

**AVIS**

**LES INSTITUTS ET LES CENTRES  
HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES :  
DES ÉTABLISSEMENTS EN DEVENIR**

**CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC**

**OCTOBRE 1998**

**AVIS 98-03**

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 1998  
ISBN 2-550-33701-8

Les bureaux du Conseil médical du Québec  
sont situés au :  
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.  
Québec (Québec) G1S 2L2  
Téléphone : (418) 646-4379  
Télécopieur : (418) 646-9895  
Internet :  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq>  
E-mail : [cmq@msss.gouv.qc.ca](mailto:cmq@msss.gouv.qc.ca)

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59), adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil étaient :

**Dr Juan Roberto Iglesias, président**  
Vice-doyen  
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

**Dr Luc Deschênes, vice-président**  
Chirurgien  
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

**Dr Jean-Marie Albert**  
Psychiatre  
Centre hospitalier régional de Lanaudière

**Dr Marc A. Bois**  
Cardiologue  
Institut de cardiologie de Montréal

**Dr André Bonin**  
Pathologiste  
Cité de la Santé de Laval

**Monsieur Michel Brunet**  
Ministère de l'Éducation

**Madame Isabelle Cataphard**  
Étudiante en médecine  
Université de Montréal

**Dr Yves Dugré**  
Oto-rhino-laryngologiste  
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

**Dr Marie Girard**  
Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux

**Dr Sophie Gosselin**  
Résidente en médecine familiale  
Université McGill

**Dr Yves Landry**  
Régie de l'assurance-maladie du Québec

**Madame Michèle Laverdure**  
Directrice générale  
CLSC Saint-Hubert

**Dr Joëlle Lescop**  
Secrétaire générale  
Collège des médecins du Québec

**Dr Jonathan L. Meakins**  
Chirurgien  
Hôpital Royal Victoria

**Dr André Munger**  
Omnipraticien  
CLSC SOC de Sherbrooke

**Madame Marie Pineau**  
Pharmacienne  
Berlex Canada Inc.

**Monsieur Robert Tremblay**  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Madame Micheline Ulrich**  
Directrice des soins infirmiers  
Hôpital Charles-Lemoyne

**Dr Raymonde Vaillancourt**  
Omnipraticienne  
Clinique médicale Vimy  
Sherbrooke

Le présent avis découle d'un rapport d'un comité de travail composé des membres suivants: Dr Juan Roberto Iglesias, Dr Marc-A. Bois, Dr André Bonin, Dr Luc Deschênes\*, Dr Yves Dugré, Dr Marie Girard et de personnes de la permanence, le Dr Yvan Asselin\* et madame Alice Monty.

\* jusqu'au 15 juin 1998

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1- L'ÉVOLUTION DU RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ.....</b>	<b>3</b>
1.1 AVANT 1991 .....	4
1.2 DEPUIS 1991 .....	8
<b>2- LES RESPONSABILITÉS DES INSTITUTS ET DES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES.....</b>	<b>11</b>
2.1 LA PRESTATION DE SERVICES SPÉCIALISÉS ET ULTRASPÉCIALISÉS...	13
2.2 L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN OMNIPRATIQUE ET DANS LES DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS .....	15
2.3 L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ .....	15
2.4 LA GESTION D'UN CENTRE DE RECHERCHE .....	17
2.5 L'EXEMPLARITÉ EN MATIÈRE D'ORGANISATION ET DE PRESTATION DE SERVICES.....	19

<b>3- LES CONDITIONS D'UNE ORGANISATION MÉDICALE DYNAMIQUE ET RESPONSABLE .....</b>	<b>20</b>
3.1 UN STATUT LÉGAL CONFIRMÉ.....	21
3.2 UNE COOPÉRATION ACCRUE DE L'UNIVERSITÉ .....	23
3.3 DES PROFESSIONNELS CHOISIS ET ENGAGÉS .....	24
3.4 UNE GESTION DÉPARTEMENTALE RENOUVELÉE .....	29
3.5 UN FINANCEMENT ADÉQUAT ET STABLE.....	33
3.6 UNE PÉRIODE DE RELANCE.....	37
<b>4- LES PROCHAINES ÉTAPES DE DÉVELOPPEMENT DES CHU ET DES IU .....</b>	<b>40</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXES</b>	

---

## INTRODUCTION

Au cours des dernières années, on a beaucoup parlé de la réforme du réseau de la santé. Il a été abondamment question, entre autres, de virage ambulatoire, de fermeture de centres hospitaliers, de regroupement d'établissements et surtout de compressions budgétaires. Le Conseil médical du Québec croit qu'il est temps de parler des établissements à vocation universitaire et de revoir leur importance stratégique pour le développement du système de santé québécois.

Hauts lieux des soins spécialisés et ultraspécialisés de santé, ces établissements sont à la base, notamment, de la formation clinique des médecins pour une grande part et de grandes réussites médicales dont nous avons toutes les raisons d'être fiers et pour lesquelles notre système jouit d'une notoriété internationale. Le Québec doit pouvoir continuer à s'appuyer sur la force de ces institutions pour l'avenir de la qualité de son système de santé.

Par ailleurs, si le bilan du passé des établissements universitaires de santé se révèle fort positif, il n'en demeure pas moins que le réseau de santé dans lequel ces institutions évoluent, est traversé depuis quelques années par de profonds bouleversements. Par exemple, influencée par une croissance sans précédent des connaissances et des technologies médicales, la façon de pratiquer la médecine se modifie et entraîne une transformation rapide du réseau. Ainsi, les nombreuses découvertes technologiques et pharmacologiques permettent de recourir à des ressources de plus en plus légères. Moins de lits sont donc nécessaires

et plus de services ambulatoires doivent être présents dans la communauté.

De plus, un important développement des technologies de l'information et des communications vient également modifier la façon de dispenser les soins. Ainsi, l'implantation de la télémédecine permettra de rapprocher de plus en plus de la population les services qui nécessitent l'expertise et la haute technologie concentrées dans certains centres. Enfin, le réseau fait face à des attentes de plus en plus grandes de la population en terme d'accessibilité, de qualité des services et de résultats et le tout, dans une période de compressions sans précédent.

Dans ce contexte, les établissements universitaires de santé sont appelés à revoir leur rôle mais surtout à repenser la façon d'assumer leurs responsabilités à l'intérieur du système de santé qui se dessine. Avec la reconnaissance de leur spécificité en 1991 et leur désignation, suite au rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), ces institutions franchirent une étape importante de leur développement. Il reste toutefois beaucoup à faire pour adapter ces milieux aux nouvelles réalités et mettre en place les conditions de leur développement pour relever de défi de l'excellence.

Plusieurs groupes travaillent déjà à cette tâche. Par exemple, le financement de ces institutions est étudié par un comité ministériel. Son rapport est attendu sous peu. Le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), de son côté, collabore à la réorganisation et à la consolidation des centres de recherche des établissements universitaires de santé.

Le Conseil médical du Québec a, pour sa part, choisi dans un premier temps d'examiner attentivement la situation des centres hospitaliers universitaires (CHU) et des instituts universitaires (IU) en regard des responsabilités qui leur sont confiées afin de déterminer les conditions de base d'une organisation médicale dynamique et responsable.

Nés de la réforme de 1991, les centres affiliés universitaires (CAU), outre les activités propres à leur mission de centre hospitalier, participent à la formation des professionnels de la santé et des services sociaux ou à des activités de recherche selon un contrat d'affiliation avec une université<sup>1</sup>. Ils forment une catégorie d'établissements universitaires ayant un mandat différent des CHU et des IU. En conséquence, le Conseil considère important de faire une réflexion en profondeur sur ce seul sujet dans un second temps.

## **1- L'ÉVOLUTION DU RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ**

L'année 1991 constitue incontestablement un tournant important dans l'évolution des instituts et des centres hospitaliers universitaires avec l'inscription de leur quadruple mission dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux<sup>2</sup>. Elle marque non seulement l'aboutissement d'un long cheminement historique, mais surtout le début de la mise sur pied de véritables instituts et centres hospitaliers universitaires comme nous le verrons.

---

<sup>1</sup> L.R.Q. c. S-4.2, article 91

<sup>2</sup> L.R.Q. c. S-4.2, articles 88 et 89

## 1.1 Avant 1991

Voués d'abord à la prestation des soins aux malades, les centres hospitaliers, dont le premier, l'Hôtel-Dieu de Québec, vit le jour en 1639, furent graduellement appelés, dès le XIXe siècle, à établir des liens avec les écoles de médecine et ainsi à participer à la formation des médecins et à mener des recherches cliniques.

L'enseignement hospitalier débuta, entre autres, au *Montreal General Hospital* suite à la fondation en 1823 de la *Montreal Medical Institution*, qui deviendra en 1829 la Faculté de médecine de l'Université McGill. On y dispensait un enseignement calqué sur celui de l'école de médecine réputée d'Edimbourg. En 1849, c'est au tour des étudiants de la *Montreal School of Medicine and Surgery / École de médecine et de chirurgie de Montréal (EMCM)*, fondée en 1843 et future faculté de médecine de l'Université de Montréal, d'avoir accès à des milieux cliniques francophones, soit à la maternité Sainte-Pélagie et, en 1850, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, pour leur formation. Par ailleurs, dès 1847, une entente avait été conclue avec l'Université McGill afin d'admettre les élèves de l'EMCM dans les salles du *Montreal General Hospital*. Enfin, en 1855, les hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Québec acceptèrent que des cours se donnent dans leur hôpital. Elles mirent un certain nombre de lits à la disposition des étudiants de la faculté de médecine de l'Université Laval fondée en 1852.

C'est au début du XXe siècle que des grands changements furent apportés à l'enseignement médical suite à l'adoption des recommandations du rapport Flexner en 1910. Depuis lors, toutes les écoles de médecine sont non seulement intégrées aux universités, mais

également en relation avec des hôpitaux. C'est à partir de cette époque que l'hôpital d'enseignement a réellement vu le jour. Graduellement, des programmes de formation post-universitaire, internat et résidence, y sont développés sous la responsabilité du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec (maintenant le Collège des médecins du Québec). Par la suite, dans les années soixante, on met sur pied les premières unités d'enseignement clinique.

