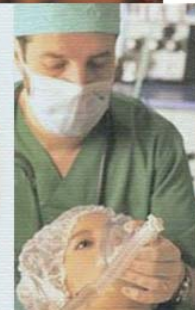


Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Outaouais



Organisation des services médicaux spécialisés dans la région de l'Outaouais

Le plan d'organisation

Adopté par le Conseil d'administration
le 29 juin 2005

**Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux**



Le Plan d'organisation des services médicaux spécialisés dans la région de l'Outaouais

**Adopté par le conseil d'administration
Le 29 juin 2005**

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	1
1. CONTEXTE ET MANDAT	2
2. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	3
3. LA CONSOMMATION DE LA POPULATION DE LA RÉGION EN 2003-2004	4
3.1. FAITS SAILLANTS DE LA CONSOMMATION DES SERVICES	4
3.2. LA PRODUCTION DU CSSSG EN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS).....	4
4. OBJECTIFS DE RÉTENTION DES CLIENTÈLES DE LA RÉGION	5
5. BILAN DES CONVERGENCES DANS LES ÉTUDES RÉALISÉES SUR L'ORGANISATION DES SERVICES.....	7
5.1. LISTE DES DOCUMENTS PRIS EN COMPTE DANS L'ANALYSE DE CONVERGENCE	7
5.2. PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE CONVERGENCE	7
6. PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ORGANISATION DES SERVICES.....	10
7. SYNTHÈSE DE L'ORGANISATION PROPOSÉE	11
7.1. UNE STRUCTURE MÉDICALE INTÉGRÉE	11
7.2. L'OFFRE DE SERVICES EN SOINS SPÉCIALISÉS : UNE ORGANISATION COMPLÉMENTAIRE RÉPONDANT À L'ENSEMBLE DES BESOINS DE LA POPULATION DE LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS	13
7.3. LE MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS AU CSSSG	14
7.4. L'ENSEIGNEMENT	18
8. CONSIDÉRATIONS À L'ÉGARD DE CERTAINES SPÉCIALITÉS SPÉCIFIQUES	18
8.1. ORTHOPÉDIE.....	18
8.1.1. <i>Constatations</i>	18
8.1.2. <i>Orientations</i>	20
8.2. L'UROLOGIE	20
8.2.1. <i>Constatations</i>	20
8.2.2. <i>Orientations</i>	21
8.3. LA CANCÉROLOGIE	22
8.3.1. <i>Constatations</i>	22
8.3.2. <i>Orientations</i>	23
8.4. L'HÉMATOLOGIE ET LES LABORATOIRES.....	25
8.4.1. <i>Constatations</i>	25
8.4.2. <i>Orientations</i>	25
8.5. LA CARDIOLOGIE	25
8.5.1. <i>Constatations</i>	25
8.5.2. <i>Orientations</i>	28
8.6. L'OPHTALMOLOGIE	28
8.6.1. <i>Constatations</i>	28
8.6.2. <i>Orientation</i>	29
8.7. LA PSYCHIATRIE	29

8.7.1. <i>Constatations</i>	29
8.7.2. <i>Orientation</i>	29
8.8. L'ANESTHÉSIOLOGIE	30
8.8.1. <i>Constatations</i>	30
8.8.2. <i>Orientations</i>	30
8.9. LA RADIOLOGIE.....	31
8.9.1. <i>Constatations</i>	31
8.9.2. <i>Orientations</i>	31
8.10. LA PNEUMOLOGIE	32
8.10.1. <i>Orientations</i>	32
8.11. LA CHIRURGIE THORACIQUE	32
8.11.1. <i>Constatations</i>	32
8.11.2. <i>Orientations</i>	33
9. LES CONDITIONS DE RÉALISATION	33
10. RÈGLES DE DISPENSATION DES SERVICES DANS LES DEUX HÔPITAUX	34
11. NOMINATION DES CHEFS DE DÉPARTEMENT	36

PRÉAMBULE

Mesdames, Messieurs,

L'adoption du plan d'organisation est une occasion unique de construire l'avenir. Le document que vous avez en main décrit une offre de services en soins spécialisés pour répondre à l'ensemble des besoins de la population de la région, propose une structure de gouverne médicale intégrée et élabore un projet global pour la médecine spécialisée en Outaouais. Nous proposons ici essentiellement de maximiser l'utilisation de nos deux sites de médecine de pointe en y développant des pôles spécifiques d'excellence. Nous voulons assurer une cohérence, une unité d'action, une force plus grande que jamais à nos ressources médicales spécialisées.

Ce plan d'organisation, qui a été amélioré à la suite d'une large consultation, devra permettre à l'Outaouais de faire un pas important dans l'amélioration des services de santé offerts à sa population.

Nous le savons tous, il est plus que temps d'agir. Nous devons améliorer nos chances de recruter de nouveaux spécialistes. Nous devons faciliter la tâche de ceux et celles qui font le choix de pratiquer en Outaouais. Nous devons optimiser l'utilisation de nos équipements spécialisés et tout mettre en œuvre pour en améliorer la qualité. Nous devons aussi rehausser l'offre de services à la population pour soigner chez nous un nombre toujours plus grand de nos citoyennes et de nos citoyens.

Nous voulons que les choix qui ont été faits par le conseil d'administration de l'Agence marquent le début d'une nouvelle dynamique, une dynamique positive, tournée vers l'avenir et centrée sur la seule chose qui compte : l'intérêt du patient. Nous voulons que nos choix garantissent à la population, autant rurale qu'urbaine, que toutes les ressources à notre disposition soient utilisées avec efficacité et efficience. Nous voulons également que nos choix nous permettent de défendre avec encore plus de force les intérêts de la population de l'Outaouais auprès des autorités gouvernementales.

Le moment est favorable pour que la région prenne les décisions qui s'imposent depuis longtemps dans l'organisation des services médicaux spécialisés. La fusion des établissements qui a mené à la création du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau stimule beaucoup la collaboration et la réforme en cours pousse cette dynamique encore plus loin dans toute la région. La démarche dans laquelle nous sommes est exigeante, mais les fruits que nous récolterons, les fruits que les patients récolteront, justifieront largement nos efforts.

Roch Martel
Président-directeur général

1. CONTEXTE ET MANDAT

Créé en 1997 à la suite de la fusion de l'hôpital de Hull et de l'hôpital de Gatineau, le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais (CHVO) a connu des difficultés dans sa démarche vers l'intégration des services médicaux. En effet, malgré de nombreuses études et comités de travail, les consensus demeurent à être établis dans plusieurs secteurs.

L'adoption du projet de Loi 25 en décembre 2003 a amené la création de cinq centres de santé et de services sociaux dans la région de l'Outaouais, soit les CSSS de Gatineau, de Papineau, des Collines, du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau.

À la base de cette reconfiguration, les nouvelles orientations, axées prioritairement sur l'accessibilité et la continuité des services, viennent renforcer la nécessité d'établir des complémentarités et des maillages entre les établissements du territoire.

C'est dans ce nouveau contexte régional que s'inscrivent désormais les travaux de rapprochement entre les dispensateurs de services de la région et notamment une véritable intégration des services entre l'hôpital de Hull et l'hôpital de Gatineau maintenant regroupés dans le CSSS de Gatineau (CSSSG).

Après huit ans d'échanges et de discussions, le temps est venu de trouver des solutions structurantes, durables et porteuses pour assurer la réponse optimale aux besoins de la population de l'ensemble du territoire.

Un mandat spécifique pour l'Agence

Au-delà de ses fonctions régulières, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais a été mandatée spécifiquement par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) pour assurer la mise en place d'une gestion structurée et continue de l'organisation médicale spécialisée et surspécialisée du CSSSG ainsi que la coordination globale des activités de ces équipes médicales, en association étroite avec l'instance locale de la zone urbaine qui devra assurer la gestion courante des services.

Le mandat inclut :

- L'élaboration d'un plan régional d'organisation des services médicaux et hospitaliers spécialisés et surspécialisés (santé physique);
- La mise en œuvre de ce plan par la désignation de la localisation des services et des spécialités au sein de chacun des deux pavillons hospitaliers de l'instance locale de la zone urbaine;
- La coordination systématisée de l'application du plan et l'actualisation de mesures qui garantissent l'accès aux services spécialisés pour la population, notamment des mesures relatives à l'organisation de la garde, aux modes de consultation inter-pavillons et des liens entre l'instance locale urbaine et les instances locales rurales;

- L'arbitrage de toute situation découlant de la coordination des activités médico-hospitalières spécialisées et surspécialisées entre les deux pavillons hospitaliers et avec les instances locales périphériques;
- Un monitoring continu et systématisé du fonctionnement des services spécialisés et surspécialisés en fonction d'indicateurs d'accès aux services, de couverture régionale et d'intégration de services.

Soucieuse de créer les conditions les plus favorables à la prise de décision, l'Agence a réalisé une démarche rigoureuse, basée sur des données probantes. Tous ont en commun la responsabilité de permettre, à court terme, la mise en place d'une organisation de services plus efficace et axée sur l'intérêt de la population.

Bien au-delà de la nécessaire couverture des listes de garde, il s'agit de clarifier les modalités de prise en charge de la clientèle, afin de s'assurer de la continuité de soins de qualité dispensés au bon moment, au bon endroit et par les bonnes personnes. L'Agence doit viser une utilisation optimale de ressources rares, dans la région comme partout au Québec : plateau technique, personnel médical et professionnel spécialisé et ressources financières.

2. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES¹

La région de l'Outaouais

La région de l'Outaouais compte environ 342 225 habitants. Environ deux résidents sur trois habitent le territoire du réseau local de services (RLS) Grande Rivière / Hull / Gatineau (222 000 habitants) et l'autre tiers de la population de la région se répartit sur les quatre autres RLS de la région. Toutefois, en milieu rural, il y a une augmentation importante des populations locales lors de la période touristique.

La majeure partie de la population du territoire habite donc à proximité de la ville d'Ottawa qui constitue un pôle d'attraction important à tous les points de vue incluant le niveau de consommation des soins et services de santé.

