

# **Analyse de l'impact du projet hospitalier proposé par l'Université de Montréal**

François Champagne  
André-Pierre Contandriopoulos  
Raynald Pineault  
Astrid Brousselle  
Damien Contandriopoulos

1<sup>er</sup> décembre 2004

## Introduction

L'atteinte de l'efficacité dans notre système de santé doit se faire en maintenant un équilibre entre les principes d'équité et de respect des libertés individuelles. L'équité passe par l'instauration des soins et services généraux et spécialisés de proximité pour l'ensemble de la population, mais aussi par la centralité de la localisation des services ultra-spécialisés de façon à ce que d'une façon générale l'accès soit le meilleur possible pour le plus grand nombre. Il est, par ailleurs, primordial dans un système qui veut respecter les libertés individuelles et maintenir la possibilité des individus de choisir les professionnels et les milieux où ils désirent être traités de fonder l'analyse des besoins en services hospitaliers sur le choix des individus. Ce critère de choix est non seulement congruent avec la valeur de respect des libertés, mais est aussi essentiel pour incorporer dans le système une incitation permanente à l'amélioration en tenant compte des choix des consommateurs (Hirschman A.O. 1970).

En milieu urbain, le choix du lieu de consultation ne repose pas principalement sur la proximité géographique. L'accessibilité géographique est certainement un facteur, mais quand il existe un bon niveau général d'accessibilité, comme c'est le cas à Montréal qui compte un très grand nombre de choix possibles, la décision des individus est beaucoup moins influencée par la proximité géographique, et l'est beaucoup plus par d'autres facteurs comme l'affiliation du médecin, la langue, la culture, le milieu de travail, etc. Ce constat s'applique particulièrement pour les services de niveau spécialisé, et encore plus pour les services ultra-spécialisés.

Dans des systèmes complexes et des environnements turbulents où, par exemple, on peut assister à des innovations technologiques rapides et importantes, la planification des besoins ne peut se faire simplement en extrapolant la situation actuelle dans l'avenir en supposant toutes choses égales par ailleurs. Il faut tenir compte du fait que l'implantation du projet proposé se fera dans un contexte de réorganisation de l'ensemble des services hospitaliers de l'île de Montréal puisqu'il est prévu que le centre universitaire de santé de McGill change de localisation, et que la totalité du réseau hospitalier soit affecté par la création des Centres locaux de santé et de services sociaux. Ces modifications entraînent inévitablement modifier les habitudes de consultation. Dans de tels systèmes et environnements, une approche par scénarios plausibles fondés sur des hypothèses de changements technologiques et organisationnels est préférable (Schwartz, 1995) à l'extrapolation de la situation actuelle.

De nos jours, la capacité de production d'un hôpital repose largement sur le plateau technique et technologique dont il dispose. C'est ce plateau technique qui a une incidence directe sur la capacité de production de services cliniques, diagnostiques et autres, et qui rend possible la substitution entre différents modes de dispensation des soins (ambulatoires, de jour, d'hospitalisation, etc.). Le nombre de lits a certainement une valeur de plus en plus limitée comme norme du volume potentiel de services.

Le regroupement des disciplines, des expertises et des technologies, et le rapprochement de la clinique, de l'enseignement et de la recherche ont le potentiel de créer une synergie qui aura un impact important sur la qualité des soins et services, et permettra de mieux répondre aux besoins de la population.

## Le CHUM aujourd'hui

### *Les services offerts*

Le CHUM aujourd'hui comprend trois hôpitaux, l'Hotel-Dieu, St-Luc et Notre-Dame qui se répartissent sur trois sites situés au centre-ville de Montréal. Le CHUM offre des soins généraux, spécialisés et ultra-spécialisés. Le tableau 1 ci-dessous illustre la distribution des admissions selon les niveaux d'accès et le type de soins. Le niveau 1 d'accès fait référence aux soins qui nécessitent une infrastructure de base, le niveau 2 concerne les soins spécialisés qui nécessitent une infrastructure de niveau régional, et le niveau 3 fait référence aux services ultra-spécialisés (niveau tertiaire). Il s'agit d'un gradient d'intensité des technologies requises. Les données nous indiquent que 53,53% des admissions au CHUM concernent des soins nécessitant une infrastructure de base, 33,27% des admissions nécessitent une infrastructure de niveau régional et 13,20 % des soins concernent des interventions ultra-spécialisées.

**Tableau 1: Pourcentage des admissions dans les trois hôpitaux du CHUM, 2002-2003**

	Niveau d'accès (%)				Type de soins (%)			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau3	Total	Admis	Med. 1 jour	Chir. 1 jour	Total
Hotel-Dieu	50.80	37.20	12.00	100.00	54.40	9.80	35.70	100.00
Notre-Dame	45.40	38.40	16.20	100.00	49.30	12.30	38.40	100.00
Saint-Luc	63.60	25.60	10.70	100.00	61.50	8.50	30.10	100.00
CHUM	53.53	33.27	13.20	100.00	55.06	10.30	34.64	100.00

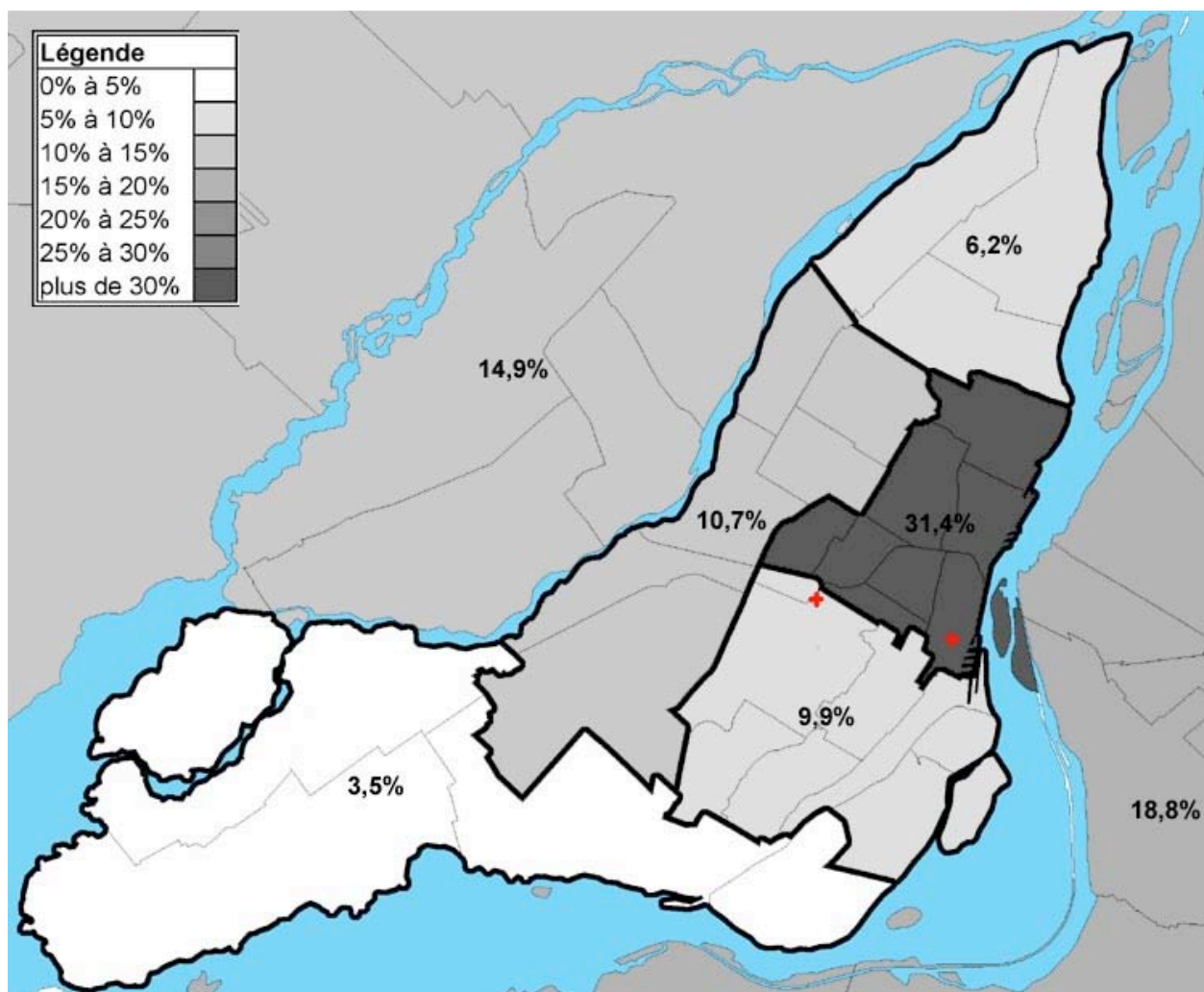
La catégorie type de soins indique la nature des admissions dans les hôpitaux du CHUM. Les données montrent que 34,64% concerne les interventions pour une chirurgie d'un jour et 10,30% concernent des interventions médicales qui nécessitent une admission d'au plus une journée. Seulement un peu plus de la moitié des admissions concernent des hospitalisations plus longues. Une grande partie des hospitalisations concerne donc les admissions de très courte durée, ce qui traduit l'utilisation de nouvelles technologies dans la pratique médicale.

### *Les clientèles*

Pour des fins d'analyse, nous avons regroupé les territoires de CLSC en 5 grandes catégories et les régions périphériques-nord et la Montérégie en 2 catégories (voir annexe 1).

Les données concernant l'attraction (totale) des clientèles montrent la diversité des provenances des personnes consultant au CHUM (dépendance de la ressource). Une part importante de sa clientèle provient de la région du Centre-Ville-Est (31,4%), mais une part également importante (33,7%) provient des régions périphériques Nord et de la Montérégie (14,9% et 18,8% respectivement). La part des admissions observées au CHUM et qui sont associées à une clientèle provenant de la périphérie de Montréal se comparent à celles observées pour le centre hospitalier de McGill.