Il faut attendre toutefois les années soixante-dix pour voir d'autres grands changements survenir au niveau de l'enseignement clinique qui se déroule dans les centres hospitaliers. La responsabilité de l'internat et de la résidence passe alors des hôpitaux aux universités, le Collège conservant, par ailleurs, l'agrément des milieux de stage. Après quelques années, une politique de collaboration en matière d'enseignement clinique est agréée entre le ministère des Affaires sociales et le ministère de l'Éducation qui oblige, entre autres, les universités à payer dorénavant des frais pour les stages de leurs étudiants dans les établissements de santé et de services sociaux.

À la suite de quoi, dans les années quatre-vingt, de nouveaux contrats d'affiliation sont établis et signés entre les universités et les établissements. De plus, les centres hospitaliers affiliés à une université sont appelés, notamment, à mettre en place des unités de médecine familiale et dès 1988, un programme de résidence en médecine familiale d'une durée de deux ans est obligatoire pour tous les médecins qui s'orientent en pratique générale. L'internat est alors aboli.

La recherche clinique en milieu hospitalier débuta progressivement en collaboration avec les médecins et les autres membres du corps

professoral de l'école de médecine. Elle s'intensifia surtout après la deuxième guerre mondiale et plus particulièrement dans la foulée des recommandations de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu) en 1967. Des laboratoires, voire des instituts de recherche, sont mis sur pied dans les hôpitaux affiliés à une université. De plus, comme le souligne le Comité d'experts sur l'évaluation des mécanismes de contrôle en matière de recherche clinique, on assiste présentement à un essor de projets de recherche dont plusieurs font appel de plus en plus à des chercheurs de divers établissements.<sup>3</sup>

Quant aux soins, les grands centres hospitaliers affiliés à une université développèrent progressivement leur expertise dans des secteurs de pointe et de haute technologie. Ils furent, par conséquent, de plus en plus mandatés, dans les dernières années, par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour dispenser certains soins surspécialisés.

Notons en terminant que, si durant toutes ces années, les centres hospitaliers acceptèrent d'élargir leurs activités au niveau de l'enseignement et de la recherche, ils se développèrent principalement en vue de dispenser des soins aux malades. De ce fait, bien qu'à la fin des années quatre-vingt, le Québec compte plusieurs centres hospitaliers affiliés à une université, très peu de ceux-ci, parmi lesquels le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, premier centre hospitalier établi en 1968 au Québec pour être universitaire, disposaient de structures

---

<sup>3</sup> Comité d'experts sur l'évaluation des mécanismes de contrôle en matière de recherche clinique, *Rapport sur l'évaluation des mécanismes de contrôle en matière de recherche clinique au Québec, 1995*

administratives adaptées pour favoriser le développement des activités autres que la prestation des soins.

De plus, avant l'instauration de l'assurance-hospitalisation en 1961, une complicité s'était établie pour l'enseignement prédoctoral entre les universités et les hôpitaux pour soigner les malades non-payants dans les salles publiques, qui servaient alors de lieux d'enseignement. Or, elle s'est estompée avec l'avènement du nouveau régime permettant l'accès de tous à l'hôpital et la nouvelle politique de financement de l'enseignement clinique dans les établissements. La Commission Rochon notait même chez certains un grand désintéressement à l'égard de leurs responsabilités en matière de formation pratique des étudiants.

La Commission recommanda donc de constituer de véritables instituts et centres hospitaliers universitaires et, afin de bien les identifier et de favoriser leur développement, proposa pour ces centres hospitaliers une quadruple mission<sup>4</sup>, soit l'enseignement, la recherche, la prestation de services spécialisés ou ultraspécialisés et l'évaluation des technologies de la santé. En outre, la Commission considérait que les universités et les établissements devaient assumer conjointement la responsabilité de l'encadrement de la formation pratique des futurs professionnels<sup>5</sup>. Il faudra cependant attendre 1991 pour connaître la position du Gouvernement.

---

<sup>4</sup> *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, 1988, page 543

<sup>5</sup> *Ibid* page 586

## 1.2 Depuis 1991

En 1991, le Québec, conformément aux recommandations de la Commission Rochon, reconnaissait la spécificité de certains centres hospitaliers en matière d'enseignement et de recherche universitaires. Il identifiait trois catégories d'établissements universitaires de santé :

- des centres hospitaliers universitaires (CHU) avec une quadruple mission de prestation de soins et services spécialisés et ultraspécialisés dans plusieurs disciplines médicales, d'enseignement médical dans plusieurs spécialités, d'évaluation des technologies de la santé et de gestion d'un centre de recherche ;
- des instituts universitaires (IU) avec la même quadruple mission toutefois pour une seule discipline médicale ;
- et des centres affiliés universitaires (CAU) qui, au-delà des activités propres à leur mission, participent à la formation de professionnels de la santé ou des services sociaux ou à des activités de recherche.

De plus, le Gouvernement choisissait de rationaliser davantage le nombre des CHU et des IU que ne le suggérait la Commission Rochon afin d'en faire de véritables établissements universitaires de santé répondant aux besoins du Québec des années 2000. Par ailleurs, ces établissements sont appelés à travailler en complémentarité, voire en partenariat, non seulement avec les CAU, mais avec tous les

établissements du réseau. Ils forment donc un maillon de la nouvelle reconfiguration du système de prestation des soins.

Par la suite, toujours en 1991, un comité ministériel identifia dix-neuf critères <sup>6</sup> devant servir à la désignation des futurs centres hospitaliers universitaires et en 1992 les critères de désignation des instituts et des centres affiliés universitaires du secteur santé. Ces critères concernent, entre autres, les programmes de formation et de recherche, l'évaluation des technologies, les stages, les services cliniques, la qualité des soins et des services, les ressources humaines et matérielles et le plan d'organisation des établissements en question.

À la suite de quoi, trois CHU ont été désignés. En premier lieu, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) en 1992, qui le fut à nouveau en juillet 1995, suite à sa fusion avec deux autres centres hospitaliers de courte durée de Sherbrooke pour devenir le Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE) que nous connaissons aujourd'hui. Puis, ce fut la désignation du Centre hospitalier Sainte-Justine (CHU mère-enfant) à Montréal en mai 1995 et du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) en décembre 1995. Enfin, deux autres établissements ont reçu une lettre d'intention du ministre à l'effet de leur désignation prochaine, soit le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), pour un grand total de cinq.

À l'exception du Centre hospitalier Sainte-Justine, les centres hospitaliers actuellement désignés universitaires résultent tous d'un regroupement

---

<sup>6</sup> Se référer à l'annexe 2 pour un tableau comparatif des critères de désignation des instituts et des centres hospitaliers universitaires

d'établissements faisant suite à une récente restructuration en profondeur du réseau hospitalier. Rendue nécessaire par les divers changements technologiques permettant la prestation des soins davantage sur une base ambulatoire et dans la communauté et par divers impératifs d'efficacité, d'efficience et de qualité dans un contexte de ressources financières limitées, cette réorganisation hospitalière oblige les nouveaux centres hospitaliers universitaires à relever de nombreux défis, dont certains d'ordre organisationnel.

On peut citer, à titre d'exemple, le défi de bâtir de nouvelles institutions où primera l'excellence en misant sur les forces vives de chaque établissement fondateur. Chaque CHU devra développer une nouvelle culture organisationnelle commune à tous ses membres qui incorporera, outre la prestation des soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies de la santé comme parties intégrantes. Or, parmi les nouvelles institutions résultant d'un tel regroupement, certaines comptent dans leurs effectifs des médecins qui n'ont pas choisi une carrière universitaire. Les regroupements appellent également une reconfiguration des centres de recherche et une réorganisation des services en complémentarité avec les autres établissements du réseau.

Du côté des instituts universitaires, quatre ont été désignés au niveau du secteur santé depuis 1996, soit l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke en avril 1996, l'Hôpital Laval en août 1996 comme institut spécialisé en cardio-pneumologie situé à Québec, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal en octobre 1997 et l'Institut de cardiologie de Montréal en décembre 1997. Seul l'institut de Sherbrooke origine d'une fusion d'établissements.

De même, à ce jour, ont été désignés CAU le Centre hospitalier universitaire affilié de Québec en novembre 1996, les C.L.S.C. Côte-des-Neiges de Montréal et Gaston-Lessard de Sherbrooke en avril 1998 et le 20 août de la même année, les hôpitaux Maisonneuve-Rosemont et Sacré-Cœur de Montréal.

Enfin, en 1996, considérant l'université comme partenaire essentiel à la réalisation de la mission de ces établissements de santé, le nombre de ses représentants au conseil d'administration des CHU et des CAU fut augmenté. Dans le cas des IU, le nombre de deux est demeuré inchangé.

## **2- LES RESPONSABILITÉS DES INSTITUTS ET DES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

Les instituts et les centres hospitaliers universitaires nouvellement désignés sont des centres hospitaliers pour lesquels le législateur a arrêté, entre autres, quatre responsabilités spécifiques toutefois sans être exclusives. Celles-ci comprennent la prestation de soins et services spécialisés et ultraspecialisés de niveau de 3e ligne, l'enseignement médical en médecine de famille et dans différentes spécialités, l'évaluation des technologies de la santé et la gestion d'un centre de recherche. Ces responsabilités engendrent un impact majeur sur l'organisation de ces établissements de santé dont elles sont en grande partie la raison d'être.

Ces établissements publics bien implantés dans leur milieu ont également, comme centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés,

la responsabilité d'offrir des services de 2e ligne, qu'ils soient généraux<sup>7</sup> ou spécialisés, à la population du territoire environnant.

Le Conseil souscrit à ce choix de ne pas restreindre les CHU et les IU à ne dispenser que des soins de 3e ligne. Tant l'histoire des établissements que les besoins auxquels doit répondre leur quadruple mission appellent cette orientation. Par ailleurs, le Conseil tient à souligner que toutes les responsabilités sont importantes et chacune d'elles doit être assumée.

