d'orientation en cours d'exécution s'avèrent onéreux dans la majorité des cas. Ce gel n'implique cependant pas une absence complète de flexibilité une fois la construction entreprise. Au contraire, l'une des qualités fondamentales du concept retenu devra être son aptitude à s'adapter tant pendant qu'après la construction de manière, notamment, à s'ajuster aux changements technologiques et aux modifications des modes de dispensation des soins de santé.

Par ailleurs, le budget doit être réaliste. S'il est sous-estimé par rapport aux besoins des futurs utilisateurs, il est certain qu'il ne sera pas respecté. Les coupures qui devront être effectuées en cours de réalisation affecteront la plupart du temps la valeur et la qualité du projet. Selon les experts consultés, un crédit obtenu en enlevant des éléments représente souvent 50 % de sa valeur réelle.

9.2.3 AVOIR DES CONTINGENCES RÉALISTES ADAPTÉES AU TYPE DE PROJET

Bien que, comme on l'a souligné, le concept retenu pour chacun des projets du CHUM et du CUSM devra prévoir un maximum de flexibilité, des contingences réalistes eu égard à la nature de ces projets devront être prévues. Les concepteurs devront notamment tenir compte des impacts probables des changements technologiques liés aux espaces et services requis pour les équipements médicaux, ces derniers représentant des coûts substantiels dans les deux projets.

9.2.4 PRÉPARER UN PLAN DE GESTION DES RISQUES ET LE METTRE À JOUR DURANT LE DÉROULEMENT DES PROJETS

Une analyse des risques pour générer un plan de gestion des risques devra être réalisée avant l'exécution du projet et en cours de réalisation, puisque certains risques pourront disparaître alors que d'autres apparaîtront. Il est à noter qu'une cause fréquente d'échecs dans le cadre des grands projets est l'absence ou l'insuffisance d'analyse des risques.

9.2.5 CHOISIR UN MODE DE RÉALISATION ADAPTÉ AU PROJET ET À SES DÉFIS

Choisir le mode de réalisation le mieux adapté doit faire partie de l'exercice de planification des CHU. Il existe une grande variété de modes de réalisation. Sous la rubrique 7.2.4, nous avons traité de l'un d'entre eux, le partenariat public-privé. À ce stade-ci, la Commission estime que les projets ne sont pas assez avancés pour identifier la stratégie de réalisation optimale pour la réalisation des deux CHU.

CONCERNANT LE CONTRÔLE DES COÛTS ET LA GOUVERNANCE
DANS LE CADRE DE LA RÉALISATION DES PROJETS,
LA COMMISSION RECOMMANDE :

R29. de créer une société de réalisation commune pour les deux CHU, dont le rôle serait généralement de veiller au respect des budgets et des échéances, à la synchronisation des travaux, à la maximisation des économies d'échelle et du contenu québécois et à la complémentarité des deux projets quant à leurs installations physiques.

9.3 LA RÉUTILISATION DES BÂTIMENTS EXCÉDENTAIRES

La Commission a analysé les propositions formulées par les deux CHU concernant la réutilisation des bâtiments rendus excédentaires par la construction de nouvelles installations. Il convient de noter que les scénarios de réutilisation proposés par les CHU sont forcément très préliminaires de telle sorte qu'il est difficile pour la Commission de porter un jugement définitif sur ces scénarios. De toute évidence, des travaux supplémentaires sont nécessaires à cet égard. Il existe aussi des contraintes juridiques découlant, notamment, de la LSSSS et vraisemblablement des restrictions imposées à différentes époques par des donateurs pouvant affecter la disposition des bâtiments excédentaires. De plus, les pratiques administratives du gouvernement du Québec pourraient limiter le droit de disposer de ces sites autrement qu'à des fins sociosanitaires. La Commission fait sien l'objectif gouvernemental de maximiser l'utilisation des bâtiments existants et de rentabiliser les deniers qui y ont été investis tout en poursuivant des objectifs de qualité et d'adaptabilité pour l'avenir. À cet égard, il est utile de faire un rappel historique et de souligner quelques enjeux importants dans la recherche de projets adéquats de réutilisation.

9.3.1 L'HISTORIQUE DES BÂTIMENTS DES CHU

Plusieurs des bâtiments des CHU souffrent d'une vétusté fonctionnelle et technique. Ces immeubles, dont certains datent du 19^e siècle et de la première moitié du 20^e siècle, ont été construits à des fins d'hospitalisation traditionnelle et ne répondent pas aux exigences technologiques de la dispensation de soins en mode ambulatoire que requiert la médecine moderne. La mission d'enseignement des CHU exige généralement des locaux plus grands ; plusieurs des bâtiments existants des CHU ne répondent pas à ce critère. De plus, les multiples agrandissements de ces complexes immobiliers réalisés au cours des décennies passées font que l'actuelle morphologie de plusieurs des installations actuelles des CHU sont inadéquates sur le plan fonctionnel, architectural et électromécanique.

Les autorités responsables des CHU ont, depuis longtemps, pris la décision d'aménager dans de nouvelles installations. Parallèlement aux études d'avant-projet pour définir les nouveaux CHU, un exercice a été mené par chacun des CHU pour définir des scénarios de disposition des immeubles excédentaires, tout en tenant compte de l'exigence gouvernementale de maintenir un hôpital complémentaire au centre-ville.