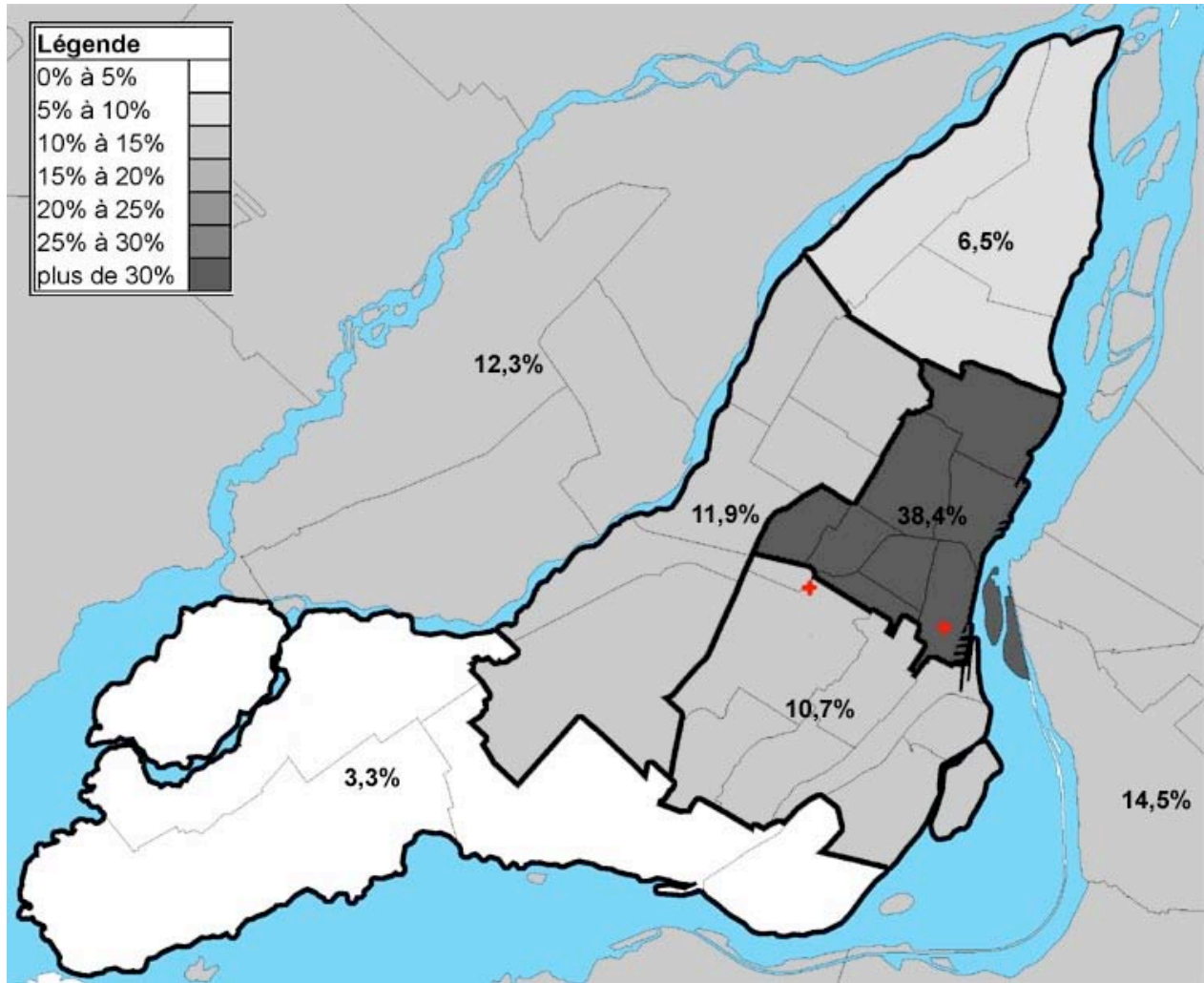
Carte 1 : Attraction totale des clientèles au CHUM par régions, 2002-2003



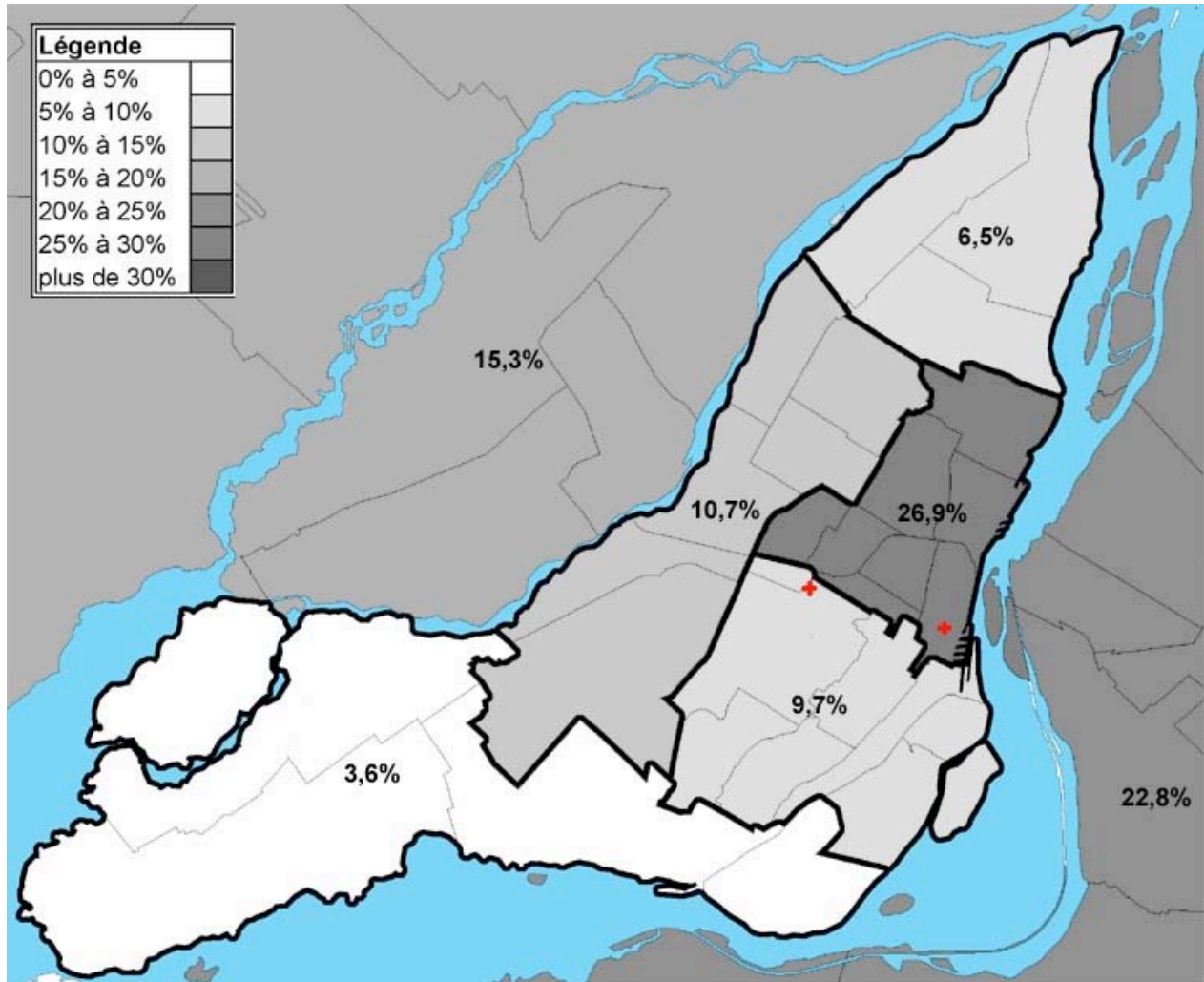
Sur les cartes, les localisations des hôpitaux de 300 et 700 lits sont indiquées en rouge.

Les profils de clientèles se précisent quand on analyse l'attraction par niveau de soins (voir cartes 2, 3 et 4). La clientèle provenant de la région Centre-Ville-Est représente 38,4% des admissions pour les soins de niveau 1, 26,9% des admissions de niveau 2 et 14,7% des admissions de niveau 3, c'est-à-dire pour des services ultra-spécialisés. Les régions extérieures à l'île de Montréal constituent 26,8% des admissions de niveau 1, 38,1% des admissions de niveau 2 et 51,6% des admissions de niveau 3. Ces chiffres montrent que, pour le niveau 1, la plus grande part de la clientèle du CHUM provient des territoires de proximité mais que sa clientèle s'étend géographiquement bien au delà des territoires de proximité. De plus, plus le degré de spécialisation de soins est élevé, plus la clientèle provient de territoires variés et plus la part que représentent les territoires de proximité est faible.

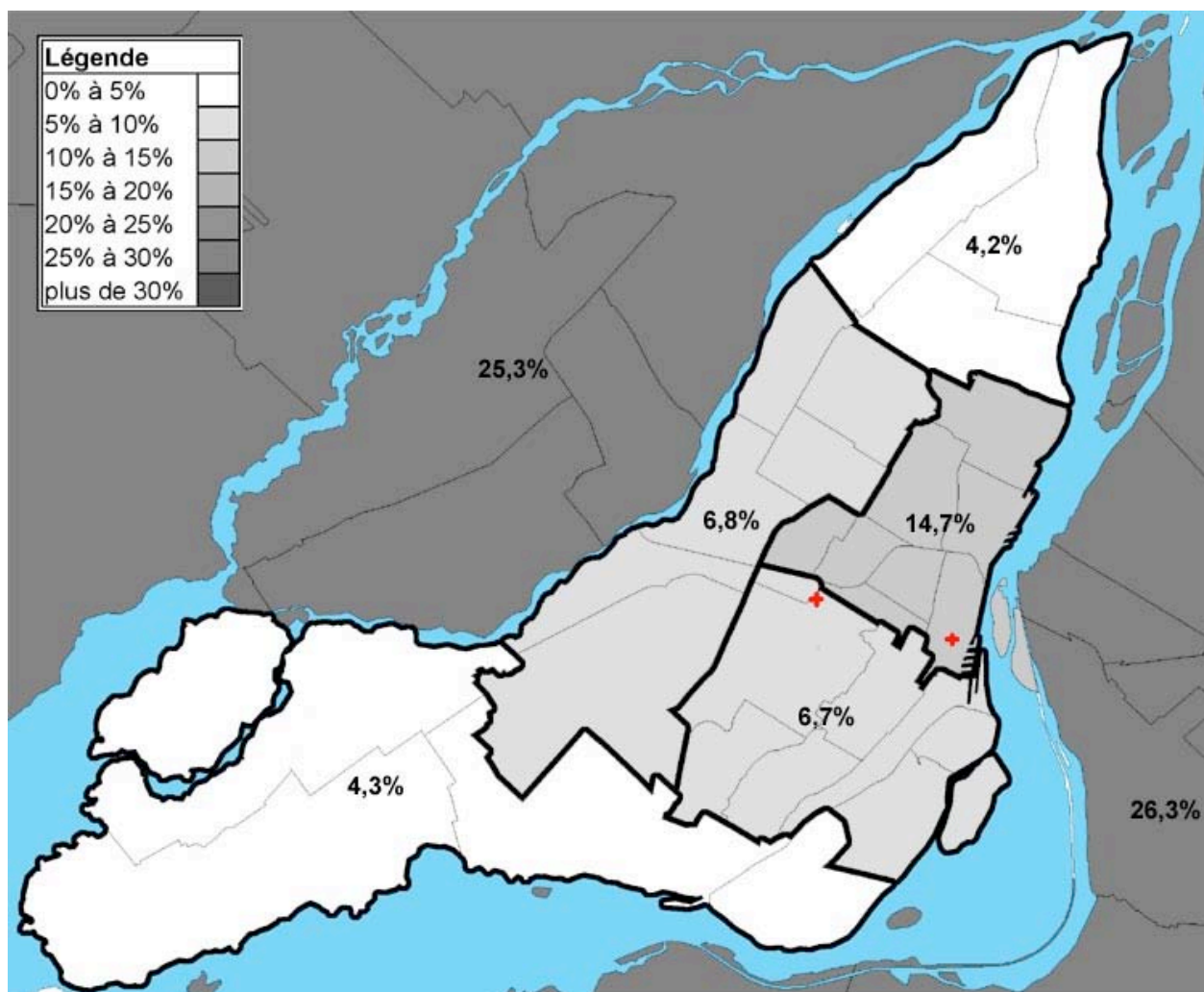
Carte 2 : Attraction des clientèles au CHUM par régions, niveau 1 (infrastructure de base), 2002-2003