Plus, il importe pour le Conseil qu'aucune responsabilité ne soit prioritaire au détriment des autres ce qui oblige à les financer toutes adéquatement, ce qui n'est pas le cas actuellement. Il ne faut pas qu'un établissement universitaire soit appelé à privilégier la prestation des soins au désavantage de l'enseignement. De même, un hôpital universitaire ne devrait pas avoir à fermer de nombreux lits durant une période plus ou moins longue pour des raisons budgétaires afin de ne pas nuire à la formation des étudiants.

Par conséquent, le Conseil estime important d'examiner les diverses responsabilités confiées et plus particulièrement celles concernant leur spécificité pour en déduire les conditions nécessaires à une organisation médicale dynamique et responsable. Le Conseil est toutefois d'avis qu'un établissement universitaire se caractérise véritablement par les interrelations étroites qu'il développe entre les diverses responsabilités qu'il assume, la prestation de soins, l'enseignement, l'évaluation des technologies et la recherche, lui permettant de mettre en œuvre des

---

<sup>7</sup> Pour la définition du concept du niveau de soins se référer à l'annexe 4

innovations ou des changements destinés à améliorer l'organisation et la prestation des services médicaux.

## **2.1 La prestation de services spécialisés et ultraspecialisés**

Même si dans la réalité, ils délivrent des soins spécialisés courants qui sont aussi bien dispensés par d'autres catégories d'établissements du réseau, ce qui différencie et définit le mieux les établissements universitaires de santé, en particulier les CHU et les IU, c'est le type de soins complexes de niveau tertiaire ou quaternaire qu'ils prodiguent. En regroupant les médecins surspécialistes dans les établissements universitaires de santé, on augmente leur masse critique et on favorise le développement de leur expertise en concentrant les malades à pathologies complexes et à pathologies rares.

Par ailleurs, aucun CHU n'a la vocation d'offrir nécessairement toutes les spécialités et les surspécialités médicales. Chacun dispense les soins de haut niveau en complémentarité avec les autres CHU, les instituts et les centres affiliés universitaires. Le Gouvernement, à la lumière des besoins de la population, a opté rappelons-le, pour trois catégories d'établissements universitaires qui doivent travailler ensemble et avec les diverses autres composantes du réseau. Le Conseil souscrit entièrement à cette orientation et considère important d'insister sur ce point.

Le haut niveau d'expertise des équipes des CHU et des IU et la disponibilité d'équipement à la fine pointe du progrès et de nouvelles technologies, nécessaires à la prestation des services spécialisés et ultraspecialisés, font de ces institutions un lieu de référence pour les

professionnels de la santé et les autres établissements de santé. Ce rôle de référence se manifeste principalement sous deux aspects complémentaires :

- la présence de programmes particuliers dont les établissements ont reçu le mandat du ministre ;
- le transfert de patients en provenance d'autres établissements (centres hospitaliers, centres de réadaptation, centres d'hébergement et de soins de longue durée,...) notamment pour divers examens diagnostiques et traitements.

Cette responsabilité de référence oblige les établissements universitaires, notamment à :

- offrir une disponibilité d'équipes interdisciplinaires spécialisées prenant en charge certaines pathologies ;
- offrir un service de garde ou de référence selon le cas 24 heures sur 24 ;
- travailler avec les autres établissements à l'amélioration des mécanismes de transfert et au développement de protocoles cliniques, particulièrement pour les clientèles les plus à risque.

Par la présence de diverses spécialités, les CHU et IU exercent une attraction sur la population qui risque de générer une sur-utilisation des ressources disponibles. Le Conseil croit en conséquence que les régies régionales de la santé et des services sociaux et les établissements universitaires devraient être attentifs à ce phénomène. Il est fondamental que la population soit bien informée de la bonne utilisation des ressources du réseau.

## **2.2 L'enseignement médical en omnipratique et dans les différentes spécialités**

Les IU et les CHU sont des lieux de formation clinique des médecins et des autres professionnels de la santé. Ils sont le pendant de l'enseignement théorique dispensé à l'université surtout par les facultés de médecine ou des sciences de la santé.

En ce qui regarde la formation des médecins, ils sont les principaux centres de la formation professionnelle spécialisée. En outre, leur responsabilité comporte la formation professionnelle de base, l'omnipratique et la formation médicale continue, même s'ils ne sont pas les seuls à l'assumer.

Au chapitre de la formation continue, en collaboration avec les associations professionnelles et les fédérations, les IU et, plus particulièrement les CHU, ont un rôle de centre pivot d'un réseau régional et supra-régional pour les divers professionnels des établissements partenaires et pour ceux exerçant en cabinet. C'est souvent là que les médecins seront initiés au fonctionnement et à l'utilisation des technologies nouvelles. Les CHU et les IU sont, par conséquent, appelés à travailler étroitement avec la faculté de médecine à laquelle ils sont affiliés lors de l'établissement du plan de formation continue.

## **2.3 L'évaluation des technologies de la santé**

Envisagées dans son sens le plus large, les technologies de la santé incluent comme l'indiquait la Commission Rochon, " l'ensemble des

équipements, appareils, instruments, médicaments et procédures utilisés dans la prestation des services de santé, mais également les techniques de soutien assurant l'infrastructure de la production des soins, l'information et l'organisation des systèmes de santé "<sup>8</sup>.

Or, les technologies de la santé connaissent depuis quelques années un essor considérable et tout laisse croire que cet essor sans précédent s'accélérera dans les prochaines décennies. Et, comme le soulignait le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, " les établissements doivent plus que jamais miser sur une utilisation plus efficace et efficiente des ressources disponibles, lesquelles doivent être réparties et organisées pour assurer à toute personne dont l'état le requiert l'accès au bon service, offert au bon moment, au bon endroit, par le personnel approprié et de la façon la plus économique " <sup>9</sup>.

L'évaluation des technologies de la santé devrait donc à l'avenir faire l'objet d'une attention particulière et prendre de l'ampleur. Le Gouvernement qui considère les CHU et les IU outillés pour mener à bien cette recherche évaluative a, par conséquent, inscrit ce volet à leur mission.

Le Conseil estime, par ailleurs, que les CHU et les IU, de concert avec le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, devraient assumer le leadership, non seulement dans l'évaluation des technologies,

---

<sup>8</sup> *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, 1988

<sup>9</sup> Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, *Proposition d'un nouveau cadre de référence pour le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec vers une Agence d'évaluation des technologies et des interventions en santé*, Document présenté au Ministre de la Santé et des Services sociaux, 15 décembre 1997

mais également dans le développement et l'acquisition des nouvelles technologies.

## **2.4 La gestion d'un centre de recherche**

La recherche joue un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé de la population. Comme établissements universitaires, les CHU et les IU doivent promouvoir l'expansion des connaissances au Québec. C'est pourquoi le Gouvernement leur a confié un mandat important en la matière, celle de gérer un centre de recherche agréé par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ).

On identifie généralement à la recherche clinique, dernière étape de la recherche médicale, les projets menés dans ces établissements. Mais ils peuvent également comprendre des projets de recherche fondamentale, épidémiologique, organisationnelle, évaluative et opérationnelle.

Or, comme l'existence et la mise sur pied de projets de recherche au sein des établissements peuvent avoir des impacts sur la qualité et la sécurité des soins, ces responsabilités obligent les IU et les CHU, entre autres, comme le souligne le Comité d'experts sur l'évaluation des mécanismes de contrôle en matière de recherche clinique<sup>10</sup> à :

- veiller à ce que les projets de recherche qui s'y déroulent respectent les normes reconnues en recherche ;
- veiller à ce que les chercheurs adhèrent aux normes éthiques ;

---

<sup>10</sup> Comité d'experts sur l'évaluation des mécanismes de contrôle en matière de recherche clinique, *Rapport sur l'évaluation des mécanismes de contrôle en matière de recherche clinique au Québec*, 1995, p. 129-130

- veiller à ce que la sécurité des personnes qui participent aux projets soit bien assurée ;
- veiller enfin à ce que les ressources de l'établissement ne soient pas utilisées de façon indue dans le cadre de la poursuite d'activités de recherche de manière à hypothéquer les soins et les activités d'enseignement.

Enfin, en matière de diffusion des résultats de recherche, les IU et les CHU ont une très grande responsabilité. À ce titre, ils sont appelés notamment à :

- se doter d'une part, " d'une stratégie favorisant le transfert des connaissances acquises par la recherche aux pratiques cliniques appliquées à la clientèle " qu'ils desservent et d'autre part, " d'un cadre favorisant et régissant le transfert technologique vers l'industrie ", comme le propose le FRSQ <sup>11</sup>;
- organiser des colloques, des séminaires et des conférences scientifiques ;
- travailler avec les régies régionales de la santé et des services sociaux à la planification, l'organisation et l'évaluation des services de santé ;
- permettre à leurs médecins de participer à, voire de gérer, des sociétés scientifiques nationales ou internationales.

---

<sup>11</sup> Bureau M. A., Boyle P., Le soutien à la recherche : l'engagement des CHU, *Recherche en santé*, juin 1997

---

## 2.5 L'exemplarité en matière d'organisation et de prestation de services

Comme centres académiques, les CHU et les IU doivent offrir des services de la meilleure qualité. De plus, bien au fait des développements scientifiques en matière d'organisation et de prestation des services, ils doivent servir de modèles, particulièrement dans le cadre de leurs responsabilités communes à tous les centres hospitaliers.

Ces centres doivent être reconnus comme des centres d'excellence et ce, dans toutes leurs activités de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et non seulement dans leurs secteurs de pointe. De plus, comme agents de changements, ils devraient se distinguer par leur leadership, notamment, à :

- maintenir, dans le cas des CHU, une urgence ouverte 24 heures sur 24 permettant la prise en charge rapide et efficace des patients ;
- offrir, dans le cas des IU, une disponibilité de référence 24 heures sur 24 et 7 jours semaine pour la ou les disciplines qui les concernent ;
- mettre en place un système d'information permettant une gestion clinique et administrative optimale des services médicaux de 2e et 3e lignes dispensés, comme le suggérait le Conseil dans un avis sur la rémunération des médecins de 2e et 3e lignes <sup>12</sup>;

---

<sup>12</sup> Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes lié à leurs responsabilités*, (Avis 97-03), novembre 1997

- implanter dans leur établissement une approche de résolution de problème pour diminuer la médecine défensive et la non-pertinence de services médicaux qu'elle entraîne, et améliorer la qualité des services et la protection du public, tel que le proposait le Conseil en septembre 1997<sup>13</sup> ;
- actualiser en permanence les protocoles de soins en fonction de l'évolution des connaissances et des informations obtenues par l'évaluation constante de la qualité ;
- constituer des réseaux avec les centres hospitaliers de leur région et d'autres régions et avec les médecins des cabinets afin d'améliorer l'accessibilité à des services médicaux spécialisés de qualité ;
- soutenir le développement d'équipes spécialisées disponibles dans la communauté pour aider, notamment, les intervenants et les équipes de première ligne à prendre en charge des clientèles dites "lourdes".

