

Document Michel Vallières

RÉFLEXIONS SUR UN CHU UNIQUE À QUÉBEC

Il plaît à l'esprit d'imaginer pour la région de Québec un centre hospitalier universitaire unique regroupant l'ensemble des facilités diagnostiques et thérapeutiques sous un même toit, permettant par le fait même des traitements complets sans avoir à transférer les malades dans d'autres institutions, en plus de fournir un milieu d'encadrement idéal pour l'enseignement de la médecine et des sciences de la santé et de constituer un pôle d'attraction majeur pour la recherche biomédicale. Une telle vision serait la bienvenue dans le cadre d'une agglomération urbaine aux dimensions modestes, à l'exemple de Sherbrooke, où la majeure partie des soins aigus peut être administrée sur un seul site.

Une telle vision idéaliste ne tient pas compte de la réalité gouvernant la prestation des soins médicaux dans la région de Québec. Les besoins en lits hospitaliers dans la région dépassent de loin la capacité d'accueil d'un CHU unique de dimension «raisonnable», sans pour autant permettre, contrairement à la grande région de Montréal, de conserver plusieurs centres hospitaliers généraux bien pourvus en consultants médicaux spécialisés et en facilités diagnostiques et thérapeutiques. Prétendre qu'un CHU unique à Québec diminuerait les transferts inter-hospitaliers est à mon avis un leurre et ne correspond pas à la réalité: il en résulterait un appauvrissement des ressources d'investigation et de traitement spécialisés dans les hôpitaux généraux au profit d'une concentration massive dans le CHU, auquel n'aurait accès qu'une portion de la population malade. Les transferts pourraient donc être pratiquement abolis pour les malades soignés au CHU, mais nettement en hausse pour tous les autres.

La vision actuellement véhiculée par certains, proposant qu'à l'intérieur d'un même CHU tous les malades de la région qui en ont besoin aient accès à l'ensemble des disciplines spécialisées, m'apparaît influencée par une conception fort simpliste de la réalité. Il s'agit d'une vision de spécialistes qui ont tendance à perdre de vue l'amont et l'aval des épisodes de soins.

Bien qu'il y ait des avantages indiscutables à regrouper les expertises spécialisées dans un même établissement, cette solution ne règle pas tous les problèmes, et à mon avis n'est pas sans en créer plusieurs dans une agglomération de la taille de Québec.

Je poursuis ma réflexion sous forme de questionnaire auquel il faut tenter de trouver les réponses les plus justes avant d'adopter une opinion éclairée.

Q: Combien le CHU unique contiendrait-il de lits?

R: Personne n'a avancé de chiffre tenant compte des besoins régionaux et des capacités de payer du gouvernement; en comparaison avec le CHUM, avec lequel nous partageons des besoins relativement similaires en terme d'encadrement universitaire et collégial ainsi que la même source de financement, on pourrait avancer le chiffre de 750 à 800 lits. Par comparaison le bâtiment principal du CHU de Lausanne en compte environ 1200, pour une population de beaucoup inférieure à celle de Montréal. La dimension des pavillons principaux des divers CHU varie énormément d'une ville à l'autre sans être en corrélation directe avec la grandeur des populations.

Q: Le CHUM, avec son pavillon unifié, pourra-t-il combler tous les besoins en médecine spécialisée à Montréal et tous les besoins d'encadrement des étudiants en sciences de la santé?

R: Absolument pas. Le site regroupé du CHUM devra partager ses activités cliniques et d'enseignement universitaire et collégial en partenariat avec plusieurs sites actuels du CHUM et de nombreux CH affiliés qui demeureront fonctionnels. Les transferts inter-hospitaliers continueront d'être une nécessité courante.

Q: Combien coûterait un CHU regroupé à Québec?

R: Le projet du CHUM est estimé à 2,5 milliards\$, selon les évaluations récentes, pour un total de 772 lits. Les coûts d'un projet à Québec varieraient selon le nombre de lits anticipé. Si on craint actuellement que le gouvernement manque de fonds pour le projet de rénovation de L'HDQ, au

coût de 850 millions\$, comment peut-on espérer que les fonds pour un CHU de taille suffisante soient au rendez-vous? Il faudrait au minimum avoir cette garantie avant de mettre fin à un projet en élaboration depuis 8 ans. À cela s'ajouteraient les coûts de rénovation et de mise aux normes qui devront être investis sur les bâtiments, quelle que soit leur vocation future (200 à 300M\$). Il faudrait aussi mettre dans la balance les sommes investies à l'HDQ et dans les autres CH au cours des dernières années.

