

Régie régionale de Montréal-Centre

**Les centres ambulatoires de 2^e et 3^e lignes
dans le réseau des soins de santé
du troisième millénaire**

**Concept de soins et services
ambulatoires hospitaliers**

Septembre 1998

Version révisée - novembre 1998

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(286-5604)

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 1999.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
1. TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ EN AMONT ET EN AVANT DES CENTRES AMBULATOIRES.....	6
1.1 Essor des soins de première ligne.....	6
1.2 Transformation des hôpitaux.....	7
2. LE CENTRE DE SOINS AMBULATOIRES DE 2 ^E ET 3 ^E LIGNE: NOUVEAU CARREFOUR DE SOINS POUR LA CLIENTÈLE.....	11
2.1 Pourquoi regrouper les soins et services ambulatoires ?.....	11
2.1.1 Convivialité avec l'utilisateur	11
2.1.2 Qualité des soins et services dispensés	12
2.1.3 Partenariat dans le réseau.....	13
2.1.4 Diminution de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers	13
2.1.5 Enseignement professionnel	14
2.1.6 Environnement guérisseur	15
2.1.7 Efficience.....	16
2.2 Quelle clientèle fréquentera ces centres ambulatoires ?	16
2.3 Pourquoi appelle-t-on le centre ambulatoire: un carrefour de soins ?.....	18
2.4 Pourquoi rattacher les centres ambulatoires spécialisés à un hôpital ?	19
3. PROJETS DE CENTRES AMBULATOIRES DE MONTRÉAL-CENTRE: MAISONNEUVE-ROSEMONT ET SACRÉ-COEUR.....	22
3.1 Vision métropolitaine	22
3.2 Caractéristiques et services ambulatoires actuels des hôpitaux Maisonneuve-Rosemont et Sacré-Coeur	23
3.2.1 Sacré-Coeur	23
3.2.2 Hôpital Maisonneuve-Rosemont	24
3.3 Caractéristiques des centres ambulatoires proposés à Maisonneuve-Rosemont et à Sacré-Coeur	26
3.3.1 Centrés sur l'utilisateur	26
3.3.2 Produit d'une large consultation.....	26
3.3.3 Axés sur l'interdisciplinarité.....	27
3.3.4 Spécialisés	27
3.3.5 De niveau universitaire	28
3.3.6 Fondés sur l'efficience.....	28
CONCLUSION	30
RÉFÉRENCES	32

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE I** : Localisation actuelle des services ambulatoires – Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- ANNEXE II** : Répartition des cliniques externes et des activités de médecine de jour – Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- ANNEXE III** : Processus de consultation et de décision – Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- ANNEXE IV** : Processus de consultation et de décision – Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Introduction

La Régie de Montréal-Centre a proposé, en 1995, un audacieux projet de reconfiguration des soins pour la région de Montréal. Ce plan reposait essentiellement sur deux concepts soit la continuité des soins à l'intérieur des établissements de santé et interétablissements de santé et l'efficience des modes de prestations de soins et de services.

La continuité souhaitée dans la prestation des soins et services vise la création d'un réseau de soins fluide et facile à utiliser pour l'utilisateur. Tous les fournisseurs de services sont concernés: cabinets de médecins, CLSC, hôpitaux, centres de réadaptation, centres de soins de longue durée et futurs centres ambulatoires. Le renforcement des programmes de prévention primaire permet aux citoyens de consommer le plus longtemps possible des services peu coûteux dispensés par les CLSC et les cabinets privés de médecins. Les liens établis entre ces instances dédiées à la prévention primaire et les centres ambulatoires rendront possibles rapidement les investigations demandées tout en maintenant l'utilisateur non seulement à domicile mais au travail, dans bien des cas. L'intégration de la prévention secondaire dans les centres ambulatoires évitera de nombreuses hospitalisations. La fluidité des communications entre les cabinets de médecins, les CLSC, les centres ambulatoires et les modules d'hospitalisation diminuera les admissions évitables, d'une part, et augmentera les congés rapides d'autre part. La flexibilité des liens établis entre les cabinets de médecins, les CLSC, les modules d'hospitalisation des hôpitaux, les centres de réadaptation et les centres de soins de longue durée assurera à la personne en perte d'autonomie la possibilité de recevoir les soins et services nécessaires à l'endroit le plus approprié pour elle. Ce réseau intégré de soins continus diminuera de façon appréciable le recours aux services d'urgence hospitaliers.

L'efficience recherchée dans les modes de prestation de soins s'actualise selon différentes avenues. Le renforcement des programmes de soins de prévention primaire et de maintien à domicile à l'intérieur des CLSC vise à encourager l'utilisateur à utiliser des modes de soins moins coûteux et efficaces. La création des centres ambulatoires reliés à des hôpitaux servira à accélérer le virage ambulatoire, tout en maintenant une qualité de soins et de services qui entraînera l'adhésion de la clientèle à ces nouvelles façons de faire. Ces centres ambulatoires sont conçus expressément pour dispenser des soins et services efficaces évitant le recours à l'hospitalisation. Ils permettront de maintenir à domicile des usagers sous investigation sophistiquée, des usagers affligés de maladie chronique qui doivent subir des bilans complexes de santé de façon régulière, des usagers dont l'enseignement requiert une équipe d'intervenants spécialisés. Le rattachement de ces centres ambulatoires majeurs à des hôpitaux surspécialisés rentabilisera des plateaux techniques très coûteux et amènera les hôpitaux à réduire et à spécialiser leur module d'hospitalisation.

L'investissement, tant dans les CLSC que dans les centres de soins de longue durée permettra des congés plus précoces des modules d'hospitalisation assurant ainsi des soins de qualité à l'utilisateur à un moindre coût.

Le présent document explicitera plus spécialement l'essor des soins de première ligne et la transformation anticipée des hôpitaux tels qu'on les connaît aujourd'hui. Toutefois, l'objet principal de ce dossier sera de décrire le nouveau carrefour de soins pour la clientèle et qui est appelé actuellement: centre de soins ambulatoires spécialisés.

Tous les projets de centres ambulatoires proposés par la Régie régionale de Montréal-centre, soit ceux du CHUM, du CUSM, du Lakeshore, de Maisonneuve-Rosemont et de Sacré-Cœur s'inscrivent dans ce cadre conceptuel.

Finalement, il y sera démontré que les projets de centre ambulatoire des hôpitaux Maisonneuve-Rosemont et Sacré-Cœur, dont les programmes fonctionnels et techniques (PFT) sont prêts, s'inscrivent bien tant dans la réforme amorcée par le Ministre de la santé et des services sociaux que dans le plan de reconfiguration de la Régie de Montréal-Centre.

1. Transformation du réseau de la santé en amont et en aval des centres ambulatoires

1.1 Essor des soins de première ligne

Les soins de première ligne dispensés dans la communauté et au domicile des usagers existent depuis de nombreuses années au Québec. Les cabinets de médecins, les services de santé municipaux et les unités sanitaires assuraient ces services jusqu'au début des années 1970. La loi sur les services de santé et les services sociaux, promulguée en 1972, a créé les établissements appelés CLSC et leur a confié entre autres des soins de première ligne et la mission du maintien à domicile. L'originalité des CLSC a été de tenter de maintenir un équilibre entre les services touchant la santé, le social et le communautaire (L Rocheleau, 1994.¹). La volonté des hôpitaux de se départir des soins de première ligne, la volonté du Ministère de la santé et des services sociaux de réorienter hors des hôpitaux une partie de la clientèle fréquentant les urgences hospitalières ont amené les CLSC à se questionner sur leur accessibilité et à élargir leurs heures et leurs jours d'ouverture. Du même souffle, les CLSC se sont aussi penchés sur leur gamme de services. La Régie régionale de Montréal-Centre a donné des indications claires qui amèneront tous les CLSC à intégrer dans leur programmation un service de prélèvements. De plus, la Régie régionale de Montréal-Centre a produit un cadre de référence pour aider les hôpitaux et les CLSC à identifier les clientèles nouvelles pouvant bénéficier des services de maintien à domicile de façon à éviter des jours d'hospitalisation. Les CLSC du territoire montréalais ont signé des ententes de transfert avec un ou plusieurs hôpitaux. Cette évolution s'inscrivait dans un parcours naturel puisque déjà, en 1990-91, une enquête du MSSS révélait que 40 à 50% des admissions en maintien à domicile provenait de références hospitalières.²

¹ Rocheleau, L. **Pour mieux répondre à la clientèle: les impacts prévisibles du virage ambulatoire et une esquisse des ajustements amorcés par les CLSC du Québec**, conférence prononcée en 1994.

² Fédération des CLSC du Québec: **La transformation du réseau**, volet 2, juin 1995.

Toutefois, comme le souligne Madame Lucille Rocheleau, conseillère-cadre à la Fédération des CLSC : « Le virage ambulatoire amène une augmentation et une diversification des clientèles de même qu'un accroissement de l'intensité des services à offrir.³» En fait, chaque CLSC se crée un «hôpital virtuel» à l'intérieur duquel les usagers antérieurement hospitalisés pour les mêmes soins et services sont désormais traités soit à domicile soit à l'intérieur du CLSC à même le module des services courants. De nouveaux services de transport adapté doivent être pensés et des programmes de support sont à développer pour les aidants naturels. La gestion de ces «hôpitaux virtuels» requiert des CLSC une coordination serrée de l'ensemble des intervenants et des organismes qui sont appelés à interagir avec l'utilisateur et sa famille. Des liens de plus en plus souples, flexibles et adaptés à la clientèle à desservir s'établissent entre les différents centres de soins et de services. La coordination des services médicaux dans la communauté demeure le dernier élément à améliorer pour que les usagers ne souffrent d'aucun bris de service ni d'insécurité et profitent de tous les avantages reliés à être soignés à son domicile. Pour maximiser les résultats de soins et de services obtenus tant par les programmes de prévention primaire que par les programmes de maintien à domicile, les usagers, les médecins en cabinets privés et les CLSC doivent compter sur des hôpitaux transformés axés sur leur mission de soins secondaires et tertiaires et offrant des services ambulatoires accessibles qui constitueront un véritable carrefour de soins utilisés autant par les hôpitaux que par les autres établissements tels CLSC, centres de réadaptation, centres de soins de longue durée.

1.2 Transformation des hôpitaux

Il y a un consensus entre les intervenants de la santé à travers le monde occidental: les hôpitaux doivent se transformer et s'intégrer différemment dans le réseau de soins et de services de santé. Comme l'expriment si bien Pierre-André Contandriopoulos et François Champagne dans leur présentation intitulée: **Le centre de soins ambulatoires du XXI^e siècle**, «L'hôpital ne sera donc plus le pivot du système de santé mais plutôt une

³ Rocheleau, L., déjà citée

composante du réseau communautaire de services de santé intégrés.⁴ Il importe toutefois de bien cerner le futur rôle des centres hospitaliers, spécialement de leurs modules d'hospitalisation. Dans la publication du Ministère de la santé nationale et du bien-être social, *Planification pour la santé: vers une prise de décision éclairée*, on y lit: «Toutes les fois que c'est possible, les services devraient être fournis dans la collectivité et non dans les hôpitaux ou autres résidences. Il ne faut pas comprendre que les Canadiens n'ont pas besoin d'établissements. Les services offerts dans la collectivité réduiront, mais ne remplaceront pas les soins donnés en établissement. Il existera toujours des personnes pour qui les soins à l'hôpital ou dans d'autres types d'établissements seront les plus appropriés.⁵» La population âgée de plus de 70 ans ira croissant et sera celle qui consommera le plus de soins hospitaliers. Dans le rapport du groupe d'étude mis sur pied à Vancouver en 1993, les membres écrivent: «The actual number of beds per 1000 people in any one area would depend on the age structure of that area's population.⁶» Tous les experts qui ont réfléchi à la future mission des centres hospitaliers s'entendent sur deux points: l'hôpital de demain aura moins de lits et sa vocation sera plus spécialisée. Au Québec, le Conseil médical a écrit en 1995: «L'hôpital de demain aura beaucoup moins de lits et sera davantage un centre de référence avec une mission première de diagnostic complexe et de soins lourds.⁷» Au Canada, Stephen Shortell, à l'intérieur d'une présentation faite pour le Collège canadien des directeurs de services de santé, en 1987, disait déjà: «Hospitals will evolve to become mainly acute patient units...linking the two- the acute patient unit and the outpatient treatment settings- will be the real challenge.⁸» Aux Etats-Unis, en 1989, on lisait dans la prestigieuse Harvard Business Review, sous la signature de Jeff Goldsmith: «The successful hospital of the future will be a far different institution that focuses on early diagnosis and management of chronic illness.⁹» En France, Jolly et Faou décrivent ainsi l'hôpital du XXIe

⁴ Champagne, F. Contandriopoulos, A.P. **Le centre de soins ambulatoires du XXI^e siècle**, conférence prononcée en 1994.

⁵ Santé et Bien-être social du Canada, **Planification pour la santé: vers une prise de décision éclairée**, Ministère de la santé nationale et du bien-être social, 1993.

⁶ Acute Care Planning Subcommittee, Regional Acute Care Bed needs for the Greater Vancouver Regional District, février 1993

⁷ Conseil médical du Québec, **La hiérarchisation des services médicaux**, juin 1995.

⁸ Shortell, Stephen, **Management Partnerships: improving patient Care in Healthcare Organisation of the Future**, Forum, vol. 1, no. 2, 1988.