### **3- LES CONDITIONS D'UNE ORGANISATION MÉDICALE DYNAMIQUE ET RESPONSABLE**

Pour assumer pleinement leurs responsabilités et répondre aux nouvelles réalités des années 2000, les CHU et les IU requièrent une organisation médicale dynamique et responsable. Le Conseil s'est donc attardé à examiner les conditions de base indispensables à la mise sur pied d'une telle organisation.

---

<sup>13</sup> Conseil médical du Québec, *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, (Avis 97-02), septembre 1997

### **3.1 Un statut légal confirmé**

Les établissements universitaires de santé, au même titre que tous les autres établissements, sont encadrés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2 ). Or, l'étude attentive de cette loi révèle peu de dispositions législatives concernant spécifiquement les instituts et les centres hospitaliers universitaires.

Seules y sont soulignées l'habilité du ministre de les désigner, les activités de ces établissements, la composition de leur conseil d'administration, leur obligation de s'affilier à une université par contrat pour les fins de l'enseignement et de la recherche et de la consulter lors de l'élaboration de leur plan d'organisation et de la nomination des chefs de département clinique, du directeur des services professionnels et de tout médecin et dentiste qui désire y exercer sa profession. Également, l'obligation est faite aux régies régionales de la santé et des services sociaux de consulter l'université avant d'approuver le plan d'organisation d'un centre désigné universitaire.

Il en résulte que les instituts et les centres hospitaliers universitaires sont considérés dans la loi avant tout comme des centres hospitaliers auxquels le ministre a confié des responsabilités additionnelles et comme tels, ils sont soumis sensiblement aux mêmes règles administratives que tous les centres hospitaliers du réseau. Ils ne forment pas véritablement une catégorie à part d'établissements avec une mission propre assortie de caractéristiques particulières obligatoires correspondant à leurs responsabilités additionnelles.

De plus, il faut noter que les exigences retenues comme critères pour les fins de désignation<sup>14</sup> à titre de CHU ou d'IU ne s'appuient sur aucune disposition légale. De ce fait, une fois désignés, les établissements peuvent ne plus les respecter s'ils sont soumis à toute forme de pression, telles que les contraintes budgétaires, et le ministre n'a alors que le seul pouvoir de leur enlever cette désignation. Toutefois, il peut difficilement utiliser ce pouvoir car il n'y a pas d'autre alternative comme établissement pour assumer la quadruple mission de centre universitaire.

Pourtant, certaines de ces exigences constituent, sans contredit, des éléments pouvant servir de caractéristiques spécifiques aux établissements universitaires de santé répondant aux besoins du Québec de l'an 2000, notamment :

- l'excellence des services à maintenir ;
- un milieu de référence 24 heures sur 24 et 7 jours semaine ;
- l'obligation pour tous les médecins de détenir un titre universitaire ;
- l'obligation pour les médecins de participer à des activités d'enseignement ou de recherche ;
- une politique de recrutement du personnel clinique qui tient compte des obligations en matière d'enseignement et de recherche.

En l'occurrence, le Conseil constate que la quadruple mission des CHU et des IU repose sur des assises légales assez faibles. Les établissements jouissent dans les faits davantage d'un titre que d'un statut juridique confirmé. Le Conseil juge par conséquent essentiel que soit renforcé le statut de ces établissements universitaires afin de leur permettre

---

<sup>14</sup> Voir l'annexe 2

d'assurer adéquatement la réalisation des diverses facettes de leur mission.

### **3.2 Une coopération accrue de l'université**

Présentement, c'est le contrat d'affiliation établi en vertu de l'article 110 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et conformément aux principes et aux règles générales établis par le ministre en collaboration avec le ministre de l'Éducation<sup>15</sup>, qui précise le cadre général et spécifique des relations entre l'établissement et l'université en matière d'enseignement et de recherche universitaires.

Ces relations doivent respecter l'autonomie des institutions en cause, établissement et université, et les lois existantes, notamment la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Or, comme nous le disions dans les paragraphes précédents, la loi résume les obligations de l'université à une participation au Conseil d'administration et à être consultée sur divers éléments.

L'étude des contrats d'affiliation signés entre les établissements et les universités, révèle par ailleurs que les universités sont davantage engagées dans les CHU et les IU que ne le permet la loi, notamment au chapitre de la nomination des chefs de départements cliniques, du directeur des services professionnels et des médecins.

---

<sup>15</sup> Se référer à l'annexe 3 pour la circulaire ministérielle sur les principes et règles générales des contrats d'affiliation avec les universités pour les fins de l'enseignement et de la recherche

Le Conseil souscrit entièrement à cette position d'augmenter l'implication et les obligations de l'université dans les CHU et les IU, toutefois toujours dans le respect de l'autonomie des institutions. Premier partenaire des CHU et des IU, principalement en matière d'enseignement et de recherche, l'université a un rôle majeur à jouer. La loi devrait donc à l'avenir permettre aux établissements de parapher un contrat d'affiliation qui consoliderait un réel partenariat entre l'établissement et l'université, chacun assumant des responsabilités significatives.

S'il est nécessaire aux CHU et aux IU d'établir de nouveaux liens avec les universités, il est bon de rappeler qu'il n'existe pas de formule unique de coopération établissement et université. Chaque établissement est convié à définir avec l'université à laquelle il est affilié, un modèle qui répond à ses besoins et à ses valeurs tout en respectant les principes et les règles établis par le ministre.

### **3.3 Des professionnels choisis et engagés**

Le succès de tout établissement de santé repose avant tout sur la qualité de ses ressources humaines. Les médecins, les autres professionnels de la santé et les administrateurs qui y œuvrent doivent être, non seulement en nombre suffisant et posséder les compétences requises pour accomplir leurs tâches professionnelles, mais également, ils doivent s'inscrire et contribuer au projet de l'établissement, en ce qui nous regarde, le développement d'un institut ou d'un centre hospitalier universitaire.

Concernant les médecins, les CHU et les IU devraient compter sur des effectifs hautement qualifiés maintenant constamment à jour leurs connaissances et recrutés en fonction de leurs diverses responsabilités. Ces dernières exigent d'avoir non seulement des compétences professionnelles élevées, mais également un intérêt et des aptitudes à l'enseignement ou à la recherche.

Le Conseil constate cependant que si les établissements peuvent, lors du recrutement et de la nomination d'un nouveau médecin, préciser les conditions d'exercice en regard de ses besoins de soins, d'enseignement et de recherche, il leur est beaucoup plus difficile de remettre en cause la nomination et les privilèges accordés à un médecin. Pourtant, la nomination de certains médecins, en rupture avec la quadruple mission du CHU ou de l'IU, devrait pouvoir être remise en question, particulièrement lors du renouvellement, sans quoi l'avenir des CHU et des IU pourrait être hypothéqué. Ces médecins, avec toutes les garanties nécessaires, pourraient être réorientés vers une carrière davantage satisfaisante à tous.

Par conséquent, le Conseil considère qu'afin d'éviter au maximum ces situations délicates, les CHU et les IU devraient, lors de la nomination d'un médecin ou de son renouvellement, pouvoir préciser les conditions d'exercice, les privilèges accordés et la description de tâches du médecin. Parmi ces dernières, se retrouveraient nécessairement celles concernant la prestation des soins et également celles se rapportant à l'enseignement, à l'évaluation des technologies ou à la recherche, toutes aussi importantes les unes que les autres.

Notamment comme condition particulière d'exercice dans un CHU ou dans un IU, ces médecins cliniciens enseignants, à l'instar de leurs collègues médecins fondamentalistes professeurs à l'université, devraient détenir un titre universitaire. D'autant plus qu'en médecine, la formation clinique et la formation théorique sont complémentaires et qu'il importe de ne pas les opposer. Cela devrait donc se traduire dans les faits par une valorisation similaire de tout le corps professoral.

C'est pourquoi, le Conseil considère de plus qu'il serait pertinent que tout médecin lors de sa nomination ou de son renouvellement, paraphe avec l'établissement et l'université une entente tripartite (médecin-établissement-université) dans laquelle seraient clairement spécifiés le titre universitaire, les privilèges et la description de tâches du médecin et les conditions de maintien de cette nomination ou du renouvellement.

Enfin, comme l'enseignement et la recherche consomment du temps, il importe que les CHU et les IU aient en tout temps un nombre suffisant d'effectifs médicaux afin de leur permettre de poursuivre leurs diverses activités. Le plan régional d'effectifs devra donc tenir compte des diverses particularités des CHU et des IU, entre autres comme nous le disions, du nombre d'effectifs requis pour leur quadruple mission, du remplacement nécessaire des effectifs lors de départs de même que du nombre de médecins qu'ils ont envoyés se perfectionner à l'extérieur. Ces médecins devraient pouvoir réintégrer sans difficulté les établissements en question à leur retour.

Notons en terminant que les CHU et les IU ont besoin d'une relève médicale jeune et dynamique qui souhaite faire une carrière universitaire afin de maintenir l'excellence des services et de l'enseignement cliniques

et de stimuler la recherche. C'est pourquoi, les efforts devront être continus pour assurer le recrutement régulier de jeunes médecins sans pour autant négliger le recrutement et la rétention de médecins d'expérience.