Q: Combien de temps faudrait-il pour élaborer la réalisation d'un CHU unique dans la région de Québec.

R: Un scénario très optimiste suggère un minimum de 15 ans. Sommes-nous prêts, comme société, à risquer des ruptures de services médicaux pour la population régionale et suprarégionale desservie par le CHU de Québec en attente d'un projet hypothétique pour lequel nous ne possédons aucune donnée factuelle? Malgré la vétusté de ses locaux, L'HDQ demeure un hôpital très performant et un partenaire essentiel de la médecine universitaire dans la région, mais il est certain que l'absence d'une mise à niveau de ses installations au cours des prochaines années risque d'entraîner des ruptures de services dans plusieurs disciplines spécialisées.

Q: À défaut de construire un CHU regroupé en raison de ses coûts élevés et des délais de réalisation, ne pourrait-on pas tout simplement reconstruire l'HDQ sur un autre site?

R: Ce scénario a déjà été étudié il y a quelques années et le coût total d'un tel projet serait majoré d'au moins 150 millions\$ comparativement au coût actuel du projet (référence disponible sur demande). Le produit final, tenant compte de tous les délais, n'en serait pas pour autant livré plus rapidement.

Q: Quand l'actuel projet de rénovation et d'agrandissement de L'HDQ pourra-t-il livrer ses premiers bâtiments?

R: D'ici environ 3 ans le nouveau débarcadère sera construit et le bâtiment des cliniques externes sera réalisé, et on s'apprêtera à débiter la construction de la nouvelle aile (900) sur le stationnement de l'urgence.

Q: À quels autres CHU pouvons-nous nous comparer?

R: Évidemment un tel exercice, pour être complet, exigerait une recherche poussée hors de ma portée, mais quelques données méritent mention:

- Pour une population municipale de 240,000 habitants et d'agglomération de 1,120,000 habitants, le CHU de Bordeaux compte

3 groupes hospitaliers répartis sur 9 sites, pour un total de 3,110 lits d'hospitalisation.

- Pour une population municipale de 130,000 habitants et d'agglomération de 330,000 habitants, le CHU de Lausanne comprend un bâtiment hospitalier principal d'environ 1,200 lits et des bâtiments affiliés comprenant l'obstétrique-gynécologie et la néonatalogie, la pédiatrie (partagée avec le site principal entre les urgences «vitales» et celles dites «simples»), l'orthopédie et la dermatologie-vénéréologie pour un total de 1430 lits.
- Pour une population municipale de 200,000 habitants et d'agglomération de 915,000 habitants, le CHU de Genève comporte un pavillon principal et 5 pavillons affiliés, en plus de 2 pavillons pour la maternité et la pédiatrie, comptabilisant 1908 lits d'hospitalisation.

Q: Combien y a-t-il actuellement de lits de soins aigus dans la région de Québec?

R: Plus de 2100. Les taux élevés d'occupation des salles d'urgence régionales et les temps d'attente pour accéder à des lits hospitaliers suggèrent que ce nombre est loin d'être exagéré. On dénombre 324 lits à l'IUCPQ et environ 1800 dans le CHU de Québec, dont plus de 1500 voués à la médecine adulte non obstétricale. Dans le scénario très optimiste d'un CHU regroupé à Québec comptant 800 lits par exemple, il y aurait donc autant de malades hospitalisés à l'extérieur qu'à l'intérieur du CHU.

Q: Comment se ferait la répartition régionale des malades ayant besoin d'hospitalisation, entre le CHU et les autres hôpitaux? En fonction des salles d'urgences où ils consulteraient? En fonction de leurs pathologies? En fonction de leur «intérêt académique»?