9.3.2 LES ENJEUX ET ORIENTATIONS RELIÉS À LA RÉUTILISATION

Certains enjeux ont guidé l'analyse de la Commission, notamment :

- les coûts d'entretien des immeubles abandonnés, la perte de valeur due à leur détérioration et les autres risques généralement associés à des bâtiments inoccupés ;
- la rentabilisation des deniers déjà investis dans des bâtiments qui pourraient devenir excédentaires, particulièrement lorsqu'il est prévisible que ceux-ci n'auront pas atteint l'échéance de leur cycle de vie au moment de l'ouverture des nouveaux CHU ou pour lesquels les investissements effectués accapareraient toujours le service de la dette ;
- la valeur patrimoniale relative au caractère architectural ou la localisation des bâtiments ;
- l'impact sur la trame urbaine, la population et le quartier touchés, ainsi que les aspects environnementaux ;
- l'occasion de doter Montréal de projets structurants ;
- la priorité à donner aux projets à caractère public ;
- la transparence des processus de disposition.

La réutilisation des immeubles excédentaires des deux CHU constitue un défi de taille. D'une part, l'état de vétusté des immeubles, les contraintes légales et administratives, le caractère patrimonial de certains d'entre eux rendent difficile, voire impossible, leur vente à l'entreprise privée. D'autre part, leur maintien à des usages sociosanitaires ou publics engendrera des coûts additionnels pour les contribuables.

9.3.3 LE CHUM : IMMEUBLES EXISTANTS ET RÉUTILISATION

Le CHUM compte présentement trois sites : l'Hôpital Saint-Luc, l'Hôpital Notre-Dame et l'Hôtel-Dieu de Montréal. Les immeubles abritant présentement le CHUM totalisent 289 290 m². Les données plus précises concernant ces sites apparaissent à l'Annexe 5.

Pour arrêter des scénarios de réutilisation des immeubles, il faut d'abord décider de l'emplacement des nouvelles installations du CHUM. Le choix de la localisation permettra de déterminer les immeubles qui deviendront excédentaires et ainsi de compléter le travail de planification. La Commission recommande l'emplacement des installations neuves du CHUM au 1000 Saint-Denis et l'utilisation de l'Hôpital Notre-Dame comme hôpital complémentaire au centre-ville. Si cette recommandation est retenue, la question de la réutilisation des vastes installations de l'Hôpital Notre-Dame comme site excédentaire ne se pose pas.

Dans tous les cas, l'Hôtel-Dieu de Montréal sera à réutiliser. La Commission est d'avis que l'Hôtel-Dieu de Montréal, en raison de son histoire et de son emplacement, doit continuer d'être affecté à des usages sociosanitaires et publics. Ce site pourrait servir à regrouper des activités sociosanitaires, universitaires et administratives du réseau de la santé. À titre d'exemple, l'Agence, le MSSS et les universités pourraient considérer le regroupement de toutes les activités de santé publique montréalaises sur le site de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Une telle orientation assurerait la protection de ce riche patrimoine tout en maintenant le dynamisme de ce secteur du centre-ville.

Les démarches entreprises par le CHUM dénotent que le traitement des immeubles excédentaires fait partie de ses priorités. Bien qu'il soit trop tôt dans le processus pour faire des recommandations, la Commission est d'avis que l'établissement est sur la bonne voie en recherchant une solution à tous ses immeubles potentiellement excédentaires en parallèle avec la construction de ses nouvelles installations. Une approche hâtive permet de profiter des prochaines années pour créer des occasions et arrêter les meilleurs scénarios possibles.

9.3.4 LE CUSM : IMMEUBLES EXISTANTS ET RÉUTILISATION

Le CUSM compte cinq sites : l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital Royal Victoria, l'Hôpital neurologique de Montréal et l'Institut thoracique de Montréal. Il est à noter que les immeubles de l'Hôpital neurologique de Montréal sont la propriété de l'Université McGill. Les immeubles abritant actuellement le CUSM totalisent 300 842 m². Les données concernant ces sites sont détaillées à l'Annexe 6.

Le CUSM a procédé à des consultations et a mis sur pied un comité d'orientation du processus visant à trouver de nouveaux propriétaires et une nouvelle vocation aux bâtiments du CUSM qui deviendront excédentaires. Ce comité s'est d'abord attaqué à mettre en place un cadre qui permettra de bien orienter le processus de réutilisation. Le CUSM suggère quelques orientations préliminaires pour la réutilisation de ses bâtiments excédentaires. De la même manière qu'au CHUM, les scénarios de réutilisation des bâtiments excédentaires ne sont pas suffisamment avancés pour permettre à la Commission de faire des recommandations précises.

À cause de la valeur patrimoniale et de l'emplacement des installations existantes du CUSM, la Commission recommande que ces installations, notamment celles localisées sur le mont Royal, demeurent affectées à des usages publics. Il est possible que ces installations soient trop vastes pour les seuls usages du réseau de la santé. Dans ce cas, il serait approprié d'en faire profiter les universités montréalaises (étant entendu que l'université McGill sera vraisemblablement intéressée à certains bâtiments eu égard à leur emplacement).

Le coût de rénovation des immeubles excédentaires du CHUM et du CUSM gardés à des fins sociosanitaires pourrait être substantiel. Les autorités ministérielles auraient avantage à inclure ces investissements futurs dans les programmes d'immobilisations afin de prévoir les sommes qui seront requises à partir de 2010. La réutilisation de ces immeubles relève non seulement des établissements mais aussi de l'Agence et du MSSS. La Commission verrait un net avantage à ce que ces organismes réalisent une planification conjointe pour la réutilisation des immeubles laissés vacants par les deux CHU. Une telle collaboration permettrait d'avoir une vision plus large des besoins et des possibilités de réutilisation.