Carte 3 : Attraction des clientèles au CHUM par régions, niveau 2 (niveau régional), 2002-2003



Carte 4 : Attraction des clientèles au CHUM par régions, niveau 3 (niveau spécialisé), 2002-2003

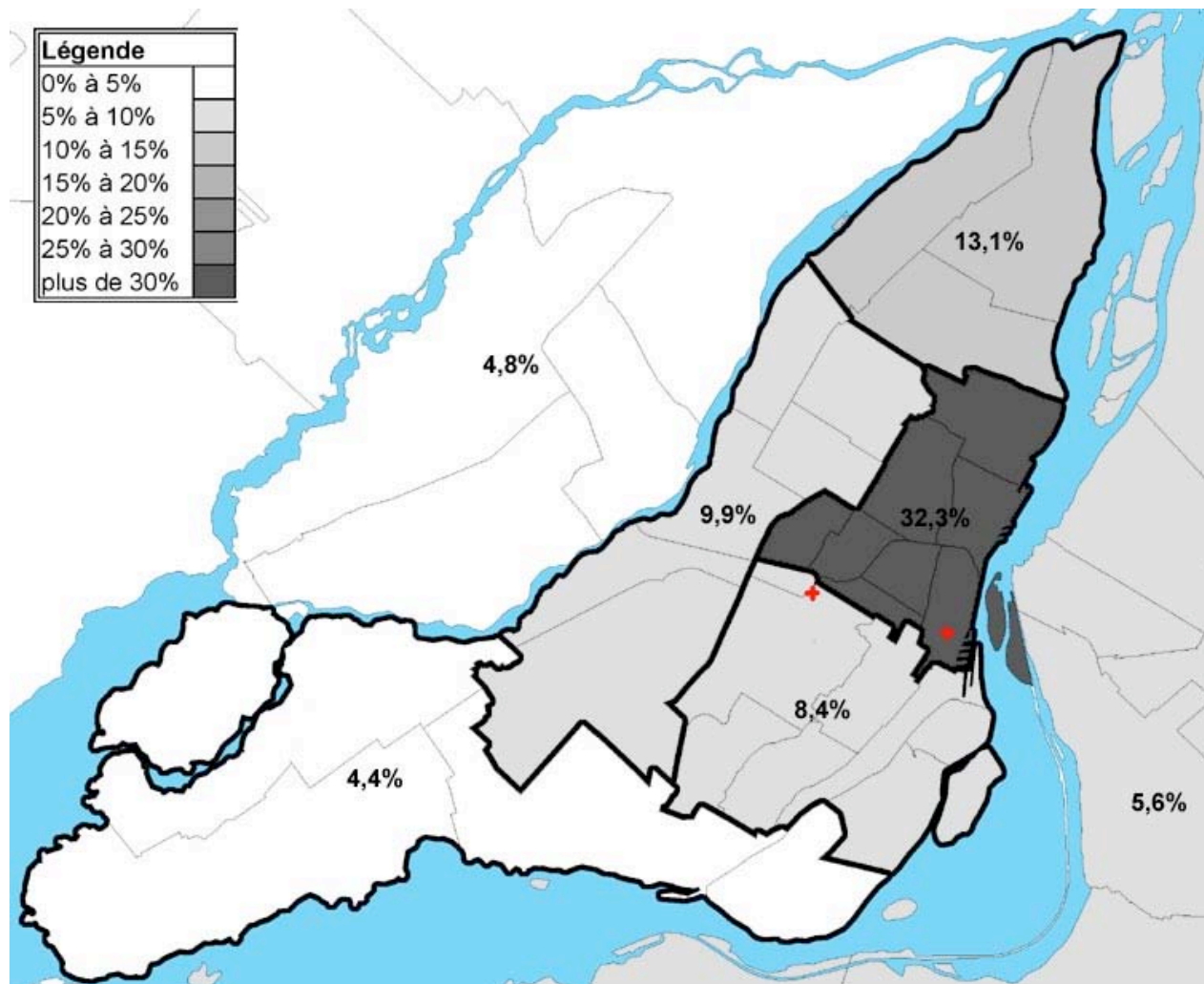


Plus le niveau de soins nécessite une intervention spécialisée, plus la part de la clientèle provenant de l'extérieur de Montréal devient importante. Ceci est cohérent avec l'idée qu'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés est un point de consultation important pour les clientèles de proximité, mais que la proximité géographique n'est plus un critère pour le choix du lieu de consultation quand les soins requis sont ultra-spécialisés.

Les données indiquent que pour le niveau 2, 26,9% des admissions proviennent des territoires de proximité (comparé à 38,4% pour le niveau 1) et que seulement 14,7 % de la clientèle de niveau 3 provient des territoires de proximité (Centre-ville-Est). Cette tendance s'inverse pour les territoires périphériques à l'île de Montréal. La Montérégie qui constituait 14,5% des admissions de niveau 1 au CHUM, représente 22,8% des admissions de niveau 2 et 26,3% des admissions de niveau 3. Le même phénomène se reproduit avec les régions au nord de l'île (Laval, Laurentides et Lanaudière). Cette région représente 12,3% des admissions de niveau 1, 15,3% des admissions de niveau 2 et 25,3% des admissions de niveau 3. Les régions périphériques représentent un tiers des admissions de niveau 1 mais plus de la moitié du niveau ultra-spécialisé.

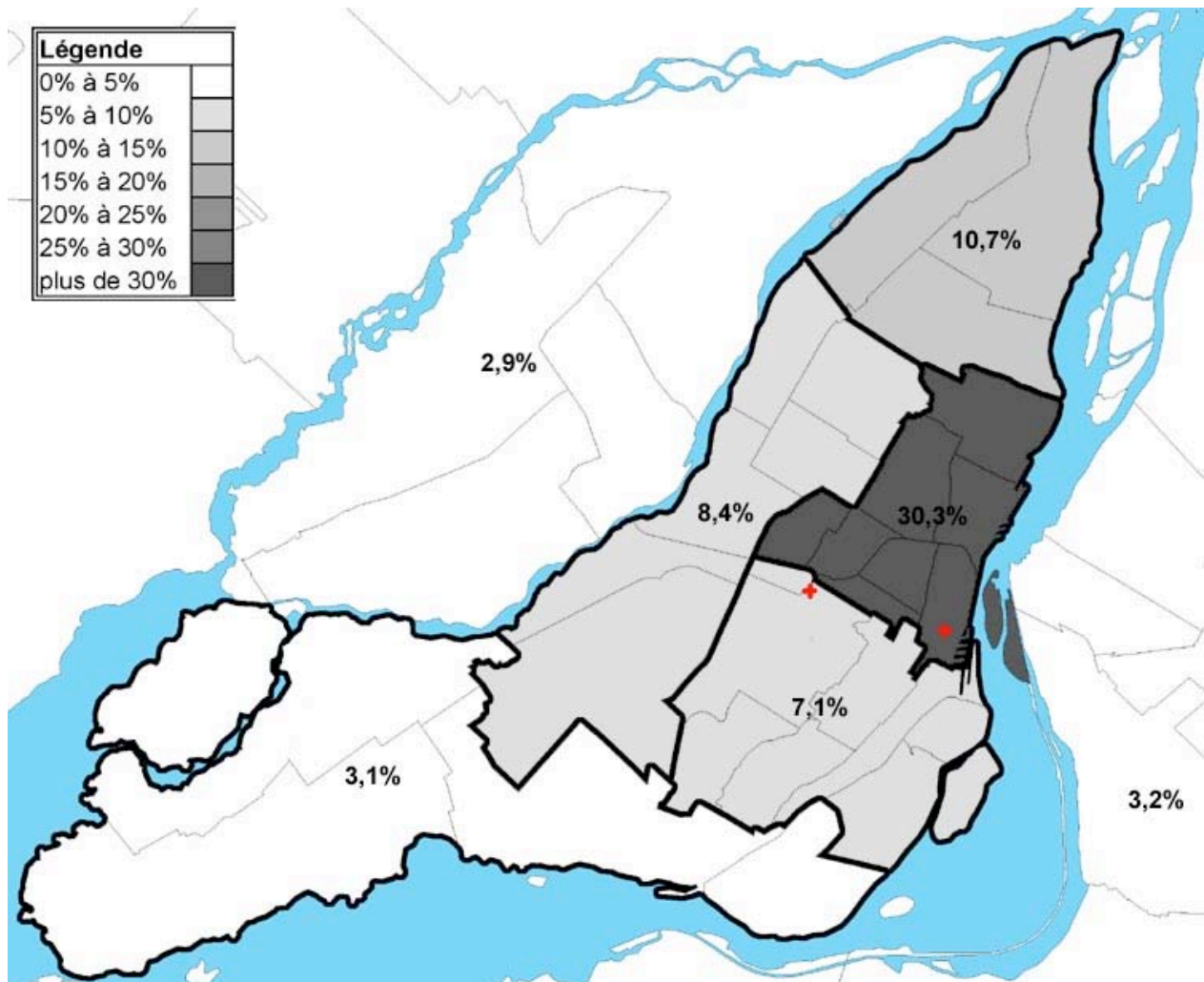
En termes de part de marché (dépendance de la population), le CHUM représente une ressource importante en soins hospitaliers pour les résidents de la région Centre-Ville-Est : 32,3% des hospitalisations de cette région se font au CHUM. Parmi les territoires de cette région, les territoires du Plateau-Mont-Royal et de Montréal-Centre-Sud sont ceux qui présentent les taux de dépendance envers le CHUM les plus élevés (58% et 66% respectivement). Le CHUM accueille 13,1% des hospitalisations de la région Est, 9,9% des hospitalisations du Nord de l'île, 8,4% des hospitalisations de la région Centre-Ville-Ouest et 4,4% des hospitalisations de la région Ouest. Alors que les données concernant l'attraction montraient qu'une part importante des admissions au CHUM provenaient des régions périphériques, les données de part de marché indiquent que cette part ne représente que 5,6% des hospitalisations en Montérégie et 4,8% des hospitalisations de la région Laval, Laurentides, Lanaudière.

