Vers un réseau universitaire intégré en santé

RAPPORT DU COMITÉ
SUR LA VISION DU RÉSEAU D'HÔPITAUX UNIVERSITAIRES

Le 6 juin 2002

Monsieur David Levine
Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux

Monsieur le Ministre,

En juin 2001, j'étais invité par le Ministre de la Santé et des Services sociaux, Monsieur Rémy Trudel, à mettre sur pied et à présider un comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires au Québec.

M'inspirant des recommandations de la Commission Clair et voulant m'assurer la contribution d'experts en ce domaine pour réaliser le mandat proposé, j'ai obtenu la participation volontaire et très précieuse de onze personnes (liste jointe) dont les compétences et les responsabilités sont de très haut niveau. Je tiens à souligner la contribution majeure de trois d'entre elles, soit les docteurs Michel Baron, Renaldo Battista et Michel Bureau qui ont piloté trois groupes de travail composés de professionnels du réseau universitaire lesquels ont enrichi de leurs réflexions la démarche du comité.

Il se dégage du rapport que je vous présente trois grandes nécessités :

- celle de reconnaître la spécificité des établissements universitaires relativement aux responsabilités liées à leur mission d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies. De ces responsabilités découlent des exigences et des besoins particuliers en termes de ressources humaines, d'infrastructures immobilière et technologique et de financement adéquat;

- celle d'harmoniser les volets soins, enseignement, recherche et évaluation des technologies à l'intérieur d'un réseau universitaire en créant quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Le RUIS est une entreprise réseau qui concourt au développement du capital humain et social du Québec ainsi qu'à son développement économique;

- et celle de développer une vision et un leadership national quant à la mission universitaire en santé. L'harmonisation entre les quatre volets de la mission universitaire au niveau national est d'autant plus importante que la compétition dans le secteur de la recherche en santé et de « l'économie du savoir » se joue actuellement sur un plan international et que le réseau québécois doit être appuyé en cela par un effort de concertation au plus haut niveau.

Je tiens à vous assurer, Monsieur le Ministre, que les considérations et les recommandations contenues dans ce rapport ont fait l'objet d'échanges et d'adhésion de l'ensemble des différents acteurs concernés par la mission universitaire en santé. Il apparaît évident que le MSSS doit exercer un leadership fort et convaincant pour protéger et développer la mission universitaire en santé au Québec.

Il me fera grand plaisir de vous rencontrer pour discuter de ce rapport et des suites à y donner. Soyez remercié pour la confiance et le soutien que vous m'avez accordés dans la réalisation de ce mandat.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes salutations distinguées.

Raymond Carignan, m.d., m.a.h., c.s.p.q.
Président du comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE III

INTRODUCTION 1

1. LA MISSION UNIVERSITAIRE EN SANTÉ EN 2002 5

1.1 L'ORGANISATION DE LA MISSION UNIVERSITAIRE EN SANTÉ 5
1.1.1 Les centres hospitaliers désignés 5
1.1.2 L'enseignement des disciplines de la santé 5
1.1.3 La recherche en santé 6
1.1.4 L'évaluation des technologies de la santé 8
1.1.5 Les soins et services 9

1.2 LES CONSTATS 9
1.2.1 Une confusion au niveau des rôles des centres hospitaliers désignés 9
1.2.2 Un problème de gouvernance 10
1.2.3 Des masses critiques difficiles à atteindre 10
1.2.4 Une grave pénurie de médecins et autres professionnels de la santé 10
1.2.5 Des conditions de travail qui ne favorisent pas la mission universitaire 11
1.2.6 Un financement inadéquat de la mission universitaire 11

2. LES GRANDES TENDANCES 13

2.1 LES TENDANCES DANS LA SOCIÉTÉ 13
2.1.1 Au plan social 13
2.1.2 Au plan démographique 13
2.1.3 Au plan économique 14
2.1.4 Au plan technologique 15

2.2 LES TENDANCES SPÉCIFIQUES AUX SOINS 15

2.3 LES TENDANCES EN ENSEIGNEMENT DES DISCIPLINES DE LA SANTÉ 17

2.4 LES TENDANCES DE LA RECHERCHE EN SANTÉ 19

2.5 LES TENDANCES DANS L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ 20

3. UN RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ EN SANTÉ 21

3.1 LES PRINCIPES DIRECTEURS 21

3.2 LA VISION 22

3.3 LES ENJEUX ET LES RECOMMANDATIONS 24
3.3.1 Assurer la cohérence et la convergence entre les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies à l'intérieur d'un réseau universitaire 24
3.3.2 Développer un leadership national 27
3.3.3 Reconnaître les zones d'excellence développées dans les hôpitaux universitaires 28
3.3.4 Assurer la qualité optimale des soins et services 30
3.3.5 Adapter l'enseignement clinique à la réalité des années 2000 30
3.3.6 Contribuer à l'essor de la recherche en santé et de l'économie du savoir 32
3.3.7 Développer le volet évaluation des technologies 33
3.3.8 Reconnaître les exigences et les besoins particuliers des hôpitaux universitaires 34

CONCLUSION 41

GLOSSAIRE 42

BIBLIOGRAPHIE 43

ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SUR LA VISION DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES 44

ANNEXE 2 LISTES DES MEMBRES DES SOUS-COMITÉS 45
Membres du sous-comité de l'enseignement 45
Membres du sous-comité de la recherche 46
Membres du sous-comité de l'évaluation des technologies 46

ANNEXE 3 RAPPORT DÉPOSÉ PAR LE SOUS-COMITÉ SUR L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES 47

SOMMAIRE

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) définit trois catégories d'établissements universitaires : le centre hospitalier universitaire, l'institut universitaire et le centre affilié universitaire.

Dans son rapport, la Commission Clair mentionne que dans les faits, la distinction entre les trois catégories d'établissements universitaires n'est pas évidente et fait état d'un certain nombre de problématiques du réseau de santé universitaire. Faisant suite à la recommandation de la Commission Clair, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Monsieur Rémi Trudel, donnait au Docteur Raymond Carignan, en mai 2001, le mandat de mettre sur pied et de présider un comité chargé de proposer une vision du réseau d'hôpitaux universitaires.

Le rapport du Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires, présenté dans ce document, donne un bref aperçu de la mission universitaire en 2002 et des tendances dans le domaine. Il présente par la suite, sa vision de la mission universitaire en santé au Québec ainsi que les recommandations qui l'accompagnent.

Certaines problématiques auxquelles la mission universitaire en santé au Québec est confrontée ont été soulignées par le comité notamment : une confusion au niveau des rôles des centres hospitaliers désignés, un problème de gouvernance tant au niveau régional que national, des masses critiques difficiles à atteindre dans certains soins et services ultraspécialisés, une grave pénurie de médecins et d'autres professionnels de la santé ainsi qu'un financement inadéquat.

Face à ces constats, le Comité propose :

- Un concept de réseau universitaire intégré de santé (RUIS), soit la création des RUIS des universités Laval, McGill, Montréal et Sherbrooke. Ces RUIS, sous le leadership de leur université respective, assureront la cohérence et la convergence entre les différents volets de la mission universitaire, soit les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies;

- Des régies régionales investies de responsabilités universitaires;

- Une mission universitaire en santé soutenue par un leadership national, avec la création du Conseil des RUIS;

- La concentration des services nationaux et ultraspécialisés majoritairement dans les CHU et les IU ainsi que la reconnaissance et la consolidation des zones d'excellence des CHAU, afin de privilégier l'atteinte de masses critiques nécessaires au développement d'une expertise de pointe;

- Un programme d'amélioration continue de la qualité ainsi qu'un comité de bioéthique dans les hôpitaux universitaires;

- Un enseignement clinique redéployé avec des chefs-lieux par programme de formation et des milieux cliniques partenaires;

- Des chefs-lieux des axes de recherche qui assument le leadership dans leur domaine en concertation avec des centres de recherche partenaires;

- Le développement d'une culture de l'évaluation dans les hôpitaux désignés avec la mise en place du volet évaluation des technologies lequel constitue un outil essentiel à la prise de décision en santé;

- Des hôpitaux universitaires dont les exigences et les besoins particuliers sont reconnus notamment par :

  - le recrutement et le maintien de médecins et autres professionnels de la santé de haut niveau;

  - des conditions de travail qui valorisent les activités universitaires par la mise en place d'un plan de carrière pour les médecins et les autres professionnels de la santé;

  - un financement adéquat de la mission universitaire en ce qui a trait aux coûts directs et indirects de ces activités mais aussi au rehaussement des bâtiments, des équipements et des systèmes d'information requis par les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies.

Au terme des travaux du Comité, il apparaît impérieux que le Ministre de la Santé et des Services sociaux voie à ce que soient mises en œuvre dans les meilleurs délais l'ensemble des recommandations incluses dans ce rapport. Enfin il est primordial que le ministère de l'Éducation, le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie et plus particulièrement le ministère de la Santé et des Services sociaux sensibilisent les autorités gouvernementales à reconnaître tangiblement l'importance de la mission universitaire en santé au Québec.

INTRODUCTION

Les concepts de centre hospitalier universitaire (CHU) et d'institut universitaire (IU) ont été introduits par la Commission Rochon. Si les deux types d'établissements avaient une quadruple mission de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies de la santé, la mission des CHU portait sur l'ensemble des disciplines médicales alors que celle des IU ne portait que sur une discipline médicale.

Dans la réforme axée sur le citoyen et son projet de loi, le ministre, monsieur Marc-Yvan Côté, a voulu limiter la désignation de CHU en créant une nouvelle catégorie d'établissements, les centres affiliés universitaires. Depuis 1992, le Québec compte donc trois catégories d'établissements universitaires : les centres hospitaliers universitaires, les instituts universitaires et les centres affiliés universitaires.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) définit ainsi chacun de ces établissements :

> **Un centre hospitalier universitaire** « *offre des services spécialisés ou ultraspécialisés dans plusieurs disciplines médicales, procède à l'évaluation des technologies de la santé, participe à l'enseignement médical dans plusieurs spécialités…, gère un centre de recherche reconnu par le Fonds de la recherche en santé du Québec.* » (art. 88).
>
> **Un institut universitaire** « *…pour une seule discipline médicale, …participe à l'enseignement médical, principalement dans cette discipline médicale,…, offre des services médicaux ultraspécialisés ou spécialisés ou des services reliés à la médecine familiale, procède à l'évaluation des technologies de la santé, gère un centre de recherche ou un institut de recherche reconnu par le Fonds de la recherche en santé du Québec.* » (art. 89)
>
> **Un centre affilié universitaire**[1] « participe à la formation de professionnels du domaine de la santé et des services sociaux ou à des activités de recherche … » (art. 91)

Dans les faits, la réalité est bien différente du texte de loi. L'environnement dans lequel évoluent ces établissements s'est transformé sensiblement. Les fusions des centres hospitaliers ainsi que l'évolution des besoins de la population, de la technologie et des modes de pratique ne sont que quelques-uns des éléments qui ont façonné notre réseau universitaire de santé.

Dans son rapport, la Commission Clair mentionne que la distinction entre les trois catégories d'établissements universitaires n'est pas évidente, des programmes majeurs étant absents dans certains CHU et offerts par des centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU), créant ainsi une compétition « malsaine et coûteuse » entre ces trois types

[1] Dans ce document, le terme CHAU (centre hospitalier affilié universitaire) sera utilisé pour identifier les centres hospitaliers qui ont reçu une désignation de centre affilié universitaire (CAU).

d'établissements. Par ailleurs, la Commission fait état d'un certain nombre de problématiques du réseau de santé universitaire notamment :

- « Sur le plan budgétaire, les composantes enseignement, recherche, évaluation et implantation des nouvelles technologies de même que la composante des services suprarégionaux et nationaux, ne sont pas bien définies et par le fait même, elles, ne sont pas spécifiquement reconnues. »

- « Dans certaines spécialités des hôpitaux universitaires, la situation des effectifs médicaux est précaire, ce qui menace des programmes cliniques, d'enseignement et de recherche. »

- « Sur le plan de la gestion, on constate une triple imputabilité, mal définie en plus. Les hôpitaux à vocation universitaire sont imputables à la régie régionale pour les services qu'ils offrent à la population de leur région. …Quant aux activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies, et aussi quant à certaines surspécialités, les hôpitaux universitaires sont imputables au ministère de la Santé et des Services sociaux. Mais le ministère de l'Éducation (MÉQ) et les universités ont un rôle capital à jouer en enseignement et en recherche. Pour ce qui est du développement de la recherche en santé, le ministère de la Recherche, de la Science et des Technologies (MRST) et son Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) s'ajoutent aux grands acteurs qui influent sur le développement de ces hôpitaux. »

- « La Commission juge qu'il y a urgence d'agir pour clarifier la mission universitaire des hôpitaux, stabiliser leur développement et leur financement. » [2]

C'est dans ce contexte que la Commission recommandait la création d'un comité interministériel chargé de proposer une vision moderne de l'organisation d'un réseau universitaire dans le domaine de la santé et de recommander les moyens de la réaliser.

En mai 2001, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Monsieur Rémy Trudel, donnait au Docteur Raymond Carignan le mandat de mettre sur pied un comité chargé de proposer une vision du réseau d'hôpitaux universitaires (Annexe 1).

Dès la première rencontre, le *Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires* a convenu d'orienter ses travaux sur les trois volets spécifiques de la mission universitaire. À cet effet, trois sous-comités formés d'experts en enseignement, en recherche et en évaluation des technologies de la santé ont été créés pour apporter une lumière particulière sur leur domaine (Annexe 2).

De plus, à leur demande, plusieurs représentants du milieu de la santé et du milieu universitaire ont rencontré le comité pour faire valoir leur position.

---

[2] Le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) peut être consulté sur le site Internet de la Commission à http://www.cessss.gouv.qc.ca/

Voici donc le rapport du Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires, porteur d'une vision partagée par l'ensemble de ses membres. Ce rapport donnera d'abord un bref aperçu de la situation de la mission universitaire en 2002 et des tendances sociétales actuelles. Il présentera par la suite la situation souhaitée, notamment la vision, les enjeux et les recommandations.

1. LA MISSION UNIVERSITAIRE EN SANTÉ EN 2002

1.1 L'ORGANISATION DE LA MISSION UNIVERSITAIRE EN SANTÉ

Le réseau québécois des établissements de santé universitaires est organisé autour des quatre universités possédant une faculté de médecine : l'Université de Montréal, l'Université McGill, l'Université Laval et l'Université de Sherbrooke.

1.1.1 Les centres hospitaliers désignés

Les centres hospitaliers désignés par le ministère de la Santé et des Services sociaux se répartissent en cinq centres hospitaliers universitaires (CHU), cinq centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU) et quatre instituts universitaires (IU).