⁹ Goldsmith, Jeff, **A Radical Prescription for Hospitals**, Harvard Business Review, vol. 67, no. 3, 1989.

siècle: «Très peu de lits traditionnels sauf pour les soins intensifs, le plateau technique sera le noyau dur de l'hôpital, les soins ambulatoires y seront très développés et les consultations et hôpitaux de jour seront ouverts la nuit et le week-end.¹⁰» La configuration des chambres d'hospitalisation devra changer et être adaptée aux nouveaux besoins. L'intensité des soins, l'utilisation d'une technologie complexe au chevet de l'utilisateur, l'âge avancé de la majorité de la clientèle, la nécessité d'accueillir jour et nuit les aidants naturels, seront tous des facteurs qui entraîneront le besoin de chambres plus grandes, à meilleure visibilité pour les infirmières et permettant le plus d'intimité et de confidentialité possibles. Dans sa présentation sur l'évolution du système de santé *Alternative Futures in Health Care*, Bruce Bonine écrit: «Patient visibility by the nurses will be of greater concern as the patient population trends toward more complex and critical diseases and injuries. This will impact nurse station location and foster more transparency for patient rooms.¹¹» Le service d'expertise et de normalisation du Québec statue en 1994 dans sa publication *Les tendances générales pour la conception des hôpitaux urbains de l'an 2000*: «La solution mitoyenne suggérée serait de 60% de chambres privées puisque la tendance va vers une demande accrue de la chambre simple.¹²» Tous prédisent qu'à mesure que le volet hospitalisation diminuera, les hôpitaux devront faire face à une augmentation des soins ambulatoires destinés à une population lourdement touchée par la maladie. Le Conseil régional de santé de Toronto métropolitain fait le constat suivant: «While there should be a net decrease in overall inpatient capacity, expanded outpatient capacity is required for all levels of care.¹³» La Régie de Montréal-Centre estime à 20-30% la hausse des volumes de visites et traitements sur une base ambulatoire pour les cinq prochaines années.¹⁴ Le Conseil régional de santé de Toronto métropolitain prévoit une hausse de 32% des procédures en ambulatoire et de 13% des visites générales en cliniques externes spécialisées d'ici 2001.¹⁵ Le Centre des

¹⁰ Jolly, D. et Le Faou, A.L., *Les enjeux hospitaliers de l'hôpital d'aujourd'hui: se préparer à devenir*, présentation au Congrès de Lyon Hôpital et urbanisme, 1994.

¹¹ Bonine, Bruce, *Alternative Future in Health Care*, Health Care Strategic Management, vol. 8, no. 1, 1990.

¹² Service d'expertise et de normalisation, *Les tendances générales pour la conception des hôpitaux urbains de l'an 2000*, Québec, 1994.

¹³ Conseil régional de santé de Toronto métropolitain, *Hospital restructuring project: progress report*, Toronto, 1995.

¹⁴ Régie régionale de Montréal-Centre, *Organisation des services de santé et services sociaux sur l'île de Montréal*, avril 1998.

¹⁵ Conseil régional de santé de Toronto métropolitain, déjà cité.

sciences de la santé de l'Université McGill estime pour sa part qu'il y aura une hausse de 10% des consultations en cliniques externes pour la période de 1992-2002 ainsi qu'une augmentation de 20% des chirurgies/traitements d'un jour pour la même période.¹⁶ Finalement, Contandriopoulos et Champagne prévoient: «...un plus grand nombre de consultations externes et de fortes augmentations en oncologie, cardiologie, neurologie, orthopédie, suppléance fonctionnelle, immunologie et maladies infectieuses.¹⁷» D'ailleurs, Jeff Goldsmith conclue: «Ambulatory services like diagnostic imaging, laboratory testing and emergency and unscheduled treatment will constitute the hospital's principal product.¹⁸» Ce développement spectaculaire et rapide des soins ambulatoires spécialisés, qui constituent une nouvelle composante des soins, a amené la Régie de Montréal-Centre à proposer la création de *cinq* centres ambulatoires pour la région de Montréal.

¹⁶ Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., déjà cités.

¹⁷ Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., déjà cités.

¹⁸ Goldsmith, Jeff, déjà cité

2. Le centre de soins ambulatoires de 2e et 3e ligne: nouveau carrefour de soins pour la clientèle

Tel que défini par la Fédération des CLSC du Québec, le terme ambulatoire est utilisé dans les deux sens: «on parle tantôt de la **personne qui se déplace** pour chercher ses services et rentre chez elle après; tantôt du **service qui se déplace** pour se donner là où la personne est et où elle en a besoin, à la maison la plupart du temps¹⁹». Le centre ambulatoire proposé par la Régie régionale de Montréal-Centre est conçu pour stimuler la personne à se déplacer et pour lui offrir des soins de qualité sur un mode ambulatoire.

2.1 Pourquoi regrouper les soins et services ambulatoires ?

2.1.1. Convivialité avec l'utilisateur

Les soins et services ambulatoires existent dans les hôpitaux depuis de nombreuses années. Ils se sont développés au gré de l'évolution technologique, de la connaissance des inconvénients de l'hospitalisation pour l'utilisateur, des contraintes économiques. Ces soins et services sont dispensés dans des locaux qui n'ont pas été conçus pour ce type de clientèle, soit d'anciennes écoles d'infirmières et des chambres d'hospitalisation. Ils sont fragmentés et dispersés, obligeant l'utilisateur à parcourir de longues distances, l'amenant à se perdre en route et à s'épuiser. La situation est tellement généralisée qu'elle est particulièrement bien décrite par un auteur américain, Jeff Goldsmith: «In a teaching hospital, a cancer patient on a treatment visit may be obliged to walk more than a mile through a maze of corridors to reach the admission, laboratory, and radiology stations and an examination room. Ambulatory services are located where it is convenient for the inpatient focused bureaucracy not for the outpatient.²⁰». Le

¹⁹ Fédération des CLSC du Québec, **La transformation du réseau**, volet 2, 1995.

²⁰ Goldsmith, Jeff, déjà cité.

regroupement des soins ambulatoires dans un lieu bien identifié réduit d'emblée les déplacements pour la clientèle mais il lui permet aussi de mieux s'approprier et contrôler des modes de soins qui lui sont présentés actuellement de façon dramatique en termes de «virage» et de «coupures». L'A.Q.D.R., dans son document intitulé: **Le virage ambulatoire et les aîné(e)s**, 1995, se questionne: «Existe-t-il à l'hôpital, dans un lieu unique, où le bénéficiaire est invité à se présenter, un registre où sont consignés en plus des coordonnées usuelles de la personne, l'intervention chirurgicale prévue, les analyses de laboratoire requises, les radiographies à subir, l'enseignement préopératoire nécessaire au départ, le numéro de téléphone du CLSC à contacter, etc.. L'existence d'un lieu unique où seraient consignés tous ces renseignements réduirait le nombre de déplacements; pour des personnes âgées, cela serait très appréciable.²¹» Le concept de centre ambulatoire résout tous les problèmes soulevés. Comme le souligne Rachel James: «Improvements perceived by patients are needed if we are to win consumer support for such changes and ensure better informed and more satisfied patients.»²²

2.1.2 Qualité des soins et services dispensés

En second lieu, le regroupement des soins ambulatoires permet d'assurer une qualité de soins et de services. En effet, dès 1993, dans un document du MSSS, sur le regroupement de la médecine de jour en un même endroit conçu à cette fin, on y lit: «L'organisation des unités de médecine de jour entraîne aussi, pour le bénéficiaire, une amélioration incontestable de la qualité des services reçus...Toujours inscrits dans une perspective de continuité, les soins y sont généralement plus personnalisés et aussi mieux adaptés aux besoins ponctuels de chaque usager.²³» Ainsi regroupés, il est possible d'appliquer un programme d'amélioration continue de la qualité des soins et services ambulatoires de façon à monitorer les résultats de soins visés. Cette démarche de qualité est d'autant plus essentielle que la majorité des soins et services seront dispensés en mode ambulatoire dans les années à venir. «Experts in healthcare predict

²¹ Association Québécoise des Retraités, **Le virage ambulatoire et les aîné(e)s**, mai 1995.

²² James, R., **Night and Day**, Health Service Journal, no. 8, 1993.

that in the future, over 80% of all care will be provided either in the home or in ambulatory care centers.²⁴»

Le centre ambulatoire pourra être «agrémenté» par un service d'agrément reconnu comme le sont actuellement les modules d'hospitalisation et les centres de soins de longue durée.

2.1.3 Partenariat dans le réseau

Le regroupement des soins et services ambulatoires dans un lieu bien identifié fait du centre de soins ambulatoires un véritable partenaire pour l'ensemble des intervenants de la santé. Les cabinets de médecins, les CLSC, les Centres de soins hospitaliers de longue durée, les modules d'hospitalisation des hôpitaux, sauront où référer leurs clients en besoin d'investigation, de chirurgie de jour, de médecine de jour ou de cliniques spécialisées. Les usagers sauront où se présenter et ils recevront tous les services requis en moins d'un jour. Selon Brun et Ginn : «Our challenge for the future is to meet the identified health care needs of communities with a comprehensive range of ambulatory care services provided within the context of an integrated health care system²⁵». Contandriopoulos et Champagne insistent sur le même point: « La continuité des services sera un des principes directeurs de ce réseau. Le centre de soins ambulatoires sera un des partenaires de ce réseau de santé intégrés et visera à répondre à des besoins particuliers²⁶».

2.1.4 Diminution de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers

Comme le souligne si bien la Fédération des CLSC du Québec: «L'urgence hospitalière ne s'avère pas une réponse adéquate pour des urgences mineures parce qu'elles n'assurent aucune globalité et aucune

²³ Brosseau, P. *La médecine d'un jour*, MSSS, direction de la santé physique, 1993.

²⁴ Watkins, G., *The Ten Successful Elements of an Ambulatory Care Center*, *Radiology Management*, vol. 19, no. 2, 1998.

²⁵ Brun, L. et Ginn, K., *Changing the Focus of Care*, ed. Agnew Peckham, 1997.

²⁶ Champagne, F. et Contandriopoulos, P.A., déjà cités.

continuité dans l'approche²⁷.» Le recours aux urgences hospitalières par les intervenants du maintien à domicile, pour des clientèles lourdes soignées à la maison, n'est pas plus approprié pour ces usagers souvent âgés et déjà lourdement hypothéqués. Les centres ambulatoires pourront répondre à ces besoins de façon beaucoup plus rapide et adaptée. La durée de séjour à l'urgence sera diminuée pour plusieurs usagers qui pourront être observés en «médecine de jour», y être référés pour débiter une thérapie intraveineuse, pour y subir une investigation plus poussée telle une endoscopie, une ponction, etc... La proximité du centre ambulatoire facilitera ce transfert d'usagers vers une ressource plus appropriée.

2.1.5 Enseignement professionnel

Le virage ambulatoire, la préséance des soins sur un mode ambulatoire sur les soins dispensés en hospitalisation, amènent les universités et les collèges qui offrent des programmes d'enseignement aux professionnels de la santé à revoir leur curriculum et leurs milieux de stage d'apprentissage. Les centres de soins ambulatoires spécialisés sont appelés à devenir les lieux privilégiés d'enseignement dans l'avenir pour tous les professionnels de la santé incluant les infirmières et les médecins. Dans le document produit en Ontario: **The Ambulatory Care Imperative**, on y lit: «The importance of adequate teaching and innovative clinical research is central in providing quality patient care. Understanding that both, research and teaching need not be confined to the inpatient hospital setting is critical to a review of ambulatory care services. In a large tertiary care teaching hospital, the elements of research and education must also be considered in relation to ambulatory care services. In order to fully understand the process of evaluation and diagnosis, students should have the opportunity of caring for ambulatory patients in an environment where communication is hopefully more enhanced than in a stressful intensive care setting»²⁸. Tout comme au Canada, les universitaires français insistent sur l'enseignement des soins ambulatoires: «L'importance d'une formation universitaire en médecine ambulatoire afin de développer les aptitudes des

²⁷ Fédération des CLSC du Québec, **Virage ambulatoire: services courants**, volet 5, 1996.

²⁸ Lahey, M.T., **The Ambulatory Care Imperative: A case Study of the Toronto Hospital**, Ottawa, Ontario, 1995.

futurs médecins face à la pratique générale, est maintenant reconnue.²⁹». Seul un regroupement approprié des soins et services ambulatoires permet à l'étudiant d'apprendre ce que vit l'usager, les besoins de santé qu'il présente et les avenues diagnostiques et thérapeutiques à sa disposition.

2.1.6 Environnement guérisseur.

Le regroupement des soins et services ambulatoires permet de faire face à l'achalandage prévu tout en procurant un environnement thérapeutique aux usagers. En effet, la Régie régionale de Montréal-Centre prévoit un achalandage de plusieurs centaines de visites par jour sur un mode ambulatoire dans chacun des centres hospitaliers Maisonneuve-Rosemont et Sacré-Coeur et conclut: «Seule une logistique des activités de soins bien pensée, jumelée à un aménagement des espaces peut permettre de desservir les usagers ciblés»³⁰. L'aménagement d'un centre ambulatoire conçu expressément pour satisfaire les besoins particuliers de la clientèle à desservir participe à la restauration de la santé ou au maintien de l'autonomie de la personne le plus longtemps possible. Madame Pauline Brosseau (MSSS) cite d'ailleurs comme avantage d'un centre de médecine de jour: «Les unités de médecine de jour permettent en outre d'améliorer la capacité des personnes à vivre de façon autonome dans leur milieu familial et communautaire»³¹. Dans sa présentation: **Designing for the Human Side of Healthcare**, Robin Orr présente le concept de l'environnement guérisseur: «We do have results that show that good design can reduce stress and anxiety; lower blood pressure; improve postoperative outcomes; reduce the need for pain medication; shorten the length of stay.»³² Robin Orr conclut: «Design should be a symbol of a culture of healing, health, caring, and compassion»³³. Sur cette lancée Watkins, 1998, énonce: «Ambulatory care centers should project a high tech, high touch atmosphere»³⁴. Nous verrons ultérieurement que les projets

²⁹ Gattereau, A., Raetzo, M.A., Restellini, A., **Implantation de la formation en médecine ambulatoire dans le curriculum des facultés de médecine: défis et solutions**, *Informed*, vol. 18, no.1, 1995.

³⁰ Régie régionale de Montréal-Centre, déjà citée.