R: Idéalement le CHU devrait être réservé aux plus grands malades nécessitant de multiples investigations et interventions spécialisées. Cette orientation nécessiterait au préalable une évaluation médicale complète dont seraient responsables les médecins travaillant dans les divers guichets d'accueil hors-CHU des malades. L'accès direct de tous les malades via la salle d'urgence d'un CHU unique n'est pas envisageable en raison de sa capacité d'accueil, même en l'imaginant très importante. Des transferts de malades entre les hôpitaux continueraient donc de se produire même avec un CHU regroupé, soit pour des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique, soit une fois les interventions spécialisées complétées. Les malades nécessitant des hospitalisations fréquentes risquent ainsi de se

retrouver dans le CHU seulement lors d'épisodes médicaux particulièrement sévères, les autres hospitalisations se déroulant dans leur hôpital d'origine.

Q: Quelle est présentement la capacité d'accueil sur civière dans les salles d'urgence des CH à vocation universitaire de la région?

R: 176 si on inclut le CHU de Québec (161) et l'IUCPQ (15). Le taux d'occupation de ces salles d'urgence avoisine régulièrement les 110 à 130%. Il est impensable de créer une salle d'urgence d'une telle capacité dans un CHU regroupé. De nombreuses salles d'urgence devraient donc demeurer fonctionnelles en dehors du CHU, afin de préserver un minimum d'éloignement auprès des populations desservies et également de créer un volume d'activités optimal à l'urgence du CHU. Ceci implique que ces salles d'urgence resteraient localisées dans des hôpitaux à vocation générale en grande partie privés de consultants médicaux et de moyens diagnostiques et thérapeutiques spécialisés. Les malades nécessitant des examens et traitements spécifiques devraient donc être par la suite transférés dans un CH spécialisé (CHU ou Institut), exerçant de très fortes pressions sur ces institutions.

Q: Quelle est actuellement la capacité d'accueil en lits de soins intensifs pour les malades adultes au CHU de Québec?

R: 59. Ce nombre est nettement sous-optimal et devrait être révisé à la hausse. Regrouper tous ces lits dans le CHU entraînerait une perte de proximité avec les salles d'urgence et les unités d'hospitalisation générales, des délais et une diminution d'efficacité dans les cas où l'urgence se calcule en minutes, à moins d'instaurer pour la région un système ambulancier et de premiers répondants médicaux extrêmement performant, à l'image d'autres municipalités. À l'inverse maintenir des USI dans des hôpitaux généraux privés d'expertise de pointe entraînerait également une perte d'efficacité et rendraient des transferts inévitables vers le CHU, où seraient par exemple concentrés les services de suppléance rénale.

Q: Comment éviterait-t-on l'atrophie des services diagnostiques, thérapeutiques et de consultation dans les hôpitaux à vocation générale?

R: Elle serait inévitable et provoquerait encore davantage de transferts inter-hospitaliers. Contrairement à Montréal, dont le grand bassin de population justifie le maintien de nombreux hôpitaux généraux et spécialisés fonctionnels sur son territoire, la création d'un CHU regroupé à Québec entraînerait inévitablement une disponibilité décroissante des services

diagnostiques et thérapeutiques dans les hôpitaux généraux, et surtout des services de consultation spécialisée.

Q: Quelle serait la disponibilité des services de consultation spécialisée pour les malades admis dans un hôpital à vocation générale?

R: Si on se fie à la situation actuelle, les services de consultation des spécialités n'ayant pas une concentration minimale dans un hôpital seraient très déficients, selon la disponibilité de médecins «itinérants». Or tous les services médicaux spécialisés prétendraient à la légitimité d'être concentrés à l'intérieur du CHU, obligeant les populations malades à se déplacer, parfois sur de grandes distances, ou à y être transférés pour y être traités. La répartition régionale optimale des services de consultation spécialisés devrait faire l'objet d'une large discussion parmi tous les partenaires impliqués, et les modalités de cette répartition devraient être soumises à un organisme indépendant ayant un pouvoir décisionnel sur son application. Certains services et départements jouissant actuellement d'une forte concentration, regroupant dans certains cas jusqu'à plusieurs dizaines de spécialistes sur un même site, ne semblent pas considérer comme prioritaire une couverture régionale complète et efficace par leur spécialité, laissant à d'autres, en médecine familiale, en médecine interne et en gériatrie en particulier, le soin de prendre en charge de nombreux malades présentant des pathologies qui relèvent de leurs champs de compétences.