Globalement, la population de la région est plus jeune que la moyenne québécoise. On constate que 22 % de la population est âgée de moins de 18 ans (21 % au Québec) et 11 % est âgée de 65 ans et plus (14 % au Québec). On prévoit que d'ici 2011, l'accroissement de la population de la région sera de 5,0 %, un taux significativement plus élevé que celui de l'ensemble du Québec (3,2 %).

Le taux de scolarité est légèrement supérieur à la moyenne provinciale. Cependant, un nombre important de personnes déclare avoir de mauvaises habitudes alimentaires. Le nombre de fumeurs et de personnes affectées d'un excès de poids est également supérieur à la moyenne provinciale.

¹ Projections démographiques, ISQ. Source : Direction de Santé publique de l'Outaouais

L'espérance de vie en bonne santé est la plus basse au Québec. Le taux ajusté de mortalité selon les causes est supérieur à la moyenne québécoise pour chacune des causes, particulièrement pour les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies pulmonaires obstructives chroniques.

La proportion de population anglophone (17 %) est supérieure à la moyenne québécoise (10 %) et la proportion d'immigrants (5 %) est supérieure à la moyenne québécoise (4 %).

3. LA CONSOMMATION DE LA POPULATION DE LA RÉGION EN 2003-2004

3.1. Faits saillants de la consommation des services

- La population de la région a consommé 21 902 hospitalisations en santé physique au Québec et 4 371 en Ontario pour un total de 26 273 hospitalisations. Ces hospitalisations ont généré l'utilisation d'un équivalent de 510 lits (occupation théorique à 90 %);
- La population consomme moins que l'attendu² basé sur le niveau de consommation actuel de la population québécoise. Si elle consommait comme la moyenne québécoise, on recenserait 3 125 hospitalisations supplémentaires et l'utilisation de 65 équivalents-lits additionnels;
- Les zones de consommation moins que l'attendu les plus importantes se situent au plan des maladies du système circulatoire et musculo-squelettique;
- Peu importe le territoire ou le type d'établissement, la population du RLS consomme 176,4 ETC RAMQ en omnipratique et 141,5 ETC RAMQ en médecine spécialisée au Québec et 33,9 ETC en Ontario;
- La région de l'Outaouais est aussi affiliée au Réseau universitaire intégré de services McGill (RUIS) dont elle représente 20 % du bassin de desserte.

3.2. La production du CSSSG en Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)

- 10 672 épisodes de soins appariés et non appariés (hospitalisations et chirurgies d'un jour) à l'hôpital de Hull et 17 250 à l'hôpital de Gatineau. Le total pour le CSSSG est de 27 922 épisodes de soins;
- 73 % de la clientèle en santé physique à l'hôpital de Hull provient du RLS dont 39 % du sous-territoire de Hull;
- 68 % de la clientèle en santé physique de l'hôpital de Gatineau provient du RLS dont 51 % du sous-territoire de Gatineau;

² La consommation attendue est fonction du profil d'âge des populations et de leur statut socio-économique. Elle situe la consommation de la population du territoire par rapport à la moyenne québécoise (l'attendu).

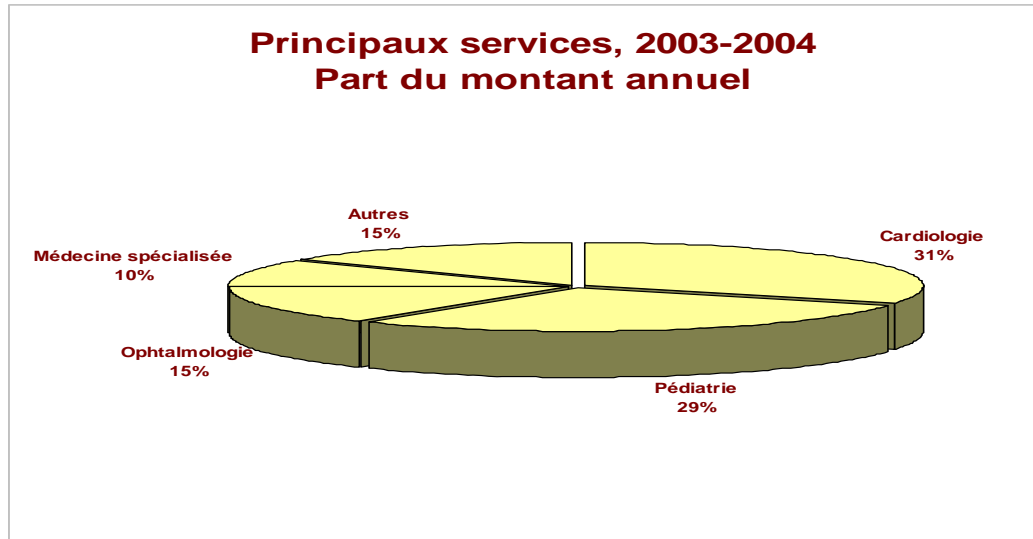
- Le nombre d'équivalents-lits utilisés à 90 % de taux d'occupation est de 191 à l'hôpital de Hull et de 167 à l'hôpital de Gatineau, soit 358 équivalents-lits pour le CSSSG;
- La durée moyenne de séjour (DMS) à l'hôpital de Hull est de 11,0 jours pour un niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) par cas de 1,7489. On y dénombre deux fois plus de cas de niveau III qu'à l'hôpital de Gatineau. Les personnes de moins de 24 ans ne consomment que 6 % des épisodes de soins; les personnes âgées de 65 ans et plus y consomment 57 % des équivalents-lits;
- La DMS à l'hôpital de Gatineau est de 5,3 jours pour un NIRRU par cas de 0,7981. Les personnes de moins de 24 ans consomment 36 % des épisodes de soins; les personnes âgées de 65 ans et plus y consomment 39 % des équivalents-lits;
- En mars 2003, dans les spécialités médicales, 63 % des ETP de facturation RAMQ sont générés à partir de l'hôpital de Hull.

4. OBJECTIFS DE RÉTENTION DES CLIENTÈLES DE LA RÉGION

L'autonomie régionale est un objectif prioritaire pour la région. Selon une analyse présentement en cours d'élaboration à l'Agence, le niveau d'autosuffisance régionale se serait amélioré dans l'Outaouais (jours d'hospitalisation) par rapport à 1997-1998, atteignant près de 90 % en 2003-2004. Toutefois, le taux de rétention des cas hospitalisés aurait cependant diminué de 84 % à 80 % pendant la même période. L'hôpital général d'Ottawa (HGO) et l'Institut de cardiologie d'Ottawa (ICO) accueilleraient près de 60 % des activités en provenance de l'Outaouais et l'hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario en accueillerait 15 %.

Les montants payés par la RAMQ pour les services médicaux achetés en Ontario ont connu une augmentation de 25 % entre 2001-2002 et 2003-2004 (voir figure ci-après).³

³ Documentation fournie par l'Agence



Conformément à la volonté régionale de desservir la population de l'Outaouais dans son propre milieu, les objectifs de l'Agence sont d'assurer l'ensemble des services généraux, spécialisés et surspécialisés disponibles dans les établissements de la région. Outre les cas d'urgence, seulement les patients requérant des services non disponibles devraient être référés⁴.

Toujours selon les travaux en cours à l'Agence⁵, les cibles de rapatriement des activités d'ici 2008 pourraient être les suivantes :

- Rétention de 85 % des hospitalisations des résidents de la région et de 92 % des jours d'hospitalisation⁶. Le volume de services ambulatoires devrait suivre la tendance en hospitalisation;
- Obstétrique : Diminution d'environ 250 d'accouchements réalisés en Ontario et diminution de 500 jours d'hospitalisation;
- Pédiatrie : Diminution de 600 à 800 jours d'hospitalisation;
- Services internes : Statu quo ou, au mieux, une diminution de 600 jours d'hospitalisation.

Ces objectifs sont pris en compte dans l'analyse.

⁴ Analyse prospective de la consommation des services de santé dans les centres hospitaliers de l'est ontarien par les résidents de l'Outaouais, 2005-2008, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais, document en cours de réalisation

⁵ Idem

⁶ Basé sur un volume constant de jours d'hospitalisation pour la période 2005-2008

5. BILAN DES CONVERGENCES DANS LES ÉTUDES RÉALISÉES SUR L'ORGANISATION DES SERVICES

L'organisation des services médicaux spécialisés dans les deux centres hospitaliers regroupés à l'intérieur du CHVO, devenu le CSSSG, a fait l'objet de plusieurs études depuis 1987.

Une synthèse des études réalisées⁷ a permis de faire ressortir certains points de convergence que nous présentons ci-après. Éclairants à plusieurs égards, ces rapports ont été pris en compte dans l'analyse sans toutefois que les auteurs du présent rapport se sentent liés par leurs conclusions.

5.1. Liste des documents pris en compte dans l'analyse de convergence⁸

- « Planification régionale des services en santé physique 1987-1992, 1er volet : Services de santé spécialisés dans l'Outaouais », CRSSS de l'Outaouais;
- Résolution du Conseil d'administration du CHVO (1998-06-23);
- Rapport déposé au CA du CHVO par le Dr R. Carignan (novembre 1998);
- Rapport CIM (2000-03-13) : « Optimisation de la répartition des services cliniques et impacts immobiliers CIM »;
- Rapport CHVO (juin 2003) réalisé par DSC Hull et DSC par intérim Gatineau : « Plan de complémentarité médicale CHVO »;
- Rapport CIM (2004-05-28) : « La complémentarité des services médicaux au CHVO ».

5.2. Principaux éléments de convergence

D'entrée de jeu, il est important de souligner que chaque document ne fait pas état de toutes les spécialités médicales. Notamment, le rapport du Dr R. Carignan, daté de juin 1998 ainsi qu'une résolution adoptée au CA du CHVO en novembre de la même année traitent principalement de la traumatologie et de l'orthopédie.