³¹ Brosseau, P., déjà cité.

³² Orr, Robin, **Designing for the Human Side of Healthcare**, *Journal of Healthcare Design*, vol. VI, 1996.

³³ Orr, Robin, déjà cité.

³⁴ Watkins, G., déjà cité.

de centres ambulatoires présentés par la Régie régionale de Montréal-Centre possèdent toutes ces caractéristiques.

2.1.7 Efficience

Finalement et non de moindre importance, le regroupement des soins et services ambulatoires permet de hausser la productivité, d'éviter les duplications, de réduire les gaspillages. (Contandriopoulos, Champagne, Rodriguez, 1998,³⁵) Un tel regroupement permet de rentabiliser les centres de prises de rendez-vous, et les équipes dispensatrices de soins et les modules diagnostiques simples tels les électrographies. De plus, le partage d'un même plateau technique sophistiqué assure l'efficience de ces équipements coûteux.

2.2 Quelle clientèle fréquentera ces centres ambulatoires ?

Les clients qui se rendront dans un centre ambulatoire majeur relié à un hôpital universitaire, CHU ou CHA, requerront des soins de 2e et de 3e lignes dans la très grande majorité des cas. Le ministre Jean Rochon a résumé pour qui seront érigés les centres ambulatoires: «Par définition et par nature, on retrouvera essentiellement dans un centre ambulatoire, des services de première ligne, mais également et de plus en plus, des services de deuxième ligne. Ainsi, le trait vertical va graduellement glisser pour laisser de plus en plus de place au centre ambulatoire dans la fourniture de ces services de deuxième ligne. L'évolution est comparable pour la troisième ligne. La chirurgie d'un jour est l'exemple favori, mais déjà des services spécialisés, au niveau de l'investigation notamment, se font sur une base d'une journée. C'est le cas dans les domaines de la cardiologie et de la neurologie où s'observe un développement important et rapide en ce sens. Ceci nous permet de faire une réconciliation de nos missions, de nos niveaux de soins et de la

³⁵ Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Rodriguez, R., **Centres ambulatoires: typologie, avantages et inconvénients**, Université de Montréal, 1998.

notion de centre ambulatoire comme notion physique, d'organisation, de bâtisse.»³⁶ Il faut souligner que déjà les services de première ligne quittent les services ambulatoires hospitaliers et sont de plus en plus pris en charge par les cabinets privés et les CLSC. Dans un document publié par le MSSS en 1994, sur les unités de médecine de jour, les catégories de services attendus étaient décrits: «services diagnostiques: endoscopies, angiographies, évaluation de traitement et de formation pour l'utilisateur, services thérapeutiques tels chimiothérapie et services de réadaptation pour des catégories d'utilisateurs: amputés, A.C.V., infarctus»³⁷. En 1996, la Régie régionale de Montréal-Centre produisait une liste de soins et services à retrouver dans un centre ambulatoire:

«Clientèle chirurgicale:	investigation pré-chirurgie préparation pré-chirurgie chirurgie d'un jour chirurgie mineure suivi postopératoire comportant des examens et le besoin d'une équipe multidisciplinaire
«Clientèle médicale:	clinique d'investigation externe hémodynamie, physiologie respiratoire endoscopies antibiothérapies i.v. chimiothérapie centre de diabète centre d'asthme dialyse et enseignement DPAC radiologie interventionnelle administration de certains médicaments Ex. cardiologie, centre d'enseignement post-infarctus ³⁸

Tant dans les écrits américains que canadiens on décrit l'utilisateur qui fréquentera le centre ambulatoire comme un client de plus en plus malade et handicapé. A titre d'exemple, au Canada, Brun et Ginn affirment: «The intensity of care provided for outpatients will continue to increase. Some outpatients will be as acutely ill as some inpatients, and the length of visits may increase, possibly up to twenty-four hours...Many patients will be old or infirm and will necessitate wheelchairs. Some will be on stretchers from

³⁶ Rochon, Jean, **Allocution devant l'Association des hôpitaux du Québec**, le 16 mai, 1996.

³⁷ Brosseau, P., déjà citée.

³⁸ Bérubé, M., **Les services ambulatoires hospitaliers... dans le continuum des services en santé physique**, Régie régionale de Montréal-Centre, 1996.

nursing homes....Patients attending these clinics often have difficulties maneuvering because of their condition, size and assistive devices»³⁹. En 1998, aux États-Unis, Durham et Hayward écrivent: « Patient transfers will have to be minimised and there will be increasingly more horizontal outpatients who will be more acute and far less ambulatory than the traditional outpatient.»⁴⁰

2.3 Pourquoi appelle-t-on le centre ambulatoire: un carrefour de soins ?

Que le client consulte un intervenant de la santé, la plupart du temps un médecin, dans un cabinet privé, une polyclinique ou un CLSC, il pourra être référé au centre ambulatoire pour une consultation urgente à un spécialiste sans recourir aux services d'urgence hospitalière. Il pourra aussi venir au centre ambulatoire pour une investigation sophistiquée entièrement faite sur un mode ambulatoire et les résultats seront acheminés à son médecin traitant. Si le client est suivi à domicile par les intervenants d'un CLSC, ceux-ci pourront référer l'usager au centre ambulatoire pour une réévaluation ou un bilan complexe de santé, dans une clinique multidisciplinaire de gériatrie, par exemple. Le client qui devra être hospitalisé aura toute son investigation et sa préparation pré-hospitalisation en centre ambulatoire. Le client hospitalisé verra son hospitalisation raccourcie parce qu'il pourra être transféré en médecine de jour dans le centre ambulatoire si les soins qu'il requiert ne peuvent se dispenser à domicile. Certains clients ne seront jamais hospitalisés parce qu'ils auront eu tous leurs traitements en mode ambulatoire que ce soit une chirurgie de jour, de la chimiothérapie, une endoscopie thérapeutique, de la radiologie interventionnelle etc.. Des clients qui se sont présentés dans une urgence seront acheminés dans un centre ambulatoire pour débiter une thérapie intraveineuse, pour y être traités en médecine de jour, pour avoir accès rapidement à un spécialiste. Le client affligé d'une maladie chronique et ses proches s'il le désire, pourra profiter d'un enseignement adapté, susceptible d'éviter des hospitalisations ou des visites à l'urgence, dans des centres tels centre de diabète, centre d'asthme, centre de malades pulmonaires chroniques etc... D'autres clients frappés par une maladie aiguë, telles un infarctus du myocarde ou un

³⁹ Brun, L. et Ginn, K., déjà cités.

accident cérébro-vasculaire, pourront eux aussi avec leurs familles profiter d'une équipe multidisciplinaire qui les aidera à s'adapter à de nouveaux modes de vie et à éviter de nouvelles hospitalisations. Le client en centre d'hébergement pourra lui aussi utiliser le centre ambulatoire pour une réévaluation, une investigation ou des traitements et ainsi éviter une plus grande détérioration de son état et une hospitalisation souvent catastrophique pour ces usagers. Le centre ambulatoire est au carrefour de tous les modes de soins et de tous les établissements et il est appelé à devenir le maillon fort du continuum de la santé.

2.4 Pourquoi rattacher les centres ambulatoires spécialisés à un hôpital ?

D'entrée de jeu, Le Groupe tactique d'intervention, dans son document intitulé: **Organisation des services ambulatoires**, 1996, stipule: «Il faut particulièrement éviter d'être dogmatique dans ce domaine et décider «à priori » que tel ou tel mode d'organisation n'est pas viable»⁴¹. Brun et Ginn traitent directement de cette question: «Should the service be provided by a hospital? a) does it fit with the clinical role of the hospital? b) does it require a multidisciplinary team of staff available only in the hospital? c) does it require technological support available only in the hospital?»⁴² L'évolution récente des centres ambulatoires spécialisés américains nous démontre que ce volet clinique est rempli avec plus d'efficience s'il est rattaché à un hôpital; autrement on en vient à créer à grands frais de mini-hôpitaux. Ce fait est souligné dans un éditorial de **Archives of Surgery**, 1994: «The newly built FASCs are also changing in terms of appearance and function. In addition to surgical facilities, these centers may incorporate imaging services, laboratories, electrocardiography services, and radiation therapy; they often offer some type of hotel accommodations to provide for the short-term stay of patients and families. As such, these facilities have begun to resemble «mini-hospitals» and are moving away from their identity as simply FASCs»⁴³ Henderson énonce le même constat: «Another trend is that more facilities have established accomodation

⁴⁰ Durham, J., Hayward, **Future Design trends: Facility Design Strategie for Operational Restructuring**, Journal of Healthcare Design, vol. VIII, 1998.

⁴¹ Groupe tactique d'intervention, **Organisation des services ambulatoires**, 1996.

⁴² Brun, L. et Ginn, K., déjà cités.

for overnight stays or extended stays. This is a significant departure from the past, when surgery centers were exclusively same-day surgery facilities that didn't view overnight stays as part of the continuum of care.⁴⁴ La présence d'équipes multidisciplinaires très spécialisées dans les soins d'une clientèle spécifique ne se retrouve qu'en milieu hospitalier étant donné la forte masse critique d'utilisateurs requise pour en assurer l'efficacité. Les équipes des centres de diabète, d'asthme, de post-infarctus etc...ont fait leurs preuves. Dzyngel et al. citent au moins trois recherches démontrant que les clients ayant fréquenté un centre ambulatoire pour asthmatiques ont réduit dramatiquement leurs visites à l'urgence et ont eu moins de crises aiguës.⁴⁵ Le Groupe tactique d'intervention souligne: «La Régie doit déterminer quel(s) établissement(s) sont responsables d'assurer les services. Nous croyons que les centres hospitaliers de courte durée où existent une équipe spécialisée dans le domaine sont le choix à privilégier par les Régies.»⁴⁶ L'Association des hôpitaux du Québec renchérit sur ce point: «Certains soins, tout en ne requérant pas une technologie sophistiquée, doivent se faire en milieu hospitalier à cause de l'expertise requise. C'est le cas de certaines évaluations ou traitements qui demandent la participation de plusieurs spécialistes et professionnels de la santé»⁴⁷. Finalement le partage d'un plateau technique coûteux entre les patients ambulatoires et les patients hospitalisés constitue un des éléments-clés dans le rattachement des centres ambulatoires spécialisés à des hôpitaux. La plupart des analystes font consensus sur ce sujet: «Ambulatory care involving sophisticated and expansive technology and extended recovery time will continue to be provided in the acute care hospital setting unless volumes are large enough to justify the duplication of equipment and staff.»⁴⁸ «The likelihood of CT and MR being fixed outside major facilities is

⁴³ Editorial, *Archives of Surgery*, vol. 129, no. 2, 1994.

⁴⁴ Henderson, J., *Hospitals Seek Bigger Cut of Outpatient Surgeries*, *Modern Healthcare*, no. 6, 1993.

⁴⁵ Dzyngel, B., Kesten, S., Chapman, K.R., *Assessment of an Ambulatory Care Asthma Program*, *Journal of Asthma*, vol. 31, no. 4, 1994.

⁴⁶ Groupe tactique d'intervention, déjà cité.

⁴⁷ Association des hôpitaux du Québec, *Modèle d'organisation des services ambulatoires dans un centre hospitalier*, 1997.

⁴⁸ Durham, J., Hayward, C., déjà citées.

slim...»⁴⁹ «Étant donné le plateau technique important requis par les services diagnostiques, il est souhaitable, dans la plupart des cas, de les partager avec les services aux hospitalisés pour limiter les coûts d'immobilisation.⁵⁰» La littérature américaine foisonne d'exemples d'hôpitaux regroupant leurs services ambulatoires et utilisant le même plateau technique pour toute la clientèle. Finalement, la conclusion sur ce point peut être donnée au Groupe tactique d'intervention: «A certains endroits on a suggéré la mise en place de centres ambulatoires, en vue de favoriser l'accès à ces services spécialisés. Il nous semble qu'il est opportun de continuer à rendre les services les plus spécialisés dans les centres hospitaliers».⁵¹

⁴⁹ Dermon, R., **Ambulatory Care Design: the Changing Nature of Facilities**, Journal of Healthcare Design, vol. VI, 1996.

⁵⁰ Association des hôpitaux du Québec, déjà citée.

⁵¹ Groupe tactique d'intervention, déjà cité.

3. Projets de centres ambulatoires de Montréal-Centre: Maisonneuve-Rosemont et Sacré-Coeur

3.1 Vision métropolitaine

La Régie régionale de Montréal-Centre doit effectuer la programmation des services de santé pour une population de 1 775 871 habitants (recensement de 1991) répartie dans 29 villes sur l'île de Montréal. Cette population représente 22,5 % de la population totale du Québec. De plus, les services de soins tertiaires et quaternaires dispensés sur l'île de Montréal sont consommés par les habitants de la grande région de Montréal qui compte 3 127 242 habitants soit 45,3% de la population du Québec. Montréal offre aussi des services dits « nationaux » à toute la population du Québec.

De façon à desservir adéquatement plus du 1/5 de la population du Québec, la Régie régionale de Montréal-Centre coordonne les soins et services dispensés par tout un réseau d'établissements soit les 29 CLSC répartis uniformément sur l'ensemble de l'île de Montréal, les hôpitaux spécialisés et généraux, les centres hospitaliers de soins de longue durée et de réadaptation. L'utilisation des services hospitaliers par la population confirme que l'ensemble du réseau hospitalier montréalais a un bassin de desserte à l'échelle métropolitaine. La Régie de Montréal-centre a identifié le besoin pressant de développer des services ambulatoires diversifiés, spécialisés, accessibles à toute la population. La mise sur pied de cinq centres ambulatoires sur l'île de Montréal a été décidée selon le cadre conceptuel précédemment exposé. Il est à noter que le projet du Lakeshore est un aménagement de services ambulatoires et une modernisation de l'hôpital. Ce projet est à l'étape des plans et devis préliminaires. Le programme fonctionnel et technique du centre ambulatoire du CHUM est attendu au cours de l'automne 1998 et celui du CUSM à l'intérieur de leur projet global de réorganisation.

