

# Guide d'élaboration du plan clinique

Guides généraux

Répertoire  
des  
guides  
de  
planification  
immobilière



Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

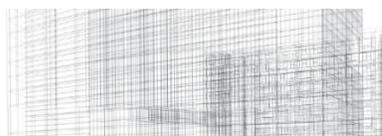
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-70393-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014



### **Coordination et rédaction**

Cynthia Beaudoin, Direction des services hospitaliers, ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère)

### **Révision et mise en page**

Marie-Josée Paradis, Direction des services hospitaliers, Ministère

### **Collaboration**

#### **Direction générale des services de santé et médecine universitaire, Ministère :**

D<sup>re</sup> Monique St-Pierre, Direction générale adjointe des services de santé et médecine universitaire et Direction des services hospitaliers

D<sup>r</sup> Pierre Blanchard, Direction des affaires universitaires

D<sup>r</sup> Michel Lemieux, Direction des services hospitaliers

M<sup>me</sup> Nathalie Labrecque, Direction des services hospitaliers

D<sup>r</sup> Antoine Groulx, Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés

M<sup>me</sup> Sylvie Collette, Direction des soins infirmiers

M<sup>me</sup> Josée Lepage, Direction de la santé mentale

M<sup>me</sup> Louise Latulipe, Direction de la santé mentale

D<sup>r</sup> Daniel Lefrançois, Direction nationale des urgences, des services de traumatologie et des services préhospitaliers d'urgence

M. Daniel Riverin, Direction des services mère-enfant

D<sup>r</sup> Yves Jalbert, Direction de la biologie médicale et de la biovigilance

M<sup>me</sup> Lise Caron, Direction des mécanismes d'accès

#### **Direction générale des services sociaux**

M. Gaétan Matte, Direction des personnes ayant une déficience physique

M<sup>me</sup> Nathalie Fournier, Direction générale adjointe des services aux aînés

M<sup>me</sup> Améline Bourque, Direction générale adjointe des services aux aînés

M. Marc Plamondon, Direction des jeunes et des familles

#### **Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget, Ministère :**

M<sup>me</sup> Céline Drolet, Direction de l'expertise et de la normalisation

M<sup>me</sup> Isabelle Pradet, Direction de l'expertise et de la normalisation

M. Sylvain Périgny, Direction générale adjointe des investissements

M. Serge Péloquin, Service des technologies biomédicales

#### **Comité de lecture clinique**

M. Frédéric Abergel, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

M<sup>me</sup> Julie Desjardins, Agence de la santé et des services sociaux de Laval

M. Michel Plante, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

D<sup>re</sup> Monique St-Pierre, Direction générale adjointe des services de santé et médecine universitaire et Direction des services hospitaliers, Ministère

M<sup>me</sup> Michèle Bélanger, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, Ministère

#### **Comité de lecture immobilier**

#### **Comité opérationnel immobilisation et équipements**

M. Antoine Cyr, Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine

M<sup>me</sup> Carole Larose, Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke

M<sup>me</sup> Céline Drolet, Direction de l'expertise et normalisation, Ministère

M<sup>me</sup> Caroline Imbeau, Direction de la logistique hospitalière, Ministère

M. Pierre Labelle, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

M. Hai Pham-Huy, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

M. Paul Piché, Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget, Ministère

M. Serge Péloquin, Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget, Ministère

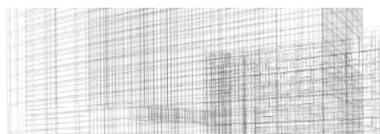
M. Sylvain Périgny, Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget, Ministère

M. Jean-Claude Préville, CSSS du Nord de Lanaudière

M<sup>me</sup> Marlène Sinclair, Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget, Ministère

M. Pierre-André Tremblay, CHU de Québec et représentant de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux





## Table des matières

<b>DOMAINE D'APPLICATION .....</b>	<b>2</b>
1. LES OBJECTIFS .....	2
2. PARTENAIRES DU PLAN CLINIQUE .....	2
2.1 Établissement .....	2
2.2 Agence .....	3
2.3 Ministère .....	3
3. LES ÉTAPES .....	3
4. ÉLABORATION DU PLAN CLINIQUE .....	6
4.1 Chapitre 1 : L'établissement et sa population à desservir .....	6
4.1.1 Mission, vision et valeurs .....	6
4.1.1.1 Historique de l'établissement .....	6
4.1.1.2 La population .....	6
4.2 Chapitre 2 : L'offre de service actuelle .....	8
4.2.1 Les ressources disponibles (à adapter en fonction du projet présenté) : .....	8
4.2.2 Pour l'établissement qui adresse la demande .....	8
4.2.3 Spécifique aux centre hospitalier de soins généraux et spécialisés .....	9
4.2.3.1 Si le secteur des unités de soins intensifs est concerné : .....	9
4.2.3.2 Si le secteur des unités de soins est concerné : .....	9
4.2.3.3 Si le secteur bloc opératoire/salle de réveil/chirurgie d'un jour (CDJ) est concerné : .....	9
4.2.3.4 Si le secteur des consultations externes est concerné : .....	10
4.2.3.5 Si le secteur de la médecine de jour est concerné : .....	10
4.2.3.6 Si le secteur de la dialyse est concerné : .....	10
4.2.3.7 Si le secteur de l'urgence est concerné : .....	10
4.2.3.8 Si le secteur de l'imagerie médicale est concerné : .....	11
4.2.3.9 Si le secteur de l'endoscopie est concerné : .....	11
4.2.3.10 Si le secteur de l'unité de soins psychiatrique est concerné : .....	11
4.2.3.11 Autres secteurs .....	12
4.2.4 Spécifique aux services aux personnes âgées .....	12
4.2.5 Spécifique aux services DP DI-TSA .....	12
4.2.6 Spécifique aux centres jeunesse .....	12
4.3 Chapitre 3 : Projet — Offre de service proposée par l'établissement .....	13
4.3.1 Justification sommaire du besoin .....	13
4.3.2 Présentation des aspects cliniques du projet résolvant la problématique d'offre de service .....	13
4.4 Chapitre 4 : L'avant-projet sommaire .....	14
4.4.1 Contexte .....	14
4.4.2 Démarche .....	14
4.4.3 Livrables .....	14
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>16</b>