Pour limiter le plus possible les coûts liés à l'entretien des immeubles après leur délaissement, il serait souhaitable qu'une telle planification conjointe débute au plus tard dès que les paramètres de réalisation des nouvelles installations physiques du CHUM et du CUSM seront connus de façon définitive. De plus, on devrait disposer le plus rapidement possible des bâtiments excédentaires qui n'auront pas été retenus pour des fins sociosanitaires ou universitaires de façon à en maximiser la valeur.

CONCERNANT LES BÂTIMENTS POTENTIELLEMENT EXCÉDENTAIRES, LA COMMISSION RECOMMANDE :

- R30. que les CHU, l'Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal et le MSSS réalisent une planification conjointe pour la réutilisation des immeubles excédentaires ;
- R31. que dans le cadre de cette planification, la priorité soit donnée d'abord aux besoins sociosanitaires et ensuite aux besoins des universités montréalaises ;
- R32. que cette planification conjointe soit amorcée dès que possible et au plus tard lorsque les paramètres de réalisation des nouvelles installations physiques des CHU seront connus de façon définitive ;
- R33. que l'on dispose rapidement des immeubles excédentaires n'ayant pas été retenus à des fins sociosanitaires ou universitaires.



10

Conclusion

10. CONCLUSION

La Commission conclut que les projets soumis par le CHUM et le CUSM sont nécessaires et qu'ils constitueraient une contribution majeure au rehaussement de la médecine universitaire québécoise. Certains aspects de ces projets doivent toutefois être revus et modifiés de façon à les rendre conformes aux paramètres et conditions fixés par le gouvernement du Québec. Sous réserve de ce que ces modifications soient apportées à la satisfaction du gouvernement du Québec, la Commission recommande à ce dernier d'autoriser et d'encourager la réalisation de ces projets.



11

La liste des recommandations

11. LA LISTE DES RECOMMANDATIONS

- R1. que les membres du corps médical des CHU aient obligatoirement des activités d'intervention clinique, d'enseignement et de recherche, ces activités pouvant cependant être exercées dans des proportions et selon des modalités variables en fonction des individus ;
- R2. que les CHU développent et élaborent davantage leur projet de rehaussement de la médecine universitaire en fonction de l'excellence et de l'innovation dans les cinq sphères suivantes :
- les soins ;
 - l'enseignement ;
 - la recherche ;
 - l'évaluation des technologies médicales de la santé ;
 - la gouvernance ;
- R3. que les CHU définissent plus précisément les objectifs à atteindre à l'ouverture des futures installations en ce qui a trait au rehaussement de la médecine universitaire ;
- R4. qu'on assure un nombre suffisant de lits pour les soins ultraspécialisés au CHUM, soit 175 lits en 2010, et au CUSM, soit 142 lits en 2010, afin de faire face à la demande croissante pour ces services en raison, notamment, du vieillissement de la population, et qu'on y réduise en conséquence le nombre de lits généraux et spécialisés ;
- R5. qu'on prévoie augmenter par la suite le nombre de lits pour les soins ultraspécialisés au CHUM et au CUSM afin de se conformer à l'énoncé de position ministérielle sur la concentration des services ultraspécialisés ; les CHU, les RUIS, le MSSS et les universités en détermineront le nombre et la séquence ;
- R6. que le CHUM et le CUSM prévoient dans leur projet respectif une flexibilité maximale afin de s'adapter au fil des ans à la demande de la population pour les soins ultraspécialisés ;
- R7. que les deux CHU fassent une place centrale et explicite aux ressources humaines dans leur projet à l'égard de l'ensemble du personnel qui sera touché par cet important changement, particulièrement en ce qui a trait au recrutement et à la rétention des médecins spécialistes et chercheurs de haut niveau ;
- R8. que les plans régional et provincial des effectifs médicaux fassent une place importante aux besoins des CHU en matière de recrutement des médecins spécialistes et chercheurs de haut niveau qui contribuent à assurer l'enseignement et la recherche dans les CHU ;
- R9. qu'une entente formelle sur un plan de pratique soit conclue dans chaque CHU au plus tard avant que les appels d'offres pour la construction des nouvelles installations ne soient lancés ;
- R10. que soit accueillie favorablement la proposition conjointe du CHUM et du CUSM portant sur le processus à suivre pour développer la complémentarité entre eux ;