Q: Un CHU regroupé de dimension «réaliste» pourrait-il absorber l'ensemble des cohortes d'étudiants en médecine et en programmes de spécialités, ainsi que toutes les autres disciplines universitaires et collégiales en santé?

R: Je ne crois pas. Le CHU devrait continuer d'offrir ses expertises médicale et pédagogique en partenariat avec des CH affiliés, afin d'encadrer les divers programmes de formation.

Q: Certaines spécialités, telles la gériatrie, seraient-elles écartées d'un CHU au profit de spécialités plus «nobles» ou «scientifiques»?

R: Les capacités d'accueil limitées d'un CHU engendreraient probablement des regroupements sous forme d'Instituts dans certaines spécialités selon une tendance qui s'exprime déjà de plus en plus (p. ex. gériatrie, maladies de l'œil, pédiatrie, psychiatrie, oncologie, etc.), avec une disponibilité réduite des services de consultation correspondants dans le CHU, et des transferts inévitables hors-CHU pour fins d'évaluation et de prise en charge.

Q: Une concentration régionale des malades dans un pavillon regroupant la majorité des spécialités entraînerait-elle des difficultés d'accompagnement pour les proches?

R: L'étalement urbain important de la région de Québec aurait certainement un impact négatif sur la capacité des populations à visiter leurs proches hospitalisés au CHU, perdant l'avantage de proximité des centres hospitaliers actuels.

Q: Qu'advierait-il de l'IUCPQ, qui a fait le choix de ne pas faire partie du CHU de Québec? Un CHU regroupé pourrait-il prétendre à être complet sans une cardiologie et une pneumologie fortes? Pourrait-on développer ces deux spécialités à vocation tertiaire et quaternaire sur deux sites?

R: Un débat régional épique en perspective...

Q: Comment contrer le phénomène de «surconcentration» des ressources?

R: Malgré certains avantages indéniables, les risques de favoriser une concentration maximale des ressources spécialisées dans un seul CHU sont d'une part de desservir de façon sous-optimale les autres hôpitaux de la région, et d'autre part d'atrophier, en favorisant une surspécialisation à outrance, l'expertise générale des consultants qui perdent leurs compétences pour effectuer, par exemple, une garde générale régionale dans leur propre spécialité. L'amélioration de la qualité de vie des médecins ne se traduit pas forcément par une amélioration des soins aux malades.

Q: Qu'advierait-il de la cardiologie tertiaire?

R: La tendance actuelle est de faciliter l'accès de la cardiologie d'intervention à proximité des salles d'urgence. Il faudrait donc maintenir au moins deux sites d'hémodynamie interventionnelle dans la région, soit idéalement à chacun des pôles Ouest et Est compte tenu de l'étalement urbain de la ville. Ceci serait difficilement réalisable si le CHU était situé ailleurs qu'au pôle Est dans le scénario où l'IUCPQ garderait sa vocation actuelle, rendant du même coup son accessibilité beaucoup plus difficile pour les populations résidant au pôle Ouest.

Q: Comment se déploieraient certaines disciplines de base ayant un rôle majeur tant au niveau des soins aux malades que de l'enseignement, la médecine familiale et la médecine interne en particulier avec leurs Unités de médecine familiale et Unités d'enseignement cliniques respectives, leurs résidents ayant besoin d'une exposition importante aux consultations

spécialisées et aux modalités diagnostiques et thérapeutiques se retrouvant concentrées dans le CHU?

R: Prélude à une longue réflexion...

Q: Quel sort réserverait-on aux centres de recherche?

R: : Il n'y a actuellement aucune réponse simple à cette question. À proximité des centres hospitaliers, se sont développés de nombreux centres de recherche dans le domaine des sciences biomédicales en partenariat avec le MSSS, la Fondation canadienne de l'innovation et l'université Laval. Dans les 15 dernières années, ces centres ont été construits à neuf ou entièrement rénovés grâce à des investissements qui dépassent les 100 millions de dollars, et à l'heure actuelle, ils accueillent 373 chercheurs (159 au CHUL, 57 à L'Hôtel-Dieu de Québec, 39 à l'hôpital Saint-François d'Assise, 73 à l'hôpital de l'Enfant Jésus et 45 à l'hôpital du Saint-Sacrement) dont la plupart sont subventionnés par des organismes académiques provinciaux et fédéraux.