Carte 5 : Parts de marchés totales du CHUM par régions, 2002-2003

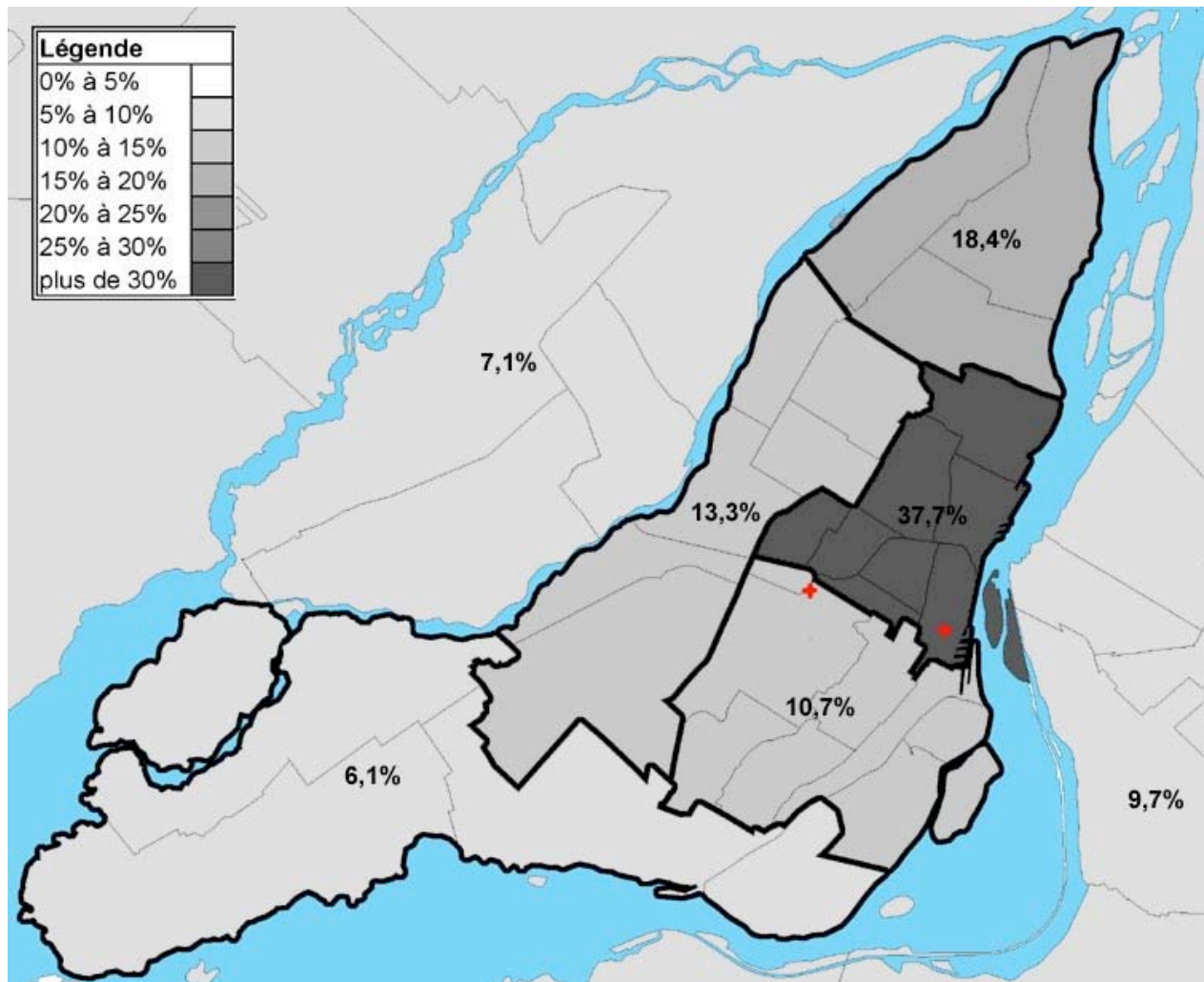


Les données pour les soins de niveau 1 indiquent que près du tiers des personnes de la région Centre-Ville-Est consultent au CHUM, mais que seulement 10,7% de la région Est de l'île consulte au CHUM. Cette proportion est encore moins importante pour le reste des territoires. Plus le niveau de soins requis est spécialisé, plus le CHUM attire une part de marché importante : les chiffres concernant le niveau 3 indiquent que le CHUM attire 34,5% de la clientèle de la région Centre-Ville-Est, 21,6% de celle de la Montérégie, 21,2% de celle de Laval, Laurentides, Lanaudières et autour de 15% de la clientèle des autres régions sur l'île de Montréal. Ceci reflète l'importance du CHUM en termes de soins spécialisés et ultra-spécialisés pour les clientèles, indépendamment de leur lieu de résidence. Quelle que soit la distance géographique, le CHUM a un pouvoir d'attraction associé au niveau de soins qu'il est mesure d'offrir.

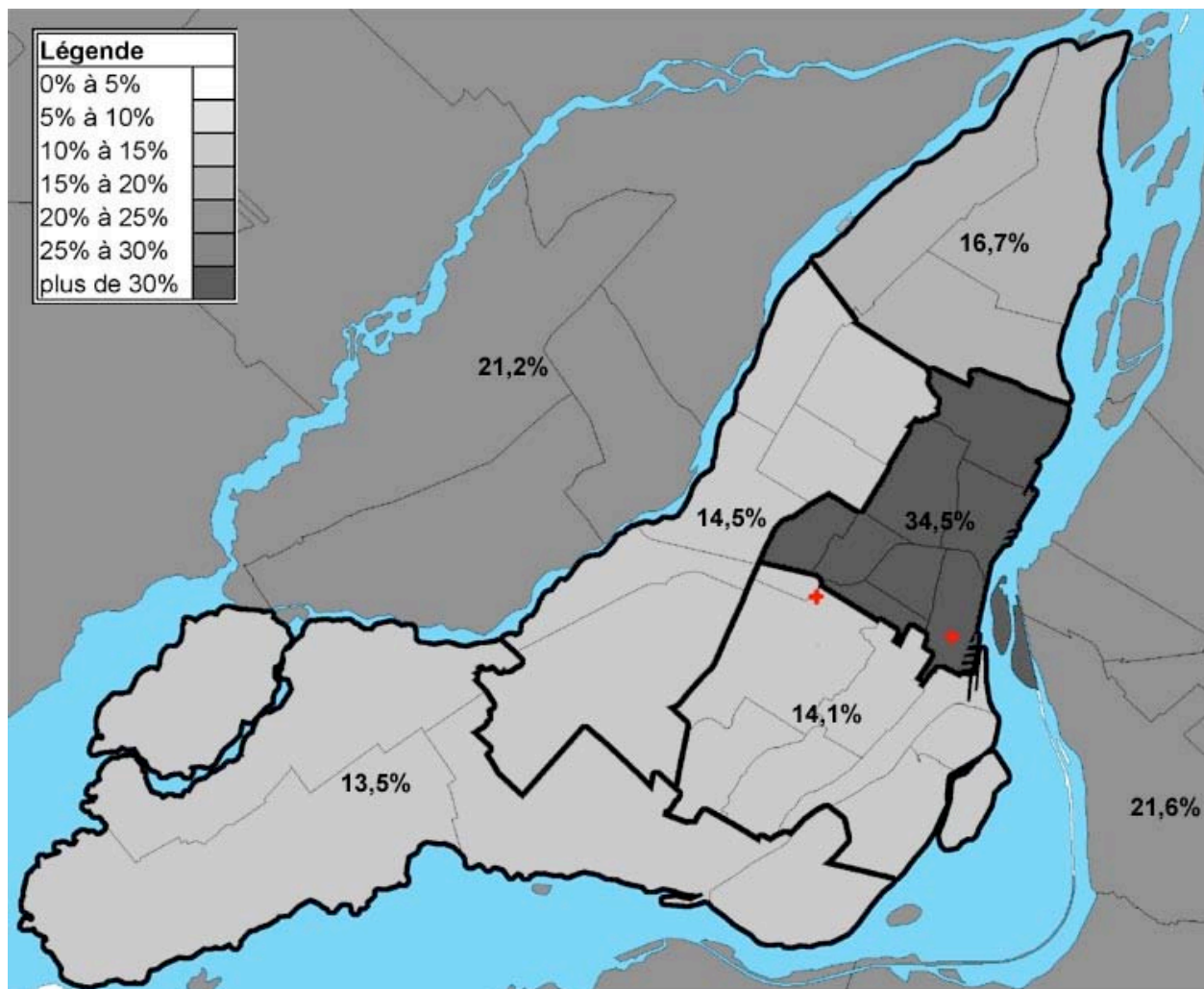
Carte 6 : : Parts de marché du CHUM par région, niveau 1 (infrastructure de base), 2002-2003



Carte 7 : Parts de marché du CHUM par région, niveau 2 (niveau régional), 2002-2003



Carte 8 : Parts de marché du CHUM par région, niveau 3 (niveau spécialisé), 2002-2003



L'analyse des données est en concordance avec la littérature en ce qui a trait à la localisation géographique et le niveau de spécialisation des soins et services à savoir que la proximité géographique a une certaine importance pour les soins généraux et spécialisés mais qu'elle n'est plus un critère déterminant pour les soins qui requièrent un haut niveau de spécialisation.