## Liste des acronymes

Agence	Agence de la santé et des services sociaux
APS	Avant-projet sommaire
CDJ	Chirurgie d'un jour
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DMS	Durée moyenne de séjour
DP DI-TSA	Déficiência physique, déficiência intellectuelle – Troubles du spectre de l'autisme
EI	Encadrement intensif
GF	Garde fermée
ISO-SMAF	ISO-Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
ITSS	Infection transmissible sexuellement ou par le sang
Ministère	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
PC	Plan clinique
PDI	Plan directeur immobilier
PFT	Plan fonctionnel et technique
RGPI	Répertoire des guides de planification immobilière
RLS	Réseau local de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
UMF	Unité de médecine familiale
URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux



## **DOMAINE D'APPLICATION**

Cette méthodologie présente une démarche visant à élaborer un plan clinique (PC) qui se veut le préalable à tout projet immobilier nécessitant l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère) en vertu de l'article 260 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les établissements doivent procéder à l'élaboration d'un PC qu'ils acheminent aux agences de la santé et des services sociaux (agence). Ces dernières émettent un avis de reconnaissance du besoin qui confirme que le PC proposé s'inscrit dans l'organisation régionale des services. Au préalable, une démarche d'optimisation doit avoir été effectuée avant de développer un PC et d'envisager une solution immobilière en réponse au PC.

Par la suite, l'agence achemine le PC qu'elle juge pertinent ainsi que son avis de reconnaissance du besoin au Ministère. Ce dernier évalue le PC recommandé par l'agence et émet un avis de reconnaissance du besoin positif, négatif ou conditionnel.

À la réception d'un avis de reconnaissance du besoin positif du Ministère, l'agence est informée qu'elle peut autoriser l'établissement à élaborer un programme fonctionnel et technique (PFT) (voir méthodologie des PFT du Répertoire des guides de planification immobilière (RGPI)).

La démarche proposée est adaptable à tout type de projet, quel qu'en soit la nature, la taille ou le coût.

Bien que le PC constitue l'essentiel de la charpente clinique d'un projet immobilier, il peut être un document de réflexion sur l'organisation des services cliniques souhaitée sans que la résultante soit une solution immobilière.

### **1. Les objectifs**

La démarche doit assurer une adéquation :

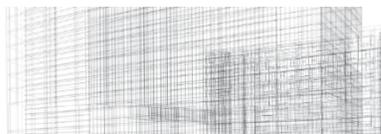
- entre les objectifs liés au PC approuvé, les orientations et les lignes directrices ministérielles, les standards d'accès, l'organisation régionale des services et les objectifs immobiliers qui seront énoncés au PFT;
- entre les principes directeurs exprimés par l'établissement et les exigences de performance fonctionnelle et technique à venir au PFT.

### **2. Partenaires du plan clinique**

Outre l'établissement, les principaux partenaires sont l'agence et le Ministère.

#### **2.1 Établissement**

L'établissement est le premier responsable d'assurer une offre de service de santé et de services sociaux qui est accessible, de qualité, sécuritaire et en lien avec sa mission. C'est pourquoi un rôle important lui incombe dans la gestion efficace et efficiente des ressources dont il dispose. Il est l'acteur clé de la définition de ses besoins et il doit s'assurer de la conformité de ceux-ci avec les orientations et politiques du Ministère de même qu'avec les paramètres définissant l'organisation régionale des services qui respectent ces dernières. Selon le contexte, des partenaires tels que des organismes et des groupes communautaires pourront s'ajouter à ces derniers.