UNIVERSITÉS	CHU	CHAU	IU
Montréal	CHUM Hôp. Ste-Justine	Hôpital du Sacré-Cœur Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Institut de cardiologie de Mtl Institut universitaire de gériatrie de Mtl
McGill	CUSM		
Laval	CHUQ	CH affilié universitaire de Québec Hôtel-Dieu de Lévis	Hôpital Laval
Sherbrooke	CHUS	Hôpital Charles LeMoyne	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

1.1.2 L'enseignement des disciplines de la santé

Bien que les CHU soient les principaux centres de formation pour l'ensemble des disciplines de la santé, une très grande proportion des stages est réalisée dans les IU, les CHAU ainsi que dans d'autres établissements de santé ayant des responsabilités d'enseignement.

En médecine, ce sont les stages de résidence dans les spécialités médicales qui sont réalisés en plus grande partie dans les CHU. À l'Université de Sherbrooke, 66% de ces stages sont

effectués au CHU, par rapport à 53% à l'Université Laval et 55% à l'Université de Montréal (41% au CHUM et 14% à l'Hôpital Ste-Justine).

La répartition des stages de résidence en médecine familiale est bien différente de celle des spécialités médicales. À titre d'exemple, seulement 18,7% à Sherbrooke, 21,3% à Montréal et 33,5% à Laval des stages de médecine familiale sont réalisés dans les CHU. Dans le réseau McGill, 72,7% des stages de résidence incluant les spécialités médicales, les moniteurs cliniques et la médecine familiale sont réalisés au CUSM.

Quant aux stages de 1er cycle en médecine, entre 45-55% des stages sont réalisés dans les CHU par rapport aux autres milieux cliniques.

Enfin, bien que le sujet de ce rapport traite de la mission universitaire, nous ne pouvons passer sous silence qu'en plus de recevoir des stagiaires de l'ordre d'enseignement universitaire d'autres disciplines que la médecine, les établissements de santé reçoivent plusieurs stagiaires de différentes disciplines des ordres d'enseignement secondaire et collégial.

1.1.3 La recherche en santé

La recherche en santé fait partie d'un plan global élaboré dans le cadre de la *Politique québécoise de la science et de l'innovation*[3], adoptée par le gouvernement du Québec en janvier 2001. La recherche en santé représente 40-50% de l'ensemble de la recherche publique au Québec et est réalisée en majeure partie, soit entre 70-80%, par les établissements de santé. Ainsi, les hôpitaux universitaires avec leurs centres de recherche, leurs chercheurs et leurs étudiants, sont au cœur de cette politique. Ces établissements sont le pipeline d'environ 50% de l'industrie des biotechnologies du Québec.

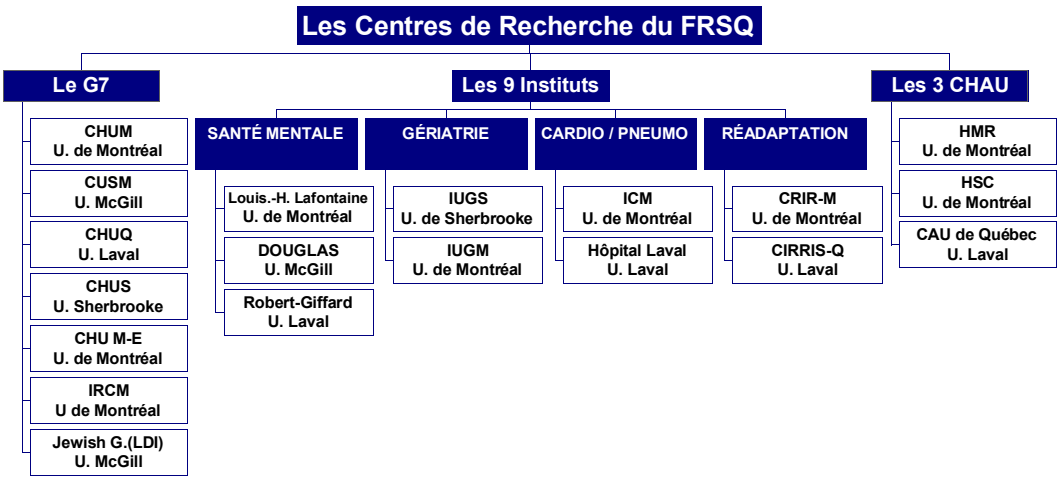
Le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) est responsable auprès du ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MRST) de coordonner et de promouvoir le développement et le maintien des activités de recherche publique en santé au Québec et de contribuer au financement de la recherche, de la formation et du perfectionnement de chercheurs en santé. La politique québécoise de la science et de l'innovation, adoptée en 2001, consacre son rôle de planification, de coordination et de développement de la recherche publique en santé au Québec ainsi que de guichet unique de son financement[4].

Les dix-neuf centres de recherche du FRSQ situés dans les CHU, les IU, les CHAU et dans les instituts de recherche, sont devenus le cœur de la recherche publique en santé au Québec et un pôle essentiel de formation des étudiants de cycle supérieur et des chercheurs en sciences de la santé. Parmi eux, sept centres appelés le G-7 du FRSQ assument plus de 80% des activités et des subventions de recherche allouées au réseau des établissements de santé universitaires au Québec.

---

[3] La Politique québécoise de la science et de l'innovation peut être consultée sur le site du ministère de la Recherche, de la Science et des Technologies, http://www.mrst.gouv.qc.ca/

[4] La planification triennale 2001-2004 du FRSQ est en phase de révision et peut être consultée sur le site Internet du FRSQ à http://www.frsq.gouv.qc.ca/



Pour être reconnu comme un centre FRSQ, un établissement doit avoir :

- un plan de développement élaboré et formel sanctionné par l'université;
- une programmation de recherche intégrant les quatre niveaux de la recherche en santé;
- une autonomie de gestion ainsi qu'une capacité juridique et financière de recruter ses chercheurs;
- une direction unique, une assemblée de chercheurs et des chercheurs associés ainsi qu'une politique de recherche;
- un regroupement géographique fonctionnel ainsi que des infrastructures communes et des services communs de soutien aux chercheurs, de soutien aux étudiants et de soutien à la recherche;
- une masse critique de chercheurs et une concentration suffisante de fonds de recherche de compétition.

La recherche en santé est entrée dans une ère d'expansion sous l'impulsion de la nouvelle économie du savoir qui crée un besoin urgent d'investir dans la recherche. Au cours des dernières années, plusieurs programmes ont été mis sur pied par le gouvernement fédéral pour financer la recherche, par l'entremise de plusieurs organismes dont les 13 instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne pour l'innovation, les Chaires d'excellence du Canada, Génome Canada et la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. Ces mégaprogrammes ont provoqué une arrivée massive de fonds de recherche fédéraux et entraînent des investissements financés aussi par le Québec. Par ailleurs, deux programmes québécois majeurs, Valorisation-Recherche Québec et Génome-Québec, investiront respectivement 45% et 70% de leurs subventions de recherche dans le secteur de la santé au cours des prochaines années.

La *Politique québécoise de la science et de l'innovation*[5] prévoit que chaque fonds octroyé par ces programmes de recherche doit être attribué en accord avec les stratégies des fonds québécois de financement de la recherche et avec les plans de développement des universités et des hôpitaux.

1.1.4 L'évaluation des technologies de la santé

La mission d'évaluation des technologies de la santé est dévolue aux centres hospitaliers universitaires et aux instituts universitaires depuis 1992, conformément aux articles 88, 89 et 90 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, devenu en 2000 l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), a comme mandat de soutenir le ministre de la Recherche, de la Science et de la Technologie ainsi que les instances décisionnelles du système de santé en matière d'évaluation des technologies de la santé ainsi que dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique scientifique.

L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé repose fondamentalement sur la synthèse et l'analyse de l'information scientifique dans le but de guider la prise de décision dans le système de santé. Elle constitue un moyen privilégié pour atteindre l'objectif fixé par l'OMS, de *fournir à tous ceux qui en ont besoin, des services essentiels de haute qualité choisis sur la base de critères de coût, d'efficacité et d'acceptabilité sociale.*[6]

Les technologies et les modes d'intervention en santé regroupent :

- les procédures médicales et chirurgicales ainsi que les autres techniques de soins;
- les appareils, les médicaments, les instruments ou tout autre dispositif pouvant être utilisé dans la prévention, le dépistage, le traitement, la réadaptation ou les soins palliatifs;
- les différentes modalités de prestation et d'organisation des soins et services;
- les aides techniques pour les personnes handicapées;
- les systèmes et processus de soutien assurant l'infrastructure de la production des soins au niveau technique, informationnel ou organisationnel.

Bien que l'évaluation des technologies de la santé réfère le plus souvent aux technologies et aux modes d'intervention innovants, elle inclut les technologies qui sont déjà implantées et utilisées dans le réseau de la santé.

L'évaluation touche à trois dimensions fondamentales : les effets sur la santé, les effets sur les coûts et les effets sur les valeurs. Selon la nature de la décision en cause, l'évaluation

---

[5] La Politique québécoise de la science et de l'innovation peut être consultée sur le site du ministère de la Recherche, de la Science et des Technologies, http://www.mrst.gouv.qc.ca/

[6] *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2000.

couvrira l'ensemble de ces dimensions ou se limitera à une ou quelques-unes d'entre elles. Toutefois, l'évaluation suit une séquence logique d'interrogations qui va du plus étroit au plus global, en commençant par la sécurité intrinsèque et la performance technique de la technologie, la nature et la probabilité des avantages et des risques pour la santé liés à son utilisation, les coûts de même que l'impact sanitaire, organisationnel et économique sur le système de santé. Enfin l'évaluation inclut fréquemment les aspects éthiques et sociaux liés à l'acceptabilité sociale de la technologie ou du mode d'intervention.

1.1.5 Les soins et services

Les trois catégories de centres hospitaliers désignés, soit les CHU, les IU et les CHAU, offrent des soins de niveau I, II et III. Cependant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* inscrit spécifiquement dans la mission d'un CHU, d'offrir des services spécialisés ou ultraspécialisés dans plusieurs disciplines médicales et dans la mission d'un institut universitaire, de dispenser des services de pointe dans un domaine particulier.

En 2000-2001, les CHU et les IU ont réalisé 25,2% des hospitalisations de courte durée. Cependant, cette proportion atteint 71,8% lorsque l'on ne considère que les cas de niveau d'accessibilité III. Quant aux CHAU, l'analyse des APR-DRG montre qu'ils réalisent 17,0% des cas de niveau III, c'est-à-dire ceux correspondant aux APR-DRG qui demandent des installations physiques élaborées et des équipements sophistiqués et coûteux (AHQ).

1.2 LES CONSTATS

Sont présentées dans les points suivants quelques-unes des problématiques auxquelles la mission universitaire est confrontée.

1.2.1 Une confusion au niveau des rôles des centres hospitaliers désignés

Il y a une confusion des rôles entre les CHU, les IU et les CHAU. Bien que la loi définisse la mission de chaque catégorie d'établissements, les particularités de chaque milieu ainsi que les fusions d'hôpitaux font que la réalité est bien différente. Certains CHAU ont développé des zones d'excellence en soins tertiaires et participent, de façon importante, à la formation dans les disciplines de la santé, sans que leur contribution soit reconnue en la matière. Le déploiement des programmes de formation vient accentuer cette confusion car l'attribution des programmes peut varier d'année en année selon des critères mal définis.

Cette confusion des rôles entraîne une concurrence entre les hôpitaux universitaires quant au recrutement de médecins et autres professionnels de la santé, à l'obtention de programmes de formation et de recherche ainsi qu'à l'acquisition de technologies de pointe et de plateformes de recherche. La compétition règne là où il y aurait place au partenariat et à la complémentarité.

1.2.2 Un problème de gouvernance

Bien que les volets soins, enseignement, recherche et évaluation des technologies soient interdépendants, il y a un manque flagrant de coordination entre le déploiement des programmes de formation dans les milieux cliniques, l'octroi des programmes de recherche, l'autorisation d'acquérir de nouvelles technologies, la planification des effectifs médicaux et des autres professionnels de la santé ainsi que le financement des établissements. Par ailleurs, il apparaît que l'université n'a pas toujours les leviers nécessaires pour exercer un réel leadership dans la réalisation de la mission universitaire. Cette situation entraîne des paradoxes dans les hôpitaux universitaires où, par exemple, une orientation à l'effet de développer un axe de recherche ne sera pas appuyée par l'acquisition d'une technologie de pointe ou le plan régional d'effectifs médicaux.

Au plan national, malgré un objectif commun de répondre aux besoins de la population du Québec, il n'y a pas de mécanismes de coordination entre les instances décisionnelles qui orientent la dispensation des soins et services et celles qui ont la responsabilité de la formation dans les disciplines de la santé, la recherche et l'évaluation des technologies de la santé. Pourtant les faibles masses critiques pour certains services ultraspécialisés, la pénurie de médecins et autres professionnels de la santé, les ressources financières rares, les coûts astronomiques des nouvelles technologies sont autant de facteurs qui exigent une coordination étroite à l'échelle du Québec, entre les différents volets de la mission universitaire.

1.2.3 Des masses critiques difficiles à atteindre

L'atteinte d'une masse critique est essentielle pour développer l'expertise de pointe et maintenir l'infrastructure nécessaire pour assurer des services de haute qualité. Au Québec, ces masses critiques sont difficiles à atteindre dans certains cas, compte tenu de la faible taille de la population et du nombre d'hôpitaux universitaires. C'est le cas notamment de certains services ultraspécialisés tels que la neurochirurgie, les transplantations ou la chirurgie cardiaque pédiatrique.

En enseignement de la médecine, le faible nombre de résidents dans plusieurs spécialités médicales compromet le modèle pyramidal où le résident devient à son tour formateur au fur et à mesure qu'il gravit les échelons de sa propre formation.

Enfin en recherche et en évaluation des technologies, une masse critique de chercheurs est nécessaire pour créer un milieu stimulant et une synergie qui favoriseront l'émergence de nouvelles idées ainsi que pour développer des infrastructures de recherche de plus en plus coûteuses.

1.2.4 Une grave pénurie de médecins et autres professionnels de la santé

Plusieurs facteurs dont la diminution du nombre d'admissions en médecine et dans les autres disciplines de la santé particulièrement en sciences infirmières ainsi que les départs massifs à la retraite, ont entraîné une grave pénurie de personnel dans l'ensemble du système de santé. Cette pénurie est d'autant plus aiguë dans les hôpitaux universitaires où les médecins et les autres professionnels sont partagés entre leur rôle de soignant, d'enseignant et de chercheur.

La levée des contingents dans les universités et les collèges ainsi que la tendance à privilégier une insertion rapide des étudiants dans les milieux cliniques, entraîne un accroissement important des cohortes de stagiaires qui viendra encore accentuer la pression sur les hôpitaux universitaires.

