



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité
au service du public*

CS - 27M
C. P. - CHUM

***Consultation relative au
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)***

**Mémoire présenté à
la Commission sur le futur CHUM**

3 mars 2005

«La mission du Collège des médecins est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois».

Monsieur le Président,
Monsieur le Ministre,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Le Collège des médecins du Québec vous remercie de lui permettre de vous présenter ses réflexions relativement au projet de construction du Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal.

Introduction

L'idée de construire un Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal n'est pas nouvelle. Elle était présente il y a près d'un siècle lors de la construction, sur le Mont-Royal, de l'immeuble principal actuel de l'Université de Montréal; celui-ci devait abriter un CHU intégré à la faculté de médecine. L'idée est réapparue lors de la construction de l'Hôpital Sainte-Justine et plus récemment lors de la construction du nouvel édifice des Hautes Études Commerciales (HÉC). Il y a 15 ans, c'est le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, monsieur Marc-Yvan Côté, qui voulait déménager l'Hôtel-Dieu de Montréal à Rivière-des-Prairies et en faire un CHU. Puis, pendant la période des compressions budgétaires visant l'élimination du déficit, ce fut l'époque de la fermeture ou de la fusion des hôpitaux. C'est ainsi que le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, monsieur Jean Rochon, a créé de toutes pièces le CHUM actuel, issu de la fusion forcée des centres hospitaliers l'Hôtel-Dieu, Saint-Luc et Notre-Dame, ce qui a entraîné des querelles interhospitalières, des démissions, de la démotivation et de la démobilisation. Par la suite, c'est le premier ministre, monsieur Lucien Bouchard qui annonçait la construction du CHUM au 6000, rue Saint-Denis. On connaît la suite. Après plusieurs années et des millions de dollars en études et travaux de toutes sortes, nous nous retrouvons ici aujourd'hui.

Précisons, d'entrée de jeu, un certain nombre de points :

- Soulignons que jusqu'à ce jour, aucun intervenant impliqué dans ce débat n'avait sollicité l'opinion du Collège des médecins du Québec.
- Si nous sommes ici, aujourd'hui, c'est parce qu'on nous a expressément demandé notre opinion.
- Par contre, on ne nous a jamais précisé sur quel aspect ou sur quelle question notre opinion devait porter.
- La mission du Collège des médecins du Québec étant la protection du public et la promotion d'une médecine de qualité, c'est dans cette perspective que nous émettrons une opinion. Elle portera sur les paramètres qui doivent être pris en considération dans l'élaboration d'un projet de centre hospitalier universitaire.
- Le Collège des médecins du Québec n'a aucune expertise en urbanisme, en environnement, en développement économique ou en planification stratégique. Par contre, la bonne formation et la bonne pratique des médecins qui permettent d'assurer les meilleurs soins possibles aux patients nous préoccupent au plus haut point.

Nous avons l'impression, à ce moment-ci du débat, que plusieurs se comportent comme si le choix d'un site pour le CHU à Montréal était la question la plus importante à laquelle il faille répondre. Selon nous, la question fondamentale, est de définir ce que doit être un CHU. **Voilà pourquoi, nous ne pouvons pas et n'avons pas l'intention de plaider en faveur d'un site géographique particulier pour le CHU de l'Université de Montréal.**

Qu'est-ce qu'un Centre hospitalier universitaire (CHU)?

Depuis le début de ce débat, il est clair qu'on ne s'entend pas sur ce qu'est un CHU.

Selon nous, un CHU est un centre ultraspécialisé qui offre des services médicaux de niveaux tertiaire et quaternaire pour l'ensemble de la population du Québec, en plus d'activités de recherche de pointe, d'évaluation des technologies et d'enseignement supérieur et spécialisé dans le domaine de la santé en général et de la médecine de pointe en particulier.

Un CHU ne peut offrir exclusivement et à lui seul, tous les services spécialisés et toutes les activités de recherche et d'enseignement nécessaires à la formation médicale. Il doit exercer sa mission en étroite collaboration avec un réseau de centres hospitaliers affiliés (CHA) qui offrent, à leur niveau, les soins généraux et spécialisés de deuxième ligne, qui répondent aux besoins de santé de la population vivant à proximité ou dans la région, et qui contribuent également à la recherche et à l'enseignement.