Cependant, pour attirer et retenir des médecins actifs et dynamiques en même temps cliniciens et enseignants ou chercheurs dont les malades et les étudiants ont besoin, il importe tout particulièrement :

- que les CHU et les IU disposent d'un parc immobilier adéquat (nombre suffisant de salles d'opération, de locaux pour les cliniques externes et l'enseignement...), d'équipements à la fine pointe de la technologie et de ressources informatiques importantes afin de permettre aux médecins d'utiliser leurs compétences de façon optimale et ce, toujours pour une meilleure qualité de services à la population ;
- que ces établissements disposent également d'effectifs infirmiers et paramédicaux suffisants pour former les équipes de santé nécessaires aux activités hospitalo-universitaires quotidiennes et assurer une continuité de soins ;
- qu'ils aient des budgets suffisants de fonctionnement notamment pour l'acquisition des produits pharmaceutiques courants, nouveaux et expérimentaux dont les médecins ont besoin pour le traitement de leurs malades ;
- enfin que les médecins de ces milieux aient accès à un programme intéressant de perfectionnement professionnel continu et reçoivent

une rémunération compétitive et tenant compte de leurs diverses activités professionnelles.

Par ailleurs, au sujet de la rémunération, il est bon de souligner d'une part que la contribution financière des universités au paiement des médecins participant aux activités d'enseignement clinique est nettement insuffisante. D'autre part, le paiement à l'acte, bien qu'étant le mode de paiement de la majorité des médecins exerçant présentement dans les CHU et les IU, ne répond pas à toutes les attentes et aux divers besoins de ces milieux. Par exemple, ce mode ne couvre pas les activités d'enseignement, de recherche et de gestion et, de plus, il s'accommode très mal avec certaines activités cliniques.

En outre, la pratique clinique ne devrait pas servir à financer les activités d'enseignement, de recherche et de gestion, comme c'est souvent le cas présentement, particulièrement pour les activités d'enseignement clinique compte tenu de l'insuffisance de la contribution des universités.

Un mode mixte de paiement lié aux responsabilités réellement assumées par les médecins, tel que le proposait le Conseil dans un avis précédent<sup>16</sup>, paraît nettement plus approprié. Comme il le soulignait alors, ce mode mixte permet, entre autres, de rémunérer l'ensemble des activités professionnelles des médecins et de bâtir une organisation efficiente de services en incitant à une utilisation optimale des ressources et au travail en équipe. Il facilite de plus, pour les médecins, la mise en place d'un plan de pratique et d'un plan d'affaires qui favorisent le développement d'intéressantes carrières universitaires.

---

<sup>16</sup> Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes lié à leurs responsabilités*, Avis 97-03, novembre 1997, page 19

### **3.4 Une gestion départementale renouvelée**

En vue d'assurer une prestation des soins de la meilleure qualité possible et une saine gestion des ressources, l'organisation des services médicaux de tout centre hospitalier repose sur la formation de départements et de services cliniques<sup>17</sup>. Ces entités administratives et cliniques relèvent à la fois du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et du directeur des services professionnels.

On y retrouve une départementalisation qui varie selon le permis d'exploitation et les ressources disponibles des établissements et les plans régionaux d'organisation de services. Il appartient à chaque centre hospitalier de déterminer de quel département ou service relèvent les actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques d'un programme clinique et ce faisant, de regrouper dans tel département ou tel service les médecins omnipraticiens et spécialistes et les dentistes qui détiennent des privilèges.

Le Conseil estime que ce modèle d'organisation des services est encore, en 1998, approprié pour les centres hospitaliers. Par ailleurs, dans le cas des instituts et des centres hospitaliers universitaires, il considère essentiel que la création des départements et des services cliniques tienne également compte de leurs responsabilités en enseignement, en recherche et en évaluation des technologies. Il importe donc que soit établi, pour chaque département et service cliniques de ces établissements universitaires, un nombre suffisant de médecins omnipraticiens ou spécialistes pour assumer toutes leurs responsabilités.

---

<sup>17</sup> L.R.Q. c. S-4.2, articles 183-184 et 185

De plus, comme les CHU et les IU ont un rôle majeur à jouer dans le développement d'un réseau de services dans la communauté qui réponde aux besoins de santé de la population, surtout depuis le virage ambulatoire, le Conseil croit qu'il serait pertinent d'élargir les responsabilités des départements ou des services cliniques afin d'y intégrer la pratique en cabinet des médecins spécialistes, tel que le proposait le Conseil en novembre 1997<sup>18</sup>. Les départements ou les services cliniques deviendraient alors de véritables pôles d'organisation des services médicaux spécialisés capables de garantir à la population un accès rapide à des services spécialisés de qualité et une meilleure continuité des services de même qu'une réponse aux nouveaux besoins de formation engendrés par le virage ambulatoire.

Les départements sont dirigés par un chef de département qui sera, selon le cas, médecin, dentiste, pharmacien ou biochimiste clinique. En vertu de l'article 189 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le chef de département clinique a pour principales responsabilités, sous l'autorité du directeur des services professionnels, notamment, de coordonner les activités professionnelles des médecins, dentistes, pharmaciens et biochimistes cliniques, s'il y a lieu, de son département, d'en gérer les ressources médicales, dentaires ou pharmaceutiques et de s'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux. En vertu de l'article 190 de la même loi, le chef de département clinique est notamment responsable envers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de surveiller la façon dont s'y exercent la médecine, l'art dentaire et la pharmacie.

---

<sup>18</sup> Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes lié à leurs responsabilités*, Avis 97-03, Novembre 1997, pages 22 et 28

---

Dans les CHU et les IU, les activités professionnelles des médecins incluent, comme nous l'avons vu précédemment, outre la prestation de soins, des tâches d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies. En conséquence, le Conseil estime que la responsabilité de coordonner ces activités se déroulant dans un département, de gérer les ressources s'y rapportant et de s'assurer de leur distribution et de la façon dont elles sont accomplies, devrait également relever du chef de département.

Le Conseil constate donc que le recrutement de chefs compétents et qualifiés est primordial. Les chefs de département ou de service clinique des CHU et des IU des années 2000 doivent être de véritables gestionnaires imputables des services rendus par les membres de leur département ou service en plus d'être cliniciens. Le Conseil retient donc, au minimum, comme critères de sélection des candidats à ces postes clés, les éléments que propose le Collège des médecins du Québec<sup>19</sup>.

Ainsi, pour le Conseil, tout candidat au poste de chef de département ou de service clinique devrait avoir :

- des aptitudes à la gestion :

le candidat "doit être apte non seulement à gérer les ressources matérielles et financières et à organiser des programmes, mais aussi à motiver, former et surveiller des personnes. Il doit également être capable de coordonner des activités et d'en

---

<sup>19</sup> Corporation professionnelle des médecins du Québec, *Guide concernant la départementalisation clinique en centres hospitaliers de soins de courte durée*, mai 1985

mesurer les résultats... il devrait avoir des aptitudes au leadership<sup>20</sup> et, également, être disposé à parfaire ses connaissances, si nécessaire ;

- un profil de carrière universitaire correspondant sensiblement à celui d'un véritable professeur ayant une compétence clinique dans sa propre discipline et certaines autres pour l'enseignement et la recherche ;
- une reconnaissance par ses pairs ;
- une motivation à assumer les responsabilités de la fonction.

C'est pourquoi, le Conseil estime que le mode de nomination des chefs de département et de service cliniques devrait être modifié.

En outre, considérant que les responsabilités de gestion touchent l'enseignement, l'évaluation des technologies et la recherche dans les CHU et les IU, la qualité des chefs de département ou de service clinique de ces établissements intéresse au plus haut point les universités. Le Conseil est donc d'avis que l'université devrait participer activement au processus de nomination des chefs de département ou de service clinique des établissements qui lui sont affiliés. Le Conseil estime toutefois qu'il appartient aux établissements et aux universités de convenir entre eux des modalités de participation et ce, dans le respect de l'autonomie des institutions.

---

<sup>20</sup> Ibid page 10

Par ailleurs, bien que la structure départementale des centres hospitaliers universitaires et celle des facultés de médecine puissent être similaires, cela ne signifie aucunement qu'une seule et même personne doive en assumer la responsabilité. Le Conseil estime qu'il revient à l'établissement et à la faculté de médecine de convenir, pour chaque département, du mode de direction approprié.

Enfin, pour leur permettre d'accomplir les activités de gestion, les médecins recrutés devraient, notamment, voir leur charge clinique diminuée sans pour autant subir une perte de revenu, et pouvoir compter sur un système d'information performant au niveau tant clinique qu'administratif.

### **3.5 Un financement adéquat et stable**

Pour aller de l'avant dans les prochaines années, les CHU et les IU doivent pouvoir compter sur un financement suffisant pour soutenir leurs diverses responsabilités. L'enseignement, l'évaluation des technologies et la recherche doivent dorénavant être considérés comme des activités principales au même titre que la prestation des soins.

Par ailleurs, le Conseil apprenait au début de sa réflexion que le financement des programmes à portée nationale faisait l'objet d'un examen approfondi de la part du ministère et qu'en matière de recherche, les instituts et les centres hospitaliers universitaires travaillaient en collaboration avec le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) à l'élaboration d'un plan de développement d'une durée de quatre ans. Il

s'est donc attardé plus particulièrement aux volets de l'enseignement et de la technologie.

### **Pour l'enseignement**

En matière d'enseignement, un examen des contrats d'affiliation signés entre les établissements et les universités révèle que les coûts directs liés à l'enseignement, plus précisément à la direction de l'enseignement, au secrétariat aux affaires étudiantes et professorales et au fonctionnement des services d'audiovisuel et de la bibliothèque, relèvent toujours de l'université. Ils sont l'objet de négociation entre les deux parties et débouchent sur une entente.

Or, maintenant que l'enseignement est pleinement reconnu dans la loi comme partie intégrante de la mission des CHU et des IU, le Conseil estime qu'il appartient aux établissements d'offrir des conditions d'apprentissage optimal aux étudiants, de même que des conditions adéquates aux professeurs et aux superviseurs. Par conséquent, les établissements devraient disposer des fonds requis à cette fin, à même leur budget alloué par le ministère, ce qui aurait l'avantage de faciliter la gestion budgétaire et de recentrer la formation pratique et les stages sur l'étudiant sans en faire l'objet de négociations financières, comme le soulignait la Commission Rochon dans son rapport<sup>21</sup>.