1.2.5 Des conditions de travail qui ne favorisent pas la mission universitaire

Le système de rémunération désavantage les médecins qui consacrent plus de temps aux activités académiques car il est encore basé essentiellement sur les activités cliniques. Le centre hospitalier universitaire de Sherbrooke est le seul qui a instauré un plan de pratique pour l'ensemble de ses médecins afin de déterminer un plan d'effectifs médicaux et des conditions de travail qui tiennent compte des activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies. Des plans de pratique sont aussi en voie d'élaboration dans d'autres milieux universitaires.

Quant aux autres professionnels de la santé, leur rémunération n'est pas influencée par les activités universitaires et leurs conditions de travail ne comportent aucun incitatif à y participer.

1.2.6 Un financement inadéquat de la mission universitaire

La majorité des hôpitaux universitaires, particulièrement les CHU, accusent un déficit important et récurrent. De plus, ils ne reçoivent pas le financement requis pour acquérir et maintenir un plateau technologique de pointe nécessaire tant à la dispensation de soins ultraspécialisés qu'à la réalisation des différents volets de leur mission universitaire.

Les coûts reliés aux services nationaux, à l'enseignement et à la recherche n'ont jamais été complètement définis ni financés et les centres hospitaliers désignés n'ont reçu aucun budget de démarrage pour implanter le volet évaluation des technologies.

2. LES GRANDES TENDANCES

Les grandes tendances sociétales se répercutent sur l'ensemble des secteurs d'activités. Nous les présentons brièvement ici avec leurs impacts sur nos établissements de santé universitaires. Suivront les tendances spécifiques aux soins, à l'enseignement, à la recherche et à l'évaluation des technologies.

2.1 LES TENDANCES DANS LA SOCIÉTÉ

2.1.1 Au plan social

- La prépondérance du droit et du bien-être individuel par rapport au bien-être collectif

  La société s'attend à ce que l'état providence soutienne les personnes malades, les personnes âgées, les personnes handicapées et les plus démunies, même si on est conscient que les finances publiques ont des limites. La santé est considérée comme un droit : on veut des soins, des services, du « Hi-Tech » et du « Hi-Touch ». La vie et la santé n'ont pas de prix.

- Un consommateur mieux informé et plus exigeant

  Le consommateur a accès à une multitude d'informations par le biais d'internet. Il est plus en mesure de poser des questions et de faire des choix. Mieux informé, il exige le meilleur service, la dernière technique. Dans le domaine de la santé, les médecins et l'ensemble des professionnels doivent maintenant composer avec des patients qui connaissent bien leur maladie, sont au fait des dernières découvertes scientifiques et veulent participer au choix de leur traitement.

2.1.2 Au plan démographique

Sous l'effet conjugué de la dénatalité, de l'augmentation de l'espérance de vie et d'une faible migration, le Québec, comme l'ensemble des pays industrialisés, connaît un renversement de sa pyramide d'âge. Entre 1971 et 2001, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec est passée de 6,8% à 13%. Elle atteindra selon les prévisions une proportion de 28,9% de la population en 2041.[7] Le vieillissement de la population a un effet direct sur le volume et la lourdeur de la clientèle de nos établissements de santé tout en limitant notre capacité de payer comme société. Effet non négligeable, le renversement de la pyramide d'âge réduit de plus notre pouvoir de recruter une main-d'œuvre jeune.

[7] Le système de santé et de services sociaux du Québec, une image chiffrée, Gouvernement du Québec, 2001

2.1.3 Au plan économique

- La mondialisation de l'économie

La mondialisation de l'économie est un processus irréversible qui a entre autres pour effet de pousser les organisations à former des alliances stratégiques et à se fusionner afin de faire face à la concurrence internationale. Grand vecteur de l'économie mondiale, le développement des connaissances en santé et leurs applications en enseignement et en recherche n'échappent pas à ce phénomène.

- La part du budget de l'État consacrée à la santé est de plus en plus grande

La santé et les services sociaux représentent, en 2001-2002, plus du tiers des dépenses du gouvernement québécois, soit 16,7 MM$ en dollars courants. Comme dans tous les pays industrialisés, la proportion des dépenses consacrées à la santé et aux services sociaux n'a cessé de croître au Québec au cours des dernières années, passant de 30,5% en 1995-1996 à 34% en 2001-2002.[8]

Divers facteurs contribueront à la hausse des dépenses de santé au cours des prochaines années. Parmi eux, le vieillissement de la population et l'avènement d'une technologie aussi efficace que coûteuse. Cette croissance des coûts n'ira pas sans des pressions accrues sur le système de santé, en termes de productivité et de performance. Par ailleurs, compte tenu de son importance dans le budget national, le budget destiné aux services de santé et aux services sociaux sera directement visé par toute fluctuation à la baisse de l'économie.

- Le développement économique est de plus en plus tributaire de l'acquisition et du développement du savoir

Dans les sociétés avancées, la croissance économique à long terme et l'amélioration du niveau de vie sont alimentées par le développement de secteurs et d'entreprises à haute intensité technologique. Les activités à la base de ce développement consistent essentiellement à créer de nouveaux savoirs par la recherche, à les rendre utilisables et à les valoriser sur le marché. C'est ainsi que la majeure partie des dépenses des entreprises de ces domaines est affectée à la recherche et au développement. Parmi les domaines du savoir qui connaissent un rythme de développement très rapide, celui des technologies du vivant, dont celui de la santé humaine affiche un taux de croissance d'environ 30% annuellement dans le monde.

Le Québec se positionne relativement bien sur l'échiquier canadien des biotechnologies, puisque 42% des emplois et des investissements du secteur biopharmaceutique canadien se retrouvent au Québec. Montréal se place pour sa part au 8e rang des métropoles nord-américaines pour le nombre d'emplois dans le biopharmaceutique.

---

[8] Répartition du budget de dépenses du gouvernement québécois selon la mission, 2001-2002, http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/

On le comprendra aisément, la ressource première alimentant directement ou indirectement l'activité et la croissance de ce secteur névralgique n'est autre que la ressource humaine compétente et experte, le « capital intellectuel » dont les universités et les centres de recherche des centres hospitaliers désignés sont le creuset du développement.

2.1.4 Au plan technologique

- Essor fulgurant des nouvelles technologies de l'information et des communications

L'Internet a révolutionné les communications et les façons de faire non seulement au bureau mais aussi à la maison et dans l'ensemble de nos activités. Non seulement le Web donne accès à tous et chacun à une multitude de sources d'informations mais il modifie notre façon d'entrer en relation avec nos interlocuteurs. Les prochaines années verront le développement du « E-Santé ».

Dans cet environnement, les patients visiteront un portail santé qui leur donnera accès en ligne à de l'information sur leur pathologie, ses différents traitements, les instructions à suivre à la maison après une intervention, des adresses Internet d'associations de patients, etc. Par le biais des technologies de l'information, ils pourront être suivis à domicile, communiquer avec leur médecin ou un autre professionnel de santé et obtenir le résultat de leurs tests.

Dossier médical informatisé, imagerie numérique, télémédecine, mégafichiers, autant de nouvelles technologies de l'information et des communications qui éliminent la barrière de la distance entre les professionnels et les établissements du réseau de la santé et qui façonneront nos centres hospitaliers dans l'avenir.

- La robotisation, la miniaturisation et l'intégration des technologies

Le développement de la microélectronique et de la nanotechnologie permet l'utilisation de robots de plus en plus petits et sophistiqués. Nous en retrouvons jusque dans les salles d'opération où ordinateurs, appareils d'imagerie et robotisation réunis permettent d'effectuer des interventions d'une très grande précision.

2.2 LES TENDANCES SPÉCIFIQUES AUX SOINS

- L'évolution des modes de pratique

Le déplacement des activités diagnostiques et thérapeutiques vers le mode ambulatoire qui s'est opéré au cours des dernières années se poursuivra. Grâce aux développements technologiques dans le domaine de la santé, de plus en plus de services exigeant une expertise spécialisée et un plateau technique sophistiqué pourront se faire en mode ambulatoire.

Le développement des technologies des communications appliquées au domaine de la santé et le dossier médical informatisé faciliteront le travail en réseau. Au cours d'un même épisode de soins, un ensemble de partenaires tels qu'un centre hospitalier universitaire, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, un CLSC ou une clinique privée pourront être appelés à prodiguer des soins et des services dans une perspective de continuité des soins. La télémédecine (consultations médicales à distance) et la télésurveillance (suivi à distance) permettront de garder le patient le plus longtemps possible dans son milieu de vie.

Parallèlement, la clientèle hospitalisée continuera de s'alourdir avec des durées de séjour plus courtes, nécessitant des niveaux d'intervention de plus en plus élevés.

- La modification des rôles des professionnels et l'interdisciplinarité

Le gouvernement du Québec vient de déposer le projet de loi n° 90 sur la modernisation des professions dans le domaine de la santé. Ce projet de loi abolit les champs de pratique exclusifs et établit la réserve d'activités attribuées en propre à chacune des professions visées. Ces activités ne pourront être exercées que par des professionnels reconnus compte tenu du risque de préjudice qu'elles représentent ou de leur degré de complexité exigeant une formation particulière. Des mécanismes de reconnaissance et d'autorisation de la pratique avancée sont aussi prévus lorsque certains professionnels sont appelés à exercer des activités réservées à une autre profession.

Le projet de loi élargit le rôle des professionnels et favorise la collaboration et le partage des responsabilités dans l'équipe de soins. La pratique avancée de l'infirmière représente bien cette évolution vers une réorganisation du travail et une redéfinition du partage des responsabilités dans l'équipe de soins.

Tous les professionnels sont appelés à prendre une place de plus en plus active dans le processus thérapeutique. La complexité des pathologies et des traitements ainsi que la spécialisation des compétences professionnelles amènent une prise en charge et une responsabilité partagées par une équipe interdisciplinaire autour d'un responsable de cas.

- L'évolution rapide des technologies de la santé

Les développements de la génomique permettront le dépistage d'un nombre de plus en plus grand de gènes à l'origine de maladies et ouvriront la porte à un nouveau champ thérapeutique. Par ailleurs, l'explosion de la recherche en pharmacothérapie permet la découverte de nouveaux médicaments qui donnent lieu à d'importantes percées thérapeutiques mais qui, en contrepartie, génèrent des coûts souvent astronomiques.

De plus, l'évolution rapide de la technologie donne lieu à la mise en marché d'équipements médicaux de plus en plus sophistiqués qui améliorent constamment les possibilités diagnostiques et thérapeutiques. Cette nouvelle technologie contribue aussi à la hausse des coûts de la santé, d'une part par ses coûts d'acquisition et d'entretien élevés et, d'autre part, parce qu'elle multiplie les interventions en complétant souvent une technologie existante plutôt qu'en la remplaçant.

- Une pratique basée sur des données probantes

Grâce aux technologies de l'information qui permettent l'accès à des mégafichiers multicentriques et à l'utilisation de guides de pratique et de protocoles cliniques, la pratique de la médecine et des autres professions de la santé est de plus en plus basée sur des données probantes. Baser les décisions cliniques sur des données probantes doit devenir une préoccupation constante et évoluer vers une culture de l'évaluation.

- L'éthique

La tendance sociale à considérer la santé comme un droit, les découvertes scientifiques qui rendent possible l'impossible et la pression grandissante du coût de la santé sur les finances publiques soulèvent un nombre grandissant de questions éthiques.

Les médecins et professionnels de la santé travaillant dans des établissements universitaires sont particulièrement confrontés à ces questions. Partagés entre la dernière technologie et le dernier mode d'intervention disponibles, les listes d'attentes grandissantes, la pression exercée par les patients et leurs proches ainsi que par les finances publiques, le choix entre le bien individuel et le bien collectif n'est souvent pas évident. Devant la lourdeur de cette responsabilité, plusieurs revendiquent un débat public.

2.3 LES TENDANCES EN ENSEIGNEMENT DES DISCIPLINES DE LA SANTÉ

- Le renouveau pédagogique

Parmi les principales tendances qui influencent l'enseignement de la médecine et des autres disciplines de la santé mentionnons :

- « l'approche par problème » (APP), une méthode d'apprentissage qui favorise l'acquisition de connaissances en développant le jugement professionnel;
- une exposition plus rapide et plus continue des étudiants au milieu clinique dès les premières années de la formation, de façon à favoriser l'intégration de la formation théorique et la formation clinique;
- une diversification des milieux de stages pour permettre à l'étudiant d'être exposé aux différents étapes de l'épisode de soins et à différents milieux de pratique et de rejoindre ainsi le patient là où il se trouve ;
- une formation à la pratique en interdisciplinarité où plusieurs professionnels sont appelés à collaborer aux soins du patient;
- un enseignement dans un modèle pyramidal qui favorise l'approche par modèle de rôle où l'apprenant devient enseignant au fur et à mesure qu'il avance dans sa formation, tout en maintenant un encadrement étroit;

- l'autoformation par l'entremise des nouvelles technologies de l'enseignement.

Une augmentation importante de la clientèle étudiante

L'augmentation importante du nombre d'étudiants en stage dans les établissements de santé est attribuable à plusieurs facteurs :

- le « décontingentement » des inscriptions dans les programmes de formation des disciplines de la santé résultant de la pénurie de « main-d'œuvre »;
- des modifications aux programmes de stage qui favorisent une exposition rapide des étudiants aux milieux cliniques, dès les premières années de leur formation;
- l'augmentation des niveaux de formation requis pour accéder à la pratique professionnelle qui entraîne une formation prolongée;
- les nouveaux rôles cliniques des professionnels qui exigent une formation au niveau des études supérieures;
- l'évolution du rôle des professionnels qui entraîne une demande accrue de formation dans les fonctions recherche, conseil et gestion.

Les nouvelles technologies d'enseignement

L'évolution des moyens de communication amène le développement de la formation « en ligne » à partir d'un site Internet ainsi que la formation à distance par le biais du télé-enseignement. Ces nouvelles technologies de l'enseignement permettront aux hôpitaux universitaires d'assumer pleinement leur rôle quant à la formation continue des professionnels du réseau de la santé aux nouvelles technologies et aux nouveaux modes de pratique. De plus, elles faciliteront l'enseignement aux stagiaires en éliminant les contraintes temporelles ainsi que les contraintes reliées à l'éloignement des milieux de stage.

Par ailleurs, dans le but de diminuer tout inconfort pour les patients, la formation des futurs professionnels de la santé se fera dans une proportion de plus en plus grande dans des laboratoires de simulation.

Le rehaussement des exigences de formation pour accéder à la pratique professionnelle

Conformément à la tendance nord-américaine, les exigences de formation pour accéder à la pratique professionnelle sont à la hausse. Plusieurs disciplines offrent déjà ou prévoient développer des programmes de maîtrise et de doctorat professionnels. Des programmes DEC-Bac sont développés pour compléter une formation collégiale.