## L'hôpital universitaire de demain

Le projet proposé est de créer un centre hospitalier de 700 lits offrant des soins généraux, spécialisés et ultra-spécialisés sur le site d'Outremont et un nouvel hôpital de 300 lits au centre-ville qui contribuera à la mission académique de l'université et à la formation en sciences de la santé, notamment en médecine familiale, en médecine interne et en chirurgie générale.

Le CHUM a actuellement une triple mission de soins, d'enseignement et formation, et de recherche, missions qui doivent nécessairement fonctionner en synergie. La création d'un véritable campus universitaire en santé contribuera au rehaussement de la médecine académique tout en améliorant la réponse aux besoins de la population de Montréal et du Québec. Le projet proposé permet de repenser le CHUM en fonction de l'hôpital de demain dans lequel les plateaux techniques et technologiques (de diagnostic, de traitement et de l'information) seront des éléments essentiels, nécessitant un regroupement des expertises et exerçant une grande attraction auprès des clientèles pour les services nécessitant un tel niveau d'expertise. Dans cette perspective, la localisation du centre académique repose sur des critères qui dépassent largement celui de la proximité géographique dans le contexte urbain de Montréal. Il importe toutefois de se questionner sur l'impact d'un tel projet sur la réponse aux besoins de services pour la population de Montréal et de ses environs.

### *Impact sur l'accès aux soins généraux et spécialisés*

#### **Pour les territoires de proximité**

Le projet soumis prévoit l'établissement d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés au centre-ville (niveaux 1 et 2). Afin d'évaluer si cette proposition permet de combler les besoins en consultations pour des soins généraux et spécialisés des territoires actuels de proximité du CHUM, nous avons élaboré trois scénarios de prise en charge des besoins des réseaux 08 (Petite-Patrie et Villeray), 09 (Des-Faubourgs, Plateau-Mont-Royal, St-Louis-du-Parc), 11 (Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond, Rosemont) et 12 (Rivière-des-Prairies, Mercier-E/Anjou, PAT/Montréal-E). Tous les scénarios considèrent un taux d'occupation de 85%. Nous avons fait varier les durées de séjour, en considérant les durées actuelles et des durées plus courtes. Nous avons réparti les admissions actuelles au CHUM sur les deux sites en considérant que 50% des admissions resteraient au centre-ville pour les territoires 08, 11 et 12 et 75% pour le territoire 09. Ce choix reflète la mobilité des clientèles pour lesquelles le site d'Outremont rapprochera les services de leur lieu de résidence.

#### Scénario 1 (voir annexe 2):

169 lits sont requis pour desservir les clientèles des réseaux 08, 09, 11 et 12. Les durées moyennes de séjour sont les durées actuelles, de 7 jours pour le niveau 1, et de 10 jours pour le niveau 2.

Scénario 2 :

142 lits sont requis pour desservir les clientèles des réseaux 08, 09, 11 et 12. Les durées moyennes de séjour sont réduites légèrement, à 6 jours pour le niveau 1, et à 8 jours pour le niveau 2.

Scénario 3 :

121 lits sont requis pour desservir les clientèles des territoires 08, 09, 11 et 12. Les durées de séjour sont réduites à 5 jours pour le niveau 1, et à 7 jours pour le niveau 2. Elles sont comparables à ce qu'on observe actuellement dans les systèmes les plus performants.

Nos calculs démontrent qu'un hôpital de 300 lits au centre-ville peut amplement répondre aux besoins en termes de lits en services généraux et spécialisés de la population des territoires 08, 09, 11 et 12 en considérant les durées de séjour moyennes actuelles. Le nombre de lits requis indique qu'un hôpital de 300 lits dans cette région sera en mesure d'accueillir une proportion plus forte des clientèles sur les territoires considérés, mais aussi de continuer d'accueillir une part importante de la clientèle provenant de la Montérégie et des autres territoires de l'île de Montréal. Les calculs ont été effectués sur la base de la réponse aux besoins des territoires de proximité. La marge de manœuvre disponible entre le nombre de lits requis et le nombre de lits prévus permettra d'accueillir de nouvelles clientèles, soit suite à une modification des habitudes de consultations reliées à la réorganisation des services en cours, soit suite à des phénomènes d'autres nature, comme éventuellement, le vieillissement de la population.

Par ailleurs, les données récentes montrent que les durées de séjour et les taux d'hospitalisation en vigueur actuellement au Québec sont encore largement supérieurs à ce qui s'observe ailleurs (Feachem & al. 2002, Ham & al. 2003). Compte tenu, premièrement, des tendances actuelles en termes de diminution de durée de séjour, de développement des technologies et des services ambulatoires et, deuxièmement, des réformes concernant la mise en place des réseaux, on peut s'attendre à ce que les besoins en lits hospitaliers diminuent. Par contre, il faudrait doter cet hôpital des technologies diagnostiques et de traitement qui lui permettent d'offrir un niveau adéquat de services au niveau ambulatoire.

Notons également que l'implantation d'un hôpital au centre-ville centré sur les niveaux 1 et 2 de soins est cohérent avec le projet de création des réseaux locaux de services (Loi 25). Cet hôpital se prêterait très bien pour assurer la continuité des soins et rapprocher les services de la population du réseau 09.

Le centre hospitalier sur le site Outremont offrira également des services généraux et spécialisés en plus d'offrir des services ultra-spécialisés. Sa localisation permettra de rapprocher les services d'une part importante des résidents des territoires de St-Louis-du-Parc, du Plateau-Mont-Royal, mais aussi de ceux des territoires Petite-Patrie, Villeray, Rosemont, Olivier-Guimond, Mercier-Est/Anjou, Côte-des-Neiges et Parc-Extension qui seront alors mieux desservis. Cette nouvelle configuration dégagera d'une part de responsabilité, pour les niveaux 1, 2 et 3, les hôpitaux qui accueillent actuellement les clientèles de ces territoires, y compris l'hôpital du centre-ville. Le site Outremont permettra une meilleure réponse aux besoins pour les régions de Laval, Laurentides et Lanaudière. Pour refléter cette tendance, nous avons augmenté les parts de marché actuelles pour le niveau 2 de 5 points de pourcentage pour les réseaux 07 (Ahuntsic; Montréal-Nord), 08 (Petite-Patrie et Villeray), 10 (St-Léonard; St-Michel) ainsi que pour Laval, Lanaudière et Laurentides. Nous avons augmenté les parts de marché de 15 points de pourcentage pour ces

mêmes régions pour le niveau 3. Les calculs reposent donc sur la réponse à des besoins plus importants que ceux actuellement pris en charge par le CHUM en considérant, d'une part, que le changement de localisation attirera une partie des clientèles de proximité sur le site d'Outremont, et que, d'autre part, le CHUM verra sa clientèle augmenter suite au pouvoir d'attraction que peut représenter un centre hospitalier offrant des soins ultra-spécialisés au centre de Montréal pour les régions situées plus au nord et moins bien pourvues pour ce type de ressources. Tous les scénarios considèrent un taux d'occupation de 85%. Nous avons fait varier les durées de séjour, en considérant les durées actuelles et des durées de séjour plus courtes.

Scénario 1 (voir annexe 3):

642 lits sont requis pour desservir les clientèles majorées des territoires actuellement desservis. Les durées moyennes de séjour sont les durées actuelles, de 7 jours pour le niveau 1, et de 10 jours pour les niveaux 2 et 3.

Scénario 2 :

532 lits sont requis pour desservir les clientèles majorées des territoires actuellement desservis. Les durées moyennes de séjour sont réduites légèrement, à 6 jours pour le niveau 1, et à 8 jours pour les niveaux 2 et 3.

Scénario 3 :

458 lits sont requis pour desservir les clientèles majorées des territoires actuellement desservis. Les durées de séjour sont réduites à 5 jours pour le niveau 1, et à 7 jours pour les niveaux 2 et 3. Elles sont comparables à ce qu'on observe actuellement dans les systèmes les plus performants.

Un hôpital de 700 lits permettra de répondre non seulement aux besoins actuels de soins de niveau 1, 2 et 3, mais permettra également d'accueillir une nouvelle clientèle pour qui un centre de soins spécialisés avec une position au centre de l'île est un avantage. Les scénarios élaborés tiennent compte des admissions actuelles en anticipant une augmentation des consultations pour les territoires qui verraient leur accessibilité à des soins spécialisés et ultra-spécialisés améliorée par la centralité de l'hôpital à Outremont. Il faut aussi comprendre que les services hospitaliers sur l'île de Montréal sont actuellement en grande réorganisation et que deux événements majeurs viendront inévitablement modifier les habitudes de consultation, d'une part, l'organisation en réseaux locaux de santé et de services sociaux, d'autre part, la relocalisation de centre McGill associée à une réduction du nombre de lits disponibles. Il est tout à fait vraisemblable qu'une partie de la clientèle actuellement desservie par le centre de McGill décide de consulter à Outremont, et qu'une partie de la clientèle actuellement traitée dans les hôpitaux de l'île soit référée au centre de l'Université de Montréal pour les services ultra-spécialisés. Il ne faut pas négliger le pouvoir d'attraction que pourra représenter ce nouvel hôpital. L'ensemble de ces facteurs contribueront à créer une pression supplémentaire sur le nombre de lits requis.

### **Pour les populations défavorisées**

L'hôpital du centre-ville tout comme l'hôpital d'Outremont desserviront des populations plus défavorisées au niveau socio-économique (voir annexe 4). La proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu (définition de Statistique Canada) est de 47,5 % (Direction de la santé publique 2003) sur le territoire des Faubourgs (Mtl. Centre-Ville et Mtl. Centre-Sud ), et de 46% sur le territoire de Hochelaga-Maisonneuve. Cette population continuera d'être desservie par

l'hôpital au centre-ville, celui-ci ayant amplement la capacité de répondre aux besoins des territoires de proximité. De plus, un hôpital au centre-ville (réseau 09, Des-Faubourgs, Plateau-Mont-Royal, St-Louis-du-Parc) ayant une infrastructure de niveaux 1 et 2 permettra une articulation des soins cohérente avec l'organisation en réseaux locaux telle que prévue par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux et l'Agence de Montréal.