On retrouve ci-après les propositions émises par au moins deux des groupes de travail concernés. On trouvera en annexe deux tableaux plus détaillés présentant respectivement la synthèse des recommandations élaborées dans chacun des documents et le profil qui se dégage pour chaque site en fonction des différentes recommandations (bilan et convergence des recommandations).

⁷ Études et analyses objectives de l'organisation des services commandées par les autorités locales et recommandations du Conseil d'administration

⁸ Une étude réalisée par la firme CGI en 1997 n'était plus disponible

Éléments de convergence

Services concernés	Orientations ⁹
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les services médicaux dans les spécialités de base et omnipratique ▪ Traumatologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintien sur les deux sites (3) ▪ Hôpital de Hull pour la traumatologie adulte (5) <ul style="list-style-type: none"> - La traumatologie pédiatrique fait toutefois l'objet de plusieurs propositions différentes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orthopédie générale ▪ Cardiovasculaire et respiratoire ▪ Chirurgie thoracique et vasculaire ▪ Cardiologie et cardiologie tertiaire ▪ Urologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintien sur les deux sites (2) ▪ Hôpital de Hull (2) ▪ Hôpital de Hull (2) ▪ Cardiologie maintenue sur les deux sites (2) et cardiologie tertiaire localisée à l'hôpital de Hull (2) ▪ Hôpital de Gatineau (2) <ul style="list-style-type: none"> - Proposition contradictoire (1) - Proposition neutre (1 ou 2 sites) (1)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gynéco-obstétrique et néonatalogie ▪ Pédiatrie ▪ Oncologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôpital de Gatineau (4), mais réponse aux patientes hospitalisées à Hull (2) ▪ Hôpital de Gatineau (v. traumato) ▪ Oncologie ambulatoire et radiothérapie à l'hôpital de Gatineau (3) <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgie du sein et du colon sur les deux sites (1) - Cas sévères et hospitalisation à l'hôpital de Hull (1)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ORL ▪ Gastro-entérologie ▪ Neurochirurgie ▪ Neurologie ▪ Néphrologie ▪ Ophtalmologie ▪ Santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôpital de Gatineau (3) avec réponse aux patients hospitalisés à l'hôpital de Hull (1) ▪ Maintien sur les deux sites ▪ Hôpital de Hull en exclusivité (3) ▪ Hôpital de Hull avec maintien des soins de base à l'hôpital de Gatineau (1) ▪ Hôpital de Hull en exclusivité (2) ▪ Hôpital de Hull en exclusivité (2) ▪ Hôpital de Hull (2)

⁹ Le nombre de rapports mentionnant la recommandation est cité entre parenthèses

En plus des rapports mentionnés, les différentes rencontres que nous avons effectuées dans le cadre de la première partie du mandat à l'Agence et dans un mandat antérieur au CHVO nous permettent d'avancer que les orientations sont bien définies et font consensus dans un bon nombre de secteurs :

- La médecine générale, la médecine interne, la psychiatrie, la chirurgie générale, l'anesthésiologie, la médecine nucléaire, la biochimie médicale, la microbiologie, l'anatomo-pathologie et la radiologie implantées sur les deux sites;
- L'ensemble des surspécialités médicales, à l'exclusion de la gastro-entérologie qui est présente sur les deux sites, est implanté à l'hôpital de Hull;
- La cardiologie tertiaire implantée à l'hôpital de Hull;
- La vocation de traumatologie secondaire implantée à l'hôpital de Hull;
- La neurochirurgie implantée à l'hôpital de Hull;
- La pédiatrie implantée à l'hôpital de Gatineau;
- L'obstétrique-gynécologie implantée à l'hôpital de Gatineau;
- La radio-oncologie implantée à l'hôpital de Gatineau;
- La chirurgie plastique et l'ORL implantés à l'hôpital de Gatineau.

Des orientations fondamentales devront être prises au sujet de la cardiologie générale, de l'oncologie, de l'hématologie, de l'orthopédie, de l'ophtalmologie et de l'urologie.

Cependant, dans l'ensemble des secteurs et malgré la convergence, plusieurs éléments requièrent toujours une amélioration, notamment :

- La performance;
- La possibilité de mieux desservir la clientèle de l'autre site et des régions rurales;
- Les situations de pénurie de ressources diverses à gérer;
- Le rapatriement des services reçus en Ontario;
- L'harmonisation des pratiques;
- La lourdeur inégale de la tâche de travail;
- Et surtout, le climat organisationnel qui demeure un objectif prioritaire parce qu'essentiel à l'actualisation des réaménagements proposés.

6. PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ORGANISATION DES SERVICES

Dans le cadre de son mandat face à l'organisation des services médicaux spécialisés, l'Agence s'est dotée des principes directeurs suivants :

Principes directeurs généraux (en lien avec la mise en place des RLS)

- Une approche populationnelle;
- La hiérarchisation des services;
- L'accessibilité, la continuité, la qualité (incluant la sécurité) des services offerts.

Principes directeurs spécifiques

- Le maintien et l'amélioration de la santé de la population de l'Outaouais en fonction de ses besoins;
- Le maintien de deux hôpitaux offrant chacun une mission complète de soins généraux, notamment les soins aux malades admis en médecine générale (gériatrie, psychiatrie) et courte durée, une salle d'urgence, les spécialités de base ainsi que certaines spécialités à mission régionale, le tout dans une optique de complémentarité et de collaboration entre les deux sites;
- La dispensation de services accessibles, coordonnés, personnalisés et offerts sans rupture avec les partenaires du réseau, notamment par des outils comme la gestion par programme-clientèle et le suivi systématique (critère d'accessibilité et de continuité);
- Une utilisation optimale des ressources humaines, financières et technologiques rares : cette structure doit favoriser l'intégration fonctionnelle des services et la complémentarité et éviter la duplication (critère de performance, de masse critique de clientèle);
- Le recrutement et la rétention des professionnels et des médecins, notamment par une organisation cohérente du travail médical et dans la perspective d'une couverture régionale (critère de rôle régional et recrutement);
- La continuité dans la prestation des soins et services avec les partenaires du réseau (critère de continuité);
- La dispensation de la majorité (plus de 90 %) des services spécialisés que requiert la population dans la région en favorisant l'autonomie régionale et le rapatriement des clientèles qui consomment des services en Ontario (critère d'autonomie régionale et de rétention des clientèles);
- L'utilisation des infrastructures actuelles de façon optimale, notamment des plateaux techniques, des lits et des blocs opératoires (critère d'utilisation optimale des ressources);
- Les bénéfices anticipés de la réorganisation de chaque secteur doivent être supérieurs aux efforts nécessaires (critère de faisabilité).

Nous avons donc retenu dix critères d'analyse et de sélection des solutions proposées :

- Rôle régional;
- Hiérarchisation;
- Accessibilité des services selon les priorités régionales;
- Continuité;
- Autonomie régionale et rétention des clientèles;
- Qualité et sécurité des services offerts;
- Masse critique fonctionnelle des clientèles et des professionnels soignants;
- Performance et utilisation optimale des ressources;
- Recrutement;
- Faisabilité.

7. SYNTHÈSE DE L'ORGANISATION PROPOSÉE

7.1. Une structure médicale intégrée

L'hôpital de Hull et celui de Gatineau se sont historiquement développés autour de leur clientèle respective présentant chacune un profil distinct (soit une clientèle plus âgée à Hull et une population plus jeune à Gatineau).

L'évolution du profil de la population depuis les dernières décennies entraîne un rapprochement dans les besoins de la population urbaine de l'Outaouais. Le regroupement et l'intégration des services sont désormais essentiels pour assurer une réponse coordonnée et optimisée dans les soins offerts à l'ensemble de la population, dans une perspective de desserte régionale.

Les médecins spécialistes doivent apporter de façon continue un support aux équipes d'omnipraticiens qui sont responsables d'une partie importante des services hospitaliers sur les deux sites

Outre les aménagements proposés dans la répartition des spécialités et compte tenu de la culture médicale conflictuelle qui prévaut actuellement dans plusieurs secteurs, nous estimons que les améliorations à venir doivent porter principalement sur le développement d'une réelle coordination entre les médecins des deux sites hospitaliers.

La structure médicale actuelle dans le CSSSG ne favorise pas la complémentarité intersites et la continuité des services en fonction des besoins de la clientèle. L'existence de départements distincts, de deux planifications des effectifs médicaux, souvent conflictuelles, de permis restrictifs sur un seul site, sont autant de freins et d'entraves à la dispensation de services de qualité.

La formation d'un Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) unique et la nomination d'un directeur des services professionnels (DSP) corporatif constituent des étapes importantes vers un fonctionnement intégré.

Il faut également :

- Unifier la structure départementale, c'est-à-dire, nommer un seul chef de département et un seul chef de service dans chacune des disciplines;
- Prévoir un seul exercice de mise en priorité des effectifs médicaux;
- Établir dans chaque secteur des priorités à caractère organisationnel plutôt que par site.

Le modèle de soins qui est proposé dans ce document suppose une poursuite de l'intégration des structures et un mécanisme unique de prise de décision pour l'ensemble du CSSSG.

La couverture des services par les spécialistes est prévue en fonction des besoins de la population.