- L'augmentation des besoins en formation continue

  L'évolution rapide des technologies de la santé et des communications rend la formation continue et la notion de « Life long learning » incontournables. D'ailleurs, à l'instar de la tendance nord-américaine, plusieurs ordres professionnels songent à imposer une « recertification » périodique à leurs membres.

  De pair avec leur mission d'implantation et d'évaluation des technologies de soins, les centres hospitaliers désignés ont la responsabilité de diffuser le savoir et de contribuer à la formation continue des médecins et professionnels des autres hôpitaux du réseau québécois de la santé.

2.4 LES TENDANCES DE LA RECHERCHE EN SANTÉ

Dans sa planification triennale, le FRSQ identifie les nouvelles tendances de la recherche en santé[9] .

- Le financement public est accru et est octroyé par thème de recherche

  La recherche et l'innovation sont au programme des priorités gouvernementales. Les nouveaux programmes fédéraux et provinciaux sont la plus grande source de financement de la recherche et ils dictent largement la programmation de la recherche publique en santé au Canada.

- La concentration des infrastructures de recherche

  Les infrastructures pour soutenir la recherche sont de plus en plus coûteuses et demandent un personnel très spécialisé pour les faire fonctionner. Ces infrastructures tendent donc à se concentrer dans les grands centres de santé et se partagent souvent entre le milieu clinique et le milieu de la recherche.

- La recherche devient interinstitutionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle

  Pour répondre aux objectifs visés par les programmes de financement gouvernementaux, la recherche devient interinstitutionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle. On assiste à des alliances interdisciplinaires et interétablissements et à la décroissance du financement individuel de la recherche.

- La recherche en santé se déplace, de façon encore plus marquée, vers les hôpitaux

  Grâce à la diversité de leur clientèle, à l'expertise de leurs professionnels et à une éthique rigoureuse de la recherche, les hôpitaux universitaires, particulièrement les CHU, sont

[9] La planification triennale 2001-2004 du FRSQ est en phase de révision et peut être consultée sur le site Internet du FRSQ à http://www.frsq.gouv.qc.ca

devenus le lieu privilégié de la recherche en santé, en génie biomédical et en sciences de la vie, au Québec.

- La mondialisation oblige les centres de recherche à se concentrer sur leurs forces

  L'heure est à la consolidation et à la concentration des infrastructures et des équipes de recherche des secteurs les plus forts, afin d'être dans la course des réseaux et des budgets nationaux et internationaux.

- L'intégration de la recherche, de la molécule à la santé des populations

  L'importance de l'interdisciplinarité s'accentue dans un contexte de recherche thématique intégrant la recherche fondamentale, la recherche clinique, la recherche sur les services et sur les populations.

- La mise en place de « bonnes pratiques » de la recherche et de mécanismes d'imputabilité

  Les nouvelles exigences en matière d'éthique et d'imputabilité de la recherche en santé exigent des mécanismes serrés d'évaluation et une définition précise des rôles de chacun.

2.5 LES TENDANCES DANS L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

Le système de santé fait face au paradoxe du développement fulgurant de nouvelles technologies de la santé aussi sophistiquées que coûteuses, alors que les ressources budgétaires sont rares et que les besoins de la clientèle ne cessent de croître.

Selon, Lance, Nguyen et Battista[10], l'expérience démontre que l'adoption et l'utilisation des nouvelles technologies ont un impact inflationniste sur les coûts compte tenu de trois facteurs : elles offrent de nouvelles possibilités diagnostiques et thérapeutiques, elles s'ajoutent plutôt qu'elles ne remplacent les technologies actuelles et finalement les indications quant à leur utilisation s'élargissent graduellement.

Dans ce contexte, les preneurs de décisions auront plus que jamais besoin de s'assurer de la pertinence, de l'efficience et de l'efficacité d'une nouvelle technologie avant de l'acquérir. C'est une véritable culture de l'évaluation qu'il faut développer dans le réseau de la santé.

Mais au-delà du processus d'évaluation, les enjeux économiques et éthiques que posent les nouvelles technologies nous obligeront, comme société, à faire des choix.

Cependant, il est largement reconnu qu'une injection massive des ressources financières et humaines est requise pour développer de façon adéquate ce secteur.

[10] Lance, J.M., Nguyen V.H., Battista, R.N. Technologies médicales : jusqu'où sommes-nous prêts à aller?

3. UN RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ EN SANTÉ

3.1 LES PRINCIPES DIRECTEURS

Les membres du comité sur la vision des hôpitaux universitaires se sont d'abord entendus sur dix principes directeurs qui ont guidé les travaux du comité et mené à la vision de la mission universitaire ainsi qu'aux recommandations qui sont présentées dans les prochains chapitres. Ces principes sont :

1) Les besoins de la population québécoise ainsi que les besoins de la clientèle étudiante sont les assises de la mission universitaire en santé;

2) L'université assume un leadership fort en ce qui a trait à la mission universitaire de santé;

3) Le patient et sa famille sont une préoccupation constante de la mission universitaire ;

4) L'acquisition et le transfert des connaissances sont une responsabilité des hôpitaux universitaires;

5) L'excellence en matière de soins, de recherche, d'enseignement et d'évaluation des technologies est intrinsèque à la mission universitaire et s'accompagne d'exigences;

6) L'énoncé et le respect de règles d'éthique guident l'ensemble des activités des hôpitaux universitaires;

7) L'adhésion et la participation de l'ensemble des médecins et des autres professionnels de santé sont nécessaires à la réalisation de la mission universitaire;

8) Le maintien de masses critiques détermine le déploiement de la mission universitaire dans le réseau;

9) Un soutien financier adéquat doit permettre la réalisation de la mission universitaire;

10) Chaque réseau universitaire a une réalité différente dont il faut tenir compte à l'intérieur de la vision nationale.

3.2 LA VISION

La mission universitaire en santé est composée des volets enseignement, recherche et évaluation des technologies de la santé lesquels sont tributaires de la mission de soins des hôpitaux universitaires. C'est ce qui détermine le spécifique du « **U** » universitaire.

Les universités et les centres hospitaliers désignés, moteurs du développement de l'économie du savoir

Les universités ayant une faculté de médecine et les centres hospitaliers désignés sont le haut lieu de l'émergence du savoir, de l'innovation et des découvertes en santé. Ils concourent au développement économique et social du Québec, dans le contexte de la mondialisation et l'essor de l'économie du savoir en santé.

Un ***réseau*** universitaire intégré de santé sous le leadership de l'université

La mission universitaire au Québec soutenue par un leadership national

La mission universitaire en santé au Québec est principalement orchestrée autour de quatre pôles correspondant aux universités ayant une faculté de médecine. Chaque université assume le leadership de son réseau en collaboration étroite avec ses partenaires des centres hospitaliers désignés, des régies régionales et des autres établissements de santé non-désignés assumant une responsabilité de formation. Les différents acteurs travaillent en collaboration étroite, dans une perspective de complémentarité entre les différents établissements de santé participant à l'enseignement ainsi que de coordination entre, d'une part, la planification régionale des services de santé et, d'autre part, les trois volets universitaires : enseignement, recherche et évaluation des technologies. La mission universitaire est soutenue par un leadership national qui la positionne sur le plan international.

Les trois catégories de centres hospitaliers désignés, CHU, CHAU et IU, sont maintenues et leur rôle est clairement défini, favorisant un travail en partenariat et en complémentarité.

Les CHU sont les partenaires privilégiés des universités et toutes leurs activités sont universitaires. Ils assument la majorité de la formation dans les disciplines de la santé et sont le premier site de concentration de la recherche en santé. Les services ultraspécialisés et nationaux y sont majoritairement concentrés alors que les services de 1re et 2e lignes y sont présents pour une clientèle de proximité. Les CHU ont développé plusieurs zones d'excellence auxquelles se rattachent la majorité des chefs-lieux des programmes de formation et des axes de recherche. Ils assument un leadership important par rapport à l'évaluation des technologies. On y retrouve le plus grand nombre de professeurs et de chercheurs ainsi que les plateaux technologiques et les plateformes de recherche les plus importants. Le développement des CHU est essentiel au maintien de la compétitivité du Québec, face à la mondialisation.

Les IU dispensent des soins de 3e ligne dans un domaine d'excellence pour lequel ils constituent généralement le chef-lieu du programme de formation et de l'axe de recherche et pour lequel ils assument un leadership en matière d'évaluation des technologies. L'ensemble de leurs activités sont universitaires.

Les CHAU dispensent des soins de 1re, 2e et 3e lignes. Certains CHAU ont développé une ou plusieurs zones d'excellence pour lesquelles ils assument une quadruple mission de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies. Ils sont généralement le chef-lieu des programmes de formation et des axes de recherche dans leur(s) domaine(s) d'excellence tout en assumant un rôle important dans la formation d'étudiants des autres programmes.

La mission universitaire des centres hospitaliers désignés leur confère des responsabilités spécifiques pour lesquelles ils sont imputables à l'université. Ils doivent répondre à certaines exigences notamment en termes d'excellence, de masses critiques de soins et de services ultraspécialisés, de nombre et de niveau de formation des médecins et des autres professionnels de la santé etc. Un plan de carrière détermine des conditions de travail qui favorisent l'adhésion à la mission universitaire ainsi que l'attraction et la rétention de médecins et autres professionnels hautement qualifiés.

Un enseignement clinique redéployé avec des chefs-lieux par programme de formation et des milieux cliniques partenaires

La formation dans les disciplines de la santé se fait dans un réseau d'enseignement redéployé dans lequel les partenaires, les centres hospitaliers désignés, régionaux et généraux, les CLSC, les CHSLD et les cliniques privées, se complètent pour répondre aux besoins nouveaux et changeants de la formation. L'université détermine, en concertation avec son réseau de partenaires, un plan quinquennal de déploiement de ses programmes de formation ainsi que le chef-lieu de chacun d'eux. Ce plan tient compte des besoins de la population à desservir, des objectifs d'apprentissage, des zones d'excellence développées dans chaque hôpital universitaire ainsi que des masses critiques de patients et d'étudiants. Le chef-lieu assure le leadership du programme et travaille en lien étroit avec ses partenaires qui assument une responsabilité de formation dans le même programme. Les milieux de stage permettent d'exposer les étudiants à une variété de situations cliniques.

La recherche en santé en plein essor, les centres hospitaliers désignés au cœur de ce développement

Les centres hospitaliers désignés sont les lieux par excellence de la recherche intégrant les sciences fondamentales, les sciences cliniques, les sciences sur les services de santé et sur la santé des populations. Ils intègrent le continuum de la recherche de la molécule à la santé des populations. Les centres hospitaliers désignés sont aussi le lieu privilégié de la formation de scientifiques des sciences de la santé et de l'industrie biopharmaceutique, etc. Le FRSQ détermine, en concertation avec ses partenaires, les chefs-lieux des axes de recherche. Ces derniers assument le leadership de la recherche dans leur domaine, en concertation avec des centres de recherche partenaires.

Les CHU, les IU et plusieurs CHAU gèrent un centre de recherche sanctionné par le FRSQ. Ils en assument le financement à même leur budget et celui de leur fondation alors que le FRSQ ne finance qu'une partie du coût de la recherche qui y est faite. Ces centres de recherche font la notoriété de leur établissement et sont au cœur d'une activité économique

de pointe, celle de la biotechnologie, pour laquelle ils sont les principaux formateurs de leur main-d'œuvre.

L'évaluation des technologies, une culture à développer, un outil essentiel à la prise de décision

Le développement rapide des technologies de la santé ouvre tout un champ d'opportunités diagnostiques et thérapeutiques. En contrepartie, ces technologies innovatrices engendrent une pression à la hausse sur les coûts d'un système de santé aux ressources financières limitées. Dans ce contexte où des choix s'imposent, l'évaluation des technologies et des modes de pratique devient un outil essentiel à la prise de décision. À la fine pointe de l'innovation en santé, les centres hospitaliers désignés développent une véritable culture de l'évaluation et sont un lieu privilégié pour l'évaluation des technologies. Ils en assument le leadership dans leurs domaines respectifs d'excellence et sont responsables de la diffusion des résultats de leurs travaux aux décideurs du système de santé. Le sous-comité sur l'évaluation des technologies de la santé a bien décrit la « 4e mission » des hôpitaux universitaires (Annexe 3).

3.3 LES ENJEUX ET LES RECOMMANDATIONS

3.3.1 Assurer la cohérence et la convergence entre les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies à l'intérieur d'un réseau universitaire

Les volets soins, enseignement, recherche et évaluation des technologies sont intimement liés et interdépendants. Pourtant, la répartition des programmes de stage par les universités, le partage des responsabilités en termes de soins spécialisés et ultraspécialisés, la planification des effectifs médicaux et des autres professionnels de la santé ainsi que la planification des axes de recherche et de l'évaluation des technologies se font en silo à l'intérieur d'un même réseau universitaire.

Le comité considère qu'il est essentiel d'assurer la cohérence et la convergence entre l'organisation des soins et services de santé et les différents volets de la mission universitaire. Des mécanismes de conciliation doivent être institués. Pour ce faire, le comité suggère la création d'un réseau universitaire intégré de santé doté d'une instance administrative qui assurera l'intégration et la conciliation entre les différents volets de la mission et les partenaires participant à sa réalisation.

La création d'un réseau universitaire intégré de santé permettra d'établir un réel partenariat et une synergie entre les différents établissements participant à la mission universitaire de santé.

1. **Que chaque université ayant une faculté de médecine crée un réseau universitaire intégré de santé (RUIS).**

   Seront donc créés quatre RUIS:

   Le RUIS de l'Université Laval

   Le RUIS de l'Université McGill

   Le RUIS de l'Université de Montréal

   Le RUIS de l'Université de Sherbrooke.

Le RUIS est une entreprise réseau qui concourt au développement du capital humain et social du Québec ainsi qu'à son développement économique.

La mission du RUIS

La mission du RUIS est de planifier et de coordonner, en collaboration avec le FRSQ et l'AETMIS, l'enseignement des disciplines universitaires de la santé, la recherche et l'évaluation des technologies de la santé à l'intérieur d'un même réseau universitaire et de les harmoniser avec la planification des services de santé à l'intérieur d'une ou des régions administratives des régies régionales de la santé et des services sociaux concernées.

Une instance administrative de type consortium

Chaque RUIS sera doté d'une instance administrative de type consortium. Sous le leadership d'une université ayant une faculté de médecine, cette instance regroupera, outre des représentants de cette université, des représentants des centres hospitaliers désignés, d'une ou des régie(s) régionale(s) concernée(s) ainsi que de certains représentants d'autres partenaires en fonction des besoins et caractéristiques de chaque réseau. Chaque partenaire bénéficie d'un statut cohérent et conforme à son rôle et à sa mission spécifique.