## 2.2 Agence

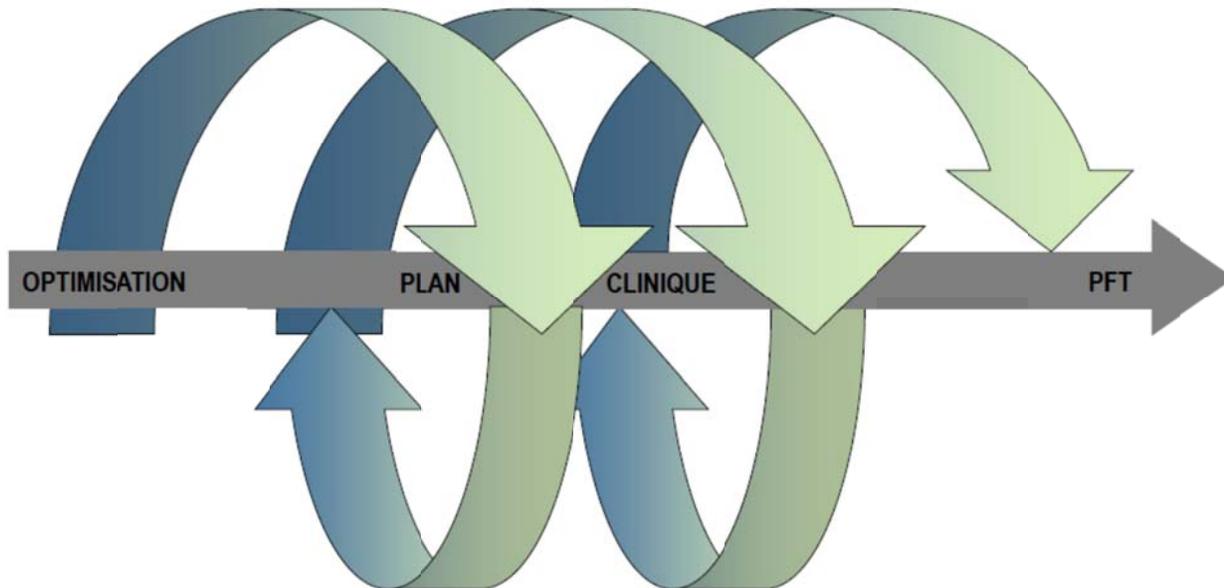
Les agences assurent la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) d'une région donnée et établissent le plan d'organisation régionale des services en fonction des besoins populationnels de la région, des politiques et des orientations émises par le Ministère. Elles soutiennent et accompagnent les établissements dans la définition de leurs besoins et s'assurent que ces derniers sont cohérents avec les orientations locales, régionales et ministérielles. Si requis, l'agence peut interpeller les directions programmes et immobilières du Ministère.

## 2.3 Ministère

Le Ministère établit les politiques de santé et de services sociaux, voit à leur mise en œuvre et à leur application par les agences. Le Ministère évalue également les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Les directions programmes et immobilières du Ministère soutiennent les agences et les établissements dans la définition de leurs besoins, que ce soit à la demande de ces derniers, ou dans le cadre d'une démarche d'accompagnement (généralement dans le cadre des projets de cinq millions de dollars et plus).

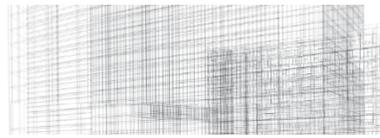
## 3. Les étapes

La démarche d'élaboration d'un PC est constituée de plusieurs étapes d'analyse qui ont des objectifs respectifs, tels que définir les besoins, circonscrire le projet, établir les principes directeurs, puis définir la qualité attendue.