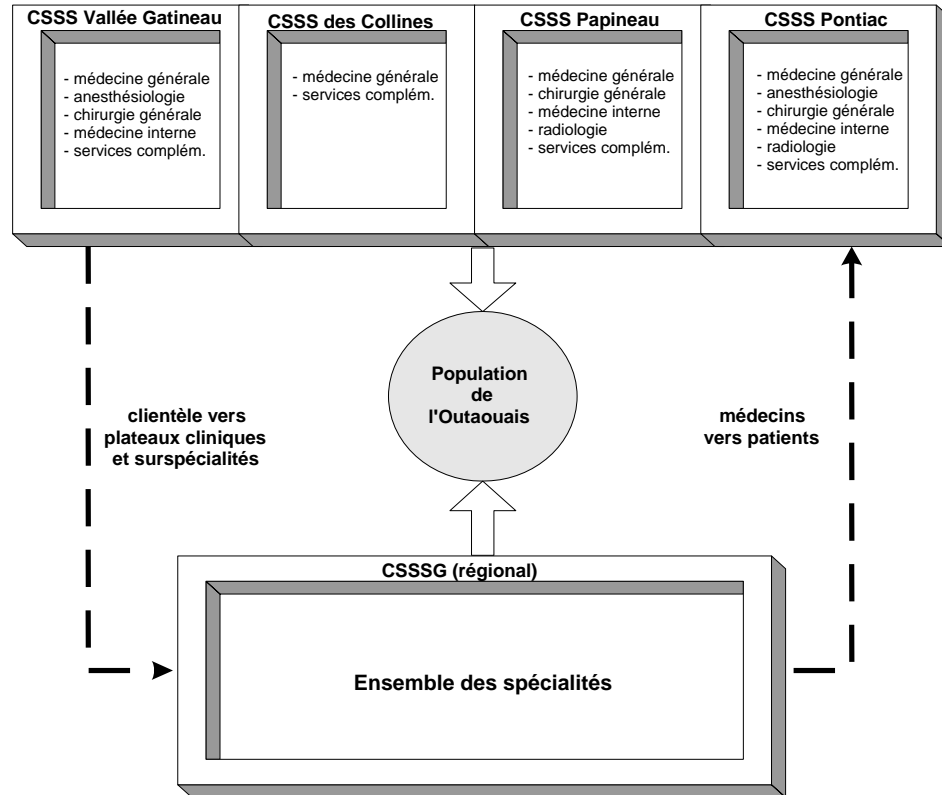
Nous recommandons que tous les services médicaux où le nombre de médecins prévu au plan régional des effectifs médicaux (PREM) est réduit soient regroupés sur un seul site. Dans un centre où la contribution des résidents est marginale, seul ce regroupement permettra d'atteindre la masse critique nécessaire, au plan de la fonctionnalité, pour réaliser l'évaluation de la qualité de l'acte médical, le développement du plateau technique, la couverture de la garde continue, la couverture de la mission traumatologie, le partage équitable des tâches favorisant le recrutement pour la région dans son ensemble et assurer le développement de la vie scientifique.

Le Collège des médecins du Québec a d'ailleurs pris position sur le sujet : on parle ici de masses critiques de patients et de la quantité de ressources spécialisées qui doivent être réunies.

Des protocoles détaillés devront être élaborés; ils décriront de façon exhaustive dans quel cas le médecin va au patient et dans quel cas le patient sera transféré. Ces outils sont d'autant plus nécessaires que la confiance mutuelle des équipes médicales est actuellement pauvre.

7.2. L'offre de services en soins spécialisés : Une organisation complémentaire répondant à l'ensemble des besoins de la population de la région de l'Outaouais

L'offre de services en soins spécialisés :



Organisations complémentaires répondant à l'ensemble des besoins de la population de l'Outaouais

La région de l'Outaouais est constituée d'une zone urbaine importante, mais aussi d'une zone rurale caractérisée par la dispersion de sa population sur le territoire. Le CSSS de Gatineau doit jouer pleinement son rôle régional.

Compte tenu de la pénurie généralisée d'effectifs médicaux, l'organisation régionale des services doit prévoir la réponse à l'ensemble de la clientèle de la région dans les spécialités de base. C'est pourquoi nous recommandons la mise sur pied de départements régionaux, notamment en anesthésiologie et en radiologie.

Ces départements régionaux auront pour mission d'assister les CSSS ruraux qui garderont leur autonomie. Le chef de département ne peut poser aucune action entraînant un bris de service en région. Chacun des établissements conservera les postes à son plan d'effectifs médicaux (PEM) et ses médecins recrutés en propre. Des modalités seront mises en place, selon des priorités établies annuellement, pour permettre la relève et le ressourcement et éviter les bris de

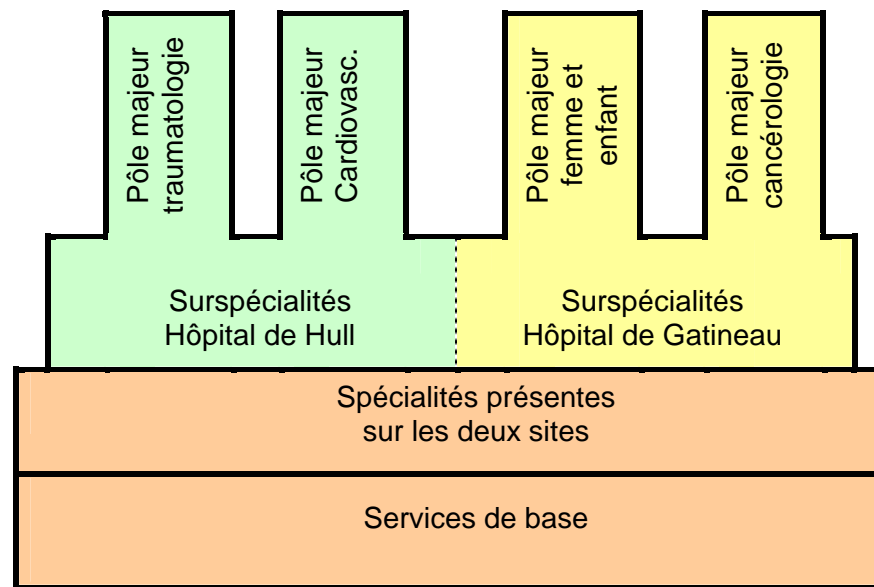
service. La Table régionale des DSP sera responsable de l'élaboration du plan d'action, volet départements régionaux.

Certaines activités surspécialisées sont déjà ou seront décentralisées. Mentionnons notamment la pédiatrie, les cliniques satellites d'oncologie, de cardiologie, la dialyse rénale et autres.

Les patients dont l'état nécessite des soins spécialisés auront un accès continu et coordonné au plateau technique du centre régional et aux divers consultants. Ces mesures sont essentielles pour garantir le soutien aux omnipraticiens et spécialistes de base de la zone rurale.

Bien sûr, la collaboration des partenaires de la zone rurale sera nécessaire afin d'assumer la prise en charge des patients post-soins tertiaires.

7.3. Le modèle d'organisation des services médicaux spécialisés au CSSSG



Le modèle présenté améliore la situation actuelle pour l'ensemble des critères d'analyse retenus et mentionnés au point 6.

Un élément important à souligner est le fait que la nouvelle répartition des activités sur deux sites est physiquement réalisable. En effet, l'utilisation du bloc opératoire et les ressources en lits permettent la réalisation des activités prévues (critère de faisabilité).

CHSGS : Hôpital de Hull et Hôpital de Gatineau

Application du scénario de répartition des activités sur le profil actuel des clientèles

	Hôpital Hull				Hôpital Gatineau			
	Épis. ⁽¹⁾	Hospit.	Equiv.-lits ⁽²⁾	DMS	Épis. ⁽¹⁾	Hospit.	Equiv.-lits ⁽²⁾	DMS
50 Anesthésie-réanimation	33	0	0	18,1	336	3	0	2,1
5 Gastro-entérologie	39	35	1	5,2	86	76	1	5,1
24 Chirurgie générale	1 395	674	17	8,1	1 949	942	15	5,4
85 Médecine	1 759	1 758	79	14,8	2 423	2 421	63	8,5
7 Médecine interne	42	41	2	15,3	309	303	7	7,1
90 Psychiatrie	370	320	14	13,8	459	398	18	15,0
83 Soins palliatifs	68	68	3	15,3	76	76	5	21,4
Autres ⁽³⁾	20	20	0	2,7	19	16	0	1,6
11 Pneumologie	0	0	0	0,0	46	46	2	12,7
28 Chirurgie thoracique	0	0	0	0,0	173	68	2	9,0
32 Ophtalmologie	0	0	0	0,0	2 135	2	0	1,0
81 Néonatalogie (soins normaux)	0	0	0	0,0	2 267	2 267	0	0,0
Obstétrique	0	0	0	0,0	2 968	2 822	28	3,3
60 Gynécologie	0	0	0	0,0	1 001	328	3	3,0
80 Pédiatrie	0	0	0	0,0	532	532	5	2,8
38 Urologie	0	0	0	0,0	966	370	5	4,4
26 Chirurgie plastique	0	0	0	0,0	719	105	1	2,5
36 Oto-rhino-laryngologie	0	0	0	0,0	1 612	344	4	4,1
77 Radio-oncologie	0	0	0	0,0	64	16	0	3,7
8 Néphrologie	100	100	3	9,5	0	0	0	0,0
9 Neurologie	310	310	10	11,0	0	0	0	0,0
14 Soins dentaires	217	1	0	20,0	0	0	0	0,0
22 Soins de la bouche	111	91	1	2,8	0	0	0	0,0
30 Neurochirurgie	401	296	8	8,9	0	0	0	0,0
41 Traumatologie	109	108	6	17,3	0	0	0	0,0
89 Gériatrie	101	101	6	19,1	0	0	0	0,0
2 Cardiologie	823	794	13	5,4	0	0	0	0,0
34 Orthopédie	3 351	1 331	30	7,5	0	0	0	0,0
20 Cardio-vasculaire et thoracique	527	303	8	8,6	0	0	0	0,0
TOTAL	9 776	6 351	200	10,3	18 140	11 134	159	4,7
Situation actuelle - avant scénario	10 666	5 784	191	11,0	17 250	11 698	167	5,3

1 : épisodes de soins : hospitalisations en soins de courte durée et cas en soins d'un jour

2 : mesure à partir du nombre réel de jours-hospitalisation et un taux théorique d'occupation de 90%

3 : Hématologie, oncologie médicale, radiologie diagnostique et physiothérapie

Le modèle comprend :

- **Des services de base présents dans les deux installations de courte durée du CSSSG :**
 - Urgence 24/7 accueillant toutes les clientèles (excluant mission spécifique en traumatologie dévolue à l'hôpital de Hull);
 - Hospitalisation de courte durée en :
 - Médecine et chirurgie;
 - Psychiatrie.
 - Services de chirurgie et médecine de jour;
 - Soins palliatifs et de fin de vie;
 - Cliniques externes;
 - Laboratoires¹⁰;
 - Imagerie médicale.