Les programmes fonctionnels et techniques de Centres ambulatoires spécialisés rattachés aux hôpitaux Maisonneuve-Rosemont et Sacré-Coeur sont terminés.

3.2 Caractéristiques et services ambulatoires actuels des hôpitaux Maisonneuve-Rosemont et Sacré-Coeur

3.2.1 Sacré-Coeur

L'hôpital du Sacré-Coeur a été érigé sur son site actuel en 1926 pour dispenser des soins aux tuberculeux. L'hôpital est devenu un hôpital de courte durée et a subi de nombreuses modifications et plusieurs agrandissements depuis sa fondation. Sa vocation d'origine demeure visible lorsque l'on voit les corridors très larges et les chambres à 4, 5 et 6 lits, cent dix-sept usagers ou 23% de la clientèle est hospitalisé dans ces salles. De plus, 77% des chambres n'ont pas de salles de toilette ce qui touche plus de 400 usagers. Finalement, 68% des chambres sont sans canalisation de gaz médicaux.

L'hôpital du Sacré-Coeur est reconnu comme centre hospitalier de soins ultraspécialisés depuis 1972 et est rattaché à l'Université de Montréal depuis 1973. Son bassin de clientèle desservie est estimé, par la Régie régionale de Montréal-Centre, à 225,000 habitants pour l'année 2001.

L'hôpital du Sacré-Coeur a résolument pris le virage ambulatoire depuis quelques années. En 1995-96, ses chirurgies de jour représentaient 29% de toutes ses chirurgies. Ce pourcentage est passé à 42 % en 1997-98. Les admissions en courte durée physique varient de 2 à 3% depuis deux ans malgré l'achalandage de patients sur civière à l'urgence. La durée moyenne de séjour est passée de 7,9 jours en 1995-96 à 7,1 jours en 1997-98. Le nombre de lits dressés a diminué régulièrement depuis trois ans. Les visites à l'urgence sont stables mais les visites aux différentes cliniques spécialisées ont augmenté de 4% durant la dernière année. Ce pourcentage reflète une baisse de visites dans les cliniques générales et une hausse de plus de 20% dans des cliniques très spécialisées ou dans des secteurs de médecine de jour tels la coronarographie en un jour.

L'hôpital du Sacré-Coeur dispose d'un important parc d'équipements sophistiqués dont deux tomodensitomètres (CT Scan) rehaussés et un équipement de résonance magnétique en voie d'installation. Ces équipements sont utilisés majoritairement pour une clientèle ambulatoire.

Les services ambulatoires actuellement offerts à la clientèle sont dispersés, fragmentés, situés à de grandes distances des portes d'entrée et des ascenseurs.

On les retrouve sur six (6) étages différents répartis dans cinq ailes distinctes (annexe 1). Les aires d'attente dans les corridors sont nombreuses. Le manque de lieux de déshabillage est flagrant. Les problèmes de respect de confidentialité et d'intimité sont constamment rencontrés. L'hôpital est contraint d'utiliser des locaux qui se libèrent, que ce soit d'anciennes chambres d'étudiantes, des chambres d'hospitalisation ou des bureaux, même si ces locaux sont mal situés et dysfonctionnels pour des soins et services ambulatoires.

L'hôpital du Sacré-Coeur dispose d'un plan directeur des immeubles, établi en avril 1998. On peut y lire le désir d'améliorer la qualité de soins et de vie des usagers hospitalisés par une utilisation judicieuse des espaces libérés par un futur centre ambulatoire. Le manque de locaux pour développer les services ambulatoires est évident.

3.2.2 Hôpital Maisonneuve-Rosemont

L'hôpital Maisonneuve-Rosemont résulte de la fusion, en 1971, de l'Hôpital Maisonneuve et de l'Hôpital Saint-Joseph de Rosemont. L'hôpital Saint-Joseph de Rosemont a ouvert ses portes en 1950 comme sanatorium. A l'instar de l'hôpital du Sacré-Coeur, les chambres ne sont pas canalisées pour les gaz médicaux et 80% des chambres ne possèdent pas de toilettes. Cet hôpital, devenu le pavillon Rosemont, reçoit maintenant toute la clientèle de santé mentale, autant hospitalisée, en un jour qu'en cliniques externes spécialisées et à l'urgence. La clientèle en attente d'hébergement est aussi regroupée dans ce pavillon. Enfin les deux-tiers de la chirurgie d'un jour s'effectue au pavillon Rosemont dans un bloc opératoire qui n'a pas été rénové depuis 1950. L'hôpital Maisonneuve a reçu ses premiers patients en 1954. Il a été conçu comme un centre de courte durée adapté aux années 50: les corridors sont étroits, les chambres sont petites et les espaces de rangement quasi inexistant.

L'hôpital Maisonneuve-Rosemont est reconnu comme centre hospitalier de soins ultraspécialisés depuis 1972 et il est rattaché à l'Université de Montréal depuis 1954. Son bassin de clientèle desservie est estimé par la Régie régionale de Montréal-Centre à 258 000 habitants en l'an 2001.

L'hôpital Maisonneuve-Rosemont s'est engagé dans le développement d'alternatives à l'hospitalisation depuis plus de cinq ans. En 1995-96, les chirurgies de jour représentaient 36% de toutes ses chirurgies. Ce pourcentage s'est élevé à 46% en 1997-98. Les admissions n'ont augmenté que de 2,9% de 1996-97 à 1997-98, malgré l'achalandage d'usagers de niveau de soins lourds à l'urgence. La durée moyenne de séjour a évolué de 8,0 en 1995-96 à 7,5 en 1997-98 et le nombre de lits dressés a chuté concomitamment de plus de 100 lits. Les centres d'investigation et de médecine de jour ont connu un accroissement de 24,8% de visites entre 1996-97 et 1997-98. L'hôpital Maisonneuve-Rosemont dispose d'un parc d'équipements similaires à celui de l'hôpital du Sacré-Coeur et un appareil de résonance magnétique est aussi en voie d'installation.

Les services ambulatoires offerts aux adultes en courte durée physique se retrouvent dans quatre pavillons dont l'un n'est pas relié de l'intérieur ni aux autres cliniques ni au plateau technique (annexe II). Les distances à parcourir pour un même usager sont considérables et les possibilités de se perdre sont grandes et s'actualisent régulièrement au grand détriment des usagers. Les locaux utilisés sont souvent très éloignés des toilettes et permettent rarement à une personne en chaise roulante d'être accompagnée, faute d'espace. Les problèmes de confidentialité et d'intimité se rencontrent dans la majorité des cliniques spécialisées. L'utilisation de l'ancienne école d'infirmières de Maisonneuve (pavillon Rachel-Tourigny) et de l'ancienne école d'inhalothérapie de Rosemont (pavillon Lavoisier) a éloigné les services ambulatoires de tous les services diagnostiques, thérapeutiques et de l'admission.

L'hôpital Maisonneuve-Rosemont a déposé une planification d'utilisation des locaux qui seraient libérés par un futur centre ambulatoire de façon à rapprocher les équipes cliniques de la clientèle à servir. Le besoin aigu de locaux pour poursuivre le développement de services ambulatoires est aussi documenté.

3.3 Caractéristiques des centres ambulatoires proposés à Maisonneuve-Rosemont et à Sacré-Coeur.

3.3.1 Centrés sur l'utilisateur

Les centres ambulatoires proposés disposent d'une entrée facile à identifier et très accessible à partir de la rue. Les usagers peuvent y être déposés à partir d'un véhicule et ce, à l'abri des intempéries. Ils peuvent aussi l'emprunter sur un mode ambulant sans avoir de marches à monter. Les halls d'accueil sont spacieux, très éclairés et ils sont munis d'une signalisation facile à consulter et touchant l'ensemble du centre ambulatoire. Les services thérapeutiques et diagnostiques susceptibles d'être utilisés par un même usager à l'intérieur d'une visite au centre ambulatoire ont été regroupés de façon à minimiser les déplacements autant de l'utilisateur que de ses accompagnants. Les salles d'attente ont été conçues pour que l'utilisateur en chaise roulante ou utilisant des aides à la marche y soit confortable et puisse conserver son accompagnant auprès de lui. Des toilettes adaptées ont été installées sur tous les étages. Des espaces commerciaux ont été ménagés pour d'éventuels casse-croûte et boutiques. Comme le soulignent avec justesse Brun et Ginn: «The number of outpatients and accompanying family and friends will increase quite significantly. Many will be at the ambulatory care center for long periods of the day⁵²». Des salles d'enseignement ont été prévues pour la clientèle et pour les personnes significatives.

3.3.2 Produit d'une large consultation

Autant à Maisonneuve-Rosemont qu'à Sacré-Coeur, les programmes fonctionnels et techniques émanent d'une large consultation au sein des établissements. Tous les chefs de départements et de services médicaux concernés ont été rencontrés afin qu'ils expriment leurs besoins. L'ensemble des médecins ont pu suivre l'évolution du dossier par les assemblées du CMDP et les réunions tant de services que de départements. Les responsables administratifs ont aussi pu exprimer leurs besoins et leurs attentes. Les

⁵² Brun, L. et Ginn, K., déjà cités

deux établissements s'étaient dotés de comités aviseurs multidisciplinaires qui se sont réunis tout au long de l'élaboration des programmes fonctionnels et techniques (PFT).

Aux annexes III et IV, les structures de consultation sont décrites.

3.3.3 Axés sur l'interdisciplinarité

Les équipes multidisciplinaires sont regroupées afin de maximiser leurs interventions et de minimiser les déplacements de l'usager et de ses accompagnants. Les différents professionnels tels ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, diététistes, pharmaciens, sont intégrés dans les modules qui reçoivent les usagers qu'ils doivent traiter ou à qui ils doivent donner un enseignement. Des salles de réunion sont prévues pour promouvoir les échanges tout en respectant la confidentialité de l'usager. Les cliniques d'évaluation gériatrique tout comme le centre d'oncologie illustrent la prestation de soins interdisciplinaires sans que l'usager et ses accompagnants n'aient à se déplacer.

3.3.4 Spécialisés

On y retrouve les cliniques spécialisées touchant tant les insuffisants cardiaques, les insuffisants respiratoires que les insuffisants rénaux. Ces usagers présentent de longues hospitalisations, de fréquentes réadmissions et de nombreuses visites à l'urgence. Leur potentiel de réduction de séjour hospitalier est très élevé si un suivi conjoint médecins en cabinets, CLSC et centres ambulatoires leur est offert. Pour chacun de ces groupes, une équipe multidisciplinaire est constituée et les services diagnostiques rapprochés des cabines de consultation ou des salles de rencontre.

Les deux centres ambulatoires prévoient des espaces leur permettant d'augmenter la chirurgie en un jour.

Au fur et à mesure que la technologie et les médicaments, surtout anesthésiques, se développent, de nouvelles interventions chirurgicales deviennent possibles en un jour.

La médecine de jour prend un envol dans les deux centres ambulatoires. Des usagers actuellement hospitalisés ou gardés à l'urgence y séjourneront dès qu'une organisation sécuritaire le permettra.

3.3.5 De niveau universitaire

Maisonnette-Rosemont et Sacré-Coeur sont des centres hospitaliers affiliés à l'Université de Montréal. Tous les deux reçoivent les résidents du tronc commun et tous les deux possèdent des secteurs d'excellence à l'intérieur desquels l'enseignement médical est plus spécialisé. Les deux établissements sont des milieux d'apprentissage pour de nombreux autres professionnels non médicaux tels les spécialistes en réadaptation, les infirmières, les pharmaciens, etc. Les programmes fonctionnels et techniques ont prévu des cabines de consultation pour les étudiants en médecine de façon à conserver une efficacité de 75 à 80% même si la norme américaine est beaucoup plus basse: «Most academic ambulatory settings operates with examination room efficiencies of 30 to 50%. Realistically, academic ambulatory practices will continue to be less efficient than private practice, but nevertheless, there is a significant opportunity for improvement (70% is targeted)»⁵³. Des salles de rencontre avec les usagers et les accompagnants sont aussi prévues pour les différents professionnels en stages. Les services ambulatoires sont appelés à devenir le milieu d'apprentissage par excellence dans le secteur de la santé.

3.3.6 Fondés sur l'efficacité

Les dimensions utilisées pour les locaux permettront de ne pas réaménager à grand frais dès l'ouverture. Robyn Dermon écrit en 1996 : « We believe it's important to design or size all spaces based on future needs. Exam rooms should be much larger. We used to design exam rooms to be 8x10, may be 9x10, a

⁵³ Hutchison, M. et al, **Opportunities for Optimizing Resources Utilization in Ambulatory Academic Practices**, J. Amb. Care Management, Vol. 20, no. 2, 1997.

consult room at 10x12. We think, at a minimum, both the exam and the consult room should be 10x12 so they are interchangeable.⁵⁴ ».Ce sont ces dimensions qui ont été utilisées dans les deux projets décrits.

Dans les deux instances présentées, l'organisation physique choisie permet de rationaliser les ressources en regroupant les clientèles similaires et en prévoyant toujours des volumes de clientèle quasi constants étant donné la polyvalence des locaux proposés. De plus, les équipements diagnostiques très coûteux sont partagés par la clientèle ambulatoire élective et semi-urgente, celle qui est inscrite à l'urgence et par les usagers hospitalisés. Il en est de même pour les professionnels très spécialisés et relativement rares: ces équipes pourront desservir les trois types de clientèle qu'un hôpital de l'an 2000 sera appelé à traiter.

La facilité des transferts de clientèle entre le service d'urgence, le centre ambulatoire et le module d'hospitalisation permettra de réduire les durées de séjour hospitalier, d'éviter les inscriptions à l'urgence et les admissions à l'hôpital et par conséquent d'atteindre une efficience sans précédent.

⁵⁴ Dermon, R., déjà cité.