Le budget du ministère de l'Éducation (MEQ) présentement alloué par les universités aux CHU et aux IU pour le soutien à l'enseignement devrait alors être transféré au ministère de la Santé et des Services sociaux

---

<sup>21</sup> *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, 1988, page 564

(MSSS). Par ailleurs, pour offrir ces conditions et devenir des lieux de pédagogie capables de répondre aux besoins des divers personnels de la santé des années 2000, les CHU et les IU nécessitent des moyens techniques et des locaux spécifiques beaucoup plus importants que ceux dont ils disposent présentement.

Les méthodes pédagogiques à l'instar des technologies médicales seront dans les prochaines années chambardées. Les nouvelles technologies de communication permettront de mettre les meilleurs spécialistes de chaque discipline en contact direct, même à distance, avec tous les étudiants en médecine, les résidents et les médecins en exercice. Cela favorisera la mise en réseau des médecins enseignants et des médecins chercheurs des établissements universitaires avec les stagiaires, les résidents et les médecins peu importe leur lieu de stage et d'exercice. Pour ce faire, les médecins de demain devront être familiarisés avec l'informatique.

Par conséquent, les CHU et les IU devront disposer pour l'enseignement non seulement de salles pour séminaires, d'amphithéâtres modulaires, de laboratoires d'habilités, sans oublier, d'un centre de documentation professionnelle disposant de bases de données constamment enrichies mais également, entre autres, d'un ensemble d'outils informatiques interactifs, de salles de visioconférence et d'une médiathèque.

### **Pour la technologie**

En matière de technologie, la situation devrait être également améliorée. Le Conseil notait lors des rencontres du Ministre avec le réseau des établissements universitaires de santé que malgré les recommandations

de la Commission Rochon, peu d'attention avait été portée au financement des coûts liés au développement d'un parc technologique capable de répondre aux défis des années 2000. Pourtant, ces établissements ont besoin non seulement de personnel compétent mais également d'équipements technologiques et de ressources informationnelles et de communication à la fine pointe du progrès pour assumer pleinement leurs responsabilités.

Ainsi, par manque d'argent, les établissements ont d'énormes difficultés à entretenir adéquatement leurs équipements technologiques, à les renouveler quand cela est nécessaire et à acquérir de nouvelles technologies. Le Conseil s'inquiète vivement de la situation, particulièrement si elle perdure encore longtemps. Le retard qu'accumulent ainsi depuis plusieurs années les établissements universitaires au niveau de l'investissement dans ce secteur pourrait être très difficile à rattraper et leur faire perdre leur niveau d'excellence.

### **Planifié sur trois ans**

Enfin, le Conseil trouve inconcevable qu'en 1998, les centres hospitaliers, et plus encore les CHU et les IU, soient toujours soumis à une planification financière annuelle, hautement centralisée. Ils n'ont aucune marge de manœuvre et, de ce fait, ils sont de plus en plus déresponsabilisés. Le Conseil espère que le ministère profitera de la décentralisation régionale des budgets pour modifier la dynamique actuelle. Une planification financière sur trois ans, comme le proposait la

---

Commission Rochon<sup>22</sup>, faciliterait de beaucoup le développement des CHU et des IU. Elle permettrait, notamment, de mieux stabiliser les ressources et de les allouer en fonction des objectifs poursuivis, particulièrement en matière de prestation de services à la population, de formation pratique des professionnels de la santé et des services sociaux et de développement et d'acquisition de nouvelles technologies et de tenir compte des résultats obtenus.

Dans ce nouveau contexte, les CHU et les IU pourraient, en outre, réellement devenir imputables, d'une part, au ministère pour tout ce qui touche leurs responsabilités spécifiques, soit les programmes de portée nationale, l'enseignement médical, l'évaluation des technologies et la gestion d'un centre de recherche et, d'autre part, à leur régie régionale pour les programmes locaux et régionaux qu'ils offrent et les diverses activités mises sur pied en collaboration avec les autres dispensateurs de soins de la région (professionnels des cabinets privés, CLSC, CHSGS, CHSLD, CR...).

### **3.6 Une période de relance**

Depuis leur désignation, les CHU et les IU vivent comme tous les établissements, d'importantes compressions budgétaires qui s'inscrivent dans la lutte au déficit et une restructuration en profondeur du réseau des soins de santé qui met l'accent sur une approche davantage ambulatoire et communautaire. De plus, nés d'un regroupement d'établissements, plusieurs d'entre eux sont également aux prises avec une réorganisation interne majeure.

---

<sup>22</sup> Ibid page 677

Il en résulte beaucoup de changements pour les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les autres employés de ces établissements, changements le plus souvent démotivants car peu centrés autour d'un projet porteur d'espoir et d'horizon meilleur. Ils ne voient que des coupures de services, des listes d'attente qui s'allongent et un manque de ressources. Il est essentiel et urgent de recentrer le dynamisme de tous autour du projet pour lequel ils ont été véritablement conviés à s'engager lors de la désignation de leur établissement comme CHU ou IU, soit de mettre sur pied des centres universitaires de santé d'un type nouveau répondant aux besoins des années 2000.

Les centres universitaires de demain disposeront de moins de lits, seront plus spécialisés, davantage équipés de technologies à la fine pointe du progrès et de ressources informationnelles et de communication leur permettant d'être de véritables centres de référence constamment en réseau avec le système de soins. Ils seront également de réels centres de formation pratique des professionnels de la santé mettant l'accent sur l'harmonisation de la formation avec les besoins de santé de la société et sur l'enseignement et l'apprentissage interdisciplinaires reposant sur des données probantes, comme il est proposé de le faire au Centre universitaire de santé McGill<sup>23</sup>. Enfin, ils disposeront d'installations et d'équipements leur permettant de maintenir l'excellence dans le domaine de la recherche.

Il importe donc, pour le Conseil, que la présente période de consolidation de la transformation du système prenne fin dans les meilleurs délais et

---

<sup>23</sup> *XXI<sup>ème</sup> siècle : une nouvelle façon d'envisager les soins de santé, Rapport du Comité sur l'enseignement de la faculté de médecine de l'Université McGill, 15 juillet 1997, page 1.5*

---

fasse place à une période de relance pour les CHU et les IU durant laquelle certaines questions clés pourraient être réglées. Considérant la situation actuelle des CHU et des IU, le Conseil retient principalement les questions concernant :

- le statut légal de la quadruple mission des établissements ;
- la collaboration des universités ;
- les liens avec les diverses autres composantes du réseau ;
- les paramètres de financement de ces établissements ;
- les conditions de nomination des médecins y exerçant et leur renouvellement ;
- le mode et le niveau de rémunération des médecins ;
- enfin l'entretien et le rehaussement du parc technologique de ces établissements.

De plus, le Conseil estime essentiel que, durant cette période, soient supportés et motivés les principaux acteurs des CHU et des IU, particulièrement les médecins, à poursuivre le renouvellement des structures administratives de leur établissement et des façons de faire afin de favoriser, notamment, le développement des activités d'enseignement et de recherche et de réussir ainsi à bâtir de véritables centres universitaires où primera l'excellence.

Enfin, le Conseil est d'avis que si le Gouvernement souhaite le maintien d'un système de santé de qualité pour la population du Québec, il doit soutenir fermement et ce, par des actions concrètes, le développement d'un véritable réseau d'établissements universitaires de santé.

## **4- LES PROCHAINES ÉTAPES DE DÉVELOPPEMENT DES CHU ET DES IU**

Au vu de ce qui précède et maintenant que la transformation du système québécois de la santé vers un système davantage orienté vers des services ambulatoires et dans la communauté est bien engagée, le Québec doit s'atteler sérieusement au développement des CHU et des IU débuté en 1991, voire en accélérer les étapes.

Dans un premier temps, le Conseil est d'avis, comme il est fait mention dans un chapitre précédent<sup>24</sup>, qu'il faille d'abord consolider la quadruple mission de ces établissements. Reconnus au même titre que la prestation des soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies pourraient alors s'épanouir et croître de manière à répondre aux attentes du système de santé de l'an 2000.

Cette consolidation doit non seulement reconnaître aux CHU et aux IU un nouveau statut mais également faire en sorte qu'ils assument pleinement les responsabilités découlant de ce nouveau statut et respectent, à cet égard, les principaux critères ayant mené à leur désignation comme établissement universitaire de santé.

---

<sup>24</sup> Se référer au chapitre 3.1 à la page 21 du document.

PAR CONSÉQUENT, LE CONSEIL RECOMMANDE :

**au Gouvernement d'apporter les modifications législatives nécessaires au renforcement légal du statut des CHU et des IU par la création d'une catégorie distincte d'établissements, de manière :**

- **à rendre ces établissements pleinement imputables des responsabilités découlant de leur quadruple mission à savoir, la prestation de soins généraux, spécialisés et ultraspecialisés, l'enseignement médical en omnipratique et dans différentes spécialités, la gestion d'un centre de recherche et l'évaluation des technologies de la santé ;**
  
- **et à ce qu'ils maintiennent les caractéristiques suivantes :**
  - être des milieux reconnus pour l'excellence des soins et services donnés à la population ;
  - être des milieux de référence 24 heures sur 24 et 7 jours semaine ;
  - être des milieux de formation et de recherche universitaires dont tous les médecins cliniciens détiennent un titre universitaire et des obligations d'enseignement ou de recherche.

On ne saurait s'intéresser au statut des CHU et des IU sans examiner le lien administratif qui unit les établissements de santé aux universités. Le choix du Québec s'est porté sur le modèle de l'affiliation et rien n'indique au Conseil qu'il faille le changer. Toutefois, ce modèle qui respecte l'autonomie des institutions contractantes n'est véritablement effectif que s'il est supporté par de la bonne volonté, un respect mutuel et un réel désir de collaboration des institutions concernées à un projet commun<sup>25</sup>.

En étudiant attentivement la situation des CHU et des IU, le Conseil note que l'implication et les obligations des universités pourraient être plus grandes que ne le permet présentement la loi et s'inscrire dans un véritable esprit de partenariat tout en respectant les prérogatives de chacun.