- **Certaines spécialités implantées sur les deux sites hospitaliers :**
 - Chirurgie générale;
 - Anesthésiologie;
 - Médecine interne (la concentration des surspécialités de médecine à l'hôpital de Hull va de pair avec une concentration des effectifs en médecine interne à l'hôpital de Gatineau);
 - Radiologie;
 - Gastro-entérologie;
 - Psychiatrie.

- **Certaines surspécialités implantées sur un ou l'autre site :**
 - Mandat de desserte du site non doté selon des protocoles à établir.









- Des **mandats** spécialisés plus spécifiques à chacune des installations (**notion de pôle majeur¹¹**) et nécessitant une expertise des professionnels et des médecins, une concentration des clientèles (masse critique) ou un plateau technique spécifique. La mission sera régionale.

Le tableau suivant présente le détail des spécialités médicales.

¹⁰ Sous réserve d'études de performance et de complémentarité à venir.

¹¹ **Pôle majeur** : L'installation (CHSGS) de l'établissement (CSSSG) où une activité médicale spécifique, un service ou un département, selon le cas, est réputé être installé. Il se distingue par la proportion importante de la population qu'il dessert, donc par l'importance de son plateau technique et des ressources dédiées. Le pôle majeur a la tâche de desservir en exclusivité l'ensemble de la population de la région (ex. : cardiologie tertiaire et pédiatrie).

ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Description	Spécialité	CH de		Remarques
		Hull	Gatineau	
Spécialités présentes sur les deux sites	Psychiatrie Gastro-entérologie Médecine nucléaire Tous laboratoires Radiologie Médecine interne Chirurgie générale Anesthésiologie Dermatologie			
Surspécialités - Hôpital de Hull	Neurologie Néphrologie Rhumatologie Physiatrie			
Surspécialités - Hôpital de Gatineau	Urologie ¹ Plastie ORL Ophtalmologie ¹ Allergie immunologie			
Pôle majeur de traumatologie	Neurochirurgie Orthopédie ¹ Contribution de spécialités diverses			
Pôle majeur des maladies cardiovasculaires et respiratoires	Cardiologie et hémodynamie ¹ Radiologie d'intervention Chirurgie vasculaire Endocrinologie Pneumologie			Inclut les facteurs de risques et les complications
Pôle majeur des maladies de la femme et de l'enfant	Pédiatrie Périnatalité Obstétrique-gynécologie Centre de coordination PQDCS*			
Pôle majeur de cancérologie	Hémato-oncologie Oncologie Radio-oncologie Chirurgie thoracique ¹ Autres disciplines associées	satellite		

¹ : Secteur directement visé par la reconfiguration des services

* PQDCS : Programme québécois de détection du cancer du sein

7.4. L'enseignement

En termes de services spécialisés, le CSSSG assume déjà une mission d'enseignement, notamment en anesthésiologie, en lien avec le RUIS McGill dont il fait partie.

Dans le cadre du développement du RUIS McGill, ces liens sont appelés à être renforcés. En effet, l'Outaouais répond bien au besoin du RUIS de développer un pôle régional de services, compte tenu du bassin de sa population et de la gamme de services médicaux offerts.

Tout en apportant sa contribution au RUIS McGill, le CSSSG profitera de l'opportunité pour se faire reconnaître en tant que milieu dynamique de formation ce qui favorisera la consolidation des missions et, impact non négligeable, influencera favorablement le recrutement des médecins.

8. CONSIDÉRATIONS À L'ÉGARD DE CERTAINES SPÉCIALITÉS SPÉCIFIQUES

8.1. Orthopédie

8.1.1. Constatations

- Sur le plan régional, une consommation totale de 2 073 hospitalisations pour les diagnostics liés à l'orthopédie et l'utilisation d'un équivalent de 54 lits. Environ 10 % des hospitalisations pour la population de la région sont réalisées en Ontario;
- En 2003-2004, la population de la région a consommé 444 hospitalisations de moins que l'attendu par rapport à la moyenne québécoise;
- Au niveau du CSSSG, 2 799 épisodes de soins réalisés en 2003-2004, dont 1 378 hospitalisations et 1 421 chirurgies d'un jour. Les clientèles hospitalisées ont généré l'utilisation de 32 équivalents-lits;
- Le nombre d'épisodes de soins a connu une croissance entre 2001-2002 et 2003-2004 :
 - 2001-2002 : 1 350
 - 2002-2003 : 1 365
 - 2003-2004 : 1 444
- Le niveau de gravité, le NIRRU et l'âge de la clientèle de l'hôpital de Hull sont légèrement supérieurs à ceux de l'hôpital de Gatineau;
- L'hôpital de Hull dessert principalement les territoires de Hull, d'Aylmer et de la Vallée de la Gatineau, il dessert près de 50 % de la clientèle du Pontiac et 30 % de celle du secteur de Gatineau. Il effectue 58 % de la chirurgie orthopédique réalisée au CSSSG;

- Le rôle de l'hôpital de Hull est prépondérant auprès de la clientèle de plus de 45 ans. On y dénombre au total 1 770 épisodes de soins dont 703 hospitalisations. En 2003-2004, les activités orthopédiques ont entraîné 6 639 jours d'hospitalisation, soit 20 équivalents-lits à 90 % de taux d'occupation. Le NIRRU moyen est de 1,9282;
- L'hôpital de Gatineau dessert principalement les territoires de Gatineau, de Papineau, de la Petite-Nation, des Collines de l'Outaouais et 51 % de la clientèle du Pontiac;
- Il effectue 63 % des interventions réalisées pour des clientèles hors-région et 75 % des interventions auprès des 0-14 ans. On y dénombre 1 629 épisodes de soins dont 675 hospitalisations. Les activités orthopédiques ont entraîné 4 061 jours d'hospitalisation, soit 12 équivalents-lits à 90 % de taux d'occupation. Le NIRRU moyen est de 1,5016;
- Le PREM en orthopédie prévoit neuf médecins et neuf sont en place selon le registre du MSSS.

Principales difficultés rencontrées

- Un climat conflictuel;
- De nombreux épisodes de crise requérant l'intervention des dirigeants afin d'éviter des bris de services et ce, depuis plusieurs mois;
- La lourdeur de la tâche à l'hôpital de Hull due principalement à l'âge de la clientèle et à la vocation de traumatologie qui sollicite fortement l'orthopédie;
- Trois orthopédistes sur les quatre présents assurent la garde à l'hôpital de Hull (le quatrième en est dispensé) alors que cinq orthopédistes se partagent la garde à l'hôpital de Gatineau;
- Le climat des relations entre les deux équipes médicales très distinctes est actuellement peu propice à une planification concertée des activités et des développements;
- Le statu quo est inacceptable.

8.1.2. Orientations

- Qu'un service unique soit formé, que les pratiques soient harmonisées, que la relève soit planifiée et que les priorités cliniques soient établies (pédiatrie, chirurgie de reconstruction, du rachis, etc.);
- Que ce service soit regroupé à l'hôpital de Hull, puisqu'un bris de services est inacceptable à cause de la mission de traumatologie à respecter, des besoins de la population et du nombre d'orthopédistes présents dans la région, il faut appliquer la seule solution efficace soit le regroupement;
- Qu'un chef de service soit nommé dont le mandat sera d'élaborer des modalités de couverture (sur place) de l'urgence de Gatineau, des cliniques externes et de la clientèle pédiatrique.

8.2. L'urologie

8.2.1. Constatations

- L'équipe des urologues du CSSSG est composée de trois médecins, un à l'hôpital de Hull et deux à l'hôpital de Gatineau;
- Le plan des effectifs médicaux permet le recrutement d'un quatrième urologue;
- L'hôpital de Hull dessert principalement les territoires de Hull et d'Aylmer;
- L'hôpital de Gatineau dessert principalement les territoires de Gatineau, de la Vallée de la Gatineau, de Papineau, des Collines de l'Outaouais, du Pontiac et, en partie, d'autres régions;
- En 2003-2004, 69 % des épisodes de soins d'urologie du CSSSG se sont déroulés à l'hôpital de Gatineau;
- Les trois urologues en place représentent 2,3 ETP en CHSGS selon la facturation à la RAMQ. La population consomme également les services de 0,6 ETP en urologie en cabinet privé;
- La population consomme peu de services d'urologie en Ontario;
- Pour les catégories majeures de diagnostics (CMD) du système urinaire et du système reproducteur de l'homme, la consommation de la population est à peu près équivalente à celle du reste du Québec.

Principales difficultés rencontrées

- L'absence de complémentarité et de partenariat chez les effectifs en place (hôpital de Hull vs hôpital de Gatineau), entraînant ainsi des bris dans la couverture de la garde et des périodes d'absence des urologues;
- Les difficultés de recrutement sont engendrées particulièrement par la situation et le climat actuels. Au moins un médecin aurait exprimé cette opinion et retiré sa candidature;
- L'absence d'harmonisation au niveau des pratiques;
- La lourdeur inégale de la tâche sur les deux sites.

8.2.2. Orientations

- Que les effectifs en place soient regroupés dans un seul service (critères de masse critique, de continuité, d'accessibilité);
- Que le pôle majeur des activités d'urologie soit à l'hôpital de Gatineau, compte tenu des volumes d'activités actuels et du profil de desserte des différents territoires;
- Que le service adopte des règles de fonctionnement qui prévoient notamment la couverture intégrale de la garde et des absences (critères de continuité et d'accessibilité);
- Que les médecins en place amorcent des discussions sur le mode de rémunération le plus adéquat pour le groupe (rémunération à l'acte vs rémunération forfaitaire qui nécessite l'unanimité des membres du service) (critère recrutement);
- Que l'on procède le plus rapidement possible au recrutement d'un urologue, permis au plan des effectifs;
- Que la répartition des tâches élaborée par le chef de service d'urologie prévoit minimalement la couverture de la traumatologie et des activités communes avec la néphrologie à l'hôpital de Hull, de même que les consultations aux patients hospitalisés. La présence quotidienne d'un urologue est probablement nécessaire.