- R11. qu'il soit demandé au CHUM et au CUSM, afin d'éliminer les dédoublements et d'établir une complémentarité réelle entre les deux CHU dans le cadre de leur projet, de conclure une entente formelle, complète et détaillée de complémentarité portant prioritairement sur les soins et services suivants :
- les soins tertiaires et quaternaires, particulièrement ceux qui touchent un nombre réduit de patients, pour lesquels un seul programme conjoint serait approprié ;
 - les services diagnostiques (activités et équipements) ;
 - les services administratifs et de soutien ;
- et prévoyant, pour chacun de ces soins et services, les résultats à atteindre sur le plan de la complémentarité et un calendrier de réalisation ;
- R12. qu'un examen des services spécialisés et ultraspecialisés offerts par les CHU et leurs partenaires dans leur RUIS respectif soit également effectué afin d'éliminer les dédoublements inutiles et d'assurer un déploiement optimal de leurs ressources ;
- R13. qu'une démarche conjointe et planifiée soit mise de l'avant pour gérer les conséquences possibles sur les ressources humaines des ententes de complémentarité conclues par les CHU ;
- R14. que les économies générées par la mise en commun, l'élimination des dédoublements et la complémentarité soient laissées aux deux CHU ;
- R15. que le CHUM revoie la conception du projet du 6000 Saint-Denis, s'il est décidé de construire les installations neuves du CHUM à cet emplacement, afin de le réaliser à l'intérieur de l'enveloppe financière déterminée et qu'il examine à cette fin la possibilité :
- de réduire le nombre de lits de l'hôpital neuf à entre 500 et 550 et d'augmenter en conséquence le nombre de lits à l'hôpital complémentaire du centre-ville ; et
 - de solliciter davantage le gouvernement fédéral, les fondations et le secteur privé ;
- R16. que le CHUM revoie la conception du projet du 1000 Saint-Denis afin de le réaliser à l'intérieur de l'enveloppe financière déterminée et qu'il examine à cette fin la possibilité :
- de réduire le nombre de lits de l'hôpital neuf à entre 500 et 550 et d'augmenter en conséquence le nombre de lits à l'hôpital complémentaire du centre-ville, en l'occurrence, l'Hôpital Notre-Dame ; et
 - de solliciter davantage le gouvernement fédéral, les fondations et le secteur privé ;
- R17. que le CUSM revoie la conception du projet afin de le réaliser à l'intérieur de l'enveloppe financière déterminée et qu'il examine à cette fin la possibilité :
- de réduire le nombre de lits de l'hôpital neuf à entre 500 et 550 et d'augmenter en conséquence le nombre de lits à l'Hôpital général de Montréal ; et
 - de solliciter davantage le gouvernement fédéral, les fondations et le secteur privé ;
- R18. que les deux établissements examinent, entre autres modalités, le recours au partenariat public-privé pour produire à meilleur coût les activités non cliniques qui s'y prêtent et justifient éventuellement le choix du mode de réalisation retenu ;

- R19. de fournir aux CHU une budgétisation spécifique et incitative pour le maintien, la consolidation et le développement des activités tertiaires et quaternaires, de l'enseignement et de la recherche ;
- R20. d'isoler l'enveloppe financière destinée aux services ultraspécialisés et d'en assurer l'indexation et l'allocation en fonction des orientations ministérielles de concentration de ces activités vers les CHU ;
- R21. de favoriser le développement de cliniques médicales associées pour effectuer certaines interventions générales et spécialisées selon des normes de qualité identiques à celles pratiquées en centre hospitalier ;
- R22. d'identifier les activités générales et spécialisées des CHU qui n'ont pas besoin d'être effectuées dans un CHU et de les transférer à des cliniques médicales associées qui devront les effectuer selon des normes de qualité et des règles d'accessibilité identiques à celles pratiquées en centre hospitalier ;
- R23. de déterminer le cadre financier approprié pour favoriser le développement ou la consolidation de cliniques médicales associées ;
- R24. de ne pas construire les nouvelles installations du CHUM au 6000 Saint-Denis à cause des contraintes qui caractérisent ce site, celui-ci n'étant pas souhaitable pour y ériger de telles installations ;
- R25. de retenir le site du 1000 Saint-Denis pour y construire les nouvelles installations CHUM ;
- R26. d'utiliser l'Hôpital Notre-Dame comme site complémentaire ;
- R27. de construire les nouvelles installations du CUSM sur le site de la cour Glen dont l'emplacement est approprié pour de telles installations ;
- R28. que des travaux d'aménagement des accès de proximité soient réalisés afin de rendre ce site plus facilement accessible ;
- R29. de créer une société de réalisation commune pour les deux CHU, dont le rôle serait généralement de veiller au respect des budgets et des échéances, à la synchronisation des travaux, à la maximisation des économies d'échelle et du contenu québécois et à la complémentarité des deux projets quant à leurs installations physiques ;
- R30. que les CHU, l'Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal et le MSSS réalisent une planification conjointe pour la réutilisation des immeubles excédentaires ;
- R31. que dans le cadre de cette planification, la priorité soit donnée d'abord aux besoins sociosanitaires et ensuite aux besoins des universités montréalaises ;
- R32. que cette planification conjointe soit amorcée dès que possible et au plus tard lorsque les paramètres de réalisation des nouvelles installations physiques des CHU seront connus de façon définitive ;
- R33. que l'on dispose rapidement des immeubles excédentaires n'ayant pas été retenus pour des fins sociosanitaires ou universitaires.

12

Annexes

ANNEXE 1

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AGENCE : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal

APD : Avant-projet définitif

CAU : Centre affilié universitaire

CH : Centre hospitalier

CHAU : Centre hospitalier affilié à l'université

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

CLSC : Centre local de services communautaires

CUSM : Centre universitaire de santé McGill

DMS : Durée moyenne de séjour

FCI : Fonds canadien d'innovation

HGM : Hôpital général de Montréal

HME : Hôpital de Montréal pour enfants

HNM : Hôpital neurologique de Montréal

HRV : Hôpital Royal Victoria

IRCM : Institut de recherche clinique de Montréal

ICM : Institut de Cardiologie de Montréal

INM : Institut neurologique de Montréal

ITM : Institut thoracique de Montréal

IU : Institut universitaire

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

PFT : Programme fonctionnel et technique

PIB : Produit intérieur brut

PPP : Partenariat public-privé

R&D : Recherche et développement

RUIS : Réseau universitaire intégré de santé

SICHUM : Société d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

SICUSM : Société d'implantation du Centre universitaire de santé McGill

SRAS : Syndrome respiratoire aigu sévère

STM : Société de transport de Montréal

UQÀM : Université du Québec à Montréal

ANNEXE 2

RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS SELON LES NIVEAUX DE SOINS