Parallèlement à cette consolidation de statut, le Conseil juge essentiel de s'attarder à la problématique de la main-d'œuvre des CHU et des IU. Comme nous l'avons vu précédemment<sup>26</sup>, ces établissements doivent disposer suffisamment d'effectifs médicaux, professionnels, techniques et administratifs pour accomplir les différentes activités engendrées par leur quadruple mission.

Les effectifs médicaux, pour leur part, doivent avoir des compétences professionnelles cliniques élevées avec un intérêt et des aptitudes en enseignement ou en recherche. De plus, ils doivent vouloir faire une carrière universitaire et accepter, pour ce faire, les conditions et les obligations qui s'y rattachent.

---

<sup>25</sup> Valberg L. S., Gonyea M. A., Sinclair D. G., Wade J., *Planning the Future Academic Medical Centre*, Canadian Medical Association, 1994, p. 15

<sup>26</sup> Se référer au chapitre 3.3 à la page 24 du document.

LE CONSEIL RECOMMANDE DONC :

- **au gouvernement d'apporter certaines modifications législatives de manière à permettre aux CHU et aux IU de signer un contrat d'affiliation avec une université par lequel les deux institutions partageraient conjointement, dans le respect de leur autonomie, certaines responsabilités, entre autres celles ayant trait à :**
  - **l'élaboration des exigences de nomination et de renouvellement des médecins ;**
  - **l'élaboration du plan d'effectifs ;**
  - **la participation à des comités de sélection ;**
  
- **au ministre de la Santé et des Services sociaux de revoir en conséquence les principes et les règles générales à respecter dans les contrats d'affiliation.**

LE CONSEIL RECOMMANDE ÉGALEMENT :

- **au gouvernement d'habiliter légalement les CHU et les IU à recruter les médecins aptes à exercer dans un environnement universitaire avec les obligations que cela comporte et à renouveler leur nomination notamment, à la condition qu'ils remplissent leurs obligations conformément au contrat signé ;**
  
- **au ministre de la Santé et des Services sociaux de s'assurer que le plan d'effectifs médicaux des régions où se trouvent des CHU et des IU tienne compte des particularités de ces établissements, notamment :**
  - **du nombre de médecins requis pour assumer leur quadruple mission ;**
  - **de la nécessité de remplacer les médecins qui quittent ;**
  - **de la réintégration des médecins envoyés se perfectionner à l'extérieur ;**
  
- **au ministre de la Santé et des Services sociaux de convenir avec le ministre de l'Éducation et les universités de la possibilité que ces dernières accordent des titres universitaires aux médecins cliniciens professeurs ou chercheurs des CHU et des IU.**

---

Par ailleurs, pour attirer et retenir les effectifs médicaux requis, les établissements universitaires de santé doivent être en mesure de leur garantir des conditions de pratique optimale<sup>27</sup>. Cependant, le Conseil constate rapidement que pour offrir des conditions de pratique optimale, les paramètres actuels du financement des établissements doivent être revus. Une attention toute particulière devra même être portée à l'enseignement et au développement technologique pour combler le retard des dernières années dans ces secteurs.

La médecine de pointe et la formation de professionnels de santé de haut niveau ne conserveront une place de premier plan au Québec que si l'État y consacre des moyens importants et croissants. Les CHU et les IU devraient pouvoir compter sur des engagements financiers conséquents de l'État pour mener à bien leur projet. Cependant, le Conseil croit que l'impact budgétaire pourrait être moins élevé à priori qu'il ne paraît, entre autres, par les comportements suivants :

- en concentrant dans quelques établissements, et plus particulièrement en milieu universitaire (CHU, IU et CAU) mais non exclusivement, les malades souffrant de troubles complexes ou rares nécessitant du personnel surspécialisé et des équipements diagnostiques et thérapeutiques sophistiqués et dispendieux pour leurs soins plutôt que de les disperser dans plusieurs établissements et dans toutes les régions ;
- en favorisant la création d'un réseau intégré de services pour une plus grande collaboration et moins de compétition entre les établissements universitaires de santé d'une part et pour une plus grande complémentarité de services entre les CHU, les IU et les autres composantes du réseau incluant les cliniques privées d'autre part ;

---

<sup>27</sup> Voir pages 27 et 35 pour des exemples de conditions d'une pratique optimale.

- en favorisant davantage les financements mixtes (privés-publics) tout en ne menaçant en rien l'indépendance des établissements et leur mission de service public. Par exemple, des entreprises pourraient être incitées, à l'instar de ce qu'elles font pour les universités, à financer des salles de diagnostic, d'opération, des laboratoires d'enseignement, la bibliothèque,...

Toujours pour attirer et retenir les effectifs médicaux nécessaires, l'exercice dans les CHU et les IU devrait permettre d'atteindre des revenus compétitifs en regard des responsabilités assumées. Il devrait même leur permettre de développer leur plein potentiel. C'est pourquoi, le Conseil considère essentiel et urgent de revoir non seulement le mode de rémunération de ces médecins, comme il le soulignait au chapitre 3.3, mais également le financement des sommes destinées à la rémunération pour l'enseignement clinique.

Ce financement provenant des universités est nettement insuffisant obligeant plusieurs médecins des établissements universitaires de santé à encadrer et à former les étudiants en médecine et les résidents bénévolement ou à se partager une masse budgétaire gagnée en clinique. Avec raison, les médecins trouvent de plus en plus inacceptable de devoir assurer eux-mêmes le financement de l'enseignement clinique de leurs futurs collègues médecins. Ce financement est non seulement insuffisant mais il ne cesse de diminuer. Le Conseil considère donc urgent de sensibiliser le ministre de l'Éducation et les universités à la nécessité d'une meilleure répartition de l'enveloppe budgétaire universitaire afin d'accroître les sommes destinées à l'enseignement clinique, sans quoi le ministère de la Santé et des Services sociaux devra combler le manque de fonds.

LE CONSEIL RECOMMANDE DONC FORTEMENT :

**au ministre de la Santé et des Services sociaux de revoir la planification et les règles de financement du fonctionnement et des immobilisations des CHU et des IU de façon à :**

- **supporter adéquatement les divers volets de leur quadruple mission, notamment en considérant l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies comme des activités principales, en les finançant en conséquence et en intégrant tous les coûts directs de l'enseignement ;**
- **rendre possible dans ces établissements l'aménagement de locaux spécifiques pour l'enseignement disposant de tout l'équipement pédagogique moderne nécessaire ;**
- **permettre à ces établissements un rattrapage au chapitre du parc technologique ;**
- **rendre imputables réellement ces établissements en établissant cette planification sur trois ans plutôt qu'annuellement.**

DE PLUS, LE CONSEIL RECOMMANDE :

**au ministre de la Santé et des Services sociaux :**

- **de négocier avec les fédérations médicales, plus particulièrement la FMSQ, les modalités d'introduction progressive d'un nouveau mode mixte de rémunération qui couvre l'ensemble des activités des médecins exerçant dans les CHU et les IU ;**
  
- **de s'assurer auprès du ministre de l'Éducation et des universités que la répartition de l'enveloppe budgétaire de ces dernières destinée à l'enseignement clinique soit équitable et satisfaisante.**

Enfin, pour continuer d'être des centres d'excellence où l'on favorise l'amélioration constante de la qualité des services et le maintien de standards élevés pour les soins, les CHU et les IU des années 2000 devront s'appuyer sur des départements et services cliniques de plus en plus dynamiques. Or, ces derniers, pour devenir de véritables pôles d'excellence et d'innovation en matière de prestation de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies, doivent être davantage responsabilisés et gérés par des leaders cliniques ayant des compétences en administration.

LE CONSEIL RECOMMANDE DONC :

**au gouvernement d'habiliter légalement les CHU et les IU à :**

- **élargir les obligations des départements cliniques afin de les rendre imputables tant au niveau de l'enseignement qu'ils dispensent et des projets de recherche qu'ils mettent en marche qu'au niveau de la qualité des soins et des services rendus non seulement par les médecins exerçant dans leur établissement mais également par les médecins affiliés des cabinets privés<sup>28</sup> exerçant dans la communauté environnante ;**
- **modifier le processus de nomination des chefs de département de façon à tenir compte des compétences exigées et à l'élargir à la nomination des chefs de services.**

Notons, toutefois, en terminant, qu'il n'est pas question pour le Conseil d'alourdir indûment la réglementation en vigueur malgré les diverses propositions. Il lui importe, au contraire, d'alléger au maximum la réglementation et de donner la plus grande marge de manœuvre possible aux établissements universitaires de santé afin de favoriser innovation, émulation et créativité surtout en matière d'organisation et de collaboration, entre autres, avec les universités.

---

<sup>28</sup> Se référer à l'avis 97-03 du Conseil médical du Québec qui porte sur *un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes lié à leurs responsabilités* publié en novembre 1997.

## CONCLUSION

Les CHU et les IU forment une composante majeure et des plus dynamiques de notre système de santé. Ils contribuent de façon remarquable au maintien d'un haut niveau de soins accessibles à tous, à l'avancement des connaissances et à la diffusion des progrès de la science et de la technologie médicales et à la formation de professionnels et de scientifiques de la santé de qualité. Ils occupent même une place très enviée de premier plan dans la compétition mondiale à l'avantage de tous les québécois.

Mais dans les dernières années, sous la poussée des contraintes financières, une transformation radicale du système de santé oblige tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, incluant les établissements universitaires, à changer et, notamment, à devenir plus responsables, plus attentifs aux besoins de la population et plus imputables.

Le Conseil a donc examiné attentivement les principales responsabilités dévolues aux CHU et aux IU et les conditions en découlant nécessaires au développement d'une organisation médicale dynamique et responsable dans ces établissements. Il arrive à la conclusion que la réforme des établissements universitaires, entreprise en 1991, doit être poursuivie rapidement et de façon permanente.

Par la suite, ses travaux l'amenèrent à identifier les actions les plus urgentes à réaliser dans le cadre de cette réforme. Le Conseil souhaite vivement que ses recommandations soient suivies sans quoi, il craint que

le système de santé québécois perde toute chance d'utiliser au mieux le formidable potentiel des CHU et des IU et, peu à peu, glisse sur la pente d'un irréversible déclin.