8.3. La cancérologie

8.3.1. Constatations

- Le cancer a maintenant devancé les pathologies cardiaques au Canada comme première cause de décès;
- L'incidence du cancer en Outaouais est supérieure à l'ensemble du Québec;
- L'hôpital de Gatineau dessert principalement les clientèles en provenance des territoires de Gatineau, de la Vallée de la Gatineau, de Papineau, des Collines de l'Outaouais, du Pontiac et des autres régions. Son rôle est prédominant dans toutes les tranches d'âge de la population;
- L'hôpital de Hull dessert principalement les territoires de Hull et d'Aylmer;
- En 2003-2004, on dénombre 367 épisodes de soins dans les Diagnosis Related Group – francisé par le MSSS par Diagnostics regroupés pour la gestion - (DRG) reliés au cancer à l'hôpital de Hull et 643 à l'hôpital de Gatineau. C'est donc dire que 64 % des épisodes de soins reliés au cancer se déroulent à l'hôpital de Gatineau. Les activités reliées au cancer consomment 23,5 ETP médecins en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, (CHSGS) dans la région, toute spécialité confondue;
- Outre ceux offerts par les chirurgiens, les services spécialisés en oncologie sont aussi dispensés par :
 - Deux hémato-oncologues installés à l'hôpital de Hull;
 - Une oncologue installée à l'hôpital de Gatineau;
 - Les spécialistes en radio-oncologie, installés à l'hôpital de Gatineau;
 - Un interniste et des omnipraticiens qui interviennent en support à l'hôpital de Gatineau.
- Les besoins en effectifs médicaux exprimés par la région sont de six hémato-oncologues et oncologues et de trois à quatre radio-oncologues;
- Des projets d'immobilisation sont présentement en cours à l'hôpital de Gatineau :
 - Rehaussement des installations de radio-oncologie déjà présentes;
 - Hôtellerie;
 - Centre ambulatoire du cancer.

Principales difficultés rencontrées

- La pénurie d'hémato-oncologues;
- L'absence de coordination dans la planification et la dispensation des services à tous les niveaux, incluant les protocoles de traitement et le consensus;
- Une problématique spécifique à la radio-oncologie ayant nécessité l'intervention d'un expert externe.
- Outre les principes généraux déjà mentionnés, l'organisation des services doit également tenir compte des éléments suivants :
 - Du nombre actuel réduit de médecins spécialistes et favoriser le recrutement et la rétention (critère de masse critique);
 - De l'utilisation optimale des infrastructures disponibles (critères performance et utilisation des ressources);
 - Du maintien des activités chirurgicales reliées au cancer sur les deux sites (critère accessibilité);
 - Des liens de proximité nécessaires avec les autres disciplines médicochirurgicales spécialisées pour des clientèles spécifiques;
 - De l'accessibilité des services à la population de la région;
 - Du rapatriement des clientèles traitées en Ontario : des épisodes de soins (volumes à définir) dans le domaine des lymphomes agressifs et des leucémies pourraient être rapatriés, moyennant certains développements et le recrutement d'hémato-oncologues à l'hôpital de Hull.

8.3.2. Orientations

- Qu'un département intégré d'oncologie à vocation régionale soit créé, compte tenu du faible nombre de membres dans chacun des services et de la convergence des activités autour d'une clientèle commune, (critère masse critique);
- Que ce département inclut :
 - Le service d'hémato-oncologie regroupant les hémato-oncologues et les oncologues du CSSS de Gatineau;
 - Le service de radio-oncologie regroupant les radio-oncologues oeuvrant dans le CSSS de Gatineau.
- Que les membres du département de médecine générale et de médecine spécialisée qui oeuvrent dans ce secteur spécifique demeurent membres de leur département respectif au premier chef et exercent des privilèges en oncologie, sous la responsabilité du chef de département d'oncologie (critère hiérarchisation);
- Que ce département soit responsable de développer et de maintenir avec les partenaires des points de services et des modalités efficaces de prise en charge pour l'ensemble de la population de la région (critère rôle régional).

- Que l'organisation des services suivante soit mise en place :
- L'hôpital de Gatineau constitue le pôle majeur des services en cancérologie du CSSS de Gatineau, il regroupe les activités et services suivants :
 - Centre administratif : programme clinique d'oncologie et équipes multidisciplinaires, bureau du chef de département médical, archives hémato-oncologiques et registre des tumeurs;
 - Centre de dépistage du cancer du sein;
 - Centre ambulatoire d'oncologie regroupant la majorité des clientèles ambulatoires et offrant les services suivants :
 - Radio-oncologie;
 - Chimiothérapie ambulatoire;
 - Clinique multidisciplinaire des tumeurs du sein¹;
 - Clinique multidisciplinaire des néoplasies digestives¹;
 - Clinique multidisciplinaire des tumeurs pulmonaires et oncologie pulmonaire (chirurgie et traitement de chimiothérapie, en collaboration avec la pneumologie, la chirurgie thoracique et la radio-oncologie)¹;
 - Soutien des services d'hôtellerie;
 - Soutien des équipes interdisciplinaires.
 - Oncologie de la sphère ORL (chirurgie et traitements oncologiques);
 - Oncologie gynécologique (chirurgie et traitements oncologiques);
 - Chirurgie du cancer du sein et du système digestif (chirurgie générale);
 - Recherche clinique (à développer).
- L'hôpital de Hull offre les services suivants :
 - Chirurgie du cancer du sein, du système digestif et neurologique;
 - Hospitalisation des rares cas sévères et complexes nécessitant les plateaux techniques des surspécialités médicales (critère sécurité);
 - Services de consultation aux patients hospitalisés;
 - Plasmaphérèse;
 - Des activités réduites de chimiothérapie ambulatoire (critère accessibilité);
 - Satellite du centre de recherche clinique, situé à Gatineau (à développer).

Le mandat du chef de département d'oncologie est présenté en annexe.

8.4. L'hématologie et les laboratoires

8.4.1. Constatations

La pénurie d'effectifs en hématologie entraîne, entre autres problèmes, une couverture suboptimale du laboratoire d'hématologie de Gatineau.

8.4.2. Orientations

- Concentrer les activités de laboratoire spécialisées nécessitant l'intervention des hématologistes et des masses critiques pour l'expertise du personnel technique à l'hôpital de Gatineau (critères de masse critique et de performance);
- Favoriser le recrutement d'héματο-oncologues plutôt que celui d'oncologues purs; continuer notamment les discussions en cours avec le RUIS McGill et les Agences pour le recrutement d'un effectif partagé (critère de masse critique);
- Développer, lorsque les effectifs médicaux et les ressources le permettront, une clinique multidisciplinaire des maladies de la coagulation à l'hôpital de Gatineau et une clinique d'hématologie pédiatrique et obstétricale à l'hôpital de Gatineau;
- Même si les services spécialisés en hématologie sont concentrés à l'hôpital de Gatineau, le chef de service verra à élaborer des modalités de couverture adéquate des activités de laboratoire de l'hôpital de Hull et des services de consultation, en support au service de médecine spécialisée (critères de continuité et hiérarchisation).

8.5. La cardiologie

8.5.1. Constatations

- La population du CSSS de Gatineau a consommé 1 550 hospitalisations en 2003-2004 pour les pathologies du système circulatoire. C'est une sous-consommation relative de 771 hospitalisations par rapport à la moyenne québécoise;
- Les interventions de chirurgie cardiaque sont actuellement réalisées en Ontario. Le CSSS de Gatineau et l'Agence souhaitent poursuivre et consolider les ententes en cours;
- En 2003-2004, 89 % des épisodes de soins reliés à la cardiologie ont été réalisés à l'hôpital de Hull;

- La région 07 consomme les services de 8,2 ETP cardiologues selon la facturation RAMQ de 2003, soit 7,0 ETP en CHSGS (probablement à cause de l'hémodynamie) et 1,2 ETP en cabinet;
- Le plan des effectifs médicaux prévoit huit cardiologues. On compte six effectifs en place en CHSGS en janvier 2005;
- Les services de cardiologie tertiaire du CSSS sont assurés par l'équipe des cardiologues et des hémodynamiciens de l'hôpital de Hull;
- À l'hôpital de Gatineau, la maladie cardiaque est actuellement prise en charge par deux cardiologues, appuyés des internistes et des médecins généralistes. Les deux cardiologues réalisent également des activités traditionnellement dévolues à la médecine interne;
- Tous les intervenants consultés constatent la fluidité des relations et l'efficacité dans la prise en charge de la maladie coronarienne aiguë par les hémodynamiciens;
- L'accessibilité aux services d'urgence pour les clientèles présentant une douleur thoracique et susceptible de présenter un syndrome coronarien aigu nécessite un regard particulier :
 - Actuellement, un patient qui présente une douleur thoracique peut consulter dans l'une ou l'autre urgence des CSSS de la région, en ambulance ou par ses propres moyens. Les causes d'une telle douleur pouvant être multiples, le patient est évalué par le médecin de l'urgence et le diagnostic est précisé. Dans le cas de maladie coronarienne aiguë, le malade est souvent transféré vers un centre offrant des services d'hémodynamie;
 - Cette approche est conforme aux orientations et aux principes directeurs retenus dans le cadre de la présente démarche, soit : « Le maintien de deux hôpitaux offrant chacun une mission complète de soins généraux, notamment les soins aux malades admis en médecine générale (gériatrie, psychiatrie) et courte durée, une salle d'urgence, les spécialités de base ainsi que certaines spécialités à mission régionale, le tout dans une optique de complémentarité et de collaboration entre les deux centres »¹²;
 - Encore plus important, cette approche permet de rencontrer les normes d'accessibilité et de résultats cliniques recherchés, ce qui constitue un des objectifs prioritaires visés dans l'organisation des services. C'est, en effet, ce que démontre un rapport publié par le service de cardiologie du CSSS de Gatineau portant sur les activités d'angioplastie primaire en 2003-2004 :