Conclusion

La Régie régionale de Montréal-Centre propose une organisation novatrice des soins et des services de santé sur son territoire. Grâce à la reconfiguration entreprise depuis 1995 les usagers des services de santé montréalais peuvent entrer dans le 3e millénaire avec sécurité et confiance. Toutefois, tous les éléments de la mosaïque de services sont essentiels pour présenter aux usagers un réseau de soins continus, accessibles et de qualité.

La continuité des services et des soins pour l'utilisateur et sa famille implique qu'ils peuvent compter tout autant sur des soins de première ligne bien développés et soutenus dans la communauté que sur des centres ambulatoires leur permettant de demeurer à domicile le plus longtemps possible et d'y revenir plus rapidement si une hospitalisation a été nécessaire. La boucle de services doit être ininterrompue entre cabinets privés, CLSC, centres ambulatoires, modules d'hospitalisation, centres de soins de longue durée, centre de réadaptation et le domicile. Le recours aux services d'urgence doit diminuer et se limiter aux problématiques qui le requièrent.

À l'aube de l'an 2000, les centres ambulatoires sont appelés à constituer le carrefour de soins et de services et un maillon fort du continuum des soins de santé. Nous avons expliqué dans ce document les raisons du regroupement des services ambulatoires dans un lieu bien identifiable tant pour l'utilisateur que pour les intervenants. Nous avons aussi présenté la clientèle qui fréquenterait ces centres et démontré comment ceux-ci deviendraient une véritable plaque tournante pour les usagers. Finalement, au nom de l'efficacité et à cause de la condition physique des futurs usagers en mode ambulatoire, le rattachement à un hôpital a été affirmé.

De façon concrète, les deux projets présentés à la Régie régionale de Montréal-Centre, soit de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, ont illustré clairement les concepts sous-jacents à la mise sur pied d'un centre ambulatoire.

Pour la qualité des soins souhaitée, pour la continuité des soins nécessaires à l'utilisateur, pour l'efficacité essentielle au maintien du réseau de la santé, pour l'amélioration de la situation des urgences à Montréal, la Régie régionale de Montréal-Centre souhaite que les centres ambulatoires proposés dans son plan de reconfiguration s'actualisent le plus rapidement possible.

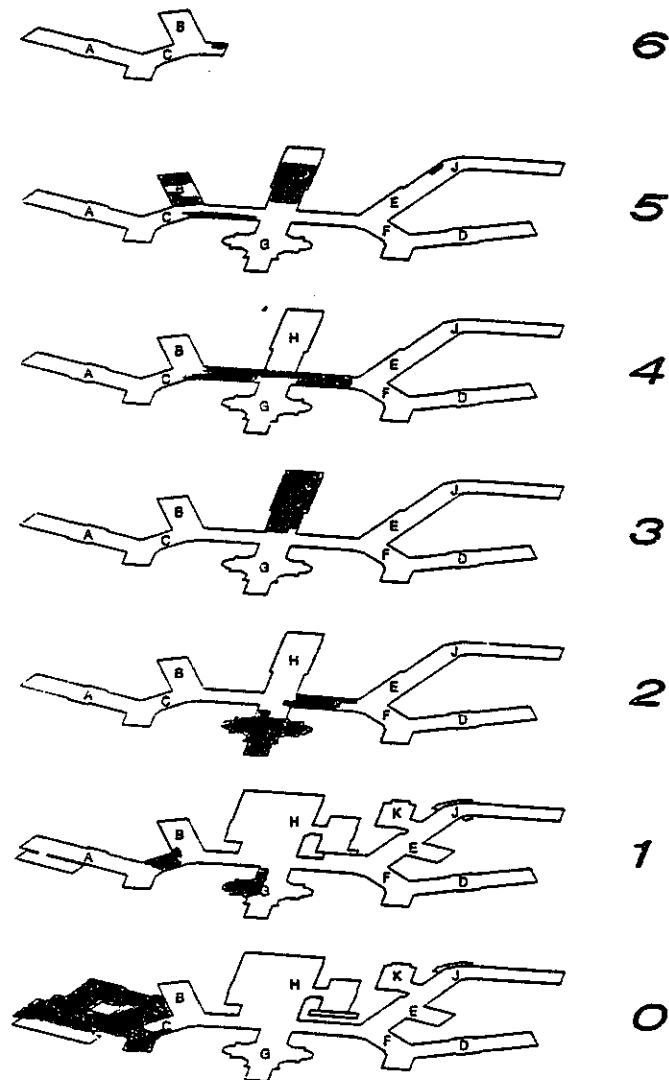
RÉFÉRENCES

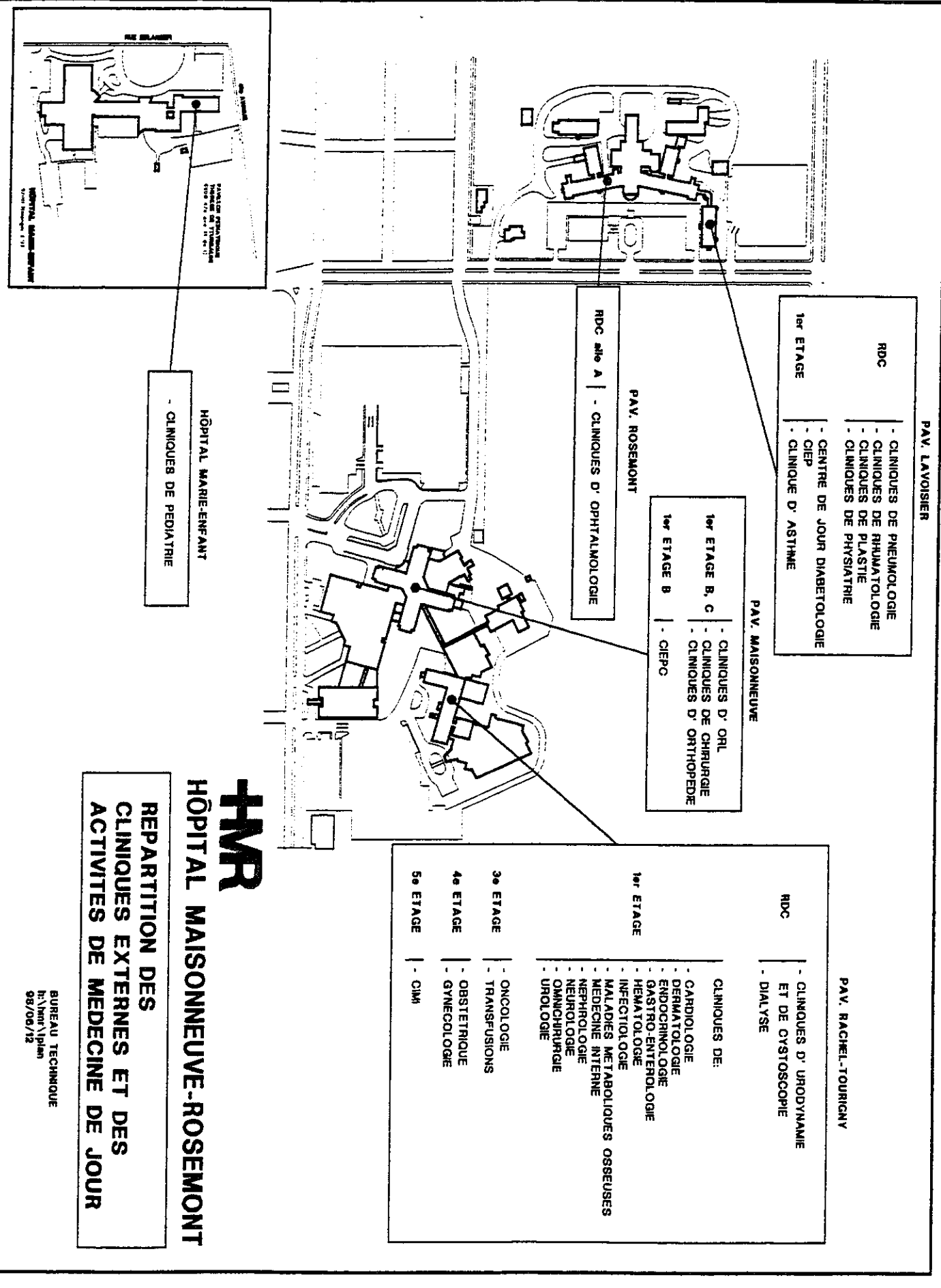
1. Rocheleau, L. **Pour mieux répondre à la clientèle: les impacts prévisibles du virage ambulatoire et une esquisse des ajustements amorcés par les CLSC du Québec**, conférence prononcée en 1994
2. Fédération des CLSC du Québec: **La transformation du réseau**, volet 2, juin 1995
3. Rocheleau, L. déjà citée
4. Champagne, F. Contandriopoulos, A.P. **Le centre de soins ambulatoires du XXIe siècle**, conférence prononcée en 1994
5. Santé et Bien-être social du Canada **Planification pour la santé: vers une prise de décision éclairée**, Ministère de la santé nationale et du bien-être social, 1993
6. Acute Care Planning Subcommittee, **Regional Acute Care Bed Needs for the Greater Vancouver Regional District**, février 1993
7. Conseil médical du Québec, **La hiérarchisation des services médicaux**, juin 1995
8. Shortell, Stephen, **Management Partnerships: improving patient Care in Healthcare Organisation of the Future**, Forum, vol. 1, no.2, 1988.
9. Goldsmith, Jeff, **A Radical Prescription for Hospitals**, Harvard Business Review, vol. 67, no.3 , 1989
10. Jolly, D. et Le Faou, A.L. **Les enjeux hospitaliers de l'hôpital d'aujourd'hui: se préparer à devenir**, présentation au Congrès de Lyon Hôpital et urbanisme, 1994
11. Bonine, Bruce, **Alternative Future in Health Care**, Health Care Strategic Management, vol.8, no. 1, 1990
12. Service d'expertise et de normalisation, **Les tendances générales pour la conception des hôpitaux urbains de l'an 2000**, Québec, 1994
13. Conseil régional de santé de Toronto métropolitain, **Hospital restructuring project: progress report**, Toronto, 1995
14. Régie régionale de Montréal-Centre, **Organisation des services de santé et services sociaux sur l'île de Montréal**, avril 1998
15. Conseil régional de santé de Toronto métropolitain, déjà cité
16. Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., déjà cités
17. Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. , déjà cités

18. Goldsmith, Jeff, déjà cité
19. Fédération des CLSC du Québec, **La transformation du réseau**, volet 2, 1995
20. Goldsmith, Jeff, déjà cité
21. A.Q.D.R. **Le virage ambulatoire et les aîné(e)s**, mai 1995
22. James, R. **Night and Day**, Health Service Journal, no.8, 1993
23. Brosseau, P. **La médecine d'un jour**, MSSS, direction de la santé physique, 1993
24. Watkins, G., **The Ten Successful Elements of an Ambulatory Care Center**, Radiology Management, vol. 19, no. 2, 1998.
25. Brun, L et Ginn, K. **Changing the Focus of Care**, ed. Agnew Peckham, 1997
26. Champagne, F. et Contandriopoulos, P.A. déjà cités
27. Fédération des CLSC du Québec, **Virage ambulatoire: services courants**, volet 5, 1996.
28. Lahey, M.T., **The Ambulatory Care Imperative: A case Study of the Toronto Hospital**, Ottawa, Ontario, 1995.
29. Gattreau, A., Raetzo, M.A., Restellini, A., **Implantation de la formation en médecine ambulatoire dans le curriculum des facultés de médecine: défis et solutions**, Informed, vol. 18, no.1, 1995.
30. Régie régionale de Montréal-Centre, déjà citée
31. Brosseau, P. déjà citée
32. Orr, Robin **Designing for the Human Side of Healthcare**, Journal of Healthcare Design, vo, VI , 1996.
33. Orr, Robin, déjà cité
34. Watkins, G., déjà cité
35. Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Rodriguez, R. **Centres ambulatoires: typologie, avantages et inconvénients**, Université de Montréal, 1998
36. Rochon, Jean, **Allocution devant l'Association des hôpitaux du Québec**, le 16 mai, 1996
37. Brosseau, P. , déjà citée
38. Bérubé, M. **Les services ambulatoires hospitaliers ...dans le continuum des services en santé physique** , Régie régionale de Montréal-Centre, 1996

39. Brun, L. et Ginn, K. déjà cités
40. Durham, J., Hayward, C. **Future design trends: Facility Design Strategies for Operational Restructuring**, Journal of Healthcare Design, vol. VIII, 1998
41. Groupe tactique d'intervention, **Organisation des services ambulatoires**, 1996
42. Brun, L. et Ginn, K. déjà cités
43. Archives of Surgery, vol. 129, no.2, 1994
44. Henderson, J. **Hospitals Seek Bigger Cut of Outpatient Surgeries**, Modern Healthcare, no.6, 1993
45. Dzyngel, B., Kesten, S., Chapman, K.R. **Assessment of an Ambulatory Care Asthma Program**, Journal of Asthma, vol. 31, no. 4, 1994
46. Groupe tactique d'intervention, déjà cité
47. Association des hôpitaux du Québec, **Modèles d'organisation des services ambulatoires dans un centre hospitalier**, 1997
48. Durham, J., Hayward, C. déjà citées
49. Dermon, R. **Ambulatory Care Design: the Changing Nature of Facilities**, Journal of Healthcare Design, vol. VI, 1996
50. Association des hôpitaux du Québec, déjà citée
51. Groupe tactique d'intervention, déjà cité
52. Brun, L. et Ginn, K., déjà cités
53. Hutchison M. et al, **Opportunities for Optimizing Resource Utilization in Ambulatory Academic Practices**, J. Amb. Care Management, Vol. 20, no. 2, 1997
54. Dermon, R., déjà cité.