Dans l'optique où un CHU regroupé serait créé à Québec, il serait impératif de réunir ces 373 chercheurs près du nouveau centre pour leur permettre de conserver un lien de proximité avec les activités cliniques (plusieurs de ces chercheurs ont besoin de malades ou d'échantillons de malades dans l'exercice de leur recherche et plusieurs œuvrent aussi en tant que cliniciens), pour éviter de disperser des équipes déjà formées qui travaillent en étroite collaboration et pour continuer de maximiser une synergie hautement bénéfique entre cliniciens, chercheurs cliniciens et chercheurs fondamentalistes, synergie qui constitue l'un des fondements importants de tout centre universitaire digne de ce nom.

Or, la création d'un centre de recherche qui regrouperait plus de 300 chercheurs, centre dont la superficie aurait à atteindre environ deux fois celle de L'Hôtel-Dieu de Québec, entraînerait non seulement des coûts additionnels énormes de réalisation, mais également des pertes considérables d'argent découlant des importants investissements déjà déployés, sans compter les coûts de décontamination des sites actuels qui s'ajouteraient à la facture globale.

Q: Quel sort réserverait-on à la radio-oncologie?

R: Transférer la radio-oncologie sur le site d'un nouveau CHU impliquerait le déménagement des appareils de traitement et des accélérateurs existants ainsi que la décontamination du site actuel, entraînant des coûts exorbitants qui rendraient probablement un tel projet inapplicable. Il faudrait dans un tel cas se résigner soit à poursuivre le développement de la radio-oncologie sur

son emplacement actuel, soit à ouvrir un deuxième site de radiothérapie sur l'emplacement du CHU, avec une perte d'efficacité des équipes en radio-oncologie qui travaillent en situation chronique de pénurie de personnel.

Q: Quel serait l'impact sur le vieux Québec de tous ces transferts et déménagements vers un nouveau CHU?

R: L'appui des divers intervenants du secteur, autant économiques, institutionnels, que sociaux, a clairement été démontré et documenté à travers la multitude d'interventions réalisées depuis les débuts du projet. La diminution notable d'une offre de services hospitaliers spécialisés et de recherche de haut niveau à L'HDQ ne pourrait qu'affaiblir encore plus la viabilité économique et sociale du secteur. L'occasion formidable de revitaliser un secteur névralgique de la Ville de Québec devra être mûrement considérée avant d'être écartée au profit d'un établissement «entre deux autoroutes». Par contre à long terme un projet n'exclut pas forcément l'autre.

Pour que la fonctionnalité d'un CHU regroupé réponde vraiment aux aspirations des personnes qui en font actuellement la promotion, il faudrait que les épisodes d'hospitalisation de tous les malades de la région, voire de tout le bassin de desserte suprarégionale, se réalisent dans le CHU. À moins de convaincre le MSSS de construire à Québec un «méga CHU» de quelques milliers de lits, ce vœu ne m'apparaît tout simplement pas réaliste.

De nombreuses questions demeurent malheureusement sans réponse vérifiable, mais à mon avis le scénario hypothétique de CHU regroupé à Québec, autour duquel les discussions actuelles sont empreintes de beaucoup d'émotivité, ne doit pas compromettre la réalisation d'un projet qui, sans être parfait, offre une réponse satisfaisante aux besoins de la région pour les quinze prochaines années, en parallèle avec d'autres projets régionaux en santé. Il existe sans doute des données probantes pouvant aider à répondre à certaines des questions soulevées dans le présent document. Il serait de première importance que de telles données soient mises à notre disposition pour nous aider dans notre démarche.

Les besoins médicaux dans la région auront beaucoup augmenté dans 20 ans, et rien ne s'oppose à initier sous peu, en parallèle, l'élaboration de projets régionaux rassembleurs pour la médecine académique de l'an 2030.

Michel Vallières. MD

L'Hôtel-Dieu de Québec
Le 28 février 2013
Document révisé le 7 mars 2013