L'hôpital d'Outremont permettra de rapprocher les services généraux et spécialisés des populations défavorisées du territoire de Parc-Extension (52,1%), de St-Louis-du-Parc (34,2%), de Villeray (33,9%), de Petite-Patrie (36,7 %) et de Côte-des-Neiges (32,8%). Notons que ce dernier territoire est particulièrement hétérogène en termes de revenu par habitant et que le chiffre moyen ne rend pas compte de cette réalité. En effet, il comprend autant des quartiers à revenu élevé (Outremont, Ville Mont-Royal) que d'autres quartiers très défavorisés.

### **Pour les autres territoires**

Étant donné qu'un hôpital au centre-ville sera maintenu, les populations situées plus au sud pourront continuer d'avoir accès à des services généraux et spécialisés dans ce secteur. Les scénarios de calculs du nombre de lits nécessaires pour combler les besoins des territoires de proximité indiquent qu'un hôpital de 300 lits permettrait de couvrir les besoins autres que ceux associés directement à ces territoires. Nos calculs montrent qu'en répondant à l'ensemble des besoins de ce territoire, il reste un nombre de lits important pour accueillir les clientèles provenant des autres territoires. Il faut noter qu'une augmentation de la part de marché actuelle sur ces territoires signifierait un dégagement pour les centres hospitaliers qui accueillent actuellement ces clientèles.

Toutefois, il est vrai que la localisation d'un centre hospitalier à plus grande capacité sur le site Outremont risque de désavantager une partie de la population de la Montérégie qui voudrait aller à Outremont et qui consulte actuellement au CHUM pour des soins de niveau 1 et 2. Toutefois, ces personnes pourront continuer de consulter au centre-ville puisque l'hôpital de 300 lits sera en mesure d'accueillir cette clientèle. Cette localisation favorisera d'autres populations situées plus au nord. La localisation sur le site d'Outremont ne devrait pas avoir d'influence pour les résidents de la région de l'Ouest de l'île ni pour ceux de la région Est de l'île pour qui la distance à parcourir est équivalente d'autant que le site est bien desservi par les voies d'accès routières. Le Nord de l'île de Montréal sera avantagé, ce qui aura certainement pour conséquence de transférer une partie de la population de ces régions vers le nouvel hôpital. La région périphérique nord (Laurentides, Lanaudière et Laval) sera clairement avantagée par rapport au site actuel. On peut s'attendre à ce que l'augmentation du nombre d'admissions provenant des régions nord sur l'île de Montréal et des régions périphériques-Nord compensera pour la perte de clientèle provenant de la Montérégie. Étant donné que la Montérégie est bien pourvue en ressources hospitalières et qu'elle tend vers un degré plus complet d'autosuffisance, ce déplacement ne devrait pas affecter la qualité des soins reçus. Pour les régions au Nord de l'île Montréal, qui sont moins bien nanties en ressources hospitalières, cet accès amélioré constituera un avantage certain.

### ***Impact sur l'accès aux soins ultra-spécialisés***

Le critère de proximité n'est pas déterminant du choix pour les soins de niveau ultra-spécialisés. À ce titre, les données concernant le CHUM, comme celles concernant le Centre McGill, mettent particulièrement en valeur que l'attrait pour l'accès à des soins de niveau 3 ne dépend pas des questions géographiques. En effet, les données d'attraction montrent que plus le niveau des

infrastructures nécessaires aux soins est élevé, plus la part des personnes provenant de territoires éloignés croît. La centralité d'un centre de 3<sup>e</sup> ligne constitue toutefois un attrait en termes d'équité pour l'accessibilité des ressources. La localisation sur le site d'Outremont défavorisera légèrement, sur le plan de la distance, une partie de la clientèle provenant de Montérégie, mais favorisera les populations de Laval, des Laurentides et de Lanaudière. En 2003, on comptait 1760 admissions au CHUM de personnes provenant de la Montérégie et 1688 provenant des Laurentides, de Laval et de Lanaudière pour des services ultra-spécialisés. Cette perte en termes d'accessibilité à des services de niveau 3 du CHUM pour la Montérégie ne devrait pas affecter l'accessibilité à des soins ultra-spécialisés puisque cette région bénéficie maintenant de l'intégration de l'hôpital Charles LeMoynes à l'Université de Sherbrooke. Les régions au Nord de Montréal bénéficieront d'un accès amélioré aux infrastructures hospitalières de pointe d'autant qu'elles habitent dans des secteurs moins bien pourvus en ressources de 3<sup>e</sup> niveau. Notons également que ces régions sont celles où l'on observe la plus grande croissance démographique et, par conséquent, qu'elles constituent un bassin de population qui sera d'autant plus important dans les années à venir.

## Conclusion

Nos analyses montrent que le projet soumis permettra de répondre à l'ensemble des besoins des populations actuellement desservies par le CHUM. Un hôpital de 300 lits au centre-ville permettra de répondre aux besoins actuels et futurs de services de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> niveau, et constituera une plus-value pour la qualité des services puisqu'il pourra mieux s'arrimer à la logique de prise en charge des réseaux locaux de santé et de services sociaux. Ceci est d'autant plus important que les territoires Des Faubourgs, Plateau-Mont-Royal et St-Louis-du-Parc (09) et de Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont (11) n'ont pas d'hôpital de soins généraux et spécialisés de référence, c'est-à-dire un hôpital intégré au réseau local de santé et de services sociaux de leur territoire. Les populations plus défavorisées au niveau socio-économique continueront d'être suivies à proximité de leur lieu de résidence dans un hôpital moderne étroitement intégré à un centre local de santé et de services sociaux.

La localisation d'un hôpital sur le site d'Outremont rapprochera les services généraux et spécialisés d'une partie de sa clientèle habitant sur les territoires de proximité. Par ailleurs, l'hôpital d'Outremont, par sa localisation, permettra de répondre aux besoins des clientèles défavorisées de Parc-Extension, Côte-des-Neiges et St-Louis-du-Parc.

Les services de niveaux 3 seront désormais plus centraux favorisant l'équité d'accès particulièrement pour les populations provenant du nord de l'île et pour celles habitant les régions périphériques nord (Laval, Laurentides, Lanaudière). Ces régions sont moins bien pourvues en ressources hospitalières et présentent une croissance démographique élevée.

L'analyse montre que la proximité des services généraux et spécialisés sera maintenue et très probablement améliorée pour les régions à proximité des deux centres hospitaliers et que la centralité de la troisième ligne renforcera l'accessibilité pour les régions nord.

Finalement, le projet soumis, par la synergie qu'il créera entre la pratique, la recherche et l'enseignement favorisera la formation de professionnels de la santé exposés à des clientèles variées ainsi que le développement et l'adoption des nouvelles technologies, ce qui permet d'envisager des gains d'efficacité à moyen et long terme.

## Références

Direction de la santé publique (2003) Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu, CLSC de Montréal, 2001, <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Les29/faiblerevenu.html>

Données Med-Echo, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec.

Feachem, R.G.A., Sekhri N.K., White K.L. Dixon J., Berwick D.M., Enthoven A.C. (2002) Getting more for their dollar : a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente, *British Medical Journal*, (324) : 135-143.

Ham C., York N., Sutch S., Shaw K. (2003) Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme : analysis of routine data, *British Medical Journal* (327) : 1257.

Hirschman A.O. (1970) *Exit, Voice and Loyalty*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.

Schwartz P. (1995) *The art of the long view* : paths to strategic insight for yourself and your company, New-York, Doubleday.

## Annexe 1:

### *Description des regroupements des territoires des CLSC en 7 grandes régions*

<b>Régions</b>	<b>Territoires CLSC</b>
<b>OUEST</b>	Pierrefonds Dollars des Ormeaux Lasalle Lachine Lac St-Louis
<b>NORD</b>	St-Laurent Ahuntsic St-Michel Montréal-Nord Bordeau-Cartierville St-Léonard
<b>EST</b>	Rivière-des-Prairies Pointe-aux-Trembles Anjou Mercier-Est
<b>Centre-Ville EST</b>	Rosemont Mercier-Ouest Mtl-Centre-Sud Mtl-Centre-ville St-Louis-du-Parc Villeray PlateauMont-Royal Hochelaga-Maisonneuve Petite patrie
<b>Centre-ville Ouest</b>	Côte des neiges Métro Verdun St-Paul Snowdon Mont-Royal Notre-Dame-de-Grâces - Montréal-Ouest Parc Extension Pointe St Charles Côte-St-Luc St-Henri
<b>Région Nord</b>	Laval Lanaudière Laurentides
<b>Région Sud</b>	Montréal

**Annexe 2: Viabilité d'un hôpital de 300 lits au centre-ville pour couvrir les besoins des réseaux 08, 09, 11 et 12**

**Scénario 1:**  
**Durée moyenne de séjour: N1 = 7; N2 = 10**  
**Taux d'occupation: 85%**

Niveau d'accès	Admis		Part de marché (%)				Chir. 1 jour		Nb jours hospitt. requis		Nb lits requis		Total
	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N2	
Réseaux locaux													
08-Petite Patrie et Villieray	24	31,1	21,3	30	24	41,5	4899	2243	16	7	23		
09-Des-Faubourgs, Plateau-Mont-Royal, St-Louis-du-Parc	57,3	62,7	48,5	44,7	53,5	57,9	18421	8343	59	27	86		
11- Hochélaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond, Rosemont	24,7	29	22,4	16,4	25,3	37,2	8168	3809	26	12	39		
12- Rivière-des-Pratres, Mercier-E/Andou, PAT/Montréal-E	12,8	19,4	11,2	10,9	15,8	24,5	3810	2601	12	8	21		
<b>Total</b>													<b>169</b>