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR NIVEAU

Année	Niveau I	Niveau II	Niveau III	Total
1999	556 969	134 356	45 971	737 296
2000	519 554	131 680	48 635	699 869
2001	533 033	130 763	43 796	707 592
2002	513 121	129 144	45 364	687 629

EN POURCENTAGE DU TOTAL

1999	75,6	18,2	6,2	100
2000	74,2	18,8	7,0	100
2001	75,3	18,5	6,2	100
2002	74,6	18,8	6,6	100

Source : Rapport Eckler et associées Itée

ANNEXE 3

RÉPARTITION DES SOINS TERTIAIRES DANS DES CH DU QUÉBEC

NOMBRE DE CAS TERTIAIRES PAR CH

Centre Hospitalier	1999	2000	2001	2002
Laval (Québec)	6727	7071	6964	7730
ICM	4745	5292	5352	5774
CUSM	6431	6156	5849	5677
CHUM	5249	5396	5162	4813
CHU	2292	2473	2783	2923
CHUQ	2524	2767	2697	2710
Sainte-Justine	2554	2792	2441	2501
Général Juif	1879	1942	1896	2257
Sacré-Coeur	2071	2211	2136	2131
Maisonnette-Rosemont	1891	1948	1916	1975
Chicoutimi (Sagamie)	1123	1187	1214	1273
Sous-total	37 486	39 235	38 410	39 764
Ensemble des cas tertiaires	45 971	48 635	43 796	45 364

NOMBRE DE CAS EN % DU TOTAL ANNUEL

Centre Hospitalier	1999	2000	2001	2002
Laval (Québec)	14,63	14,54	15,90	17,04
ICM	10,32	10,88	12,22	12,73
CUSM	14,00	12,66	13,35	12,51
CHUM	11,43	11,10	11,79	10,61
CHU	4,98	5,08	6,35	6,44
CHUQ	5,49	5,68	6,16	5,98
Sainte-Justine	5,56	5,74	5,57	5,51
Général-Juif	4,09	3,99	4,33	4,98
Sacré-Coeur	4,51	4,55	4,88	4,70
Maisonnette-Rosemont	4,11	4,01	4,37	4,35
Chicoutimi (Sagamie)	2,44	2,44	2,77	2,81
Sous-total	81,56	80,67	87,69	87,66
Ensemble des cas tertiaires	100	100	100	100