Le mandat du RUIS

- Assurer la cohérence et la convergence entre les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies à l'intérieur d'un réseau universitaire;

- Susciter un partenariat et une synergie entre les différents établissements de santé participant à l'enseignement, à la recherche et à l'évaluation des technologies dans un même réseau universitaire;

- Recommander à l'université un plan de déploiement des programmes de formation pour une période de cinq ans, ainsi que les ressources nécessaires pour le soutenir et établir des mécanismes de suivi et d'évaluation de ce plan;

- Faire des recommandations aux instances universitaires quant :
  - à la mise en place du chef-lieu de chaque programme de formation;
  - à la désignation d'un établissement universitaire;
  - aux contrats d'affiliation liant l'université et les centres hospitaliers désignés;
  - aux lettres d'entente avec des établissements de santé non-désignés;
  - à l'adéquation entre les besoins de la communauté et les programmes de formation;
  - à l'harmonisation entre les chefs-lieux par axe de recherche, déterminés par le FRSQ, et le déploiement des programmes de formation;

- Coordonner et intégrer les plans de main-d'œuvre pour l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies;

- Promouvoir l'instauration d'un plan de carrière dans les hôpitaux universitaires;

- Favoriser, en collaboration avec le FRSQ, la coordination et la concertation quant aux plans de développement des centres de recherche des centres hospitaliers désignés de son réseau ainsi qu'à l'implantation et à l'accès aux plates-formes sophistiquées de recherche;

- Favoriser, en collaboration avec l'AETMIS, le développement de l'évaluation des technologies dans les hôpitaux universitaires;

- Donner des avis aux régies régionales concernées sur :
  - toute réorganisation des soins de santé pouvant avoir des conséquences sur le déploiement des programmes de formation;
  - les effectifs médicaux et autres effectifs professionnels de la santé requis pour les missions universitaires;
  - l'impact du déploiement des programmes de formation sur l'organisation des services de santé.

- Privilégier des mécanismes d'échanges et de concertation avec les autres RUIS;

- Exécuter toute autre fonction selon la spécificité et l'évolution de chaque RUIS.

Les régies régionales et la mission universitaire

Les régies régionales n'ont aucune responsabilité formelle par rapport aux missions d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies sur leur territoire et aucune structure de coordination n'est prévue pour harmoniser la planification et la dispensation des soins de santé aux missions universitaires. Ce manque de coordination entraîne :

- une planification des effectifs médicaux qui ne tient pas suffisamment compte des besoins universitaires, notamment du temps dédié par les médecins à l'enseignement et à la recherche;
- un manque d'harmonisation entre la gestion des services de 3e ligne, l'allocation des technologies de pointe et la répartition des programmes d'enseignement et de recherche.

De plus, tout changement aux programmes de formation devient une menace à l'équilibre précaire des établissements, compte tenu du financement des services qui se fait sur une base régionale, sans lien avec les missions universitaires et qu'il est pratiquement impossible de procéder aux réallocations budgétaires requises.

2. **Que le MSSS confie à chaque régie régionale où un RUIS est créé, des responsabilités en lien avec les missions universitaires et que des représentants des universités concernées soient nommés à son conseil d'administration.**

3.3.2 Développer un leadership national

La responsabilité des soins, de la formation des professionnels, de la recherche ainsi que de l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé sont actuellement confiées à trois ministères différents, le MSSS, le MEQ et le MRST. Aucune structure n'est en place actuellement pour assurer un leadership national quant à la mission universitaire en santé. Pourtant, ces secteurs d'activités sont interreliés et interdépendants. L'harmonisation entre les quatre missions est d'autant plus importante que la compétition dans le secteur de la recherche en santé se joue actuellement sur les plans national et international et que le réseau québécois doit être appuyé en cela par un effort national de concertation.

Par ailleurs, certains dossiers débordent les réseaux universitaires et doivent être analysés, intégrés et arbitrés au niveau national. Citons le cas, à titre d'exemple, des soins, de la formation, de la recherche et de l'évaluation des technologies dans des secteurs pédiatriques utraspécialisés pour lesquels les masses critiques sont très faibles.

Une instance consultative nationale doit être mise sur pied pour assurer le leadership de la mission universitaire de santé au Québec ainsi que pour coordonner et arbitrer certains grands dossiers inter-RUIS, afin de faire des recommandations aux instances concernées.

3. **Que le MSSS crée un Conseil des RUIS.**

Le Conseil des RUIS regroupe des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du ministère de l'Éducation (MÉQ), du ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MRST), du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), ainsi que des représentants des quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et d'un représentant des directeurs généraux des CHU.

Le mandat du Conseil des RUIS

- Émettre des avis aux instances concernées, sur les grandes orientations et les grandes politiques nationales en matière d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies de la santé;
- Faire des recommandations au ministre de la Santé et des Services sociaux quant à la désignation des hôpitaux universitaires;
- Favoriser la complémentarité et la continuité entre les RUIS;
- Recommander au MSSS le déploiement de certains programmes ultraspécialisés pour lesquels l'atteinte d'une masse critique est plus difficile;
- Déterminer des objectifs et des principes généraux pouvant guider l'instauration d'un plan de carrière pour les médecins et autres professionnels de la santé dans les hôpitaux universitaires;
- Promouvoir le développement de la mission universitaire dans un contexte de compétitivité internationale.

3.3.3 Reconnaître les zones d'excellence développées dans les hôpitaux universitaires

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* désigne les CHU et les IU pour offrir les services spécialisés et ultraspécialisés ainsi que les programmes des spécialités médicales. Certains CHAU ont cependant développé des zones d'excellence en soins tertiaires et assument une partie importante de la formation clinique dans les disciplines de la santé. Il devient essentiel de clarifier les rôles de chacun à l'intérieur d'un même réseau universitaire, de façon à éviter une compétition malsaine, à renforcer les zones d'excellence développées et à créer un réel partenariat.

Les membres du comité sur la vision des hôpitaux universitaires jugent nécessaire le maintien des trois catégories de centres hospitaliers désignés. Les CHU sont incontournables pour le développement social et économique du Québec. Dans le but de privilégier l'atteinte de masses critiques nécessaires au développement d'une expertise de pointe, il faut maintenir l'objectif de concentrer dans les CHU et les IU la majorité des services nationaux et des soins ultraspécialisés et de n'y offrir les soins de 1re et de 2e lignes que pour une clientèle de proximité. De concert avec les universités, ils doivent assumer le « leadership » du développement d'une recherche innovatrice et compétitive, le transfert des connaissances et l'évaluation des technologies. Par ailleurs, la participation des CHAU à la mission universitaire est essentielle et leurs zones d'excellence actuelles doivent être protégées et consolidées.

4. **Que soient maintenues les trois catégories de centres hospitaliers désignés.**

ꕥ

5. **Que le MSSS concentre les services nationaux et ultraspécialisés majoritairement dans les CHU et dans les IU et que les soins de 1re et 2e lignes n'y soient présents que pour une clientèle de proximité.**

ꕥ

6. **Que la mission universitaire et les zones d'excellence des CHAU soient reconnues, protégées et consolidées.**

ꕥ

7. **Que le MSSS attribue un bassin de desserte à chaque CHU, IU et CHAU ayant une ou des zones d'excellence, en identifiant les services nationaux qu'ils doivent offrir.**

ꕥ

8. **Que l'on concentre dans les CHU, les IU ainsi que dans les zones d'excellence des CHAU, les technologies de pointe et les infrastructures d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et que certaines de ces technologies et infrastructures soient mises en commun.**

ꕥ

Par ailleurs, le comité reconnaît qu'il existe une concentration importante de la formation et de la recherche en psychiatrie et en santé mentale dans certains hôpitaux psychiatriques. Il est important que la mission universitaire de ces hôpitaux soit reconnue afin qu'ils soient soumis aux exigences universitaires et qu'ils y consacrent les ressources nécessaires.

9. **Que le MSSS complète le processus de désignation des instituts universitaires en santé mentale (psychiatrie).**

ꕥ

3.3.4 Assurer la qualité optimale des soins et services

Dans le contexte d'un hôpital universitaire où l'enseignement des disciplines de la santé et l'avancement de la science sont des buts poursuivis, il nous apparaît important de toujours ramener à l'avant la finalité première du système de santé : assurer l'accès à des services de santé de haute qualité à la population québécoise et viser la satisfaction de la clientèle.

10. Que chaque centre hospitalier désigné développe un programme d'amélioration continue de la qualité des soins et des services à la clientèle.

Les découvertes technologiques repoussent sans cesse les limites du possible tout en imposant un fardeau de plus en plus lourd sur les dépenses de santé. Jusqu'où devons-nous combattre la maladie et la mort? Quel prix sommes-nous prêts à payer collectivement? Quelle est notre capacité de payer compte tenu de nos ressources limitées? Jusqu'où avons-nous le droit d'influencer le cycle de la vie? Ce sont des questions auxquelles sont confrontés tous les jours les médecins et les autres professionnels des hôpitaux universitaires et pour lesquelles ils doivent être soutenus.

11. Que chaque établissement universitaire se dote d'un comité de bioéthique.

3.3.5 Adapter l'enseignement clinique à la réalité des années 2000

Les programmes de formation et les milieux de stage doivent évoluer pour s'adapter à la nouvelle réalité clinique. Le mémoire de l'Association des facultés de médecine, présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, résume bien les changements dans les modes de pratique de la médecine, qui amènent les facultés à repenser les milieux de stage.[11]

Le « virage ambulatoire » et la diminution des durées de séjour ont complètement modifié l'environnement dans lequel se déroulent les stages en milieu hospitalier. Les patients hospitalisés sont de plus en plus lourds et reçoivent leur congé précocement. Plusieurs patients auparavant hospitalisés sont maintenant traités à l'hôpital en mode ambulatoire ou dans leur communauté. Les étudiants dont le stage serait limité à un établissement universitaire ne seraient donc plus en mesure de voir l'évolution du patient, de la phase aiguë jusqu'au retour à la santé.

[11] Strategic Planning for a Sustainable System of Health Care in Canada, Brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, The Association of Canadian Medical Colleges, October 31, 2001

Prônant une approche holistique, l'Association des facultés de médecine recommande que les *Academic Health Sciences Centres* demeurent les milieux de stages privilégiés pour exposer les futurs spécialistes et les étudiants en médecine à un milieu de soins ultraspécialisés tout en permettant aux étudiants de niveau prégradué et post-doctoral en médecine de recevoir une partie de leur formation clinique dans des hôpitaux régionaux et dans des pratiques de médecins de famille.

Le défi est de trouver un équilibre entre l'efficacité reliée à la centralisation des milieux de stages dans quelques établissements universitaires et les bénéfices de les répartir pour profiter d'expériences cliniques différentes.

12. Que l'université détermine les lieux de stage en fonction des exigences et des objectifs de formation de chaque programme, en tenant compte des zones d'excellence et des masses critiques des hôpitaux universitaires.

13. Que l'université concernée déploie ses ressources en fonction des besoins de chaque programme.

14. Que le recrutement des professeurs-cliniciens soit fait en fonction de maintenir des masses critiques.

15. Que les universités concentrent les programmes de formation ultraspécialisée dans les CHU, les IU et les zones d'excellence des CHAU, et que leur environnement physique soit adapté aux nouvelles technologies et pratiques de soins.

Par ailleurs, les étudiants doivent être exposés durant leurs stages, aux nouvelles pratiques et au nouvelles technologies qui façonnent le milieu clinique. Rôle élargi des professionnels, pratique dans un mode ambulatoire, interdisciplinarité, patients simulés, télémédecine, téléenseignement, « E-Learning », laboratoires de simulation, …autant de nouvelles pratiques et de nouvelles technologies auxquelles les étudiants devront être confrontés.

16. Que la mission d'enseignement puisse compter sur des milieux de stage adaptés aux nouveaux modes de pratique de soins ainsi qu'aux nouvelles technologies de la santé et de l'enseignement.

La formation de professionnels implique l'atteinte d'un niveau d'excellence en soins et services à la clientèle, un encadrement pédagogique, des ressources humaines qualifiées et en nombre requis, des espaces dédiés à l'enseignement ainsi qu'un plateau technologique de soins et d'enseignement.

17. Que les universités revoient les contrats d'affiliation pour préciser les obligations des institutions participantes à chacun des programmes.

18. Que les contrats d'affiliation soient d'une durée de cinq ans, renouvelables selon l'atteinte d'objectifs et d'exigences prédéterminés.

3.3.6 Contribuer à l'essor de la recherche en santé et de l'économie du savoir

Les centres hospitaliers désignés sont les lieux par excellence de la recherche en santé intégrant les sciences fondamentales, les sciences cliniques, les sciences sur les services de santé et sur la santé des populations. Ils sont le haut lieu de l'émergence du savoir, de l'innovation et des découvertes en santé au Québec et contribuent au développement économique et social du Québec.

19. Que les CHU soient les premiers sites de concentration de la recherche et des grandes infrastructures en santé tandis que les IU et les CHAU complètent le réseau de la recherche en santé dans les hôpitaux universitaires du Québec.

20. Que l'université, par ses membres désignés, participe davantage à la direction, à la gestion et aux opérations critiques du choix des orientations, des axes de recherche et du recrutement des chercheurs dans les centres de recherche.

Dans le contexte des grands programmes fédéraux et québécois de financement, la tendance est à la recherche thématique en interdisciplinarité, intégrant la recherche fondamentale, la recherche clinique et la recherche sur les services de santé.

21. Que les centres de recherche des hôpitaux universitaires intègrent la recherche fondamentale, la recherche clinique, la recherche appliquée aux services ainsi que la recherche santé/société.

Autrefois, la recherche en sciences de la vie trouvait sa finalité dans l'avancement des connaissances. Aujourd'hui, sous l'influence du pragmatisme de la recherche, du financement thématique de la recherche ainsi que de l'intégration de la recherche fondamentale et appliquée, les sciences de la vie sont orientées le plus souvent vers la recherche en santé et notamment la santé de l'humain. Dans ce contexte, les sciences de la

vie ont tendance à se rapprocher des établissements de santé qui ne peuvent les accueillir. Les campus des universités doivent donc demeurer un lieu privilégié du développement de la recherche en sciences de la vie et en santé.

22. Que la recherche en sciences de la vie et en santé, sur les campus des universités, se développe en synergie avec leurs milieux hospitaliers universitaires.

La recherche et l'innovation en santé font partie des priorités gouvernementales et tant les gouvernements fédéral que québécois ont annoncé des investissements majeurs dans ce domaine. Cet essor de la recherche en santé nécessitera une expertise hautement qualifiée que seuls les universités et les hôpitaux universitaires sont à même de former.

23. Que les hôpitaux universitaires assurent un encadrement de recherche ainsi qu'un encadrement pédagogique pour les stagiaires-chercheurs aux études supérieures.