**Scénario 2:**  
**Durée moyenne de séjour: N1 = 6; N2 = 8**  
**Taux d'occupation: 85%**

Niveau d'accès	Admis		Part de marché (%)				Chir. 1 jour		Nb jours hospitt. requis		Nb lits requis		Total
	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N2	
Réseaux locaux													
08-Petite Patrie et Villieray	24	31,1	21,3	30	24	41,5	4223	1809	14	6	19		
09-Des-Faubourgs, Plateau-Mont-Royal, St-Louis-du-Parc	57,3	62,7	48,5	44,7	53,5	57,9	15862	6699	51	22	73		
11- Hochélaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond, Rosemont	24,7	29	22,4	16,4	25,3	37,2	7044	3062	23	10	33		
12- Rivière-des-Pratres, Mercier-E/Andou, PAT/Montréal-E	12,8	19,4	11,2	10,9	15,8	24,5	3288	2092	11	7	17		
<b>Total</b>													<b>142</b>

**Scénario 3:**  
**Durée moyenne de séjour: N1 = 5; N2 = 7**  
**Taux d'occupation: 85%**

Niveau d'accès	Admis		Part de marché (%)				Chir. 1 jour		Nb jours hospitt. requis		Nb lits requis		Total
	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N2	
Réseaux locaux													
08-Petite Patrie et Villieray	24	31,1	21,3	30	24	41,5	3548	1592	11	5	17		
09-Des-Faubourgs, Plateau-Mont-Royal, St-Louis-du-Parc	57,3	62,7	48,5	44,7	53,5	57,9	13302	5877	43	19	62		
11- Hochélaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond, Rosemont	24,7	29	22,4	16,4	25,3	37,2	5921	2689	19	9	28		
12- Rivière-des-Pratres, Mercier-E/Andou, PAT/Montréal-E	12,8	19,4	11,2	10,9	15,8	24,5	2767	1838	9	6	15		
<b>Total</b>													<b>121</b>

**Analyse de l'impact du projet hospitalier proposé par l'Université de Montréal**

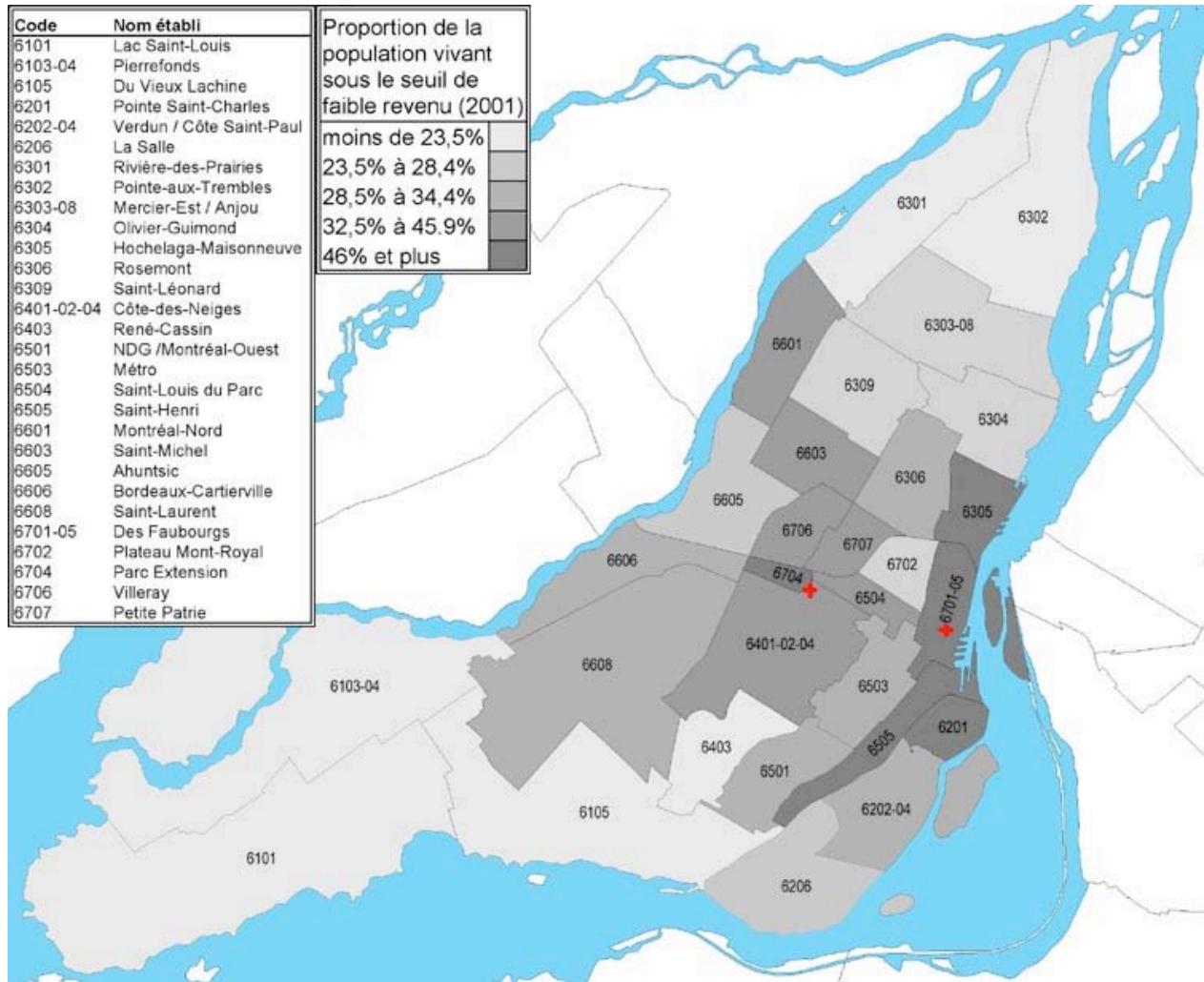
**Annexe 3: Viabilité d'un hôpital de 700 lits à Outremont pour couvrir l'ensemble des besoins**

Scénario 1: Durée moyenne de séjour: N1 = 7; N2 = 10; N3 = 10 Taux d'occupation: 83%	Niveau d'accès			Part de marché (%)			Chir. 1 jour			Nb jours hospit. requis			Nb lits requis			Total
	N1	N2	N3	N1	N2	N3	N1	N2	N3	N1	N2	N3	N1	N2	N3	
Réseauux locaux et régions	2.1	4.1	5.4	2.4	3.7	3.9	2.6	3.6	1.6	1.83	958	391	4	3	1	8
01- Penitenciers, LaSalle	4.4	12.7	21.1	5.8	13.3	28.8	5.1	5.9	2.5	2198	2390	1273	4	8	19	
02- Lesallie, Du-Vieux-lachine	8.7	15.9	22.2	10	17.6	27.6	10.4	11.5	4.3	4686	3391	1357	15	7	4	
03- Verdun/Cote-St-Paul, St-Henri; Pointe-St-Charles	3.6	4.1	3.6	1.8	3.4	4.5	4.5	4.8	1.6	1525	762	218	5	2	30	
04- René-Cassin, NDG/MontrealO	6.7	13.4	11.3	6.7	6.9	7.4	10.6	15.1	2.4	6360	3725	1090	20	4	36	
05- Côte-des-Neiges; Métro; Parc-Extension	4.7	7.5	6.4	3.8	4.8	10.9	8	8.8	2.8	2136	1237	383	4	4	36	
06- Nord-de-Ille, St-Laurent	10.8	21.1	27.3	9.4	13.3	15.8	14.5	21.4	3.9	7199	5081	2033	23	4	12	
07- Ahuntsic; Montréal-Nord	2.4	36.1	50.1	21.3	30	24.4	24	41.5	40	4899	1237	303	16	16	46	
08-Parde Patric et Villery	5.3	62.7	57.8	48.5	44.7	45.9	24	57.9	3.9	6476	2592	1963	30	6	6	
09-Das-Franbours, Plateau Mont-Royal, St-Louis-du-Parc	9.9	19.5	26.2	8.8	11	10	10.6	17.9	3.4	5099	2863	3296	16	9	8	
10- St-Léonard; St-Michel	24.7	29	23.5	22.4	16.4	16.5	15.8	37.2	30.6	8168	3809	2274	12	12	6	
11- Hôpital-de-Maisonave, Olivier-Guimond, Rosemont	12.8	19.4	12.5	11.2	10.9	13	15.3	24.5	13	3810	2601	1304	12	8	7	
12- Rivière-des-Pratras, Mercier-EAnjou, PAT/Montreal-E	8	19.4	28.5	5.4	13.6	11	29.4	16.8	3.3	3890	4670	3620	13	15	25	
Laval	5.4	31.3	43.6	16.3	29.4	15.7	27.6	26.6	3.3	3139	5109	4888	10	16	46	
Laurandire	21	31.3	33.7	13.3	23.3	26.8	22.3	17.6	55.6	3594	5531	4855	12	18	45	
Laurandides	15.4	25.1	25.4	16.9	23.3	26.8	20.6	29.1	37.7	13316	18739	9798	43	60	135	
Montérégie	18.7	31.1	25.4	16.9	23.3	26.8	20.6	29.1	37.7	2934	5058	4880	9	16	41	
Autre																
<b>Total</b>																<b>642</b>