LOCALISATION ACTUELLE DES SERVICES AMBULATOIRES





PAV. LAVOISIER

- RDC**
 - CLINIQUES DE PNEUMOLOGIE
 - CLINIQUES DE RHUMATOLOGIE
 - CLINIQUES DE PLASTIE
 - CLINIQUES DE PHYSIATRIE
- 1er ETAGE**
 - CENTRE DE JOUR DIABETOLOGIE
 - GIEP
 - CLINIQUE D' ASTHME

PAV. MAISONNEUVE

- 1er ETAGE B, C**
 - CLINIQUES D' ORL
 - CLINIQUES DE CHIRURGIE
 - CLINIQUES D' ORTHOPEDIE
- 1er ETAGE B**
 - GIEFC

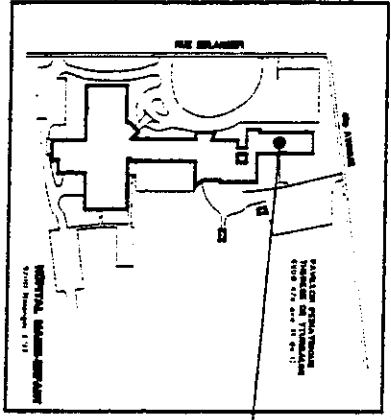
PAV. ROSEMONT

- RDC site A**
 - CLINIQUES D' OPHTALMOLOGIE

PAV. RACHEL-TOURIGNY

- RDC**
 - CLINIQUES D' URODYNAMIE ET DE CYSTOSCOPIE
 - DIALYSE
- 1er ETAGE**
 - CLINIQUES DE:
 - CARDIOLOGIE
 - DERMATOLOGIE
 - ENDOCRINOLOGIE
 - GASTRO-ENTEROLOGIE
 - HEMATOLOGIE
 - INFECTIOLOGIE
 - MALADIES METABOLIQUES OSSEUSES
 - MEDICINE INTERNE
 - NEPHROLOGIE
 - NEUROLOGIE
 - OMNICHIRURGIE
 - UROLOGIE
- 3e ETAGE**
 - ONCOLOGIE
 - TRANSFUSIONS
- 4e ETAGE**
 - OBSTETRIQUE
 - GYNECOLOGIE
- 5e ETAGE**
 - CIM

- HÔPITAL MARIE-ENFANT**
- CLINIQUES DE PEDIATRIE



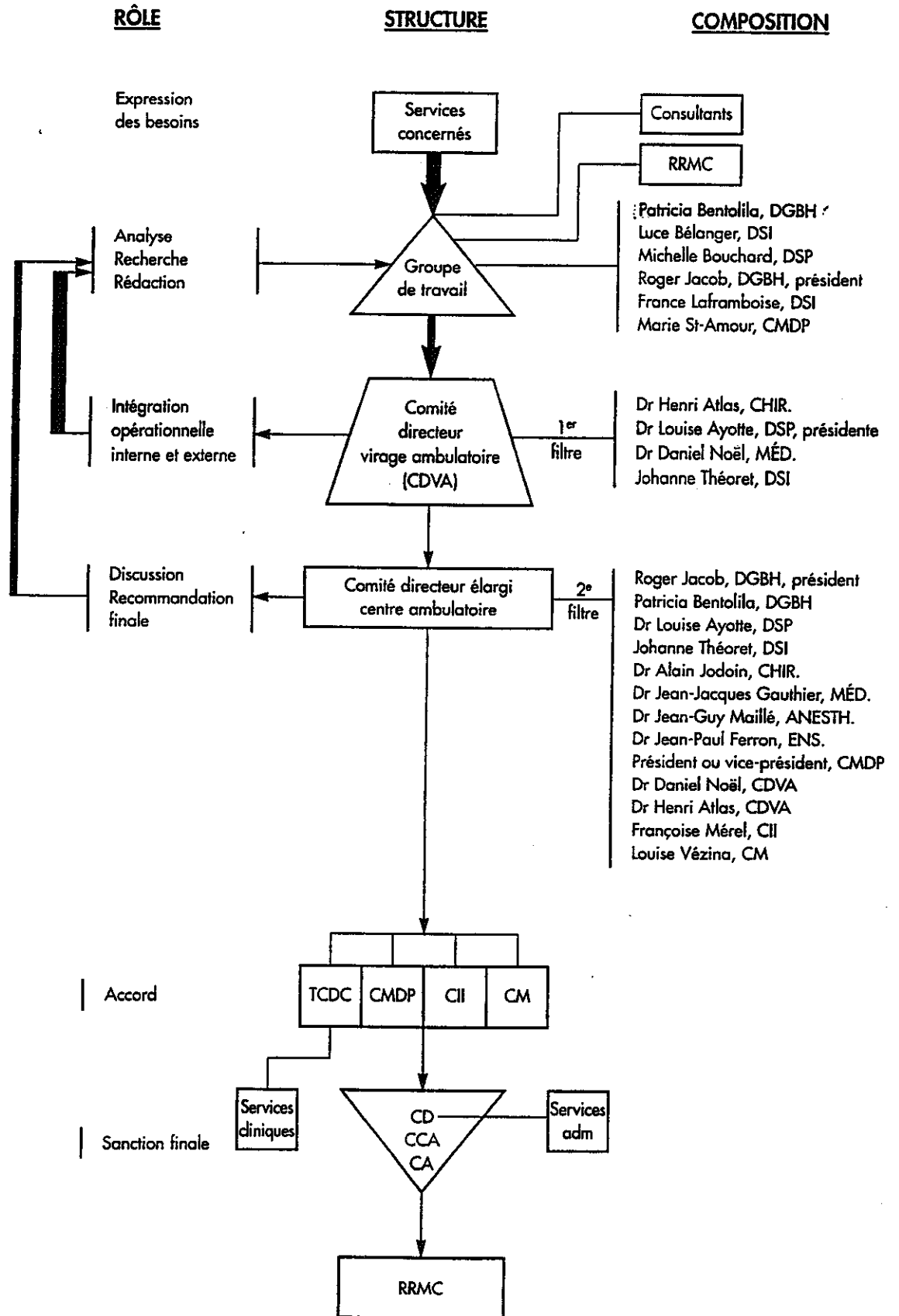
HMR
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT
REPARTITION DES
CLINIQUES EXTERNES ET DES
ACTIVITES DE MEDECINE DE JOUR

BUREAU TECHNIQUE
 Dr Yvan Vignien
 98/06/12

CENTRE AMBULATOIRE

Processus de consultation et de décision

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal



Centre ambulatoire
Processus de consultation et de décision

Mai 1996

Personnes consultées:

Patricia Bentolila	Coordonnatrice en gestion de projets, DGBH
Luce Bélanger	Conseillère en soins ambulatoires, DSI
Michelle Bouchard	Directrice adjointe, DSP
Roger Jacob	Directeur du génie biomédical et hospitalier, président
France Laframboise	Infirmière-chef 3eD-5eJ, DSI
Marie St-Amour	Adjointe administrative, CMDP

Comité directeur virage ambulatoire (CDVA):

Dr Henri Atlas	Chirurgien
Dre Louise Ayotte	Directeur des services professionnels, présidente
Dr Daniel Noël	Chef du service d'hémo-oncologie.
Johanne Théoret	Directeur des soins infirmiers

Comité directeur élargi - Centre ambulatoire:

Rober Jacob	Directeur Génie biomédical et hospitaliers, président
Patricia Bentolila	Coordonnatrice en gestion de projets, DGBH
Dre Louise Ayotte	Directeur des services professionnels
Johanne Théoret	Directeur des soins infirmiers
Dr Alain Jodoin	Chef du département de chirurgie
Dr Jean-Jacques Gauthier	Chef du département de médecine
Dr Jean-Guy Maillé	Chef du département d'anesthésie
Dr Jean-Paul Ferron	Coordonnateur/Enseignement médical
Président ou vice-président	CMDP
Dr Daniel Noël	Chef du service d'hémo-oncologie
Dr Henri Altas	Chirurgien
Françoise Mérel	CII
Louise Vézina	CM

Table des chefs de départements cliniques (TCDC):

Dre Louise Ayotte	Directeur des services professionnels, présidente
Dr André Bachand	Chef du département de biologie médicale
Dre Christinae Bertelli	Chef du département de psychiatrie
Dr René Chémaly	Chef du département de psychiatrie
Dr Jean-Paul Ferron	Coordonnateur/Enseignement médical
Mme Anne Filion	Représentante de la Pharmacie
Dr Marc Frenette	Président du CMDP
Dr Jean-Jacques Gauthier	Chef du département de médecine
Dre Fabienne Grou	Chef du département de médecine générale
Dr Alain Jodoin	Chef du département de chirurgie
Dr Gilles Lavallée	Chef du département de radiologie
Dr Normand Moussette	Chef du département des sciences neurologiques
Dr Réginald Nadeau	Coordonnateur de la recherche
Dr Claude Perreault	Chef du département d'anesthésie-réanimation

Comité exécutif du CMDP:

Dre Louise Ayotte	Directeur des services professionnels
M. Khiem Dao	Directeur général
Dr Marc Frenette	Président du CMDP
Dre Fabienne Grou	Représentante de la table des chefs de départ.
Dr Jean-Charles Yves Lévesque	Conseiller
Dr Robert Marier	Représentant du Conseil d'administration
Dr Richard Martin	Président sortant
Dr Gilles Maurais	Secrétaire
Dr Daniel Noël	Conseiller
Dr Claude Piette	Trésorier
Dre Michelle Pilon	Vice-présidente

Conseil des infirmiers et infirmières (CII):

Marie-Alice Champeval	Infirmière bachelière monitrice PAP
Françoise Charland-Mérel	Infirmière-Chef unité mère-enfant
Khiem Dao	Directeur général
Carole Duchesnay-Beaulieu	Infirmière- Cliniques externes
Lise Levasseur	Infirmière hémodynamie
Johanne Théorêt	Directeur des soins infirmiers
Lise Therrien	Infirmière 2eAC

Conseil multidisciplinaire (CM):

Renée Brunelle	Travailleuse sociale
Sophie Castonguay	Physiothérapeute
Ginette Fillion	Technicienne en gestion des services alimentaires
Andrée Giguère	Secrétaire, Conseil multidisciplinaire
Lucie Jolicoeur	Inhalothérapeute
Ginette Péloquin	Laboratoire - Représentante du Conseil d'adminis.
Louise Vézina	Présidente Comité exécutif Conseil multidisciplinaire

Chefs médicaux des services cliniques:

Dr Nagy-Charles Bedwani	Chef de service de pédopsychiatrie
Dr André Cartier	Chef du service de pneumologie
Dr Abdallah Chidiac	Chef du service de néonatalogie
Dr Pierre Choquet	Chef du service de médecine-interne
Dr François Collette	Chef du service de médecine d'urgence
Dr Robert Cossette	Chef du service de C.C.V.T.
Dr Jean Côté	Chef du service de dermatologie
Dr Lise Cusson	Chef du service de médecine familiale
Dr Ronald Denis	Chef du service de chirurgie générale
Dr Gilles Desaulniers	Chef du service de gynécologie
Dr Clément Déziel	Chef du service de néphrologie
Dre Sylvie Douyon	Chef du service d'obstétrique
Dr Daniel Dumont	Chef int. de service adulte - approches spécifiques
Dr Guy Girard	Chef du service d'urologie
Dr Yves Girouard	Chef du service de microbiologie
Dre Anne-Marie Grothé	Chef du service d'endocrinologie
Dr Nader Habib	Chef du service de médecine générale
Dr Marc-Léon Klein	Chef du service de cardiologie
Dr Goerges-Henri Laflamme	Chef du service d'orthopédie
Dr Gilles Lavallée	Chef int. du service de radiologie diagnostique
Dr Robert-C. Lefrançois	Chef du service de neurochirurgie
Dr Raymond Lemieux	Chef du service de médecine nucléaire
Dr Nicolas Mandalenakis	Chef du service d'anatomo-pathologie
Dr Jacques Monday	Chef du service de psychosomatique
Dr Jean-Pierre Mottard	Chef int. du service adulte - programmes cliniques
Dr Daniel Noël	Chef du service d'hémato-oncologie
Dre Louise Numainville	Chef du service de rhumatologie
Dr Claude Proulx	Chef du service de chirurgie plastique
Dre Christiane Roy	Chef du service de gériatrie
Dr Sidney Sabbah	Chef du service de gastroentérologie
Dr Pierre Ste-Marie	Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
Dre Jeannine Talbot	Chef du service de neurologie
Dr Denis Tardif	Chef du service d'ophtalmologie

Comité directeur (CD):

Dre Louise Ayotte	Directeur des services professionnels
Dre Christiane Bertelli	Chef du département de psychiatrie
M. Khiem Dao	Directeur général
Mme Micheline Douville	Directeur des finances
Mme Louise Gamache	Directeur de la planification et des communications
M. Jean Gélinas	Directeur des ressources humaines
M. Roger Jacob	Directeur génie biomédical et hospitalier
Mme Johanne Théoret	Directeur des soins infirmiers

Comité clinico-administratif (CCA):

Dre Louise Ayotte	Directeur des services professionnels
Mme Carole Duchesnay-Beaulieu	Représentante du CII
Dr Marc Frenette	Président du CMDP
Dr Jean-Jacques Gauthier	Chef du département de médecine
Dr Alain Jodoin	Chef du département de chirurgie
Dre Michèle Pilon	Vice-Président CMDP
Mme Johanne Théoret	Directeur des soins infirmiers
Mme Louise Vézina	Présidente Conseil multidisciplinaire

Conseil d'administration (CA):

M. Gabriel Groulx
M. Pierre Bois
Mme Angèle Carpentier
M. André Galipeau
Mme Louise B. Harvey
M. Robert Hémond
Mme Geneviève Hotte
Mme Claire Houde, s.p.
Mme Lucielle Lachaine, s.p.
M. Denis Leduc
Mme Marie-Paule Levaque, s.p.
Dr Jean-Paul Lussier
Dr Robert Marier
Mme Ginette Péloquin
M. Charles-Albert Poissant
M. Marcel R. Savard
M. Louis A. Tanguay
M. Khiem Dao