Les établissements de santé vont être soumis à de nouvelles exigences en matière d'éthique et d'imputabilité qui vont demander des mécanismes rigoureux d'évaluation (Plan stratégique de la FRSQ).

24. Que le MSSS soutienne le plan d'implantation de *Bonnes pratiques de la recherche* adopté par les conseils d'administration des hôpitaux universitaires.

3.3.7 Développer le volet évaluation des technologies

Au Québec, le discours sur l'évaluation des technologies est présent depuis plusieurs années et s'est manifesté par la création en 1988 du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. Dans les autres provinces, le concept de l'évaluation des technologies de la santé est venu plus tardivement. Cependant il s'est développé rapidement grâce à des investissements majeurs et à la création d'autres organismes tels que l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé.

Bien que la nécessité de développer l'évaluation des technologies ait été soulignée par plusieurs commissions canadiennes et québécoises en santé, dont la Commission Rochon, la Commission Clair et la Commission Bédard, les ressources nécessaires à son implantation n'ont jamais été consenties au Québec.

Inscrite dans la mission des CHU et des IU depuis 1992, l'évaluation des technologies y est encore embryonnaire, les hôpitaux universitaires n'ayant jamais eu les ressources humaines et financières nécessaires pour la développer. Pour que ce volet de la mission se développe, il nous apparaît nécessaire de former des experts en évaluation des technologies et d'identifier

un budget adéquat de démarrage. Dans son plan stratégique 2001-2004[12], le MSSS mentionne que le système de santé est appelé constamment à faire des choix dans les services qu'il offre et que des outils d'aide à la décision doivent être développés pour aider dans leurs choix tant les cliniciens que les décideurs.

25. Que les ressources humaines, financières et organisationnelles soient mises en place pour développer les unités d'évaluation des technologies dans les centres hospitaliers désignés.

26. Que l'AETMIS élabore, en collaboration avec ses partenaires, des orientations nationales en matière d'évaluation des technologies et des modes de pratique en santé. Ces orientations seront appuyées par le plan stratégique de chaque RUIS qui identifiera les principaux axes de développement ainsi que les ressources humaines, financières et organisationnelles nécessaires à cette mission.

27. Que l'AETMIS assume un rôle de leadership et de soutien scientifique quant au développement de l'évaluation des technologies de la santé dans les hôpitaux désignés.

3.3.8 Reconnaître les exigences et les besoins particuliers des hôpitaux universitaires

Les hôpitaux universitaires ont des responsabilités spécifiques liées aux différents volets de leur mission : soins ultraspécialisés, enseignement, recherche et évaluation des technologies. De ces responsabilités découlent des exigences et des besoins particuliers en termes :

- de ressources humaines, notamment le niveau de formation requis, les exigences professionnelles, la formation continue et le nombre d'effectifs requis;
- de financement de la mission universitaire;
- d'infrastructure immobilière, l'enseignement clinique nécessitant des espaces dans les milieux cliniques ainsi que des espaces dédiés à l'enseignement, notamment pour des laboratoires d'apprentissage et des salles de cours;
- d'infrastructure technologique, la compréhension des possibilités des nouvelles technologies et leur apprentissage faisant partie de la nouvelle réalité de la formation clinique.

[12] Le Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux peut être consulté sur le site Internet du MSSS à http://www.msss.gouv.qc.ca/

1) Recruter et garder des médecins et autres professionnels de la santé de haut niveau

Les médecins et autres professionnels de la santé n'échappent pas au vieillissement de la population en général. Les mises à la retraite massives des dernières années ont entraîné une grave pénurie de médecins et d'autres professionnels de la santé, qui devrait se poursuivre au cours des prochaines années alors que les baby-boomers prendront leur retraite. Cette grave pénurie impose une pression énorme sur les dispensateurs des soins. Dans les établissements universitaires, cette pression est d'autant plus grande que les médecins et autres professionnels de la santé sont partagés entre leur rôle de soignant et d'enseignant.

La levée des contingents dans les universités et collèges ainsi que la tendance à privilégier une intégration rapide de la théorie et de la pratique, entraîneront un accroissement important des cohortes d'étudiants dans les établissements de santé universitaires. Cet afflux d'étudiants viendra accentuer la pression sur les établissements qui auront en même temps à composer avec des effectifs réduits, des listes d'attente de plus en plus longues et un nombre accru de stagiaires à former.

28. Que les RUIS élaborent un plan d'urgence pour répondre aux besoins de recrutement de professeurs cliniciens afin de faire face à la pénurie actuelle et appréhendée de main-d'œuvre médicale et d'autres professionnels de la santé.

29. Que chaque centre hospitalier désigné se dote, après consultation avec le RUIS, d'un plan de développement de la main-d'œuvre identifiant les conditions à mettre en place pour favoriser l'attraction, la rétention, l'adhésion et la participation du personnel à la mission universitaire.

30. Que le MSSS voit à la levée de la règle de la rémunération à 70% et de la limitation du nombre de médecins sélectionnés, pour les programmes de formation en péril.

Au plan de la recherche, les développements technologiques font en sorte que les professionnels de la santé doivent y consentir un effort accru pour développer et implanter ces innovations, alors que l'on anticipe une pénurie de chercheurs en santé, à court et à moyen terme. La compétition pour attirer et conserver des « cerveaux » se situe dans l'arène internationale où les centres de recherche rivalisent pour offrir des conditions alléchantes. Le programme des chercheurs boursiers du FRSQ recrutait cette main-d'œuvre de haute technologie dans les centres de recherche des établissements de santé, puis les universités prenaient à charge la poursuite de leur carrière. Durant la période de compressions budgétaires des années 1995, les universités ont abandonné l'intégration des chercheurs-boursiers au terme de leur financement par le FRSQ. La *Politique québécoise de la science et de*

l'innovation [13] prend acte de ce problème et fait sien l'établissement d'un plan de carrière pour les chercheurs des hôpitaux universitaires.

31. Que l'université et l'hôpital universitaire soutenu par le FRSQ, conviennent d'un financement partagé à part égale pour les professeurs-chercheurs des hôpitaux universitaires, à la fin de leur période de chercheur-boursier du FRSQ.

La planification des effectifs médicaux ne tient pas compte du temps dédié à l'enseignement et à la recherche. Pourtant, les centres hospitaliers désignés ont des responsabilités spécifiques liées à leur mission de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies. De ces responsabilités découlent des exigences et des besoins particuliers à propos des ressources humaines, notamment par rapport au niveau de formation, aux besoins en formation continue ainsi qu'au nombre d'effectifs requis.

32. Que la planification de la main-d'œuvre médicale et des autres professionnels de la santé du MSSS et des régies régionales tienne compte des besoins et des exigences de la mission universitaire des CHU, des CHAU et des IU.

33. Que le MSSS reconnaisse la nécessité d'avoir au sein des hôpitaux universitaires, une proportion plus élevée de professionnels détenant un baccalauréat, une maîtrise et un doctorat.

2) Mettre en place des conditions de travail qui valorisent les activités universitaires

La rémunération des médecins qui travaillent dans les hôpitaux universitaires est encore largement basée sur leurs activités cliniques, bien qu'ils consacrent une grande partie de leur temps à l'enseignement. Dans un même service, un médecin qui consacre plus de temps à la recherche et à l'enseignement est désavantagé par rapport à celui qui consacre plus de temps à ses activités cliniques.

Le cas de la recherche est particulièrement préoccupant. Dans son document sur les médecins-chercheurs, le FRSQ note un désintéressement pour ce volet de la mission universitaire, le nombre de chercheurs cliniciens et la proportion du temps accordé à la recherche ayant chuté de 35% depuis cinq ans.

Considérant ces problèmes de pénurie de main-d'œuvre, il devient urgent de s'assurer que les conditions de travail offertes aux médecins et aux autres professionnels des hôpitaux universitaires soient compétitives et incitent à œuvrer dans un milieu universitaire de santé.

[13] La Politique québécoise de la science et de l'innovation peut être consultée sur le site du ministère de la Recherche, de la Science et des Technologies, http://www.mrst.gouv.qc.ca/

L'instauration du plan de carrière pour les médecins qui exercent dans les hôpitaux universitaires est essentielle à la réalisation des volets enseignement, recherche et évaluation des technologies. Le plan de carrière inclut la notion de plan de pratique tout en étant plus large. En effet, le plan de carrière détermine le plan d'effectifs médicaux de l'établissement ainsi que les responsabilités, le statut, les privilèges, les modes de rémunération, les conditions de travail, les modalités d'embauche, de nomination, d'évaluation et de promotion des médecins qui en font partie.

34. Que les directions des hôpitaux universitaires et des universités élaborent conjointement et en collaboration avec les instances concernées, un plan de carrière pour les médecins enseignants et chercheurs. Ce plan de carrière déterminera leurs responsabilités, leur statut, leurs privilèges, les modes de rémunération, les conditions de travail, les modalités d'embauche, de nomination, d'évaluation et de promotion.

35. Que le plan de carrière garantisse aux chercheurs l'accès à des programmes de bourses compétitives, l'accès à la promotion et à la permanence ainsi qu'un rôle de formateur pour les étudiants aux cycles supérieurs.

36. Que les hôpitaux universitaires, en attendant l'instauration d'un plan de carrière, voient à ce que le temps des médecins spécialistes consacré aux projets de recherche soit reconnu et rétribué à vacations.

37. Que les médecins actifs des CHU et des IU soient liés par contrat à leur établissement et à leur université et que de tels contrats soient également possibles pour les médecins œuvrant dans les secteurs d'excellence des CHAU.

38. Que les médecins, chefs de départements et chefs de services cliniques soient formés en gestion, soient imputables à leur établissement et soient rémunérés en conséquence.

Quant aux professionnels de la santé, autres que les médecins, qui se consacrent à des tâches d'enseignement, ils n'ont aucune reconnaissance particulière en termes de rémunération ou de statut. Le comité considère qu'il est essentiel d'instaurer un plan de carrière pour les professionnels de la santé autres que les médecins afin, d'une part, de s'assurer d'avoir en place des ressources professionnelles qui répondent aux exigences universitaires et, d'autre part, pour valoriser les activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies auprès des professionnels.

Bien que le plan de carrière des professionnels de la santé autres que les médecins n'englobe pas la notion de rémunération comme dans le cas de ces derniers, il détermine des conditions de travail et un statut qui reconnaissent les activités universitaires et précisent les obligations spécifiques des professionnels y travaillant.

39. Que les hôpitaux universitaires créent des postes mixtes de recherche et de clinique, parmi les professionnels de la santé autres que les médecins.

40. Que la carrière des professionnels autres que les médecins, soit appuyée par un plan de carrière qui assure une reconnaissance universitaire (clinicien associé, chargé d'enseignement clinique), précise les obligations spécifiques des professionnels et reconnaisse le travail d'encadrement de ces cliniciens dans les systèmes d'évaluation de la performance.

3) Financer adéquatement la mission universitaire

Les contraintes budgétaires qui ont accompagné la poursuite du déficit zéro dans les années 1990 ont durement éprouvé les hôpitaux universitaires. Les déficits récurrents et accumulés par les CHU sont préoccupants. Par ailleurs, les composantes enseignement, évaluation et implantation des nouvelles technologies ainsi que la composante des services suprarégionaux et nationaux n'ont jamais été clairement définies sur le plan budgétaire.

Le budget dont disposent les facultés de médecine pour rémunérer les professeurs dans les hôpitaux universitaires, ne couvre qu'une partie des heures consacrées par les médecins à l'enseignement. Quant aux activités d'enseignement des professionnels des disciplines non médicales, elles sont complètement assumées par le budget des établissements de santé, l'université ne disposant ni des effectifs de professeurs ni des budgets requis. Cette situation place les hôpitaux universitaires devant un choix difficile : limiter leur capacité d'accueil des stagiaires ou accepter que les listes d'attente des patients s'allongent.

Les hôpitaux universitaires sont imputables pour une même mission à plus d'un ministère. À titre d'exemple, mentionnons la formation clinique de professionnels de la santé dont la responsabilité est partagée entre le MSSS et le MÉQ et pour laquelle les responsabilités financières respectives mériteraient d'être clarifiées.

41. Que le financement de l'ensemble des coûts directs et indirects des activités reliées à la mission d'enseignement des hôpitaux universitaires soit identifié, revu et protégé et qu'il relève du MSSS, à l'exception du salaire des professeurs qui demeure octroyé par les universités.

La Commission Bédard recommandait dans son rapport paru en janvier 2002[14] :

- que les enveloppes régionales soient ajustées pour les coûts supplémentaires découlant des facteurs spécifiques comme l'enseignement et la recherche;

- que les établissements universitaires soient compensés pour les coûts supplémentaires découlant des études spécifiques qui leur sont confiées pour faire l'évaluation des nouvelles technologies, y compris les nouveaux médicaments;

- que les services nationaux soient gérés et financés de façon distincte, l'enjeu des prochaines années, sera de quantifier l'impact des missions enseignement, recherche et évaluation des technologies, sur les budgets des établissements et d'ajuster leur budget en fonction du niveau d'activités universitaires. On devra, entre autres, définir les coûts directs et indirects reliés à la mission universitaire et établir un coût unitaire par catégorie d'étudiant.

L'enjeu des prochaines années sera de quantifier l'impact des missions enseignement, recherche et évaluation des technologies sur les budgets des établissements et d'ajuster leur budget en fonction du niveau d'activités universitaires. On devra, entre autres, définir les coûts directs et indirects reliés à la mission universitaire et établir un coût unitaire par catégorie d'étudiants.

42. Que le MSSS développe en collaboration avec les hôpitaux universitaires et les universités, une méthode d'évaluation de la performance et du financement spécifique à la mission d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies.

Alors que les soins ultraspécialisés et la recherche nécessitent une plateforme immobilière et technologique de pointe, la vétusté du parc immobilier, technologique et informatique des hôpitaux universitaires s'est encore accentuée durant la période de contraintes budgétaires de la dernière décennie.

Quant à la formation clinique des professionnels de la santé, elle doit permettre l'apprentissage des nouvelles technologies et requiert des espaces répartis dans les différents milieux cliniques ainsi que des espaces centralisés dédiés à l'enseignement notamment pour des laboratoires d'apprentissage et des salles de cours.

43. Que le MSSS se dote à très court terme d'un plan global de rehaussement des bâtiments, des équipements et des systèmes d'information du réseau d'hôpitaux universitaires, en tenant compte non seulement du parc immobilier et technologique associé aux soins mais également à ceux dédiés à l'enseignement, à la recherche et à l'évaluation des technologies.