Source : Rapport Eckler et associés ltée

ANNEXE 4

BORDEREAU DES COÛTS

	CHUM-6000		CHUM-1000		CUSM	
	700 lits - 275 181 m ²		650 lits - 253 476 m ²		608 lits - 219 098 m ²	
	Établissement	Commission	Établissement	Commission	Établissement	Commission
1. CHU						
1.1 Acquisition du terrain						
1.1.1 Transaction immobilière					18 000 000 \$	18 000 000 \$
1.1.2 Expropriation						
1.1.3 Relocalisation occupants	110 000 000 \$	110 000 000 \$	4 939 000 \$	7 439 000 \$	4 100 000 \$	9 883 017 \$
1.1.4 Démolition	3 166 163 \$	3 166 163 \$	23 387 398 \$	23 387 398 \$		
1.1.5 Décontamination	9 206 191 \$	9 206 191 \$	9 000 000 \$	9 000 000 \$	35 000 000 \$	35 000 000 \$
Sous-total :	122 372 354 \$	122 372 354 \$	37 326 398 \$	39 826 398 \$	57 100 000 \$	62 883 017 \$
1.2 Bâtiments						
1.2.1 Travaux de base	618 547 043 \$	633 166 018 \$	637 353 050 \$	613 930 086 \$	673 464 000 \$	512 973 206 \$
1.2.2 Contingences de design		63 316 602 \$		61 393 009 \$	incl. dans 1.2.1	51 297 321 \$
1.2.3 Contingences de construction	51 258 705 \$	34 824 131 \$	55 579 271 \$	67 532 309 \$	incl. dans 1.2.1	28 213 526 \$
1.2.4 Conditions générales de chantier	incl.	62 161 074 \$	incl.	63 142 709 \$	incl. dans 1.2.1	50 361 144 \$
1.2.5 Gérance de construction	44 424 211 \$	23 804 035 \$	48 168 702 \$	24 179 943 \$	incl. dans 1.2.1	19 285 356 \$
coût / m ² :	2 595 \$	2 970 \$	2 924 \$	3 275 \$	3 074 \$	3 022 \$
1.2.6 Honoraires	51 258 705 \$	98 072 623 \$	55 579 271 \$	99 621 367 \$	102 713 000 \$	79 455 666 \$
1.2.7 Œuvre d'art	3 417 247 \$	4 128 859 \$	3 705 285 \$	4 193 390 \$	0 \$	3 353 153 \$
Sous-total :	768 905 911 \$	919 473 342 \$	800 385 579 \$	933 992 814 \$	776 177 000 \$	744 939 373 \$
1.3 Aménagements extérieurs						
1.3.1 Travaux de base		6 879 459 \$		991 988 \$		19 164 171 \$
1.3.2 Contingences de design		687 946 \$		99 199 \$		1 916 417 \$
1.3.3 Contingences de construction		151 348 \$		21 824 \$		421 612 \$
1.3.4 Conditions générales de chantier		578 906 \$		83 476 \$		1 612 665 \$
1.3.5 Gérance de construction		248 930 \$		35 895 \$		693 446 \$
1.3.6 Honoraires		1 025 591 \$		147 886 \$		2 856 997 \$
Sous-total :	2 530 000 \$	9 572 180 \$	1 316 500 \$	1 380 267 \$		26 665 308 \$
1.4 Technologie de l'information						
1.4.1 Systèmes informationnels						
1.4.2 Épuration et numérisation dossiers actifs						
1.4.3 Téléphonie						
1.4.4 Télécommunication						
Sous-total :	58 493 049 \$	112 500 000 \$	58 493 049 \$	112 500 000 \$	58 072 000 \$	112 500 000 \$
1.5 Équipements / Mobilier						
1.5.1 Équipements cliniques	131 525 865 \$	155 300 000 \$	131 525 865 \$	155 300 000 \$	81 000 000 \$	167 800 000 \$
1.5.2 Équipements de soutien	20 937 408 \$	20 937 408 \$	20 937 408 \$	20 937 408 \$	0 \$	20 000 000 \$
1.5.3 Mobilier	22 161 781 \$	22 161 781 \$	22 161 781 \$	22 161 781 \$	19 000 000 \$	19 000 000 \$
1.5.4 Centre de recherche	51 078 145 \$	51 078 145 \$	51 078 145 \$	51 078 145 \$	41 000 000 \$	41 000 000 \$
Sous-total :	225 703 199 \$	249 477 334 \$	225 703 199 \$	249 477 334 \$	141 000 000 \$	247 800 000 \$
1.6 Travaux d'infrastructures						
1.6.1 Services publics	5 000 000 \$	5 000 000 \$	20 000 000 \$	20 000 000 \$	0 \$	0 \$
1.6.2 Mitigation véhiculaire	0 \$	2 000 000 \$			20 020 000 \$	54 000 000 \$
1.6.3 Tunnel métro et divers	0 \$	42 500 000 \$	0 \$	2 500 000 \$	0 \$	2 800 000 \$
Sous-total :	5 000 000 \$	49 500 000 \$	20 000 000 \$	22 500 000 \$	20 020 000 \$	56 800 000 \$
1.7 Frais administratifs						
1.7.1 Formation personnel (remplacement)	inclus dans 1.7.6	14 000 000 \$	inclus dans 1.7.6	13 000 000 \$	inclus dans 1.7.6	12 160 000 \$
1.7.2 Commissioning	inclus dans 1.7.6	2 400 000 \$	inclus dans 1.7.6	2 400 000 \$	inclus dans 1.7.6	2 400 000 \$
1.7.3 Déménagement	inclus dans 1.7.6	6 000 000 \$	inclus dans 1.7.6	6 000 000 \$	16 485 000 \$	6 000 000 \$
1.7.4 SICHUM / SICUSM	0 \$	32 714 289 \$	0 \$	32 714 289 \$	0 \$	22 114 937 \$
1.7.5 Équipe de gestion CHU 2003/2004	0 \$	1 500 000 \$	0 \$	1 500 000 \$	0 \$	1 500 000 \$
1.7.6 Équipe CHU 2004/2010	13 500 000 \$	15 000 000 \$	13 500 000 \$	15 000 000 \$	30 000 000 \$	15 000 000 \$
Sous-total :	13 500 000 \$	71 614 289 \$	13 500 000 \$	70 614 289 \$	46 485 000 \$	59 174 937 \$
Total CHU :	1 196 504 513 \$	1 534 509 499 \$	1 156 724 725 \$	1 430 291 102 \$	1 098 854 000 \$	1 310 762 635 \$

	CHUM-6000		CHUM-1000		CUSM	
	700 lits - 275 181 m ²		650 lits - 253 476 m ²		608 lits - 219 098 m ²	
	Établissement	Commission	Établissement	Commission	Établissement	Commission
2. Site complémentaire (centre-ville)						
2.1 Rénovation / Réaménagement						
2.1.1 Travaux de base	33 928 480 \$	33 928 480 \$	45 565 000 \$	45 565 000 \$		
2.1.2 Contingences	5 089 272 \$	5 089 272 \$	6 834 750 \$	6 834 750 \$		
2.1.3 Honoraires	5 462 485 \$	5 462 485 \$	7 335 965 \$	7 335 965 \$		
2.1.4 Maintien des activités	8 000 000 \$	8 000 000 \$	10 000 000 \$	10 000 000 \$		
Sous-total :	52 480 237 \$	52 480 237 \$	69 735 715 \$	69 735 715 \$	0 \$	
2.2 Technologie information	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	
2.3 Équipements / Mobilier	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	
Total site complémentaire :	52 480 237 \$	52 480 237 \$	69 735 715 \$	69 735 715 \$	0 \$	52 105 000 \$
3. Sites excédentaires						
3.1 Travaux / démolition	0 \$	0 \$	0 \$	0	0 \$	0 \$
3.3 Honoraires	0 \$	0 \$	0 \$	0	0 \$	0 \$
3.4 Coûts de maintien / transition	0 \$	5 860 000 \$	0 \$	865 000 \$	0 \$	2 420 000 \$
Total sites excédentaires :	0 \$	5 860 000 \$	0 \$	865 000 \$	0 \$	2 420 000 \$
Coût 2004-Trimestre I	1 248 984 750 \$	1 592 849 736 \$	1 226 460 440 \$	1 500 891 817 \$	1 098 854 000 \$	1 365 287 635 \$
TPS et TVQ	non disponible		non disponible		non disponible	
Étalement coût 2004-2010		159 284 974 \$		225 133 772 \$		136 528 763 \$
Coût projet 2004-2010		1 752 134 709 \$		1 726 025 589 \$		1 501 816 398 \$
4 Complémentarité CHUM/ CUSM/Réseau ou PPP						
4.1 Services alimentaires	à évaluer	à évaluer	à évaluer	à évaluer	à évaluer	à évaluer
4.2 Buanderie	à évaluer	à évaluer	à évaluer	à évaluer	à évaluer	à évaluer
4.3 Centrale thermique	à évaluer	à évaluer	à évaluer	à évaluer	à évaluer	à évaluer
4.4 Stationnement						
4.4.1 Travaux de base		60 575 940 \$		98 675 662 \$		59 964 195 \$
4.4.2 Contingence de design		6 057 594 \$		9 867 566 \$		5 996 420 \$
4.4.3 Contingences de construction		1 332 671 \$		2 170 865 \$		1 319 212 \$
4.4.4 Conditions générales de chantier		5 097 465 \$		8 303 557 \$		5 045 987 \$
4.4.5 Gérance de construction		2 191 910 \$		3 570 529 \$		2 169 774 \$
4.4.6 Honoraires		9 030 670 \$		14 710 582 \$		8 939 471 \$
Total :	45 000 000 \$	84 286 250 \$	50 000 000 \$	137 298 761 \$		83 435 059 \$
Total rapport CHU déc. 2003 :	1 293 984 750 \$		1 276 460 440 \$		1 098 854 000 \$	
5. Certification LEED (bâtiment, stationnement et aménagements ext.)						
		60 552 175 \$		64 108 707 \$		51 101 195 \$