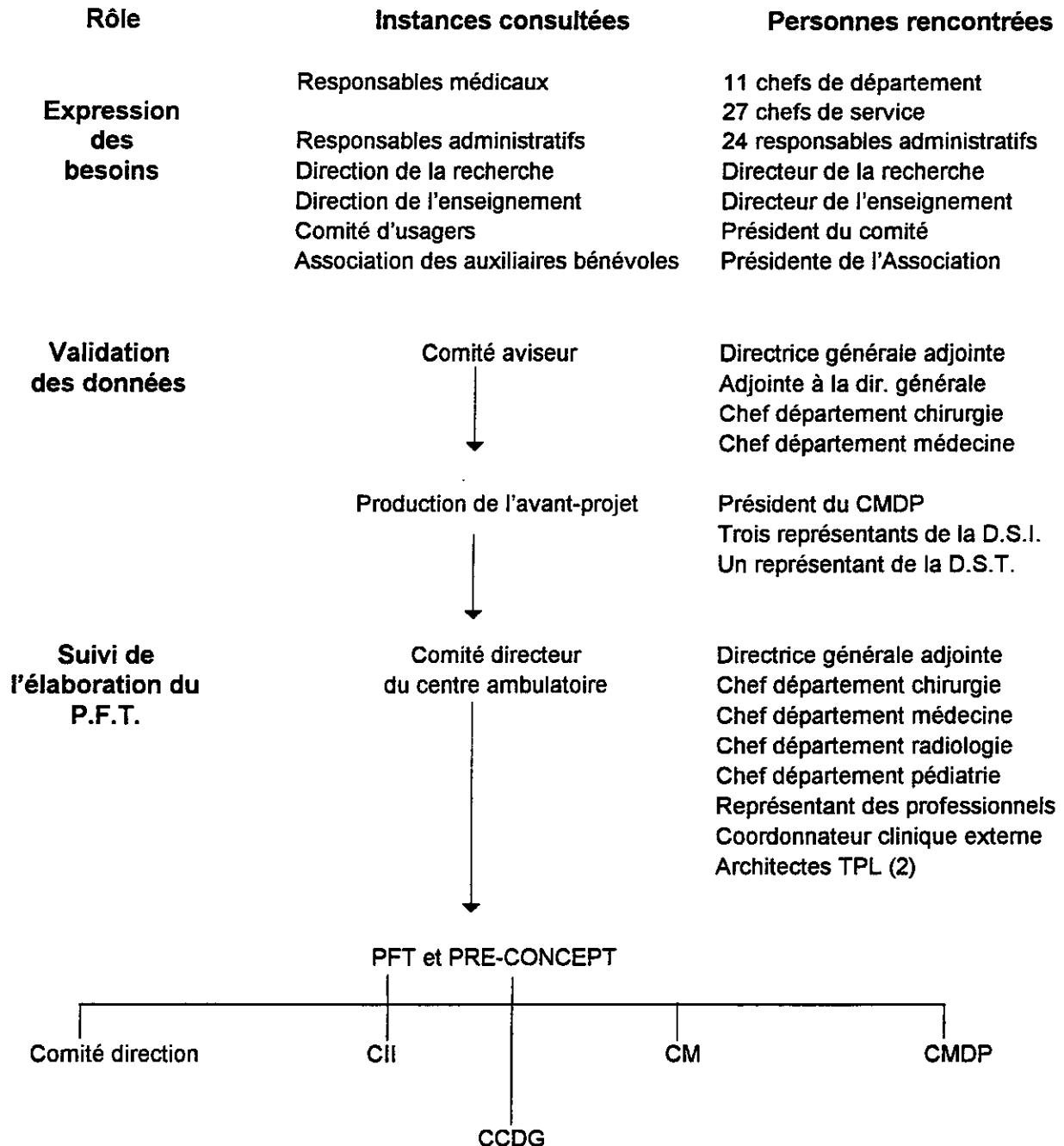
Chef de services administratifs (DSP):

Chantal Archambault	Infirmière de liaison, DSP
Alain Aubé	Diététique
Dre Louise Ayotte	Présidente, Directeur des services professionnels
Joanne Béland	Médecine nucléaire
Marcel Béliveau	Pathologie-cytologie
Louise Bergeron	Audiologie-Orthophonie
Jean-Pierre Bertrand	Hémodynamie
Michelle Bouchard	Directeur adjoint, DSP
René Bouchard	Inhalothérapie
Monique Brun	Service social
Georgette Chaput	Biochimie
Dr François Collette	Coordonnateur urgence, DSP
Rolande Daignault	Ergothérapie
Carole Drouin	Cardiologie tertiaire
Carole Duquette	Cardiologie
Louise Faucher	Archives médicales, Clin. Médecine familiale
Anne Fillion et Anick Minville	Pharmacie
Gilles Gagnon	Physiologie respiratoire
Micheline Gascon	Radiologie
Lise Giroux	Diététique
Jacinthe Gratton	Assistante à la coordination, DSP
Jeanne Grimard, Hématologie	Banque de sang, prélèvements
Lise Ouellet-Brumat	Ressources hébergement
Lise Lacaille	Traumatologie
Dr Gaston Lalumière	Biochimie
Pierrette Laniel	Microbiologie
Jeanne D'Arc Lavoie	Diététique
Berthe Lefebvre	Diététique
Gisèle Legault	Endoscopie
Danielle Masson	Archives médicales
Guy Payant	Psychologie
Lucie Poitras	Services professionnels PAP
Guylaine Proulx	Diététique
Mario Quévillon	Radiologie
Francine Richard	Radiologie
René Robillard	Diététique
Yolanda Sabetta	Service social PAP
Danielle Sicotte	Physiothérapie
Marie St-Amour	CMDP
Nicole Théorêt	Pneumologie
Louise Verville	Diététique

CENTRE AMBULATOIRE

Processus de consultation et de décision

Hôpital Maisonneuve-Rosemont



HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

COMITÉ AVISEUR DU CENTRE AMBULATOIRE

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ

Mme Diane Arcand	Adjointe à la Direction générale et présidente du comité
Dr Gilles Beauchamp	Chef du Département de chirurgie
Dr Alain Beaupré	Chef du Département de médecine
Mme Francine Bélisle	Représentante des Soins infirmiers - Médecine de jour
Mme Nicole David	Directrice générale adjointe (membre ex-officio)
M. Normand Girard	Représentant des Soins infirmiers - Chirurgie d'un jour
Dr Gilles Jobin	Président du C.M.D.P.
Mme Claudine Lanctôt	Représentante des Soins infirmiers - Cliniques externes
M. Hai Pham-Huy	Représentant des Services techniques

* En cours de projet, docteur Robert Pichet s'est joint au Comité aviseur

**HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT
PROJET «CENTRE DE SOINS AMBULATOIRES»**

**LISTE DU PERSONNEL MÉDICAL ET DES PROFESSIONNELS RENCONTRÉS
AVANT-PROJET - AVRIL 1998**

PERSONNES RENCONTRÉES	SERVICE	VOLET
------------------------------	----------------	--------------

DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Dr Yves Veillette	Clinique de la douleur	- Médecine de jour - Chirurgie d'un jour
Dr Luc Perreault		- Chirurgie d'un jour

DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE

Dr Marc Boisvert	Chirurgie dentaire	- Cliniques externes - Chirurgie d'un jour
Dr Robert Girard	Chirurgie générale	- Cliniques externes - Chirurgie d'un jour - Chirurgie externe
Dr Jean-Yves St-Laurent, chef de service	Chirurgie plastique	- Cliniques externes - Chirurgie d'un jour - Chirurgie externe
Dr Gilles Beauchamp, chef de service & dépt.	Chirurgie thoracique	- Cliniques externes - Chirurgie d'un jour
Dr Jean Lassonde, chef de service	Chirurgie vasculaire	- Cliniques externes - Chirurgie d'un jour
Dr Mario Séguin, chef de service	Neuro-chirurgie	- Cliniques externes - Chirurgie d'un jour - Chirurgie externe
Dr Yves-E. Leclerc	Onco-chirurgie	- Cliniques externes - Chirurgie d'un jour - Installation du Port-A-Cath veineux et de Briovac
Dr Michel Fallaha, chef de service	Orthopédie	- Cliniques externes - Chirurgie d'un jour
Dr Marc I. Clairoux	ORL	- Cliniques externes - Chirurgie d'un jour - Médecine de jour - Endoscopie
Dr Erik Schick, chef de service	Urologie	- Cliniques externes - Chirurgie d'un jour

PERSONNES RENCONTRÉES**SERVICE****VOLET****DÉPARTEMENT DE MÉDECINE**

Dr André Gagnon	Cardiologie	- Cliniques externes
Dr Eva Rozenbarb, chef de service	Dermatologie	- Cliniques externe
Dr Daniel Caron, chef de service	Endocrinologie	- Cliniques externes - Médecine de jour - Centre de jour de diabétologie
Dr Simon Côté, chef de service	Gastro-antérologie	Cliniques externes
Dr Robert Bélanger, chef de service Mme Francine Grondin, chef d'unité Mme Odette Marchand, infirmière GMO	Hématologie	- Cliniques externes
Dr Josée Fafard, chef de service	Médecine interne	- Cliniques externes
Dr Raymond Dandavino, chef de service	Néphrologie	- Cliniques externes
Dr Raymond Dandavino, chef de service Mme Louise Lambert, chef d'unité M. René Carpentier, chef d'unité hémodialyse	Néphrologie	- Hémodialyse
Dr Pierre Laplante, chef de service	Neurologie	- Cliniques externes
Dr Jacques Tremblay, pneumologue	Pneumologie	- Cliniques externes - Médecine de jour - Centre d'investigation ext. de pneumo. - Centre d'enseignement pour asthme
Dr Jean-Pierre Mathieu, rhumatologue	Rhumatologie / Physiatrie	- Cliniques externes

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Dr Bernard Mathieu, chef de service	Urgence	- Clinique d'omni-chirurgie
Dr Dominique Trempe		- Cliniques des maladies tropicales
Dr Laurent Trempe	Hôpital à domicile	Clinique d'antibiothérapie à domicile
Dr Maurice Thibault, chef de service gériatrie		- Évaluation gériatrique

DÉPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE

Dr Michel Laverdière, chef de département Dr Carl Weiss, microbiologiste Dr Louise Poirier, microbiologiste Dr Claire Béliveau, microbiologiste		- Clinique d'infectiologie
--	--	----------------------------

PERSONNES RENCONTRÉES	SERVICE	VOLET
Dr Jacques Tremblay, pneumologue Mme Mauricianne Abadie, coord. Module soins op.	Endoscopie / Pneumologie	Ambulatoire (Services diagnostiques)
Dr André Gagnon, cardiologue Mme Suzanne Brochu, coord. Module	Hémodynamie	Ambulatoire
M. Michel Lebrun, chef de département biochimie M. David Geadah, chef de secteur	Laboratoire de biochimie	Ambulatoire
Mme Louise Desrosiers, chef de module Dr Alain Marion, chef départ. méd. anatomo.path.	Laboratoire cyto-pathologie	Ambulatoire
Dr Robert Bélanger, chef de service hématologie M. Giovanni D'Angelo, chef de service	Laboratoire d'hématologie	Ambulatoire
Dr Michel Laverdière, chef départ. Microbiologie Mme Louise Desrosiers, coord. Module	Laboratoire de microbiologie	Ambulatoire
Dr André Levasseur, chef de départ médical Mme Aline Paquet, chef de service médecine nucl.	Médecine nucléaire	Ambulatoire
Dr Jacques Tremblay, pneumologue M. Pierre St-Laurent, coord physiologie resp.	Physiologie respiratoire	Ambulatoire
Dr Robert Filion, chef de département Mme Lucie Brazeau, chef de service	Radiologie	Ambulatoire
M. Michel Naud, chef de service	Bénévolat	Ambulatoire
M. Ronald Gravel, chef de service Mme Marthe Vuignier, chef de secteur	Diététique - Nutrition clinique	Ambulatoire
Mme Michèle Vanier, chef de service	Téléphonie	
Mme Lita Béliard	Service social	Ambulatoire
Mme Diane Lucier	Physiothérapie	Ambulatoire
M. Gilles Labarre	Pastorale	Ambulatoire
Mme Michelle Robitaille, chef de module réadapt. Mme Renée Ledoux	Orthophonie	Ambulatoire
Mme Michelle Robitaille, chef de module réadapt.	Ergothérapie	Ambulatoire
M. Michel Bourgeois	Inhalothérapie	Ambulatoire
Mme Michelle Robitaille, chef de module réadapt. Mme Renée Ledoux	Audiologie	Ambulatoire

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

Mme Carole Deschambault, directrice des soins infirmiers
Mme Francine Bélisle, responsable liens avec la communauté
M. Normand Girard, coordonnateur module soins ambulatoires
Mme Claudine Lanctôt, chef de module cliniques externes
Mme Louise Roy, directrice adjointe des soins infirmiers
Mme Monique Lanouette, infirmière clinicienne spécialisée
Mme Monique Séguin, infirmière clinicienne spécialisée
Mme Céline Carrier, infirmière clinicienne spécialisée

Le 1^{er} septembre 1998

Régie régionale de Montréal-Centre

RÉSUMÉ ADMINISTRATIF

**Les centres ambulatoires de 2e et 3e lignes
dans le réseau des soins de santé
du troisième millénaire**

**Concept de soins et services
ambulatoires hospitaliers**

Septembre 1998

Version révisée - novembre 1998

L'édification de centres ambulatoires spécialisés répondant aux besoins des usagers du troisième millénaire repose sur un cadre conceptuel cohérent comportant cinq éléments : focus-client, complémentarité des soins, spécificité vocationnelle, niveau secondaire et tertiaire de soins intégrant la recherche clinique et l'enseignement, efficience.