[14] Le rapport de la Commission Bédard, *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers,* peut être consulté à la section **documentation,** sous la rubrique**publications** du site web du MSSS, www.msss.gouv.qc.ca

CONCLUSION

Au terme des travaux du comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires, il nous apparaît d'abord important de faire ressortir deux messages fondamentaux :

- La mission universitaire en santé est une force vive du Québec. De par ses volets enseignement, recherche et évaluation des technologies, la mission universitaire est le cœur de l'économie du savoir en santé et du développement du capital humain et social ainsi qu'un levier économique important. Investir dans la mission universitaire est un placement, une nécessité pour maintenir le leadership du Québec entre autres dans le secteur biomédical.

- La mission universitaire en santé doit compter sur un réseau pour s'accomplir. Les volets enseignement, recherche et évaluation des technologies de la mission universitaire ne peuvent plus être planifiés isolément. Ils doivent se réaliser en concertation et en interrelation l'un avec l'autre et s'harmoniser avec la mission soins dont ils sont tributaires, que ce soit au plan régional ou national.

D'autre part, la démarche des membres du comité et de tous ceux et celles qui y ont contribué, a été essentiellement axée sur les forces réelles et vives du réseau ainsi que sur la sensibilisation de l'ensemble des partenaires concernés à travailler en synergie plutôt qu'en solitude et en compétition.

Ainsi il nous apparaît impérieux que le Ministre de la Santé et des Services sociaux voie à ce que soient mises en œuvre dans les meilleurs délais l'ensemble des recommandations incluses dans ce rapport et retenues avec confiance par les partenaires visés dans cette étude. Soulignons de façon particulière les trois recommandations suivantes:

- que chaque université ayant une faculté de médecine crée un réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et voie à son bon fonctionnement;

- que les directions des hôpitaux universitaires et des universités élaborent conjointement et en collaboration avec les instances concernées, un plan de carrière pour les médecins ainsi que pour les autres professionnels de la santé, chercheurs et enseignants;

- que le Ministère de la Santé et des Services sociaux assure le financement nécessaire pour la réalisation et le développement des volets spécifiques de la mission universitaire que sont l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies de la santé.

Enfin, il nous apparaît primordial que le ministère de l'Éducation, le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie et plus particulièrement le ministère de la Santé et des Services sociaux sensibilisent les autorités gouvernementales à reconnaître tangiblement l'importance de la mission universitaire en santé au Québec.

GLOSSAIRE

APR-DRG : (*All Patient Refined-Diagnosis Related Group*) Regroupement de pathologies et de conditions homogènes.

Centre hospitalier désigné : centre hospitalier désigné selon les articles 88, 89 et 91 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-42)

Chef-lieu : Site principal de formation et/ou de recherche identifié pour assumer le leadership dans un programme universitaire.

Plan de pratique Entente négociée qui intègre les activités cliniques, académiques (enseignement, recherche et évaluation des technologies) et administratives des membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, par la mise sur pied des modalités de financement de ces activités, d'allocation des ressources ainsi que de paiement des professionnels.

Niveau d'accessibilité Indicateur de « lourdeur relative » des clientèles. Développé par le MSSS, cet indicateur tient compte du profil clinique et du profil des ressources nécessaires au traitement du client.

Niveaux de services :

Niveau I : Ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs de santé de la population (Conseil médical du Québec).

Niveau II : Services permettant de résoudre les problèmes complexes de santé. Ils comprennent des services d'assistance, de soutien, d'hébergement et un ensemble de services surtout spécialisés de santé qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue (Conseil médical du Québec).

Niveau III : Niveau de la médecine ultraspécialisée s'adressant aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est très faible (Conseil médical du Québec).

Zones d'excellence : Domaine de la médecine dans lequel un établissement de santé a développé une expertise de pointe. On y retrouve une masse critique de patients ainsi que des médecins et d'autres professionnels de la santé hautement qualifiés et un plateau technologique approprié.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC*, Position de l'AHQ concernant les travaux du Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires,* préparé par la Commission des établissements à vocation universitaire, février 2002.

BUREAU DE COORDINATION DES CENTRES HOSPITALIERS D'ENSEIGNEMENT AFFILIÉS À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, *Le réseau d'enseignement et de recherche en santé de l'Université de Montréal*, Mémoire au Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires, février 2002.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, MSSS, 2000.

COMITÉ DE RÉFLEXION DES CENTRES HOSPITALIERS AFFILIÉS UNIVERSITAIRES (CHAU) ET DES INSTITUTS UNIVERSITAIRES (IU), *Mémoire présenté à Monsieur Raymond Carignan, président, Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires*, 18 janvier 2002.

COMPLEXE HOSPITALIER DE LA SAGAMIE, *Mémoire du Complexe hospitalier de la Sagamie présenté au comité sur la vision du réseau des hôpitaux universitaires du Québec***,** Avril 2002.

FONDS DE LA RECHERCHE EN SANTÉ DU QUÉBEC**,** *Plan triennal 2001-2004, (document de discussion)*, septembre 2000.

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF, *Présentation au comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires*, janvier 2002.

LA TABLE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DE CHU DU QUÉBEC, *Les CHU du Québec à la croisée des chemins*, Rapport présenté au Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires, 23 janvier 2002.

MSSS, *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Gouvernement du Québec, 2001.

SICHUM, *Plan directeur du CHUM au 6000 Saint-Denis*, décembre 2001.

THE ASSOCIATION OF CANADIAN MEDICAL COLLEGES, *Strategic Planning for a Sustainable System of Health Care in Canada*, Brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, October 31, 2001.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE***,*** *Mémoire préparé par le réseau des établissements affiliés à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, présenté au Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires du Québec***,** 4 mars 2002.

UNIVERSITÉ LAVAL, *Réflexions et suggestions soumises au comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires (Comité Carignan)*, avril 2002.

Annexe 1 Liste des membres du comité sur la vision des hôpitaux universitaires

Présidé par le DRaymond Carignan, ce comité est formé de :

M. Daniel Adam, vice-président exécutif, Association des hôpitaux du Québec

Dr Michel Baron, doyen, Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr Renaldo N. Battista, président directeur général, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS)

Dr Michel Bureau, président, Fonds de la recherche en santé du Québec

Dr Luc Deschênes, directeur général, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Marc Ferland, sous-ministre adjoint, ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie

Mme Marie-France Germain, sous-ministre adjointe, ministère de l'Éducation

M. Robert Lacroix, recteur, Université de Montréal

Mme Linda Lepage, doyenne, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

Dr Hugh Scott, directeur général, Centre universitaire de santé McGill

M. Marcel Villeneuve, directeur général, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Les travaux du comité ont été soutenus par :

Mme Julie Doyon-Proulx, adjointe au Président, Comité sur la vision des hôpitaux universitaires

Mme Lorraine Lebel, coordonnatrice de projets, CHUM

Et par la permanence du ministère de la Santé et des Services sociaux :

Dr Yvan Asselin, adjoint médical, Direction générale des affaires médicales et universitaires

Mme Alice Monty, agente de recherche, Direction générale des affaires médicales et universitaires

Annexe 2 Listes des membres des sous-comités

Membres du sous-comité de l'enseignement

Présidé par le Dr Michel Baron, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, ce comité est formé de :

Dr Joseph Ayoub, directeur de l'enseignement, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Dr Adrien Dandavino, directeur des études médicales, Collège des médecins du Québec

Dr Jacques Frenette, vice-doyen à l'enseignement, Faculté de médecine, Université Laval

Dr Jean-Sébastien Joyal, secrétaire, Fédération des médecins résidents du Québec

Dr Raymond Lalande, vice-doyen aux études de 1er cycle, Faculté de médecine, Université de Montréal

Dr Pierre Leblanc, directeur de l'enseignement, Hôpital Laval

Dr Anne-Marie Maclellan, vice-doyenne aux études postdoctorales, Faculté de médecine, Université McGill

Les travaux du comité ont été soutenus par la permanence du ministère de la Santé et des Services sociaux :

Dr Yvan Asselin, adjoint médical, Direction générale des affaires médicales et universitaires

Mme Alice Monty, agente de recherche, Direction générale des affaires médicales et universitaires

Membres du sous-comité de la recherche

Présidé par le Dr Michel Bureau, président du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), ce comité est formé de :

Dr William Fraser, chercheur, CHUQ

Dr Renaldo N. Battista, président-directeur général, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS)

Dr Pierre Larochelle, chercheur, CHUM

Dr Jean-Luc Malo, chercheur, Hôpital du Sacré-Cœur et président de l'Association des médecins chercheurs du Québec

Dre Sylvie Marcoux, Faculté de médecine, Université Laval

Dr Stanley Nattel, chercheur et directeur du centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal,

Madame Lise Talbot, chercheure et directrice du département des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

M. Jacques Turgeon, doyen de la Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Les travaux du comité ont été soutenus par Mme Josée Charest, chargée de projet, FRSQ

Membres du sous-comité de l'évaluation des technologies

Présidé par le Dr Renaldo N. Battista, président directeur général de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), ce comité est formé de :

Dr Véronique Déry, directrice scientifique, AETMIS

M. Roger Jacob, membre du conseil d'administration, AETMIS

M. Robert Jacob, analyste politique, Institut de santé publique du Québec

M. Jean-Marie Lance, conseiller principal, AETMIS

M. Richard Lavoie, agent de communications, AETMIS

Mme Pascale Lehoux, chercheur, AETMIS

Dr Jean-Marie Moutquin, membre du conseil d'administration, AETMIS

Annexe 3 Rapport déposé par le sous-comité sur l'évaluation des technologies

L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES, LA 4e MISSION DES CENTRES HOSPITALIERS ET INSTITUTS UNIVERSITAIRES

Document présenté par Renaldo N. Battista pour le
sous-comité (4e Mission) au
Comité sur la vision du réseau des hôpitaux universitaires
Président : Docteur Raymond Carignan

Sous-comité (4e Mission)
Renaldo N. Battista, AETMIS
Véronique Déry, AETMIS
Roger Jacob, C.A. AETMIS
Robert Jacob, INSPQ
Jean-Marie Lance, AETMIS
Richard Lavoie, AETMIS
Pascale Lehoux, AETMIS
Jean-Marie Moutquin, C.A. AETMIS

Le 10 mai 2002

LA PERTINENCE DE LA MISSION ÉVALUATION DES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES ET DES INSTITUTS UNIVERSITAIRES

Les articles 88, 89 et 90 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux demandent que les centres hospitaliers universitaires et les instituts universitaires procèdent à l'évaluation des technologies de la santé. Cette fonction est présentée comme une des missions distinctives et essentielles d'un CHU ou d'un IU. L'obligation légale, exprimée depuis 1992, résultait de propositions en ce sens de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux présidée par le Dr Jean Rochon[1], qui avait relevé les besoins importants du système de santé du Québec pour ce type d'évaluation. Le présent document vise à définir les paramètres de mise en œuvre de cette quatrième mission des CHUs et des IUs.

De façon générale, l'évaluation au sein d'un système de santé vise à soutenir l'atteinte des objectifs du système. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définissait récemment cinq buts pour un système de santé : améliorer la santé de la population, réduire les écarts de santé, fournir des services qui répondent aux attentes légitimes des gens, éviter une prestation de services discriminatoire envers certains groupes ou individus et, finalement, répartir équitablement le fardeau du financement du système. Exprimés en termes de services de santé, ces buts étaient résumés par l'objectif suivant : fournir à tous ceux qui en ont besoin des services essentiels de haute qualité choisis sur la base de critères de coût, d'efficacité et d'acceptabilité sociale.[2]

L'évaluation des technologies et des modes d'intervention telle que nous la définirons, constitue un moyen privilégié pour renforcer la capacité de notre système de système de santé à atteindre cet objectif. L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé peut s'exercer à différents niveaux du système de santé, y compris dans l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux. Par contre, parce qu'ils sont une tête de pont du savoir et de l'excellence au sein du système de santé, les CHUs et les IUs peuvent, en intégrant et en harmonisant la mission évaluation à leurs missions de prestation de soins et services, de recherche et d'enseignement, mieux remplir leur rôle propre auprès de leur clientèle et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité du système en général.

---

[1] Rochon, J. et al., Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 1988

[2] Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2000.

LE CHAMP DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES AU SEIN DES CHUS ET DES IUS

Une fonction d'appui à la prise de décision, axée vers la qualité

L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé désigne un ensemble d'activités qui reposent fondamentalement sur la synthèse et l'analyse de l'information scientifique, et dont le but est de guider la prise de décision dans le système de santé. Bien qu'il s'agisse d'un champ en constante évolution, on peut définir certaines caractéristiques propres à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Ainsi, cette démarche évaluative se caractérise par son objet spécifique, les aspects évalués, la méthodologie, la nature des décisions guidées et la nécessité de dissémination de ses résultats.

L'objet de l'évaluation

Les technologies et les modes d'intervention en santé regroupent les procédures médicales et chirurgicales, les autres techniques de soins, les appareils, les médicaments, les instruments ou tout autre dispositif pouvant être utilisé dans la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la réadaptation ou les soins palliatifs; les différentes modalités de prestation et d'organisation des soins et services; les aides techniques pour les personnes handicapées; les systèmes et processus de soutien assurant l'infrastructure de la production des soins au niveau technique, informationnel ou organisationnel. Bien que l'objet d'évaluation réfère le plus souvent aux technologies et modes d'intervention innovants, il inclut également ce qui est déjà implanté et utilisé dans le réseau de la santé.

Les dimensions de l'évaluation

Les aspects évalués couvrent un large spectre et touchent à trois dimensions fondamentales : les effets sur la santé, les effets sur les coûts et les effets sur les valeurs. Selon le problème de décision abordé, les évaluations devront couvrir l'ensemble de ces dimensions ou pourront se limiter à une ou quelques-unes d'entre elles. Il y a toutefois une séquence logique d'interrogations à considérer, une séquence qui va du plus étroit au plus global.

En tout premier lieu, on examine les questions de la sécurité intrinsèque et de la performance technique de la technologie à l'étude. Les critères principaux de l'évaluation de la performance technique incluent la précision, la fiabilité, les effets anatomiques, physiologiques et biologiques de la technologie à l'étude.

Au deuxième niveau, les paramètres d'évaluation concernent la nature et la probabilité des avantages et risques pour la santé liés à l'utilisation de la technologie ou du mode d'intervention. On évalue ici l'efficacité et l'innocuité de l'intervention.

À un troisième niveau, on intègre à l'évaluation la prise en considération des coûts : c'est le domaine de l'analyse coût-efficacité, coûts-bénéfices ou coût-utilité qui permet d'apprécier l'efficience.

Un quatrième niveau élargit l'évaluation à l'examen des impacts sur le système de santé qui sont principalement de nature sanitaire, organisationnelle et économique.

Enfin, l'exercice d'évaluation, dans la séquence énoncée, inclut fréquemment un examen de l'acceptabilité sociale de la technologie ou du mode d'intervention considéré. On s'intéresse alors aux aspects éthiques et sociaux, c'est-à-dire à l'adéquation avec les valeurs de la communauté ou de la société dans son ensemble.