ANNEXE 5

DESCRIPTION DES IMMEUBLES EXISTANTS AU CHUM

	St-Luc	Notre-Dame	Hôtel-Dieu	Total
1. Places de stationnement	487	838	732	2 057
2. Pavillons	5	9	8	22
3. Terrain, superficie (m ²)	23 964	45 959	33 563	103 486
4. Immeubles, superficie (m ²)	86 847	133 314	69 129	289 290
5. Évaluation foncière - terrain	9,6 M \$	8,3 M \$	9,3 M \$	27,2 M \$
6. Évaluation foncière - bâtiments	64,7 M \$	121,8 M \$	39,8 M \$	226,3 M \$
7. Total 6+7 : Évaluation immeuble	74,3 M \$	130,1 M \$	49,1 M \$	253,5 M \$
8. En lieu de taxes (2004)	1,3 M \$	2,2 M \$	0,8 M \$	4,3 M \$

Sources : Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir du Québec ; Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal, CHUM, Rapport BPR.

ANNEXE 6

DESCRIPTION DES IMMEUBLES EXISTANTS AU CUSM

	HGM	HME	HRV	ITM	HNM	Total
1. Places de stationnement	1 100	838	1 200	92	16	3 246
2. Pavillons	12	7	12	4	5	40
3. Terrain, superficie (m ²)	48 699	14 081	141 645	5 600	5 900	215 925
4. Bâtiments, superficie (m ²)	102 211	47 265	110 570	15 109	25 687	300 842
5. Évaluation foncière - terrain	13,2 M \$	6,5 M \$	17,3 M \$	1,8 M \$		38,8 M \$
6. Évaluation foncière - bâtiments	69,7 M \$	27,6 M \$	74,3 M \$	8,5 M \$		180,1 M \$
7. Total 6+7 : Évaluation immeuble	82,9 M \$	34,1 M \$	91,8 M \$	10,3 M \$		219,1 M \$
8. En lieu de taxes	1,4 M \$	0,6 M \$	1,6 M \$	0,2 M \$		3,8 M \$

Sources : Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir du Québec ; Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal, CUSM, Rapport Roy-LGL.

ANNEXE 7

LA LISTE DES CONSEILLERS MANDATÉS ET CONSULTÉS

ABCP architecture + urbanisme	InfoVeille Santé Itée
André Ibgby Architecte	Lamothe, Lise, Ph.D.
Beauchemin, Bouchard et Associés inc,	Legros, Guy, M.D.
Bélanger, Vianney	Lemieux, Renald, M.Ing., Ph.D.
Bordeleau, Luc	Martin, Patrick
Bourbonnais, Pierre-Paul	Michel Lemoine, expert-conseil
BPR Groupe Conseil	Morin, Jean E., M.D.
Champagne, François, Ph.D.	Poirier, Claude, Ing., M.D., M.Sc.
Contandriopoulos, André-Pierre, Ph.D.	Provencher, Pierre
Constantineau, Francine	Roche construction
Daoust Lestage inc.	Rochon, Jean, LL, M.D., Ph.D.
Demers, Robert, Ph.D.	Roy LGL
Denis, Jean-Louis, Ph.D.	Saint-Cyr, Michel
Derome, Denis, Ing., M.Sc.A	Tran, Thu-cuc T.
Eckler associés Itée	Trottier, Louise-Hélène, Ph.D.
Gerbier, Marion	
Groupe HBA experts-conseils s.e.n.c.	
Groupe Pomerleau	

ANNEXE 8

LA LISTE DES RAPPORTS D'EXPERTISE

1. CHAPITRE 4 - UNE VISION D'AVENIR :

Les Grandes tendances et enjeux des centres hospitaliers universitaires de demain : une synthèse, InfoVeille Santé Itée, février 2004.