Scénario 2: Durée moyenne de séjour: N1 = 6; N2 = 8; N3 = 8 Taux d'occupation: 83%	Niveau d'accès			Part de marché (%)			Chir. 1 jour			Nb jours hospit. requis			Nb lits requis			Total
	N1	N2	N3	N1	N2	N3	N1	N2	N3	N1	N2	N3	N1	N2	N3	
Réseauux locaux et régions	2.1	4.1	5.4	2.4	3.7	3.9	2.6	3.6	1.6	1105	770	315	4	2	1	7
01- Penitenciers, LaSalle	4.4	12.7	21.1	5.8	13.3	28.8	5.1	5.9	2.5	1893	1922	1029	6	6	16	
02- Lesallie, Du-Vieux-lachine	8.7	15.9	22.2	10	17.6	27.6	10.4	11.5	4.3	4035	2227	1095	13	9	25	
03- Verdun/Cote-St-Paul, St-Henri; Pointe-St-Charles	3.6	4.1	3.6	1.8	3.4	4.5	4.5	4.8	1.6	1310	612	176	2	2	7	
04- René-Cassin, NDG/MontrealO	6.7	13.4	11.3	6.7	6.9	7.4	10.6	15.1	2.4	5470	2987	876	18	10	30	
05- Côte-des-Neiges; Métro; Parc-Extension	4.7	7.5	6.4	3.8	4.8	10.9	8	8.8	2.8	1838	993	311	3	3	10	
06- Nord-de-Ille, St-Laurent	10.8	21.1	27.3	9.4	13.3	15.8	14.5	21.4	3.9	6192	4078	1633	20	20	38	
07- Ahuntsic; Montréal-Nord	2.4	36.1	50.1	21.3	30	24.4	24	41.5	40	4223	2088	1575	13	13	5	
08-Parde Patric et Villery	5.3	62.7	57.8	48.5	44.7	45.9	24	57.9	3.9	6233	2315	1575	7	7	35	
09-Das-Franbours, Plateau Mont-Royal, St-Louis-du-Parc	9.9	19.5	26.2	8.8	11	10	10.6	17.9	3.4	4864	3288	2648	14	14	24	
10- St-Léonard; St-Michel	24.7	29	23.5	22.4	16.4	16.5	15.8	37.2	30.6	7044	3062	1828	23	10	28	
11- Hôpital-de-Maisonave, Olivier-Guimond, Rosemont	12.8	19.4	12.5	11.2	10.9	13	15.3	24.5	11	3346	2092	1052	11	11	21	
12- Rivière-des-Pratras, Mercier-EAnjou, PAT/Montreal-E	8	19.4	28.5	5.4	13.6	11	29.4	16.8	3.3	3346	3751	2906	9	9	32	
Laval	5.4	31.3	43.6	16.3	29.4	15.7	27.6	26.6	3.3	4419	4732	4732	12	12	37	
Laurandire	21	31.3	33.7	13.3	23.3	26.8	22.3	17.6	55.6	3066	4440	3903	10	10	37	
Laurandides	15.4	25.1	25.4	16.9	23.3	26.8	20.6	29.1	37.7	11474	15065	922	14	13	15	
Montérégie	18.7	31.1	25.4	16.9	23.3	26.8	20.6	29.1	37.7	2531	4064	11474	8	49	26	
Autre																
<b>Total</b>																<b>532</b>

Scénario 1: Durée moyenne de séjour: N1 = 5; N2 = 7; N3 = 7 Taux d'occupation: 83%	Niveau d'accès			Part de marché (%)			Chir. 1 jour			Nb jours hospit. requis			Nb lits requis			Total
	N1	N2	N3	N1	N2	N3	N1	N2	N3	N1	N2	N3	N1	N2	N3	
Réseauux locaux et régions	2.1	4.1	5.4	2.4	3.7	3.9	2.6	3.6	1.6	927	676	277	3	2	1	6
01- Penitenciers, LaSalle	4.4	12.7	21.1	5.8	13.3	28.8	5.1	5.9	2.5	1588	1688	907	5	5	13	
02- Lesallie, Du-Vieux-lachine	8.7	15.9	22.2	10	17.6	27.6	10.4	11.5	4.3	3384	2395	964	11	8	22	
03- Verdun/Cote-St-Paul, St-Henri; Pointe-St-Charles	3.6	4.1	3.6	1.8	3.4	4.5	4.5	4.8	1.6	1095	48	537	1	1	0	
04- René-Cassin, NDG/MontrealO	6.7	13.4	11.3	6.7	6.9	7.4	10.6	15.1	2.4	4580	2618	769	15	5	26	
05- Côte-des-Neiges; Métro; Parc-Extension	4.7	7.5	6.4	3.8	4.8	10.9	8	8.8	2.8	1540	871	275	8	8	9	
06- Nord-de-Ille, St-Laurent	10.8	21.1	27.3	9.4	13.3	15.8	14.5	21.4	3.9	5185	3576	1433	12	12	22	
07- Ahuntsic; Montréal-Nord	2.4	36.1	50.1	21.3	30	24.4	24	41.5	40	3548	1856	1381	6	6	33	
08-Parde Patric et Villery	5.3	62.7	57.8	48.5	44.7	45.9	24	57.9	3.9	4769	2041	2324	7	7	33	
09-Das-Franbours, Plateau Mont-Royal, St-Louis-du-Parc	9.9	19.5	26.2	8.8	11	10	10.6	17.9	3.4	3669	2598	1605	15	15	24	
10- St-Léonard; St-Michel	24.7	29	23.5	22.4	16.4	16.5	15.8	37.2	30.6	5921	344	1212	8	8	33	
11- Hôpital-de-Maisonave, Olivier-Guimond, Rosemont	12.8	19.4	12.5	11.2	10.9	13	15.3	24.5	11	2767	2689	1605	5	5	18	
12- Rivière-des-Pratras, Mercier-EAnjou, PAT/Montreal-E	8	19.4	28.5	5.4	13.6	11	29.4	16.8	3.3	2802	3292	926	6	6	33	
Laval	5.4	31.3	43.6	16.3	29.4	15.7	27.6	26.6	3.3	3624	3427	3427	9	9	38	
Laurandire	21	31.3	33.7	13.3	23.3	26.8	22.3	17.6	55.6	3894	3427	4154	12	12	32	
Laurandides	15.4	25.1	25.4	16.9	23.3	26.8	20.6	29.1	37.7	13228	13228	6964	8	8	28	
Montérégie	18.7	31.1	25.4	16.9	23.3	26.8	20.6	29.1	37.7	2128	3567	3452	31	43	96	
Autre																
<b>Total</b>																<b>458</b>

## Annexe 4: Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu, CLSC de Montréal, 2001, (Direction de la santé publique 2003)



D'après Statistique Canada qui compile les données, une unité familiale est considérée à faible revenu lorsque son revenu est inférieur à la valeur du seuil correspondant à sa taille d'unité familiale et à la taille de sa communauté. Le revenu total est pondéré par la part du revenu consacrée à l'alimentation, au logement et à l'habillement.

## **Annexe 5: commentaires à la lettre de l'Agence**

### ***Considérations générales***

Les questions soulevées par l'Agence concernant la réponse aux besoins et l'accessibilité aux services ont été traitées dans le texte principal. Nous aborderons ici quelques points spécifiques, moins pertinents pour l'analyse générale, mais qu'il importe de soulever pour apprécier la portée de l'analyse effectuée par l'Agence.

De façon générale, les analyses effectuées par l'Agence sont faites trop simplement en extrapolant le présent dans le futur, c'est-à-dire en postulant que les patterns d'utilisation, les besoins, la technologie, etc. resteront constants, ce qui est très peu vraisemblable. Pour ne citer qu'un événement perturbateur, la relocalisation du CHU McGill n'est même pas évoquée.

De plus, l'Agence travaille en posant plusieurs hypothèses sur l'utilisation des ressources, hypothèses dont la validité n'est pas justifiée, et qui sont très discutables pour ne pas dire tout à fait irréalistes. Nous abordons ci-dessous quelques questions spécifiques qu'il nous semble important de soulever.

### ***À propos de l'impact sur les autres établissements de la région Est***

La localisation sur le site Outremont rapprochera les services hospitaliers d'une part importante des populations de l'Est de Montréal (Villeray, Petite-Patrie, St-Léonard) qui verront leur accès amélioré. Par ailleurs, les hôpitaux Maisonneuve-Rosemont, Santa Cabrini et Jean-Talon, n'auront pas à assumer de responsabilités additionnelles puisque l'hôpital complémentaire et le CHUM Outremont auront largement la capacité de desservir leurs clientèles et seront au moins aussi accessibles qu'actuellement. Les calculs que nous avons effectués montrent que l'hôpital de centre-ville aura la capacité d'accueillir une part de marché plus importante que ce qu'accueille actuellement le CHUM ce qui, au contraire de ce qu'annonce l'Agence, pourra contribuer à alléger le fardeau des autres hôpitaux qui accueillent la clientèle de ces territoires.

### ***À propos de la complémentarité inter-CHU***

La littérature sur les réseaux confirme que la complémentarité entre CHU dépend de facteurs de nature organisationnelle, culturelle et linguistique. À l'heure des technologies de l'information, la distance géographique et le temps de parcours n'ont plus aucun impact sur la complémentarité entre établissements.

### ***À propos de l'accès aux services d'urgence***

Actuellement, 71% des lits sont utilisés pour les admissions via l'urgence. L'Agence prévoit une modification de ce ratio à 85% pour l'hôpital complémentaire et à 65% pour le CHU sans aucune justification.

D'après les chiffres fournis par l'Agence, les services d'urgence accueillent 113370 personnes dont 33917 viennent en ambulance et 79453 personnes viennent par leur propres moyens.

L'Agence fait implicitement les hypothèses que les transports ambulanciers seront dirigés vers le centre hospitalier à Outremont et que la totalité des personnes venant par leurs propres moyens se présenteront à l'hôpital du centre-ville. Selon ces hypothèses, ce dernier n'aura pas la capacité d'accueillir cette clientèle puisque 255 lits permettent d'accueillir 41300 personnes.

<i>Prévisions de l'Agence</i>		Adm via l'urgence	Adm. Électives	Nb. lits total	Ratio	
	CHU	457	243	700	65	35
	Hôp. Complémentaire	255	45	300	85	15
<i>Utilisation actuelle</i>		712	288	1000	71	29

Le scénario évoqué est tout à fait irréaliste. Premièrement le choix du ratio des admissions via l'urgence et des admissions électives est arbitraire et d'autres scénarios pourraient être envisagés.

Deuxièmement, le scénario de répartition des arrivées de l'urgence est tout à fait fantaisiste. D'une part, il est certain que l'hôpital du centre-ville accueillera une partie des urgences arrivant en ambulance, d'autre part, il est évident qu'une part de la clientèle allant à l'urgence par leurs propres moyens décidera de s'orienter vers le site Outremont.

### ***À propos de la localisation et des questions de langue***

L'Agence indique que seulement une faible proportion de la clientèle du territoire Côte-des-Neiges, Parc-Extension et Métro est actuellement desservie par le CHUM et que le CHUM n'est pas désigné pour offrir des services en langue anglaise, 51% de la population sur ce territoire étant anglophone.

Notons que les chiffres du recensement 2001 disponibles sur le site de la Direction de la santé publique indiquent que 38% de la population du territoire Côte-des-Neiges est anglophone et non 51% (<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Les29/langue.html>).

La relocalisation du CHU sur ce territoire constitue un ajout de ressources. La clientèle anglophone de ce territoire ne verra pas les ressources qu'elle utilise actuellement se modifier. Elle ne sera donc aucunement contrainte de choisir le CHU comme centre de consultation.

Par ailleurs, le territoire Côte-des-Neiges (qui comprend maintenant Outremont et Ville Mont-Royal) n'est pas homogène et une analyse plus fine indique qu'une proportion de la population francophone serait mieux desservie.