Les soins ambulatoires se situent au carrefour de tous les services existant dans le réseau de la santé et s'intègrent dans l'évolution et la transformation tant des soins de première ligne que des soins hospitaliers.

Partie intégrante de la mission hospitalière de l'avenir, les soins ambulatoires offerts dans chacun des centres hospitaliers n'échapperont pas à cette transformation. Regroupés ou non en centre ambulatoire, les soins ambulatoires hospitaliers et leur organisation future devront s'inspirer du même concept.

Clientèle qui fréquentera ces centres ambulatoires : focus-client

Le client qui se rendra dans un centre de soins ambulatoires spécialisés relié à un hôpital universitaire, CHU ou CHA requerra des soins de 2^e et de 3^e lignes dans la très grande majorité des cas. Il faut souligner que déjà les services de première ligne quittent les services ambulatoires hospitaliers et sont de plus en plus pris en charge par les médecins dans leur cabinet privé et les CLSC. La clientèle chirurgicale y viendra pour une investigation préchirurgie, une préparation préchirurgie, une chirurgie de jour, une chirurgie mineure, un suivi postopératoire comportant des examens et le besoin d'une équipe multidisciplinaire. La clientèle médicale fréquentera les cliniques d'investigation incluant les laboratoires de physiologie respiratoire, les modules d'hémodynamie et les unités d'endoscopie ; l'utilisateur recevra aussi des traitements de chimiothérapie, de dialyse, certaines médications requérant une surveillance continue et débutera des thérapies intraveineuses; enfin, le client poursuivra son adaptation à des maladies chroniques dans des centres spécialisés tels centres d'asthme, de diabète, de cardiologie. Tant dans les écrits américains que canadiens, on décrit l'utilisateur qui fréquentera le centre ambulatoire comme un client de plus en plus malade et handicapé, utilisant des aides à la marche ou une civière et devant être accompagné.

Transformation du réseau en amont et en aval des centres ambulatoires : complémentarité des soins

Les soins de première ligne sont bien organisés au Québec depuis des décennies. Après les «unités sanitaires», les services de santé municipaux et les cabinets privés de médecins, on a ajouté le réseau des CLSC. En assumant la double fonction du soutien social et des soins de santé, les CLSC ont relevé leur défi et sont des organisations étudiées dans de nombreux pays. Depuis quelques années, selon des indications très claires de la Régie régionale de Montréal-Centre, les CLSC ont développé leur volet de maintien à domicile, ont allongé leurs heures d'ouverture et ont accueilli dans leurs programmes des clientèles plus lourdes et plus complexes. En fait, suite au développement des alternatives à l'hospitalisation et au virage ambulatoire, chaque CLSC gère un «hôpital virtuel » sur son territoire qui regroupe des clients soignés à domicile ou au CLSC alors qu'ils étaient autrefois hospitalisés. Pour maintenir cette évolution, les CLSC doivent pouvoir compter sur des centres ambulatoires accessibles permettant des échanges rapides entre intervenants, des consultations et des rendez-vous faciles à obtenir pour le client.

D'autre part, les hôpitaux doivent aussi se transformer. Tous les experts qui ont réfléchi à la future mission des centres hospitaliers s'entendent sur deux points : l'hôpital de demain aura moins de lits et sa vocation sera plus spécialisée. Le Conseil médical du Québec a écrit en 1995 : « L'hôpital de demain aura beaucoup moins de lits et sera davantage un centre de référence avec une mission première de diagnostic complexe et de soins lourds.¹» Aux États-Unis on lisait dans la prestigieuse Harvard Business Review : « The successful hospital of the future will be a far different institution that focuses on early diagnosis and management of chronic illness.²» En France, Jolly et Faou décrivent l'hôpital du XXI^e siècle : « Très peu de lits traditionnels sauf pour les soins intensifs, le plateau technique sera le noyau dur de l'hôpital, les soins ambulatoires y seront très développés et les consultations et hôpitaux de jour seront ouverts la nuit et le week-end.³» La clientèle sera majoritairement très âgée et l'on devra ménager de l'espace aux aidants naturels. Tous prédisent aussi qu'à mesure que le volet hospitalisation diminuera, les hôpitaux devront faire face à une augmentation des soins ambulatoires spécialisés destinés à une population lourdement touchée par la maladie.

Regroupement des soins et services ambulatoires dans un centre ambulatoire : spécificité vocationnelle

Les soins et services ambulatoires sont actuellement dispensés dans des locaux qui n'ont pas été conçus pour ce type de clientèle soit d'anciennes écoles d'infirmières ou des chambres d'hospitalisation. Ces services sont fragmentés et dispersés, obligeant l'utilisateur à parcourir de longues distances, l'amenant à s'épuiser et à se perdre en route. De nombreuses critiques sur le virage ambulatoire découlent de la piètre organisation de nos services ambulatoires actuels développés de toute urgence dans des espaces dysfonctionnels.

Le regroupement des soins ambulatoires permet d'assurer une qualité de soins et de services et d'appliquer un programme d'amélioration continue de la qualité des soins et services de façon à suivre les résultats de soins visés.

¹ Conseil médical du Québec, **La hiérarchisation des services médicaux**, juin 1995.

² Goldsmith, Jeff, **A radical Prescription for Hospitals**, Harvard Business Review, vol. 67, no.3, 1989.

³ Jolly, D. et Le Faou, Al., **Les enjeux hospitaliers de l'hôpital d'aujourd'hui : se préparer à devenir**, présentation au Congrès de Lyon Hôpital et urbanismes, 1994.

Le regroupement des soins et services ambulatoires dans un lieu bien identifié permet au centre de soins ambulatoires de devenir un véritable partenaire pour l'ensemble des intervenants de la santé. Les cabinets de médecins, les CLSC, les centres hospitaliers de soins de longue durée, les modules d'hospitalisation des hôpitaux, sauront tous où référer leurs clients en besoin d'investigation, de chirurgie de jour, de médecine de jour ou de cliniques spécialisées. Les usagers sauront où se présenter pour recevoir tout service ambulatoire.

L'existence de centres ambulatoires diminuera à la fois le recours aux urgences hospitalières et la durée de séjour au service d'urgence. Le client pourra se présenter aux centres ambulatoires pour une consultation spécialisée, pour une complication postchirurgie ou posthospitalisation, pour une dégradation de son état de santé. Le client déjà à l'urgence pourra être référé au centre ambulatoire pour observation ou traitement de quelques heures à l'intérieur du module de médecine de jour.

Les centres de soins ambulatoires spécialisés sont appelés à devenir les lieux privilégiés d'enseignement dans l'avenir pour tous les professionnels de la santé incluant les infirmières et les médecins. Un regroupement approprié des soins et services ambulatoires permet à l'étudiant d'apprendre ce que vit l'usager, les besoins de santé qu'il présente et les avenues diagnostiques et thérapeutiques à sa disposition.

Le regroupement des soins et services ambulatoires dans un lieu conçu à cet effet permet de procurer à l'usager un environnement thérapeutique et guérisseur. De plus un tel regroupement fonctionnel peut répondre à l'achalandage prévu de plusieurs centaines de visites par jour sur un mode ambulatoire dans chacun des centres hospitaliers ciblés.

Rattachement les centres ambulatoires spécialisés à un hôpital : niveau secondaire et tertiaire de soins intégrant la recherche clinique et l'enseignement

L'évolution récente des centres ambulatoires spécialisés américains dispensant des soins de niveau secondaire et tertiaire nous démontre qu'un tel volet clinique est rempli avec plus d'efficience s'il est rattaché à un hôpital; autrement on en vient à créer à grand frais de mini-hôpitaux ou à persister à dispenser des soins de première ligne. Les soins ambulatoires de niveau secondaire et tertiaire requièrent une expertise humaine que seuls des spécialistes de chaque discipline possèdent. Un plateau technique sophistiqué est nécessaire

tant pour l'investigation que pour le traitement et le suivi. La littérature américaine foisonne d'exemples d'hôpitaux regroupant leurs services ambulatoires et utilisant le même plateau technique pour toute la clientèle. Un volume très important pourrait justifier un plateau technique dédié au centre ambulatoire. Le volume d'enseignants et de chercheurs cliniques requis ne se retrouve aussi qu'en milieu hospitalier. La conclusion sur ce point peut être donnée au Groupe tactique d'intervention : «À certains endroits on a suggéré la mise en place de centres ambulatoires en vue de favoriser l'accès à ces services spécialisés. Il nous semble qu'il est opportun de continuer à rendre les services les plus spécialisés dans les centres hospitaliers.⁴»

⁴ Groupe tactique d'intervention, **Organisation des services ambulatoires**, 1996

Efficiences

Finalement et non de moindre importance, le regroupement des soins et services ambulatoires permet de hausser la productivité, d'éviter les duplications, de réduire les gaspillages. (Contandriopoulos, Champagne, Rodriguez, 1998,⁵) Un tel regroupement permet de rentabiliser les centres de prises de rendez-vous, les équipes dispensatrices de soins et les modules diagnostiques simples tels les électrographies. De plus, le partage d'un même plateau technique sophistiqué assure l'efficacité de ces équipements coûteux.

Cinq projets de centres ambulatoires à Montréal : deux exemples présentés soit Maisonnette-Rosemont et à Sacré-Cœur de Montréal

Le développement spectaculaire et rapide des soins et services ambulatoires spécialisés a amené la Régie régionale de Montréal-Centre à proposer la création de cinq centres ambulatoires pour la région de Montréal.

Le projet de l'hôpital Général du Lakeshore a été modifié lors de la reconfiguration des soins et services proposée par la Régie régionale de Montréal-Centre pour les années 1995-1998. Le décret émis en 1992 était un ajout de 106 lits que la Régie régionale a réorienté vers un centre de services ambulatoires et une modernisation de l'établissement. Ce projet est actuellement à l'étape des plans et devis préliminaires qui sont complétés à environ 40%.

Le programme fonctionnel et technique du centre ambulatoire du CHUM est attendu au cours de l'automne 1998 et celui du CUSM en même temps que le projet global de réorganisation des établissements de santé constituant le CHU de l'Université McGill.

⁵ Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Rodriguez, R., **Centres ambulatoires : typologie, avantages et inconvénients**, Université de Montréal, 1998.

Situation actuelle à Maisonneuve-Rosemont et à Sacré-Coeur

Autant à l'hôpital du Sacré-Cœur qu'à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, le virage ambulatoire a été entrepris avec vigueur et succès depuis quelques années. La durée moyenne d'hospitalisation a chuté dans ces deux hôpitaux depuis trois ans, le nombre de lits a diminué, la chirurgie d'un jour dépasse les 40%, la médecine de jour a considérablement augmenté et de nombreuses cliniques surspécialisées ont été créées. Aux deux endroits, les services ambulatoires sont fragmentés et dispersés sur plusieurs étages et plusieurs pavillons. Les services diagnostiques sont très éloignés des activités ambulatoires. Les aires d'attente sont en général dans les corridors, le manque d'endroits adéquats de déshabillage est flagrant, les bris de respect de confidentialité et d'intimité sont fréquents. Les salles de toilettes sont très rares en général et celles pour personnes handicapées à peu près inexistantes. Sacré-Cœur comme Saint-Joseph de Rosemont ont été à l'origine des hôpitaux conçus pour une clientèle tuberculeuse. La majorité des chambres ne disposent pas de salles de toilette ni de canalisation de gaz médicaux. Lors de diminution de lits, ces chambres sont totalement inadéquates pour une clientèle ambulatoire et elles sont éloignés des services utiles à des usagers en mode ambulatoire et à leurs accompagnants.

Projets de centres ambulatoires présentés par les deux centres hospitaliers

Les deux projets présentés sont le fruit d'une large consultation au sein des établissements. Ils sont centrés sur l'utilisateur : un stationnement attenant, une entrée facile et à l'abri des intempéries, des regroupements de services limitant les déplacements du client, des salles d'attente spacieuses, des toilettes pour handicapés, des salles d'enseignement pour l'utilisateur et sa famille. Ils sont axés sur l'interdisciplinarité. Les intervenants de toute discipline sont regroupés autour de clientèles communes et des salles de réunion sont prévues pour que les plans d'intervention interdisciplinaire puissent être discutés en invitant l'utilisateur et sa famille lorsque approprié. Les services offerts sont spécialisés et relèvent de la 2^e et de la 3^e lignes. Dans les deux projets des espaces sont prévus pour augmenter tant la chirurgie de jour que la médecine de jour. Dans ces deux projets, l'enseignement aux intervenants de la santé est intégré dans les modules cliniques. Les services ambulatoires sont appelés à devenir le milieu d'apprentissage par excellence dans le secteur de la santé. Finalement, les dimensions choisies et l'organisation physique retenue permettent de rationaliser les ressources en regroupant les clientèles similaires et en prévoyant toujours des volumes de clientèle quasi constants étant donné la polyvalence des locaux proposés. L'utilisation d'un plateau technique existant déjà dans les deux établissements accentue l'efficacité des projets présentés.

Conclusion

La Régie de Montréal-Centre propose une organisation novatrice des soins et des services de santé sur son territoire et la création de centres ambulatoires. La Régie estime que la continuité des services et des soins pour l'usager et sa famille implique qu'ils puissent compter tout autant sur des soins de première ligne bien développés et soutenus dans la communauté que sur des centres ambulatoires leur permettant de demeurer à domicile le plus longtemps possible et d'y revenir plus rapidement si une hospitalisation a été nécessaire. Le recours aux services d'urgence hospitaliers doit diminuer et se limiter aux problématiques qui le requièrent. A l'aube de l'an 2000, les soins et services ambulatoires sont appelés à devenir le carrefour des soins et des services de santé et à constituer un maillon central dans le continuum des soins de santé. Plus concrètement, la Régie de Montréal-Centre souhaite la réalisation des projets de centres ambulatoires dans les hôpitaux Lakeshore, Maisonneuve-Rosemont, Sacré-Cœur, CHUM et CUSM.