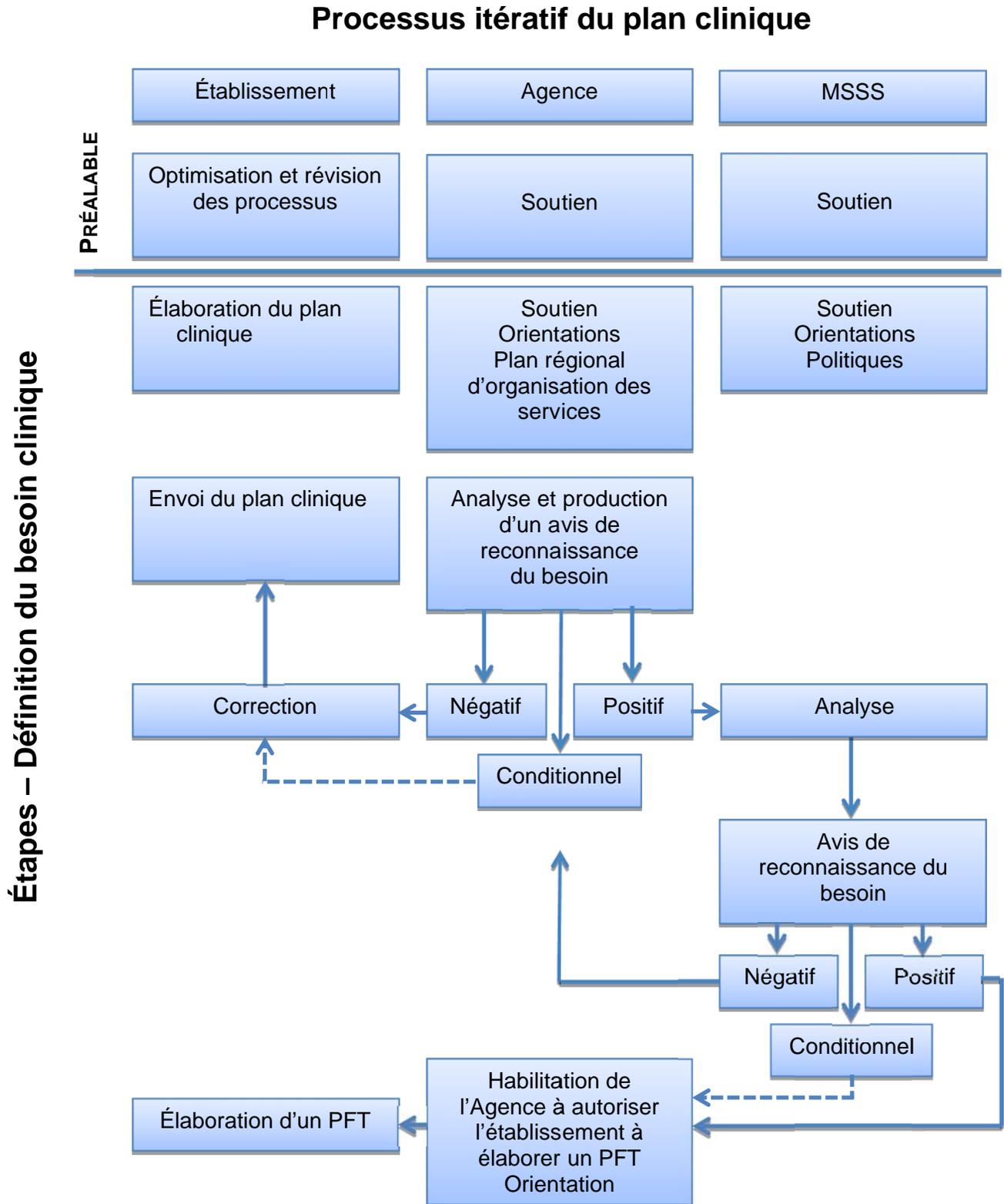


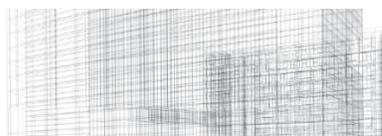


Cette démarche progressive se déroule selon un processus itératif qui se développe par boucles successives. C'est la première étape qui permettra le cheminement vers l'élaboration d'un PFT. En effet, tout au long du processus initié par le PC jusqu'à l'élaboration du PFT, plusieurs retours en arrière seront nécessaires afin de préciser, voire de réajuster l'expression d'un besoin qui avait été ciblé dans une étape précédente. La démarche doit faire appel à la participation de nombreux intervenants qui apporteront une contribution essentielle à la réussite du projet à chacune de ses étapes. Elle doit favoriser la mise en place de conditions appropriées à la réflexion et à la concertation entre les différents acteurs du projet, conditions qui permettront de clarifier, de définir et de préciser les livrables dans le cadre des objectifs du PC.



**Tableau 1 : Processus de réalisation de l'étape de détermination des besoins du cheminement d'un projet d'immobilisations dans le RSSS québécois**





## 4. Élaboration du plan clinique

### Le plan clinique

Le PC est un document dans lequel est défini le besoin clinique pour lequel une solution est requise (immobilière ou non). Il devrait contenir quatre sections principales, soit :

Chapitre 1 : L'établissement et sa population à desservir

Chapitre 2 : L'offre de service actuelle

Chapitre 3 : Le projet — L'offre de service proposée par l'établissement

Chapitre 4 : L'avant-projet sommaire (APS)

Bien entendu, chaque section doit contenir les informations à jour, et ce, dans le but de permettre à l'équipe locale d'obtenir l'adhésion de tous les intervenants, notamment celle de la direction générale, des cliniciens et des professionnels au projet. Il importe également, pour l'établissement, de s'assurer d'une compréhension claire de son plan de développement autant par l'agence, qui devra s'assurer de son intégration dans sa vision de l'organisation régionale des services, que pour le Ministère qui devra évaluer le projet présenté en termes de pertinence du besoin clinique et en discuter avec les intervenants des divers niveaux sur les plans clinique et financier (budget de fonctionnement, équipements et éventualité d'une solution immobilière).

### 4.1 Chapitre 1 : L'établissement et sa population à desservir

Dans ce chapitre, l'établissement devra principalement faire état de ses activités et de la démographie du territoire de desserte. L'établissement devrait consulter rapidement l'agence dans ses travaux de manière à s'assurer de bien situer son projet clinique dans le plan régional d'organisation des services.

En résumé, il faut ici faire état de l'historique de l'établissement et dresser le portrait de l'état de santé de la population à desservir, du réseau local de services (RLS) concerné et, aussi, de la région dans lequel il se situe. Voici donc des exemples de ce que l'on devrait considérer.

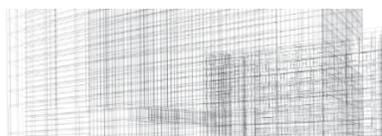
#### 4.1.1 Mission, vision et valeurs

##### 4.1.1.1 Historique de l'établissement

L'historique de l'établissement devrait inclure un résumé des axes de sa planification stratégique.

##### 4.1.1.2 La population

- De chacun des RLS de votre région, par groupe d'âge et par sexe (pour un centre jeunesse, se concentrer aux enfants âgés de 0 à 18 ans de chacun des RLS de votre région, par groupe d'âge 0–4 ans, 5–11 ans et 12–18 ans).
- Quelle est la croissance de la population prévue pour chaque groupe d'âge pour les 20 à 30 années à venir (données de l'Institut de la statistique du Québec, si autre, nommer la source)?
- Quelle est la clientèle desservie? Quelle en est la couverture géographique?
- Profil populationnel.
- Scolarité (secondaire, CÉGEP, université).
- Nombre ou % de personnes :
  - qui ont un emploi régulier;
  - qui ont un emploi à temps partiel (saisonnier);
  - qui sont sans emploi.
- Nombre ou % de familles monoparentales.
- Nombre ou % de personnes à revenu moyen.