¹² Principes directeurs spécifiques déterminés par l'Agence en février 2005

- Les tendances modernes dans le traitement de la maladie coronarienne aiguë plaident en faveur d'une angioplastie primaire accessible (hémodynamie) dans des délais optimaux. Le rapport publié par le service de cardiologie du CSSS de Gatineau portant sur les activités d'angioplastie primaire en 2003-2004 fait état d'un délai médian de 80 minutes entre le premier contact médical et l'ouverture de l'artère. On constate dans cette étude un délai médian de 66 minutes pour les patients en provenance de l'urgence de l'hôpital de Hull et de 75 minutes pour les patients en provenance de l'urgence de l'hôpital de Gatineau (une différence de neuf minutes, imputable, fort probablement, au transport). En comparaison, un délai médian de 38 minutes est noté entre l'appel à l'hémodynamicien et l'arrivée en salle;
 - Le taux de succès dans la reperméabilisation de l'artère est de 96 %, ce qui correspond aux meilleurs standards publiés dans la littérature et aucune complication n'a été notée durant le transport.
- On décompte 171 CHSGS au Québec et 16 de ces centres offrent la cardiologie tertiaire. C'est donc dire que dans plusieurs cas, le transfert des malades vers un centre d'hémodynamie offrant l'angioplastie primaire est nécessaire. C'est par exemple le cas à Montréal et à Québec;
 - Donc, en résumé, les résultats de cette étude réalisée dans la région, comme d'autres, militent en faveur du maintien de la capacité des deux sites d'urgence à prendre en charge l'ensemble des pathologies, incluant la maladie coronarienne aiguë (excluant la traumatologie secondaire);
 - Certains membres du CMDP transitoire du CSSS de Gatineau expriment actuellement des réserves sur le projet d'aiguillage préhospitalier. Une analyse et des recommandations (positives) seraient nécessaires (LSSS) avant d'envisager une poursuite du projet, de même qu'une analyse des impacts.

8.5.2. Orientations

- Que les cardiologues oeuvrant au CSSS de Gatineau soient regroupés en un seul service, installé à l'hôpital de Hull (pôle majeur des maladies cardiovasculaires et des facteurs de risques) et offrant notamment des services de consultation en cardiologie générale à l'hôpital de Gatineau (critères de masse critique et hiérarchisation) :
 - La synergie entre les différentes spécialités médicales impliquées dans la prévention des facteurs de risque et dans le curatif sera améliorée. De plus, selon le principe de la hiérarchisation des soins, l'ensemble des cardiologues sera mieux utilisé. Rappelons que nous constatons une sous-consommation appréciable des soins en cardiologie dans le RLS par rapport à la moyenne québécoise.
- Que la perte d'effectifs en cardiologie soit compensée par le recrutement d'un ou deux internistes à l'hôpital de Gatineau (critères de masse critique et accessibilité);
- Que des activités communes d'évaluation de la qualité de l'acte médical et des durées de séjour soient réalisées et que les priorités de recrutement et de développement des services cliniques en cardiologie pour l'ensemble du CSSS de Gatineau soient établies avec la participation des autres intervenants médicaux et professionnels (critère de qualité);
- Que l'accessibilité aux deux sites d'urgence pour les clientèles présentant une douleur thoracique et susceptibles de présenter un syndrome coronarien aigu soit maintenue;
- Que le traitement postangioplastie soit concentré à Hull;
- Que le CSSS de Gatineau réévalue les modalités de traitement ambulatoire de l'insuffisance cardiaque. Des modèles de prise en charge existent dans plusieurs régions du Québec, avec des résultats favorables et ce, depuis déjà plusieurs années (critères de qualité, hiérarchisation, etc.).

8.6. L'ophtalmologie

8.6.1. Constatations

- La consommation de la population pour le CMD système oculaire se situe dans la moyenne québécoise, en 2003-2004;
- La production des services pour la population du CSSS de Gatineau en 2003-2004 est de 2 135 épisodes de soins dont seulement deux hospitalisations.

8.6.2. Orientation

- Que le service soit implanté à l'hôpital de Gatineau dans une perspective d'améliorer la fonctionnalité des services en ophtalmologie, lorsque les ressources seront disponibles. Le CSSS de Gatineau devra tenir compte de l'équilibre des activités et des espaces disponibles.

8.7. La psychiatrie

8.7.1. Constatations

La validité des données portant sur les activités de psychiatrie qui ont été transmises au MSSS par l'établissement pour l'année 2003-2004 est actuellement remise en question. Nous avons donc retiré ces données de la présente version du document.

Nous demandons au lecteur de ne pas tenir compte des statistiques sur la psychiatrie apparaissant dans les versions antérieures. En effet, la consommation des services avait été surestimée compte tenu que les jours présence indiqués en courte durée comprenaient également les séjours des clientèles en longue durée.

Le niveau de consommation pourra être analysé une fois que des recherches plus exhaustives auront permis d'assurer la validité des volumes d'activités fournis.

8.7.2. Orientation

- Que les travaux se poursuivent dans le cadre des travaux du Comité de coordination national des urgences (CCNU) sur les urgences de la région et du plan ministériel en santé mentale et des projets cliniques en santé mentale.

8.8. L'anesthésiologie

8.8.1. Constatations

- Il s'agit d'une spécialité de base et les attentes des CH, tant de la zone urbaine que rurale, sont importantes car le recrutement et la rétention des médecins anesthésiologistes sont problématiques;
- Les anesthésiologistes convenaient, lors des consultations, de la pertinence d'une couverture régionale, mais déplorent le manque d'effectifs :
 - Le PEM en anesthésiologie prévoit 18 effectifs dans le CSSSG, dont un poste pour la couverture du CH-CHSLD de Papineau. On dénombre 17 effectifs en place en janvier 2005;
 - Le CS du Pontiac bénéficie d'un anesthésiologiste;
 - Le CSVG bénéficie d'un anesthésiologiste;
 - Les demandes du CSSSG, appuyées par l'Agence, sont de 20 anesthésiologistes;
 - Les membres du département d'anesthésiologie nous ont indiqué qu'ils ne pourraient pas répondre à l'ensemble des demandes de la région si les besoins en effectifs n'étaient pas comblés.

8.8.2. Orientations

- Que l'ensemble des effectifs en anesthésiologie de la région soit regroupé dans un département régional sous la responsabilité du chef de département du CSSS de Gatineau (critères accessibilité, masse critique et rôle régional);
- Que la participation de tous les membres à des activités de perfectionnement et d'éducation médicale continue soit encouragée en vue de combattre l'isolement (critères qualité et recrutement);
- Qu'un protocole régional d'entente soit élaboré pour tenir compte des effectifs en place et des recrutements à venir (voir annexe). Ce protocole d'entente pourrait s'appliquer au besoin dans les autres spécialités de base.

8.9. La radiologie

8.9.1. Constatations

- Il s'agit d'une spécialité de base;
- Les cliniciens de l'hôpital de Gatineau jugent les heures de couverture en radiologie insuffisantes;
- Globalement, la couverture en zone rurale est jugée plus satisfaisante dans les rapports consultés;
- Le PEM en radiologie prévoit huit effectifs dans le CSSS de Gatineau et on dénombre huit effectifs en place en janvier 2005 :
 - Le CSSS de Pontiac dispose d'un radiologiste;
 - Le CSSS de Papineau dispose d'un radiologiste;
 - Les demandes de la région sont de 12 radiologistes, dont un poste pour la résonance magnétique;
 - Les membres nous ont indiqué qu'ils ne pourraient pas répondre à l'ensemble des besoins de la région si les besoins en effectifs n'étaient pas comblés.

8.9.2. Orientations

- Que l'ensemble des effectifs en radiologie hospitalière de la région soit regroupé dans un département régional, sous la responsabilité du chef de département du CSSS de Gatineau;
- Que la participation de tous les membres à des activités de perfectionnement et d'éducation médicale continue soit encouragée en vue de combattre l'isolement;
- Que le dossier PACS.(Picture Archiving and Communication Systems) soit finalisé.

8.10. La pneumologie

8.10.1. Orientations

- À la suite des consultations effectuées et compte tenu des opinions unanimes exprimées, que la pneumologie demeure concentrée à l'hôpital de Hull;
- Que les pneumologues s'assurent la couverture des activités de cancérologie et des demandes de consultation à l'hôpital de Gatineau, ainsi que le support à la chirurgie thoracique, à raison d'une journée par semaine environ.

8.11. La chirurgie thoracique

8.11.1. Constatations

- En 2003-2004, le fichier MED ECHO fait état de 169 interventions chirurgicales effectuées à l'hôpital de Hull, en relation avec le système respiratoire;
- De ces interventions, on dénombre 103 biopsies du médiastin, 17 biopsies pulmonaires, 15 lobectomies pour un total de 135 interventions en relation probable avec le cancer. Ceci constitue, de façon conservatrice, 80 % des activités de chirurgie thoracique.
- La relation directe de la chirurgie thoracique avec la sphère de la cancérologie est donc claire;
- La traumatologie secondaire nécessite rarement l'intervention de la chirurgie thoracique étant donné l'implication de la chirurgie générale.
- Les avis exprimés sont partagés, mais plusieurs avis d'experts des deux sites sont en faveur de la concentration de la chirurgie thoracique à l'hôpital de Gatineau;

8.11.2. Orientations

- Que les activités de chirurgie thoracique soient concentrées à l'hôpital de Gatineau
- Qu'il y ait couverture des consultations en traumatologie à l'hôpital de Hull;
- Que les conditions de réalisation suivantes soient assurées avant le transfert des activités de chirurgie thoracique :
 - la présence d'infirmières et de professionnels qualifiés au bloc opératoire de l'hôpital de Gatineau;
 - la présence de personnel qualifié aux soins intensifs;
 - la disponibilité de la pneumologie pour les cas complexes;
 - le support spécialisé de la pathologie;
 - la présence des anesthésiologistes surspécialisés (responsabilité du chef de département).