2. CHAPITRE 5 - LE REHAUSSEMENT DE LA MÉDECINE ACADÉMIQUE :

Les Enjeux du développement de la médecine académique, B.E.S.T (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé), Département d'administration de la santé, Université de Montréal, février 2004.

3. CHAPITRE 7 - LE CADRE FINANCIER, LES COÛTS D'IMMOBILISATION :

- *Superficies - coûts de construction – échéanciers*, Roche Construction, ABCP architecture+urbanisme, André lbghy Architecte, Groupe HBA experts-conseils s.e.n.c., Groupe Pomerleau, mars 2004.
- *Technologies de l'information, des télécommunications et de la téléphonie*, Beauchemin, Bouchard et Associés inc., février 2004.
- *Équipements médicaux spécialisés et du mobilier*, Lemieux, Renald et Delorme, Denis, mars 2004.

4. CHAPITRE 7- LE CADRE FINANCIER, LES COÛTS DE FONCTIONNEMENT :

Budgets d'opération, soins tertiaires, Eckler associés Itée, février 2004.

5. CHAPITRE 8 – L'EMPLACEMENT DES CHU :

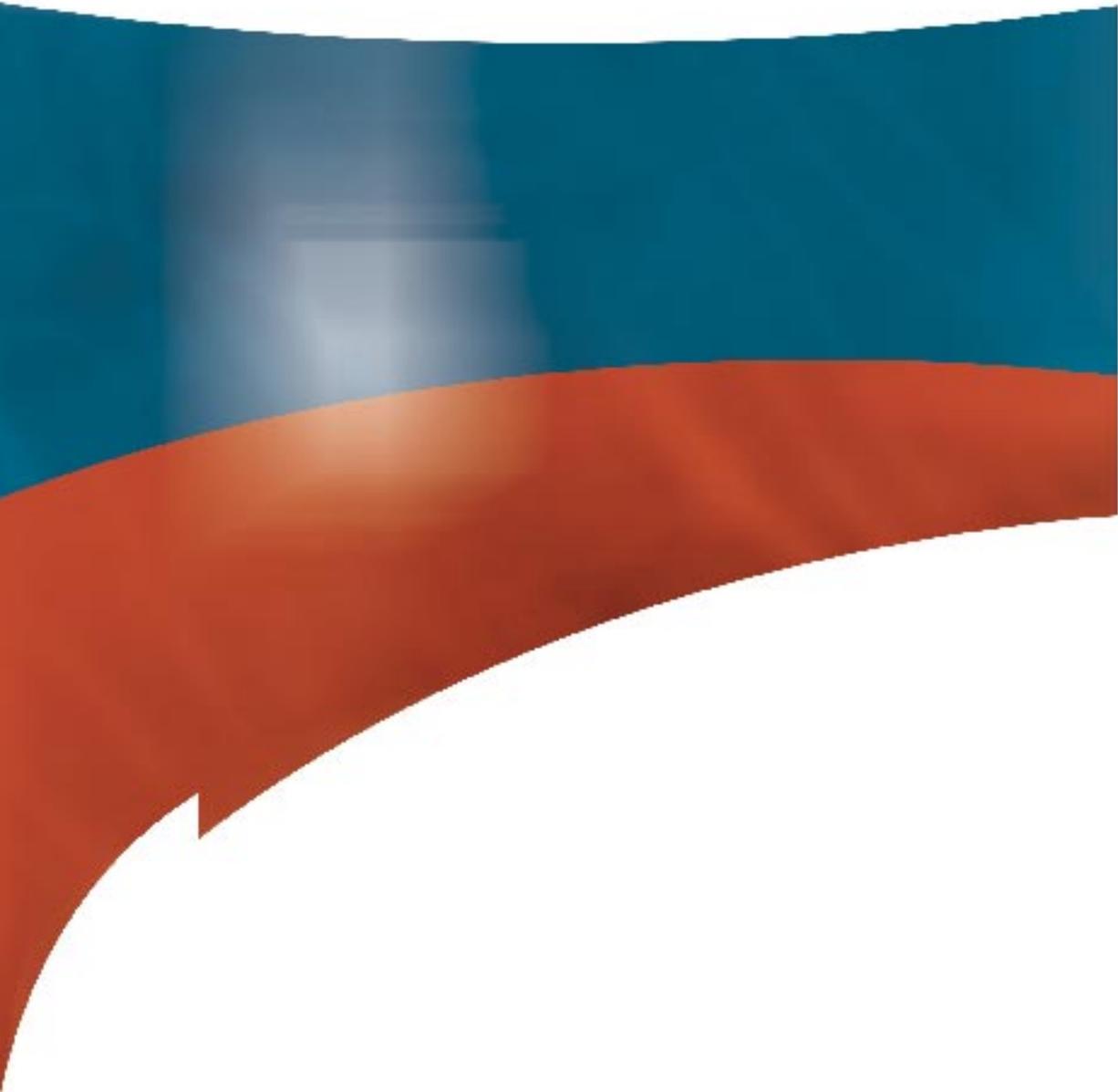
Impacts sur la trame urbaine des sites projetés, Daoust Lestage inc., février 2004.

6. CHAPITRE 9 – CONTRÔLE DES COÛTS ET GOUVERNANCE :

Contrôle des coûts, Michel Lemoine expert-conseil, février 2004.

Réutilisation des bâtiments excédentaires : CHUM, BPR Groupe-conseil, février 2004 ;

CUSM, Roy-LGL, février 2004.



Pour un téléchargement du rapport,
S.V.P. consultez l'adresse internet suivante :
www.msss.gouv.qc.ca