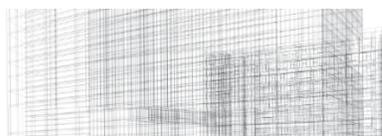
- Nombre ou % de personnes à faible revenu.
- Nombre ou % de personnes qui ont besoin d'assistance sociale.
- Nombre ou % de personnes vivant dans une habitation à loyer modique (HLM).
- RLS ou municipalité régionale de comté visé en comparaison avec le reste de la région, de la province.
- Concentration de la population âgée (territoire du centre de santé et de services sociaux (CSSS) et territoire de l'agence).
- Spécifique à la déficience physique, déficience intellectuelle – troubles du spectre de l'autisme (DP DI-TSA) :
  - Données démographiques de la région relatives au projet, par exemple :
    - nombre d'enfants de 0 à 18 ans ayant une déficience physique desservis;
    - nombre d'enfants de 0 à 18 ans ayant une déficience intellectuelle desservis;
    - nombre d'enfants de 0 à 18 ans ayant un trouble envahissant du développement desservis;
    - nombre de personnes ayant une déficience (DP DI-TSA) desservies.

**Épidémiologie du territoire couvert par l'établissement – Profil de la clientèle (à adapter selon le projet et la clientèle visée, information requise donnée à titre d'exemple)**

- Santé de la population :
  - incidence du cancer (type de cancer);
  - maladies cardiovasculaires;
  - infections transmissibles sexuellement ou par le sang;
  - troubles cognitifs liés au vieillissement.
- Incidence des maladies chroniques :
  - diabète;
  - hypertension artérielle;
  - maladies pulmonaires obstructives chroniques;
  - maladies mentales (pourcentage de suicide).
- Facteurs de risque :
  - obésité;
  - tabagisme;
  - dépendance (alcool, médicaments, drogue, jeu);
  - sédentarité;
  - profils ISO-Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) des résidents hébergés :
    - clientèle hébergée en Centre d'hébergement et des soins de longue durée (CHSLD) (pourcentage des résidents selon les profils, moins de 65 ans et plus de 65 ans),
    - clientèle hébergée en Ressource intermédiaire – Ressource de type familial (RI-RTF) (personnes âgées),
    - clientèle du soutien à domicile.

**Épidémiologie du territoire couvert par l'établissement – Profil psychosocial de la clientèle**

- Incidence des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux :
  - taux de maladies mentales, par maladie;
  - taux de suicide;
  - taux de dépendance (alcool, médicaments, drogue, jeu);
  - taux de prise en charge en protection de la jeunesse/problématique.



## **4.2 Chapitre 2 : L'offre de service actuelle**

Dans cette section, vous devez nous indiquer l'état actuel de l'offre de service et faire ressortir les différences entre cette dernière et la situation optimale en matière d'organisation de services souhaitée. Il faut aussi nous indiquer ce qui a été tenté pour régler la problématique et si des solutions temporaires ont été mises en place.

Par ailleurs, il est essentiel d'intégrer, dès cette étape, les données ainsi que les recommandations issues de la démarche préalable d'analyse et d'optimisation, le cas échéant.

### **4.2.1 Les ressources disponibles (à adapter en fonction du projet présenté) :**

- Nombre d'installations dans le CSSS ou l'établissement:
  - CHSLD;
  - centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
  - unité de médecine familiale (UMF) et cliniques satellites;
  - mission Centre local de services communautaires (CLSC);
  - ressource intermédiaire – habitation loyer modique;
  - centre de réadaptation.
- Complémentarité entre les centres hospitaliers, le cas échéant.
- Pour les centres jeunesse :
  - Nombre de centres de réadaptation (installations) selon la mission et le type :
    - centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation;
    - centre de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation.
  - Nombre de ressources et nombre de places non institutionnelles d'hébergement disponibles pour la clientèle concernée par la demande :
    - ressources de type familial (familles d'accueil);
    - ressources de type intermédiaire;
    - ressources d'hébergement communautaire pour les jeunes.
- Pour les personnes âgées : Ressources d'hébergement disponibles/territoire du CSSS :
  - HLM (65 ans et plus);
  - résidence pour personnes âgées;
  - CHSLD privé conventionné;
  - unité soins de soins et de longue durée/CHSGS;
  - RI-RTF;
  - projet novateur;
  - volet ambulatoire;
  - centre de jour;
  - programmes services;
  - autres.

### **4.2.2 Pour l'établissement qui adresse la demande**

- Clientèle actuellement desservie, attraction/rétention de la clientèle.
- Mission de l'établissement/installation :
  - soins aigus;
  - longue durée;
  - réadaptation;
  - portfolio de l'établissement.
- Services spécifiques offerts.
- Offre de service concernée :
  - situation actuelle et problématique visée, besoins prioritaires;
  - milieu physique actuel (état des lieux, organisation spatiale, liens de proximité);
  - exploration de solutions alternatives à une nouvelle construction;
  - autres services;



- liste d'attente (après optimisation);
- entente de services avec autres établissements (local ou régional);
- liens avec les rapports d'inspection professionnelle, rapports d'agrément, en ce qui a trait aux enjeux de sécurité, de prévention des infections, de vétusté en lien avec l'offre de service.
- Activités d'enseignement et de recherche.
- Nombre de lits/places de soins actifs et de soins de longue durée au permis/dressés/disponibles.
- Nombre de lits par service, le cas échéant :
  - alternatives à l'hébergement en CHSLD (développées, à développer [projet/analyse]) et projection des requis en hébergement, RLS (requis de lits).
- Plans d'effectifs médicaux :
  - médecins de famille;
  - spécialistes par spécialités;
  - postes comblés/autorisés;
  - plan de main-d'œuvre.

#### **4.2.3 Spécifique aux centre hospitalier de soins généraux et spécialisés**

- Admission (nombre d'admissions par année).
- Durées moyennes de séjour (DMS)/Service.
- Volumes d'activités des programmes existants (basés sur les cinq dernières années).