Une vision d'avenir : l'adaptation au changement

L'élaboration d'un projet de CHU doit se faire en ayant à l'esprit les besoins et les pratiques médicales de pointe actuels et ceux qui se développeront au cours des prochaines décennies. Elle doit également tenir compte des domaines de la médecine en émergence qui orienteront les champs de recherche futurs, de l'évolution de l'environnement technologique utilisé par les chercheurs et les médecins spécialistes et surspécialistes, ainsi que de l'évolution des méthodes d'enseignement.

À cet égard, si le passé récent est garant de l'avenir, **le changement et l'adaptation au changement seront la règle**, imposée par l'accélération de l'évolution des connaissances et des technologies. Le CHU du futur devra être souple, adaptable et rapidement évolutif. Il serait naïf de croire qu'à l'inauguration d'un éventuel CHU tout neuf, en 2010, tout sera terminé pour longtemps. Bien au contraire, un tel CHU ne saurait être que le point de départ, l'investissement initial à partir duquel l'adaptation aux nouvelles connaissances et aux nouvelles technologies médicales se fera. En 1980, aurions-nous pu imaginer l'impact des nouvelles maladies comme le SIDA ou le SRAS ou des nouvelles technologies émergentes comme le décryptage du génome humain ou les traitements par greffes d'organes et de tissus? Beaucoup de défis qui nous sont présentement inconnus exigeront une capacité d'adaptation actuellement insoupçonnée. Gardons-nous donc d'avoir un projet qu'on veut complet au départ.

Où qu'il soit, le nouveau CHU devra être évolutif.

La recherche

Du côté de la recherche, on doit reconnaître que la constitution d'équipes est essentielle. Il faut une concentration minimale de chercheurs de pointe en interaction les uns avec les autres pour créer un noyau vivant et créatif permettant la reconnaissance internationale nécessaire aux investissements et au recrutement des personnes les plus compétentes.

À l'heure du réseautage que permettent les nouvelles technologies de l'information, le regroupement des chercheurs en un seul lieu n'est plus une condition *sine qua non*. Les recherches multicentriques internationales deviennent la règle et les équipes de recherche deviennent davantage liées à des espaces virtuels qu'à des lieux physiques.

L'enseignement

L'enseignement médical n'est pas non plus imperméable aux changements. Les cours magistraux dans les grands amphithéâtres est une réalité dépassée depuis plus de dix ans. Les méthodes d'enseignement sont orientées maintenant vers l'apprentissage par problème, l'exposition clinique précoce et l'individualisation de l'enseignement en utilisant les nouvelles technologies de l'information. Avec le nombre d'étudiants en médecine qui a presque doublé en cinq ans, et avec ce souci d'exposer le plus précocement possible l'étudiant au milieu clinique, les facultés redoublent d'efforts pour identifier et agréer des lieux de formation de plus en plus variés, autant en milieu urbain qu'en région. Il y a longtemps que le CHU n'est plus le lieu unique et privilégié de formation du futur médecin, ne serait-ce que parce que nous avons besoin de former un grand nombre de médecins de famille. À ce sujet, la semaine dernière, le Collège des médecins du Québec rendait public son énoncé de position sur le rôle du médecin de famille. Dans ce document, plusieurs recommandations touchaient la révision des programmes de formation médicale. Nous insistions pour que les programmes de formation prégraduée exposent précocement l'étudiant en médecine à des médecins de famille sur le terrain dans leur milieu de pratique. Quant à la formation postgraduée de résidence en médecine familiale, elle doit prioritairement se faire auprès de médecins de famille en cabinet ou en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGSP ou CHA), aussi bien en région urbaine que non urbaine; autrement dit, le plus près possible du lieu où sera appelé à travailler le médecin de famille. Nous invitons aussi tous les partenaires à partager l'objectif de permettre à chaque québécoise et québécois d'avoir son médecin de famille. Un CHU ne sera pas le principal lieu de formation d'un médecin de famille. Cette tendance est observable dans la plupart des pays occidentaux et elle ira en s'accroissant.