La méthodologie

La méthode privilégiée par l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé repose sur l'analyse des données probantes, c'est-à-dire des données issues d'études rigoureuses publiées dans les revues scientifiques ou déjà synthétisées, avec un regard critique, dans des articles de revue ou des rapports d'agences d'évaluation. Cette source d'information couvre particulièrement les paramètres de performance technique, de sécurité, d'efficacité et d'innocuité.

Toutefois, la carence des données épidémiologiques ou économiques oblige souvent à recourir à des méthodes de modélisation, qui permettent de combiner les paramètres scientifiques de base et des données issues de banques de données cliniques et administratives pour estimer les rapports coût-efficacité et l'impact économique sur l'établissement ou sur le système de santé. La discussion d'enjeux organisationnels, sociaux et éthiques s'ajoute également à cette étape d'utilisation optimale des données ou renseignements pour la prise de décision.

En revanche, il est possible qu'il faille plus d'information pour éclairer une décision éventuelle. Des études doivent alors être conduites pour générer les données primaires valides et pertinentes qui manquent. Cette approche de génération d'informations directes est particulièrement utile pour mieux préciser les indications ou autre condition d'utilisation, contribuer à une implantation réussie, monitorer l'utilisation ou encore évaluer la performance ou l'impact réel du recours à une technologie ou mode d'intervention.

La nature des décisions guidées

L'évaluation des technologies et des modes d'intervention a comme objectif immédiat d'appuyer la prise de décision quant à l'opportunité, l'ampleur et les modalités de diffusion des innovations technologiques et organisationnelles. Au niveau de l'ensemble du système de santé, ces décisions concernent la couverture des services, leur planification, leur organisation et la détermination des paramètres pour l'évaluation de leur qualité. Au niveau même des CHUs et IUs, à part les décisions de couverture qui sont du ressort de l'administration centrale, les mêmes types de décision sont visés avec en plus une prise en considération des besoins et priorités propres à la situation de l'établissement. L'évaluation peut également accompagner le processus d'implantation de ces technologies et modes d'intervention, de façon à effectuer les modifications appropriées pour optimiser leur opération, les conditions d'utilisation ou faciliter leur adoption par le personnel clinique ou autre directement touché.

Lorsque l'évaluation aborde des technologies et modes d'intervention déjà implantés, elle peut viser à améliorer leur performance technique, guider les décisions quant à leur maintien ou leur retrait, appuyer l'élargissement ou la restriction des indications de leur utilisation ou contribuer à l'optimisation de toute autre condition d'utilisation.

Le facteur crucial de la dissémination

Parce qu'elle est une fonction tournée fondamentalement vers la prise de décision, l'évaluation des technologies et modes d'intervention est animée d'une préoccupation de dissémination de ses résultats auprès des principaux décideurs du domaine de la santé, soit les cliniciens et professionnels de la santé, les gestionnaires des établissements, les instances décisionnelles au niveau régional ou central, les décideurs politiques et le public en général. La nature de l'objet spécifiquement évalué, les enjeux examinés et l'importance des implications influenceront la forme, l'étendue et l'intensité de ce processus de dissémination.

Quoi qu'il en soit, le succès de cette dissémination s'apprécie d'abord par l'utilisation effective des résultats des évaluations dans les pratiques, la gestion des programmes et la révision des politiques à l'échelle locale, régionale ou nationale. Elle contribuera également à appuyer une dynamique de développement d'une culture d'évaluation à tous les niveaux décisionnels.

1 La spécificité universitaire et l'évaluation des technologies

Par leur position à la fine pointe de l'innovation en santé, par leur recherche de l'excellence dans la prestation des soins et par leur mission de génération et de diffusion du savoir médical, les CHUs et les IUs peuvent faire de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé un outil majeur d'amélioration du système de santé. Que cette mission d'évaluation soit tournée directement vers les besoins des décideurs à l'intérieur des CHUs et des IUs ou qu'elle réponde aux besoins de décideurs régionaux ou centraux, elle doit concourir à l'atteinte des buts du système de santé. En raison du rôle moteur des CHUs et des IUs dans le réseau des soins et services, ceux-ci sont en

position d'exercer une grande influence. Toutefois, il appartient à chaque CHU ou IU d'assumer pleinement ce leadership en cherchant à diffuser de façon concrète et soutenue les résultats de leurs travaux d'évaluation.

Une bonne partie des objets d'évaluation seront spécifiques aux CHUs et aux IUs, car ils constituent des lieux d'accueil et de développement d'innovations technologiques et organisationnelles et sont pratiquement les seuls à offrir des soins et services tertiaires ou ultraspécialisés, qui requièrent une infrastructure lourde en équipement et personnel. L'environnement universitaire et de recherche garantit également la disponibilité des ressources d'expertise aux plans clinique et méthodologique nécessaires à l'évaluation. Le contact étroit avec des ressources de formation rend également possible la diffusion immédiate aux futurs professionnels de la santé, des protocoles, guides de pratique ou lignes directrices, qui résultent fréquemment de travaux en évaluation des technologies.

On comprendra donc que la mission évaluation doit devenir une mission transversale des CHUs et des IUs, en ce sens qu'elle doit s'articuler étroitement avec chacune des autres missions, que ce soit les soins, la formation ou la recherche, dans une perspective générale d'amélioration de la qualité des soins. Ces centres universitaires doivent en venir à développer une culture d'évaluation, qui imprégnera tous leurs processus de prise de décision, et pourra se diffuser progressivement dans l'ensemble du système de santé.

INSCRIRE LA MISSION DANS L'ORGANISATION

La mise en œuvre de la mission évaluation dans les CHUs et les IUs peut se traduire par divers scénarios organisationnels, dont nous discuterons plus loin. Cependant, quel que soit le scénario retenu, la réalisation de la mission évaluation et la promotion d'une culture de l'évaluation exigent certaines conditions essentielles à leur succès. Les conditions générales de succès suivantes devraient être réunies :

- la mission d'évaluation des technologies et des modes d'intervention de l'établissement fait l'objet d'un énoncé clair et formel;
- cet énoncé de mission est cohérent avec la poursuite des finalités du système de santé;
- l'établissement lui-même est imputable pour la réalisation de sa mission évaluation;
- la réceptivité des principaux décideurs de l'établissement (gestionnaires, cliniciens et autres professionnels de la santé) face à l'évaluation est assurée, notamment par leur implication dans la gouverne de la mission d'évaluation, au sein d'un comité consultatif chargé d'établir les priorités d'évaluation et de donner des avis quant à l'orientation et au suivi des travaux d'évaluation;
- l'autonomie et l'indépendance de l'unité d'évaluation doivent être assurées et reconnues;
- les ressources humaines, financières, techniques et informationnelles appropriées sont dévolues à la réalisation de la mission;

- la mission évaluation est valorisée de façon continue au sein de l'établissement, notamment par la mise en place d'interfaces opérationnelles avec les autres missions, et particulièrement avec celle de prestation de soins et services;
- les résultats d'évaluation sont l'objet d'un transfert soutenu vers l'ensemble du réseau de la santé;
- une collaboration soutenue avec l'AETMIS et les autres CHUs et IUs est mise en place afin d'assurer une approche coordonnée dans la détermination des priorités d'évaluation et de faciliter le transfert des résultats.

Hypothèses de structure organisationnelle

Afin de concrétiser la mission évaluation au sein des CHUs et des IUs en répondant aux considérations précédentes, le comité suggère deux modèles organisationnels.

Hypothèse 1 : Une direction distincte relevant de la direction générale

Une première possibilité serait d'inscrire la mission évaluation dans une direction d'évaluation distincte, relevant de la direction générale et siégeant au comité de direction de l'établissement. Cette solution présenterait les **avantages** suivants :

- la mission évaluation est représentée au plus haut niveau des leviers de décision;
- cette position assure une meilleure visibilité de la mission au sein de l'établissement;
- l'autonomie de la mission évaluation vis-à-vis des autres missions est assurée;
- ce positionnement confère la légitimité nécessaire pour établir les liens avec les autres directions et assurer ainsi la transversalité de la mission évaluation.

Certains **écueils** peuvent toutefois se manifester :

- un manque de coordination avec le centre de recherche peut entraîner une duplication des responsabilités et des efforts consacrés à l'évaluation;
- la création d'une nouvelle direction de l'évaluation ajoute à la complexité de la structure organisationnelle de l’établissement;
- la perception d'une subordination des travaux d'évaluation aux seuls intérêts des gestionnaires risque d’atténuer leur objectivité et leur crédibilité.

Pour que la mission évaluation puisse être remplie dans un tel contexte organisationnel, les **conditions de succès** suivantes devraient être réunies en sus des conditions générales mentionnées plus haut :

- la direction de l'évaluation doit jouir d'un leadership fort au sein de l'établissement;
- une collaboration doit exister entre la direction de l'évaluation et celles des opérations cliniques, de la recherche et de l'enseignement;
- des représentants de tous les groupes de décideurs de l'établissement siègent au comité consultatif de l'évaluation, afin que chacun s'approprie la mission;

- la mise en œuvre de la mission évaluation est progressive, en lien avec les besoins et les ressources de l'établissement.

Une variante de cette hypothèse serait d'inscrire la mission évaluation dans un service sous une direction forte (par exemple, la direction des services professionnels). Dans cette perspective, il est essentiel que le service jouisse d'une grande autonomie vis-à-vis de la direction. Deux facteurs-clés en ce sens sont un comité consultatif efficace et un leadership fort.

Hypothèse 2 : Une unité au sein du centre de recherche

Une autre solution organisationnelle consisterait à créer au sein du centre de recherche du CHU une unité responsable de l'évaluation. Elle présente les **avantages** suivants :

- l'unité d'évaluation bénéficie des ressources techniques et informationnelles du centre de recherche;
- l'unité d'évaluation jouit d'un accès plus direct à l'expertise des cliniciens-chercheurs;
- elle porte et transmet la culture d'évaluation à l'intérieur du secteur de la recherche;
- elle contribue à la mise en œuvre de la fonction de transfert des connaissances des centres de recherche;
- elle profite de la crédibilité et de la légitimité dont jouit le centre de recherche au sein de l'établissement et à l'extérieur.

Par contre, un rattachement au centre de recherche pose les **écueils** suivants à la réalisation de la mission évaluation :

- la mission évaluation a moins de visibilité et est subordonnée à un niveau intermédiaire de la structure de l'établissement;
- la mission évaluation risque d'être diluée dans les orientations du centre de recherche, ou encore d'être réduite au statut d'un axe de recherche, menaçant ainsi sa nature transversale;
- l'évaluation peut perdre le contact avec les impératifs de la prise de décision administrative et clinique et prendre une orientation strictement académique;
- de même, les incitatifs au développement de carrière des chercheurs (par exemple, les modalités de la recherche subventionnée) peuvent aussi contribuer à soumettre l'évaluation à une logique académique.

Dans ce contexte, les **conditions de succès** suivantes devraient être réunies :

- l'unité d'évaluation doit jouir d'un fort leadership;
- des ressources financières dédiées doivent lui être attribuées de façon récurrente;
- l'unité d'évaluation doit posséder une grande autonomie vis-à-vis des orientations du centre de recherche, ce qui peut être assuré par la gouverne du comité consultatif;

- la sélection du personnel de l'unité doit correspondre à la nature de la mission évaluation, qui est d'aider la prise de décision, plutôt qu'aux seuls critères de carrière académique;
- la performance de l'unité en regard de sa mission doit faire l'objet d'un rapport annuel au directeur général.

LE RÔLE DE L'AETMIS : COORDINATION ET SOUTIEN SCIENTIFIQUES

L'AETMIS pourrait contribuer de façon déterminante et significative à la réalisation effective de la mission évaluation des CHUs et des IUs. Les mandats qui pourraient lui être dévolus comportent les suivants :

Volet stratégique :

- de contribuer, en collaboration avec les établissements d'enseignement, les ministères concernés, le FRSQ et les autres organismes de subvention, à l'élaboration d'un plan d'action pour le financement des activités et le développement des ressources humaines en évaluation au sein des CHUs et des IUs.

Volet de coordination :

- voir à la mise en commun, sur une base régulière, des priorités d'évaluation des CHUs et des IUs ainsi que des projets en cours, des difficultés rencontrées et des modes de résolution de problèmes utilisés;

- identifier, sur une base régulière, les besoins d'évaluation de portée générale et les inscrire à la planification des travaux de l'AETMIS, lorsque les ressources le permettent.

Volet de collaboration et de soutien scientifiques :

- de façon générale, assurer un rôle de facilitation et de soutien scientifique auprès des CHUs et des IUs;

- participer au développement des habiletés et compétences en évaluation au sein des CHUs et des IUs, notamment par des activités de formation;

- contracter auprès des CHUs et des IUs la réalisation de certaines activités et produits d'évaluation, en fonction des besoins du système de santé;

- participer à la bonne marche des travaux d'évaluation des CHUs et des IUs en apportant son concours méthodologique (évaluation des données probantes,

évaluation d'implantation, évaluation des effets incluant l'évaluation économique, etc.) au besoin;

- initier et réaliser des projets conjoints d'évaluation.

CONCLUSION : la 4e mission, défi et opportunité

Si la quatrième mission des CHUs et des IUs a été énoncée dans la loi dès 1992, elle n'a jamais été clarifiée et n'a donc pu à ce jour être concrétisée au sein des établissements. C'est pour tenter de pallier à cette situation que le sous-comité a tenté de développer les paramètres de mise en œuvre de cette mission. Il s'agissait d'un défi, certes, mais aussi d'une opportunité de contribuer à une vision moderne, cohérente et intégrée du rôle des CHUs et des IUs.

Le sous-comité a tenté de clarifier le concept même d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, et de décrire les conditions de sa pratique au sein des CHUs et des IUs. Il suggère deux modèles opérationnels et en discute les avantages et les désavantages. Il appartiendra à chaque établissement de déterminer celui qui correspond le mieux aux ressources existantes et qui est le plus susceptible de l'aider à remplir sa mission d'évaluation. Il est probable que dans ce contexte, le déploiement de la mission évaluation dans les établissements adopte des scénarios différents, bien que respectant les paramètres de mise en oeuvre présentés dans ce document. Un tel déploiement asymétrique nous permettra éventuellement d'ici quelques années d'évaluer les différentes solutions organisationnelles retenues par les établissements.

Il se dégage de ce document une vision intégrée qui, non seulement, articule étroitement la mission d'évaluation avec les autres missions des CHUS et IUs, mais aussi l'inscrit dans un réseau d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé qui regroupe de multiples autres instances, notamment l'AETMIS. Par la mise en œuvre d'une telle approche, le Québec peut jouer un rôle de pionnier à l'échelle internationale, en créant les conditions qui permettront à l'évaluation de contribuer de façon soutenue à l'amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que du système de santé en général.