##### **4.2.3.1 Si le secteur des unités de soins intensifs est concerné :**

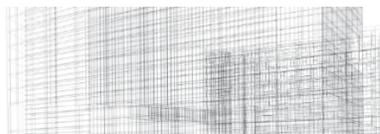
- Le nombre de lits (soins intensifs, soins coronariens, soins intermédiaires) :
  - incluant les chambres à pression négative et d'isolement;
  - nombre de chambres individuelles, doubles et multiples.
- Nombre de salles de toilette vs nombre de lits.
- Taux d'occupation.
- DMS.
- Liens fonctionnels entre le bloc, l'urgence et les unités de soins pertinentes.
- Faire ressortir les problématiques.
- Prise en charge de l'unité par un intensiviste (unité fermée).

##### **4.2.3.2 Si le secteur des unités de soins est concerné :**

- Le nombre de lits :
  - nombre de chambres individuelles, doubles et multiples;
  - nombre de chambres en isolement respiratoire.
- Nombre de salles de toilette vs nombre de lits.
- Spécialités des unités de soins.
- Taux d'occupation.
- DMS.
- Faire ressortir les problématiques de fonctionnement.
- Mode de gestion des lits.

##### **4.2.3.3 Si le secteur bloc opératoire/salle de réveil/chirurgie d'un jour (CDJ) est concerné :**

- Nombre de salles fonctionnelles.
- Nombre de salles non utilisées pour la chirurgie (par jour, par semaine, etc.).
- Nombre de chirurgies par année (CDJ, admissions).
- Taux d'utilisation des salles.
- Nombre de patients en attente/spécialité.



- Délai d'attente/spécialité.
- Priorités opératoires/spécialité.
- Nombre de civières en salle de réveil et en CDJ.
- Ratio CDJ /chirurgies avec hospitalisation.
- Liens fonctionnels avec les unités de soins, les soins intensifs, l'urgence, l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) et la banque de sang.
- Heures d'ouverture et de fermeture du bloc opératoire et de la CDJ (heure du premier patient en salle, heure de sortie du dernier patient).
- Présence d'une URDM dans le bloc opératoire.
- Système de traçabilité des instruments chirurgicaux en place.

#### **4.2.3.4 Si le secteur des consultations externes est concerné :**

- Nombre de visites/spécialité.
- Nombre de locaux par spécialité/jour :
  - urologie;
  - gynécologie-obstétrique;
  - ORL;
  - ophtalmologie;
  - orthopédie;
  - réadaptation;
  - santé mentale/psychiatrie;
  - etc.
- Taux d'utilisation des salles.
- Nombre de patients en attente/spécialité.
- Délais d'attente/spécialité.
- Salle de chirurgie mineure ou salles de procédures.
- Clinique de suivi de clientèle (diabète, insuffisance cardiaque, etc.).

#### **4.2.3.5 Si le secteur de la médecine de jour est concerné :**

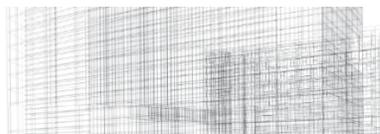
- Nombre de civières ou de chaises de traitement.
- Type de traitement réalisé dans ce secteur.
- Heures d'ouverture.
- Nombre de traitements réalisés/type de traitements.
- Nombre de locaux de consultation.

#### **4.2.3.6 Si le secteur de la dialyse est concerné :**

- Nombre d'appareils de dialyse (utilisés/disponibles).
- Heures d'ouverture.
- Pourcentage d'utilisation.
- Nombre de traitements réalisés.
- Nombre de patients dialysés à domicile.
- Nombre de patients en dialyse péritonéale.
- Nombre de patients en pré-dialyse par stade d'insuffisance rénale.

#### **4.2.3.7 Si le secteur de l'urgence est concerné :**

- Ouverture 24/7.
- Taux d'occupation.
- Moyenne d'heures sur civière.
- Nombre de civières :
  - observation;
  - zone d'évaluation rapide;
  - aire de choc.



- Nombre de visites par année :
  - sur civière;
  - ambulatoire.
- Nombre de patients par priorité au triage (P1 à P5).
- Nombre de patients qui sont partis sans être vus.
- Nombre de patients vus en santé mentale.
- Nombre de transports ambulanciers par année.
- Nombre de personnes âgées de 65 ans et de 75 ans et plus à l'urgence.
- DMS à l'urgence.
- Liens de proximité avec le bloc opératoire et la radiologie.
- Nombre de lits de débordement.
- Nombre de civières dans l'unité d'hospitalisation brève.
- Nombre de grands utilisateurs.

#### **4.2.3.8 Si le secteur de l'imagerie médicale est concerné :**

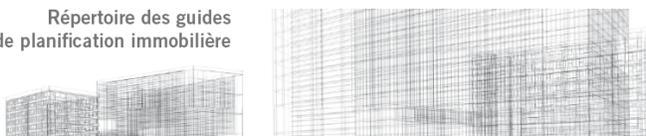
- Type ou catégorie d'appareils.
- Nombre d'appareils.
- Production par appareil.
- Nombre de patients en attente par type d'examen.
- Délai d'attente par type d'examen.
- Taux d'utilisation des salles/taux d'utilisation des appareils.
- Heures d'ouverture.
- Technologue autonome.
- Taux de désuétude des équipements concernés.
- Télémedecine/téléradiologie.