Quelle est alors la place du CHU dans l'enseignement?

D'abord et avant tout dans la formation postgraduée du futur médecin spécialiste.

Les soins

Quant aux soins offerts dans un CHU, nous pensons qu'il est préférable, pour le moment, qu'ils soient de niveau ultraspécialisé et que, par conséquent, ils s'adressent à l'ensemble de la population du Québec. Dans cette perspective, la question des soins à assurer à la population vivant à proximité du site choisi devient moins cruciale. L'accès au CHU ne devrait survenir qu'après des étapes de prise en charge et d'investigation préalables qui doivent être offertes localement ou régionalement par les ressources de première et deuxième lignes existantes.

Des mythes dont il faut s'affranchir

Le débat des derniers mois a véhiculé un certain nombre de mythes qu'il nous apparaît important d'identifier pour s'en affranchir. Les attentes sont devenues démesurées face au nouveau CHU.

- 1) Premièrement, le développement de la médecine de pointe sert généralement de locomotive à la qualité des services médicaux. Mais il est internationalement reconnu que l'amélioration globale de la santé d'une population repose d'abord sur des services de première ligne, accessibles et de très haute qualité. Un CHU ne peut remplir sa mission sans l'existence d'une première ligne forte et accessible. Faut-il rappeler que celle-ci reste à consolider au Québec?
- 2) Deuxièmement, un CHU ne peut exister seul. Il doit inscrire ses activités cliniques tertiaires et quaternaires et ses autres activités d'évaluation des technologies, de recherche et d'enseignement en complémentarité avec les autres CHU du Québec et les autres institutions cliniques, d'enseignement et de recherche existantes qui contribuent déjà et de façon significative à la qualité de la médecine au Québec. Mentionnons l'Institut de cardiologie de Montréal, l'Hôpital Laval à Québec, les instituts de gériatrie, l'Institut neurologique de Montréal, l'Institut de recherches cliniques de Montréal et bien d'autres.
- 3) Troisièmement, la construction d'un CHU à Montréal ne réglera pas les problèmes actuels du réseau de la santé, surtout pas l'accessibilité aux soins, qui elle, relève d'une première ligne forte, efficace et de qualité.
- 4) Quatrièmement, de façon réaliste, un CHU n'aura jamais fini son expansion. La construction d'un nouvel édifice, quel qu'il soit et où qu'il soit, ne sera toujours qu'un premier jalon d'un ouvrage qui se construira sur plusieurs décennies. Il en a toujours été ainsi de tous les centres hospitaliers construits au Québec. Un CHU ne fera pas exception à cette règle.

- 5) Cinquièmement, une fois construit, il faudra donner au CHU les moyens de remplir sa mission. Si certains mégaprojets réalisés au Québec, comme l'Aéroport de Mirabel ou le stade olympique, ont échoué, c'est que les conditions de réussite initialement prévues n'ont jamais été remplies. Il serait temps de démontrer que nous pouvons apprendre de nos erreurs.

Sachons donc d'abord dans quoi nous nous engageons au départ et, quand cela est clair, engageons-nous jusqu'au bout.

Des questions auxquelles il faudra répondre

Il existe encore, selon nous, des questions fondamentales pour lesquelles il n'y a pas de réponses claires. Nous en citerons quelques-unes.

- 1- Avons-nous besoin d'un seul ou de plus d'un CHU à Montréal?

Cette question n'a jamais reçue véritablement de réponse et elle en soulève d'autres :

- Est-ce que la seule justification de deux CHUs est l'existence de deux universités ayant des facultés de médecine?
 - Qu'en est-il du projet de CHU de l'Université McGill?
 - Comment se fait-il que leur projet semble rallier les acteurs autour d'un site et d'une mission?
 - Si la décision est d'avoir deux CHUs à Montréal, leurs missions ne devraient-elles pas être complémentaires?
 - S'il en était autrement, l'envergure de l'un pourrait être plus grande que celle de l'autre et au lieu d'une saine émulation ne pourrait-on engendrer, une fois de plus comme cela s'est vu dans le passé, une néfaste (et coûteuse?...) compétition?
 - Quelle est la meilleure façon d'investir le 1,6 milliards de fonds publics annoncés dans les services que doit dispenser un CHU à Montréal? En les concentrant ou en les divisant?
- 2- Dans un contexte budgétaire difficile, quel CHU avons-nous les moyens de nous payer et comment le financerons-nous?