9. LES CONDITIONS DE RÉALISATION

Les conditions de mise en œuvre de la proposition présentée sont les suivantes :

- L'élaboration à court terme d'un plan d'action avec un échéancier précis;
- La mobilisation et la responsabilisation des médecins dans le nouveau modèle;
- Une préoccupation constante de support aux équipes d'omnipraticiens en place;
- L'actualisation des conditions de réalisation spécifiques au transfert des activités de chirurgie thoracique tel que mentionné au point 9.11.2;
- Le développement du partenariat avec le RUIS McGill dans divers volets;
- Des systèmes d'information comme outils intégrateurs qui soutiennent le volet régional et le fonctionnement sur deux sites, notamment :
 - PACS; (Picture Archiving and Communication Systems)
 - Dossier patient unique informatisé.
- Un monitoring continu et systématisé de l'évolution;
- La rémunération médico-administrative des chefs de département durant la phase d'implantation (deux ans);
- Un message clair à la population et aux partenaires :
 - Une seule « carte d'hôpital »;
 - Un seul numéro de téléphone;
 - Un plan clair et simple des services offerts.

- La mise en œuvre et le respect des règles de dispensation des services dans les champs de compétence exclusive présentés ci-après;
- Un plan d'action qui devra prévoir :
 - La tenue de cliniques externes sur les deux sites dans le cas des spécialités à activités concentrées, tout en évitant la duplication des plateaux techniques et en respectant le cadre financier et les priorités de l'établissement.
 - Les impacts sur les équipes de professionnels en protégeant l'expertise.

Chacune des conditions de réalisation ci-haut identifiées devra être précisée pour définir le contenu, la démarche, les échéanciers et les ressources requises. Les conditions seront intégrées au plan d'action relatif à la mise en œuvre du plan.

10. RÈGLES DE DISPENSATION DES SERVICES DANS LES DEUX HÔPITAUX

Le modèle proposé repose sur la coordination de l'ensemble des services médicaux offerts. À cet effet, nous avons mentionné précédemment l'importance de la mise en commun des procédures de planification et de gestion des services favorisée notamment par l'existence d'un seul CMDP, la nomination d'un seul DSP, l'intégration des structures départementales et du plan d'effectifs médicaux.

Dans le cas des spécialités où l'un ou l'autre des centres hospitaliers se voit reconnaître un champ de compétence exclusive, il nous apparaît important de spécifier les règles de dispensation des services qui garantiront l'accessibilité et la continuité des services à tous les patients peu importe l'endroit de consultation.

10.1 Règles /Paramètres de fonctionnement/ Seuil minimal d'activités

A. Généralités s'appliquant à l'ensemble des spécialités de compétence exclusive

- Chaque chef de département est responsable d'élaborer dans les plus brefs délais les règlements de son département qui devront prévoir l'obligation et les modalités de desserte de l'autre site et des sites ruraux, selon les modalités spécifiées dans le règlement du CMDP;
- Former un service unique;
- Nommer un chef de service dont le mandat sera d'établir les modalités de couverture de chacun des sites et de les prévoir à l'intérieur d'un règlement;
- Établir les priorités cliniques;
- Prévoir la couverture de la garde et des absences;

- Assurer les consultations auprès des patients hospitalisés dans chacun des sites, dans un délai de 24 heures ouvrables;
- Assurer la réponse aux consultations urgentes dans des délais optimaux. Sauf exception, les consultations devront s'effectuer sur place pour toutes les disciplines pour les clientèles de traumatologie (hôpital de Hull) et de pédiatrie (hôpital de Gatineau);
- Mettre sur pied des activités communes d'évaluation de la qualité de l'acte médical et de la durée moyenne de séjour;
- Harmoniser les pratiques.

B. Particularités

- Orthopédie (concentration à l'hôpital de Hull) :
 - Clinique externe quotidienne;
 - Réponse aux demandes de consultation en 24 heures ouvrables;
 - Acceptation rapide des demandes de transfert;
 - Couverture de la chirurgie pédiatrique.
- Urologie (concentration à hôpital de Gatineau) :
 - Prévoir la présence quotidienne d'un urologue à l'hôpital de Hull;
 - Réponse aux demandes de consultation en 24 heures ouvrables;
 - Assurer la couverture de la traumatologie et des activités communes avec la néphrologie à l'hôpital de Hull, y compris les activités chirurgicales.
- Cancérologie (concentration à hôpital de Gatineau) :
 - Prévoir la présence quotidienne d'un hémato-oncologue à l'hôpital de Hull;
 - Quelques activités d'oncologie ambulatoire;
 - Réponse aux demandes de consultation en 24 heures ouvrables.
- Hématologie et laboratoires (concentration à l'hôpital de Gatineau) :
 - Supervision et gestion des activités du laboratoire d'hématologie;
 - Clinique externe d'hématologie.
- Cardiologie (concentration à l'hôpital de Hull) :
 - Maintenir l'accessibilité aux deux sites d'urgence pour les clientèles présentant une douleur thoracique et susceptibles de présenter un syndrome coronarien aigu;
 - Assurer l'accessibilité au plateau technique de l'hôpital de Hull dans les délais prescrits;
 - Maintenir les services de consultation en cardiologie générale à l'hôpital de Gatineau;
 - Maintenir les activités du laboratoire de cardiologie, incluant tapis roulant et échographie cardiaque;
 - Prévoir la présence quotidienne d'un cardiologue à l'hôpital de Gatineau.

- Pneumologie (concentrée à l'hôpital de Hull) :
 - Réponse aux demandes de consultation en 24 heures ouvrables;
 - Support aux activités de cancérologie à raison d'au moins une journée par semaine.
- Chirurgie thoracique (concentrée à l'hôpital de Gatineau) :
 - Réponse aux demandes de consultation en 24 heures ouvrables;
 - Support aux activités de traumatologie dans des délais optimaux.

11. NOMINATION DES CHEFS DE DÉPARTEMENT

Le choix des chefs de département doit faire l'objet d'une attention toute particulière dans le contexte actuel. En effet, ils agiront comme moteurs de la phase opérationnelle de la démarche en cours. Ils seront choisis pour leurs qualités de leaders, leur vision régionale de la dispensation des soins, leur adhésion aux principes directeurs qui sous-tendent le présent document.

Ce sont les chefs de département qui seront responsables, sous la supervision du DSP et du Comité exécutif du CMDP (CECMDP) d'élaborer les règles de fonctionnement qui permettront d'actualiser le plan et de supporter de façon efficace les omnipraticiens de la région.

Rappelons que les chefs de département sont imputables de par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), de la gestion des ressources, sous la responsabilité du DSP et de la qualité de l'acte médical, sous la responsabilité du CMDP.

Plus particulièrement (art 189), les chefs de département clinique sont responsables de coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP, les activités des médecins de leur département et, plus particulièrement, l'application des modalités du système de garde.

Les départements cliniques sont ceux qui sont prévus au plan d'organisation. Ces derniers sont subdivisés en services cliniques.

Les règlements du CMDP doivent comprendre un chapitre sur la nomination des chefs de département cliniques.

Nous recommandons que le règlement comprenne notamment les éléments suivants :

- Les chefs de départements cliniques sont nommés pour un mandat de quatre ans (LSSS, art.188);
- Un mandat peut être renouvelé une fois seulement : seules des circonstances exceptionnelles pourraient amener le CECMDP à recommander au conseil d'administration qu'un chef de département puisse faire plus de deux mandats consécutifs;
- Un comité de sélection du chef du département est formé. Le comité de sélection doit être formé au minimum trois mois avant la fin du mandat en cours du chef du département. S'il y a démission d'un chef de département avant la fin de son mandat, le comité doit être formé dans les trois mois suivant la réception de l'avis de démission;

- Le comité de sélection est composé de la façon suivante :
 - Le directeur des services professionnels;
 - Un membre du CMDP désigné par le Comité exécutif dans un autre département que celui visé;
 - Un membre désigné par le département au cours d'une réunion départementale;
 - Un représentant du RUIS McGill;
 - Le directeur général à titre d'invité;
 - Le comité désigne un président parmi les membres. Il fait rapport de ses travaux et adresse ses recommandations au Comité exécutif du CMDP;
 - Après avoir pris connaissance du rapport et des recommandations du comité de sélection, le Comité exécutif adresse ses recommandations au conseil d'administration qui effectue la nomination.

Le comité de sélection du chef de département tient au moins deux rencontres. Il entend toutes les personnes qui en font la demande. De plus, le comité peut convoquer et entendre toute personne qu'il juge nécessaire, dans le cadre de son mandat. Le comité peut également solliciter des candidatures, dans le cadre de ses travaux.

Nous recommandons que le DSP et le CECMDP conviennent avec le candidat retenu à la suite des entrevues réalisées dans le cadre du comité de nomination, des objectifs du chef de département pour la durée de son mandat. Ces objectifs seront approuvés par le conseil d'administration lorsqu'il effectuera la nomination. Le candidat qui accepte la nomination est réputé avoir accepté les objectifs qui lui sont fixés.

Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau modèle d'organisation des services médicaux, tous les chefs de départements nommés seront responsables de l'élaboration, dans les plus brefs délais, des règlements de leur département respectif, sous la supervision du CMDP. Ces règlements sont adoptés par le conseil d'administration. Ils devront décrire de façon extensive les modalités de garde, de couverture de l'autre site hospitalier et de réponse aux demandes de consultation et de transfert en provenance des CSSS ruraux.

Par la suite, les chefs de départements cliniques sont responsables du processus de nomination des chefs de services cliniques qui devra également être prévu aux règlements du CMDP et être cohérent avec le processus de nomination des chefs de départements, sans cependant nécessiter de représentation externe.

Étant donné la lourdeur de la tâche dévolue aux chefs de départements cliniques de médecine spécialisée durant la phase d'implantation du présent modèle, nous recommandons de réserver pour deux ans une enveloppe spécifique pour la rémunération des médecins au niveau des responsabilités médico-administratives.