#### **4.2.3.9 Si le secteur de l'endoscopie est concerné :**

- Mode de fonctionnement et utilisation des salles.
- Nombre de procédures par jour.
- Nombre de salles de procédure.
- Nombre d'examens.
- Heures d'ouverture.
- Liens avec le secteur de retraitement des endoscopes.
- Nombre de salles par spécialité (pulmonaire, urologie, digestive, etc.).
- Nombre de salles en pression négative.
- Liens avec le secteur de préparation/récupération.
- Nombre de civières préparation/récupération.

#### **4.2.3.10 Si le secteur de l'unité de soins psychiatrique est concerné :**

- Type d'établissement.
- Type de soins offerts en psychiatrie (intensifs en psychiatrie, aigus, de réadaptation, en gériopsychiatrie, en pédopsychiatrie, en psychiatrie légale, dans un hôpital de jour, autre).
- Pour la psychiatrie légale, désignation officielle.
- Faire la démonstration que les équipes de première ligne adulte, jeunesse, de suivi intensif et de suivi d'intensité variable sont en place (pourcentage de déploiement, lieu de leurs activités).
- Faire la démonstration de la mise en place des psychiatres répondants sur votre territoire ainsi que les liens avec les lieux d'exercice.
- Faire ressortir la synergie existante entre les acteurs du réseau de la santé mentale sur votre territoire, incluant les ressources communautaires.
- Décrire les locaux et leur utilisation (faire ressortir ce qui est problématique).



#### **4.2.3.11 Autres secteurs**

D'autres secteurs d'activité spécifiques viendront s'ajouter au fur et à mesure des mises à jour (CLSC, UMF, laboratoires, radio-oncologie, hémodynamie, électrophysiologie, pharmacie, obstétrique, néonatalogie, etc.). Ceux-ci nécessiteront des informations spécifiques. Si votre projet comporte un projet non inclus dans le présent document, nous vous prions de consulter la direction programme du Ministère concernée qui pourra vous spécifier leurs besoins en information.

#### **4.2.4 Spécifique aux services aux personnes âgées**

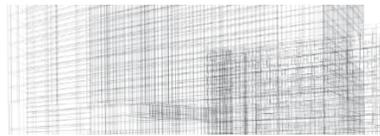
- Présence d'équipe gériatrique ambulatoire.
- Unité de transition en réadaptation fonctionnelle.
- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive.

#### **4.2.5 Spécifique aux services DP DI-TSA**

- Mission de votre établissement et complémentarité avec d'autres établissements.
- Ententes de collaboration actives ou possibles avec d'autres établissements et organismes.
- Trajectoire et lien avec la première, la deuxième ou la troisième ligne.
- État des listes d'attente.
- Données hôpitaux promoteurs de santé.
- Réadaptation fonctionnelle intensive en défiance physique : lits et services externes.

#### **4.2.6 Spécifique aux centres jeunesse**

- Nombre de centres de réadaptation (installations) selon la mission et le type :
  - centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation;
  - centre de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation.
- Nombre de ressources et nombre de places non institutionnelles d'hébergement disponibles :
  - ressources de type familial;
  - ressources de type intermédiaire;
  - ressources d'hébergement communautaire.
- Faire une brève description, indiquer les ressources humaines (équivalent temps complet) et indiquer le volume de clientèle desservie pour chaque service énuméré ci-après :
  - services psychosociaux aux enfants, aux mères et aux familles en difficulté;
  - services relevant du directeur de la protection de la jeunesse (responsabilités exclusives);
  - services d'adoption, de recherche d'antécédents et de retrouvailles;
  - services de médiation familiale et d'expertise;
  - services aux jeunes contrevenants;
  - services de réadaptation aux enfants et aux jeunes en difficulté d'adaptation et à leur famille;
  - services de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation.
- Pour les services de réadaptation offerts en internat : nombre de places et taux d'occupation selon le type d'unité de vie :
  - régulière;
  - sécuritaire en garde fermée (GF) en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents;
  - sécuritaire en encadrement intensif (EI) en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse;
  - santé mentale;
  - mixte GF/EI;
  - mères en difficulté d'adaptation.



## 4.3 Chapitre 3 : Projet — Offre de service proposée par l'établissement

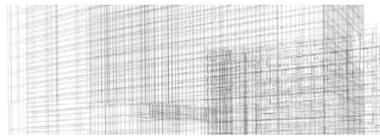
### 4.3.1 Justification sommaire du besoin

Cette section permet d'introduire l'objectif du projet ainsi que les valeurs orientant l'organisation de l'offre de service souhaitée.

- Valeurs et philosophie menant au projet actuel.
- Faire le lien avec le plan stratégique.