Encore ici, il persiste beaucoup d'interrogations quant au financement :

- Si le CHU dont nous aurions besoin devait coûter plus cher que la capacité de l'État à le payer, serions-nous prêts collectivement à poser des gestes et à faire les choix nécessaires pour nous l'offrir quand même?
 - Ce ou ces CHUs ne pourraient-ils pas devenir, à cet égard, un projet collectif ou tous, citoyens individuels ou corporatifs, apportent leur contribution selon leurs moyens?
 - Quelle est la place des partenariats privés/publics (PPP) et des contributions philanthropiques pour apporter le complément de financement nécessaire initialement et à quel encadrement seront soumises ces contributions?
- 3- Qu'advient-il des hôpitaux restants?

En début de Commission parlementaire, on a fait état de certaines études selon lesquelles, dans les pavillons du CHUM actuel, 75% des lits seraient occupés par des patients nécessitant des niveaux de soins primaires et secondaires, le 25% restant étant occupés par des patients nécessitant des soins tertiaires ou quaternaires. Il ne faudra pas oublier d'identifier des centres hospitaliers affiliés (CHA) quel que soit le scénario de CHU choisi. Ils contribueront, à leur niveau, aux soins, à l'enseignement et à la recherche. Il ne faut pas oublier non plus que le Québec vieillissant aura un criant besoin de soins de longue durée. Il ne faudrait pas laisser croire que les hôpitaux actuels seront fermés. Il sera nécessaire de redéfinir des missions, et il faudra réutiliser les infrastructures actuelles d'une façon ou d'une autre pour pouvoir répondre aux autres besoins de santé de la population du Québec qui n'exigent pas de soins ultraspecialisés.

- 4- Est-ce que la construction d'un ou deux CHU à Montréal peut compromettre la consolidation des services de première ligne dans l'ensemble du Québec, ce qui reste encore à faire à cet égard, et qui est, selon nous, prioritaire pour l'intérêt collectif?

Comprenons-nous bien. Il ne s'agit pas de choisir entre un CHU et les services de première ligne, mais de maintenir un juste équilibre dans les investissements à chacun des niveaux de soins requis.

Le véritable choix

En résumé selon nous, le gouvernement doit choisir entre trois possibilités :

- 1- Mettre à niveau les installations hospitalières actuelles et y développer les services médicaux ultraspécialisés qui nous manquent.
- 2- Partir à neuf et construire un ou deux centres ultraspécialisés de soins tertiaires et quaternaires, de recherche et d'enseignement spécialisé (CHU) en complémentarité avec un réseau de centres hospitaliers affiliés (CHA) offrant les soins généraux et spécialisés de deuxième ligne, et participant, à leur niveau, à la recherche et à l'enseignement.
- 3- Investir dans une «technopole» regroupant toutes les facultés universitaires de la santé, les activités des centres de recherche en santé et des soins ultraspécialisés.

Conclusion

En conclusion, nous croyons qu'il faut voir le développement du CHU à Montréal à long terme, en pensant aux générations futures mais sans hypothéquer leur avenir.

Nous osons croire qu'il est encore possible de raviver l'espoir et de rallier tous les acteurs autour d'un projet mobilisateur : un projet à la fois plus pragmatique et plus visionnaire. Il n'est pas trop tard pour inviter tous les milieux à participer à un projet permettant de maintenir le Québec à la fine pointe de la médecine, pour offrir à la population du Québec les meilleurs soins possibles.

Qu'il s'agisse de construire un nouvel édifice ou de rénover nos installations actuelles, il est possible d'avoir un CHU à la mesure de nos moyens et qui réponde à nos besoins.

Quelle que soit l'orientation choisie, il est urgent que nous sortions de l'impasse actuelle.

Nous demeurons à votre disposition pour répondre aux questions.