### 4.3.2 Présentation des aspects cliniques du projet résolvant la problématique d'offre de service

- Services
  - Projection pour les 20, idéalement les 30 années à venir (programmes existants, nouveaux programmes identifiés) à partir des données démographiques et des projets structurants projetés (socio-économique : implantation d'une nouvelle usine, construction d'une autoroute, développements domiciliaires);
  - services ciblés par le projet;
  - identification des liens avec d'autres programmes et services régionaux;
  - organisation souhaitée en fonction des tendances émergentes (processus, etc.);
  - liens avec les orientations ministérielles;
  - avantages pour la clientèle;
  - projection du requis de besoins (intégrer un tableau synthèse résumant la situation actuelle et la situation projetée);
  - impacts envisagés du projet sur l'offre de service de votre établissement (proximité, point de service, etc.) et sur celle des autres partenaires du réseau;
  - impacts d'autres projets en élaboration ou de projets immobiliers en cours sur le présent PC;
  - écart entre l'offre de service réelle et l'offre de service souhaitée.
- Révision de processus et optimisation
  - Démonstration des révisions de processus mises en place;
  - optimisation des ressources humaines ainsi que matérielles;
  - statistiques concernant l'amélioration de la rétention de clientèle.
- Ressources
  - Humaines :
    - projeter les besoins en ressources humaines requises (présentes, développement, etc.) et les enjeux en lien avec ces dernières (recrutement, pénurie, rétention).
  - Financières :
    - estimer les budgets requis en lien avec les budgets de fonctionnement (de haut niveau) ainsi que ceux requis pour les équipements qui ont un impact immobilier;
    - documenter les sources de financement confirmées.
  - Matérielles :
    - examiner les équipements (ex. : bloc opératoire, radio-oncologie, imagerie médicale, etc.) qui ont un impact sur la programmation des besoins;
    - évaluer les impacts fonctionnels reliés à ces derniers.
  - Informationnelles :
    - évaluer les besoins en matière de technologie de l'information et communication;
    - évaluer les possibilités d'utiliser la télésanté;
- Revenir sur les impacts d'un statu quo.



## **4.4 Chapitre 4 : L'avant-projet sommaire**

### **4.4.1 Contexte**

Il est requis de développer un APS lorsque la démarche d'optimisation effectuée et le programme clinique envisagé démontrent la nécessité d'intervenir sur le volet immobilier. Cela devient d'autant plus nécessaire lorsque les infrastructures existantes et les équipements déjà en place ne peuvent suffire à répondre aux besoins cliniques démontrés.

### **4.4.2 Démarche**

1. Définir les objectifs stratégiques (localisation, environnement, etc.) et déterminer si une intervention immobilière s'avère nécessaire.

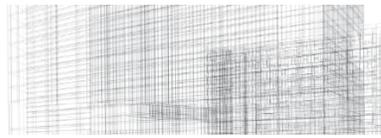
Formuler le projet en énonçant les objectifs, les axes majeurs, les principales contraintes, les attentes à respecter (notamment les principales orientations en matière de fonctionnement).

2. Situer sur le territoire, le projet immobilier envisagé :
  - pour une nouvelle construction, circonscrire le territoire ou identifier le site;
  - pour les installations existantes, référer au plan directeur immobilier (PDI).
3. Dimensionner les besoins (superficie brute approximative) et qualifier (ex. : nouvelle construction, agrandissement et réaménagement) :
  - se référer aux guides de planification immobilière du Ministère (RGPI);
  - établir grossièrement les superficies requises pour combler le besoin clinique;
  - colliger l'information dans un tableau présentant un sommaire des données.
4. Tester la faisabilité (ex. : illustrer une zone réaménagée dans l'existant, un volume sur un site projeté) :
  - ébaucher différents scénarios immobiliers;
  - tenir compte du PDI si existant.
5. Situer l'envergure des coûts du projet immobilier (à l'aide de comparables ou des coûts de référence du Ministère, si disponibles) :
  - de 5 à 50 M\$ (par tranche de 10 M\$);
  - plus de 50 M\$ (par tranche de 50 M\$).
6. Évaluer sommairement les impacts sur les coûts de fonctionnement.

### **4.4.3 Livrables**

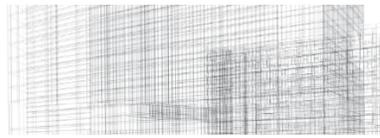
Documenter et faire état des éléments suivant :

1. mise en situation;
2. énoncé sommaire des besoins;
3. localisation sur le territoire (critères de localisation, option proposée, référence au PDI, site projeté, etc.);
4. description du projet souhaité, sans esquisse (une volumétrie sise sur le site permettra d'illustrer le projet);



5. ordre de grandeur des coûts anticipés;
  - a) impacts prévus sur le budget de fonctionnement,
  - b) sources de financement projeté,
  - c) présenter toute documentation jugée pertinente en annexe :
    - plan directeur immobilier,
    - etc.

**Note :** Pour les projets de plus de 50 M\$, une documentation plus précise sera nécessaire afin de répondre aux exigences émises dans la directive sur la gestion des projets majeurs d'infrastructure publique.



## **GLOSSAIRE**

Études préalables	Le PC et les études d'avant-projet font partie des études préalables qui visent à démontrer la pertinence et la faisabilité d'une intervention au plan immobilier. Ce sont des outils d'aide à la décision afin de lancer la phase de planification du projet immobilier.
Plan clinique	Un document qui identifie les axes de développement clinique et qui permet de fixer les objectifs à atteindre pour assurer l'offre de service projetée. Le PC définit les besoins de l'établissement non seulement dans le domaine clinique, mais également dans les domaines de la recherche, de la gestion des ressources humaines, des équipements ayant un impact sur les infrastructures ainsi que des systèmes d'information et des communications liés à ces derniers.
Avant-projet sommaire	L'APS permet également de fournir aux décideurs une proposition immobilière sommaire quant à la réponse apportée au problème posé. Il consiste également à déterminer les valeurs des paramètres qui dimensionnent le projet de façon à permettre l'estimation du coût du projet.
Plan directeur immobilier	C'est le prolongement architectural, technique et financier du PC global. Son objectif est d'aboutir à la réalisation d'un ensemble immobilier cohérent, répondant bien aux exigences de fonctionnement, de rationalisation et d'efficience de l'établissement de santé.