## ANNEXE 1

### RAPPEL DE QUELQUES ÉVÉNEMENTS QUI INFLUENCÈRENT LE DÉVELOPPEMENT DES INSTITUTS ET DES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

---

- 1639 . Fondation de l'Hôtel-Dieu de Québec, 1er hôpital érigé au Québec
- 1823 . Début de l'enseignement dans les hôpitaux
- 1910 . Rapport Flexner sur l'éducation médicale au Canada et aux USA
- 1961 . Instauration du régime de l'assurance-hospitalisation
- 1965 . Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et sur la formation médicale au Canada (Commission Hall)
- 1967 . Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu)
- 1968 . Décision du CMCPQ de confier les programmes de résidence aux universités à partir de juillet 1970
- 1970 . Instauration du régime de l'assurance-maladie
- 1976 . Rapport de l'Opération sciences de la santé
- 1985 . Rapport du Comité d'étude sur la formation en médecine du Conseil des universités (Rapport Archambault)
- 1988 . Début de la résidence obligatoire en médecine familiale pour tous les médecins qui se dirigent en pratique générale
- 1988 . Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon)
- 1991 . Inclusion des CHU et des IU dans la nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux
- 1995 . Désignation des premiers centres hospitaliers universitaires
- 1996 . Désignation des premiers instituts universitaires du secteur santé

## ANNEXE 2

### TABLEAU COMPARATIF DES CRITERES DE DESIGNATION DES INSTITUTS ET DES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES\*

Critères Catégorie	CHU	INSTITUT
Programmes	<p>2. Le CH accepte de réaliser les programmes d'enseignement et de recherche qui lui sont confiés par l'université à laquelle il est affilié et participe à l'enseignement dans chacun des programmes universitaires suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le programme de formation prédoctorale en médecine;</li> <li>– les programmes de formation postdoctorale suivants pour lesquels son milieu est agréé par la CPMQ : <ul style="list-style-type: none"> <li>• médecine familiale,</li> <li>• anatomo-pathologie,</li> <li>• anesthésie-réanimation,</li> <li>• chirurgie générale,</li> <li>• médecine interne (ou pédiatrie pour un centre pédiatrique),</li> <li>• radiologie diagnostique,</li> <li>• biochimie médicale ou microbiologie ou hématologie/banque de sang.</li> </ul> </li> <li>– les programmes de formation en sciences de la santé autres que la médecine (formation professionnelle);</li> <li>– des programmes de formation de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles et de niveau postdoctoral (formation de chercheurs).</li> </ul>	<p>6. Le CH doit répondre à des besoins d'enseignement et de recherche essentiels aux programmes de formation médicale et complémentaires aux programmes offerts dans les CHUs.</p> <p>7. Le CH accepte de réaliser, pour cette discipline, les programmes d'enseignement qui lui sont confiés par l'université à laquelle il est affilié et participe à l'enseignement plus particulièrement dans chacun des programmes universitaires suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– les programmes de formation médicale postdoctorale suivants pour lesquels son milieu est agréé par la CPMQ : <ul style="list-style-type: none"> <li>• programmes de formation dans les spécialités inhérentes à la discipline concernée (ex. composantes médicale et chirurgicale);</li> <li>• programmes de formation dans les spécialités connexes à cette discipline.</li> </ul> </li> <li>– Les programmes de formation en sciences de la santé autres que la médecine et reliés à cette discipline (formation professionnelle);</li> <li>– des programmes de formation de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles et de niveau postdoctoral (formation de chercheurs) reliés à cette discipline.</li> </ul>
Recherche	<p>12. Le CH gère un centre ou un institut de recherche dont la performance est reconnue élevée par le FRSQ.</p> <p>13. Le CH possède un plan de développement de la recherche et de ses installations physiques accepté par le FRSQ.</p>	<p>14. Le CH gère un centre ou un institut de recherche dont la performance est reconnue élevée par le FRSQ.</p> <p>15. Le CH possède un plan de développement de la recherche et de ses installations physiques accepté par le FRSQ.</p>

Critères Catégorie	CHU	INSTITUT
	<p>14. Le CH gère un centre ou un institut de recherche dont les activités sont intégrées aux activités cliniques et d'enseignement du CH.</p> <p>15. Le CH s'entend avec sa fondation hospitalière pour que le développement de la recherche fasse partie des objectifs qu'elle privilégie.</p>	<p>16. Le CH gère un centre ou un institut de recherche dont les activités sont intégrées aux activités cliniques et d'enseignement dans la discipline concernée.</p> <p>17. Le CH s'entend avec sa fondation hospitalière pour que le développement de la recherche fasse partie des objectifs qu'elle privilégie.</p>
Évaluation des technologies	17. Le CH procède à l'évaluation des technologies et, en plus, contribue à la réalisation d'activités de recherche évaluative à la demande du CETS.	19. Le CH procède à l'évaluation des technologies et, en plus, contribue à la réalisation d'activités de recherche évaluative à la demande du CETS, et cela, dans la discipline concernée tout au moins.
Stages	<p>3. Le CH accueille en tout temps au moins 100 résidents dans les programmes de formation médicale postdoctorale auxquels il contribue.</p> <p>4. Le CH accueille en tout temps une proportion d'étudiants en médecine de l'université qui est au moins équivalente à la proportion de résidents qu'il accueille de cette même université, et doit être en mesure de répondre à au moins 50% des besoins de formation clinique de ces étudiants.</p>	8. Le CH offre en tout temps au moins 25% des stages requis par chacun des programmes de formation médicale dans les spécialités inhérentes à la discipline.
Services cliniques	<p>6. Le CH offre un service d'urgence fonctionnel, i.e.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ouvert 24/24 heures, 7/7 jours;</li> <li>– accessible aux étudiants dans les programmes de formation pré et postdoctoraux auxquels il contribue.</li> </ul> <p>7. Le CH offre des services cliniques ambulatoires en fonction des programmes d'enseignement pré et postdoctoraux auxquels il contribue et pour lesquels il accueille une clientèle variée; il dispose d'une clinique externe générale pouvant intégrer une douzaine d'étudiants ou de résidents à la fois pour les activités de formation prédoctorale et postdoctorale en médecine familiale.</p>	<p>3. Le CH offre, à l'égard de cette discipline, des services à portée suprarégionale pour lesquels un bassin de desserte lui aura été attribué par le Ministre.</p> <p>10. Le CH est un milieu de référence dans sa discipline 24/24 heures et 7/7 jours.</p> <p>11. Le CH offre des services cliniques ambulatoires pertinents à sa discipline en fonction des programmes d'enseignement auxquels il contribue.</p>

Critères Catégorie	CHU	INSTITUT
	<p>18. Le CH offre des services ultraspécialisés à portée suprarégionale pour lesquels un ou des bassins de desserte lui sont attribués par le Ministre en vertu de l'article 112 de la Loi 120.</p> <p>19. Le CH gère ou est un partenaire à part entière d'au moins un programme de services ultraspécialisés à portée provinciale et possède les plateaux techniques appropriés.</p>	
Qualité	<p>1. Le CH doit être reconnu pour l'excellence des soins et des services qu'il donne à la population. À cette fin, il doit être agréé par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé et le demeurer.</p>	<p>1. Le CH doit être reconnu pour la qualité des soins et des services qu'il donne à la population. À cette fin, il doit être agréé par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé et le demeurer.</p> <p>2. Le CH, par les services spécialisés et ultraspécialisés qu'il offre, est reconnu comme milieu d'excellence et de référence dans une discipline.</p>
Ressources humaines	<p>10. Le CH compte sur tous les médecins membres actifs de son CMDP pour réaliser l'ensemble de sa mission universitaire; ceux-ci détiennent tous un titre universitaire, de même que des obligations d'enseignement ou de recherche; pour leur portion d'activités en CH, ils sont couverts par un plan de pratique dont certaines modalités d'application sont prévues au contrat d'affiliation; enfin, au moins 75% de ces membres actifs exercent toutes leurs activités cliniques à l'intérieur du CH; toutefois, compte tenu de la mission du CHU, ces personnes peuvent être autorisées par le CH et l'université à exercer dans d'autres milieux.</p> <p>16. Le CH possède une politique de recrutement et de formation en cours d'emploi de son personnel clinique qui tient compte de ses obligations en matière d'enseignement et de recherche.</p>	<p>12. Le CH compte sur tous les médecins membres actifs de son CMDP ayant des privilèges dans cette discipline et dans les spécialités connexes pour réaliser sa mission universitaire; ceux-ci détiennent tous un titre universitaire, de même que des obligations d'enseignement et de recherche; pour leur portion d'activités en CH, ils sont couverts par un plan de pratique dont certaines modalités d'application sont prévues au contrat d'affiliation; enfin, au moins 75% de ces membres actifs exercent toutes leurs activités cliniques à l'intérieur du CH; toutefois, compte tenu de la mission de l'institut universitaire, ces personnes peuvent être autorisées par le CH et l'université à exercer dans d'autres milieux.</p> <p>18. Le CH possède une politique de recrutement et de formation en cours d'emploi de son personnel clinique qui tient compte de ses obligations en matière d'enseignement et de recherche dans la discipline concernée.</p>

Critères Catégorie	CHU	INSTITUT
Ressources matérielles	<p>5. Le CH détient un minimum d'environ 400 lits à son permis d'opération dont un maximum de 10% de longue durée; ces lits sont organisés en unités d'enseignement clinique.</p> <p>9. Toutes les unités de soins du CH, tant internes (lits) qu'ambulatoires, doivent être disponibles pour les activités d'enseignement et de recherche.</p>	<p>4. Le CH possède les plateaux techniques appropriés dans cette discipline.</p> <p>9. Le CH consacre un minimum de 100 lits de courte durée actifs dans cette discipline, ce qui doit représenter au moins les 2/3 des lits de courte durée à son permis d'opération; ces lits doivent être disponibles pour les activités d'enseignement et de recherche.</p>
Organisation	<p>8. Le plan d'organisation du CH comporte un département clinique de médecine générale.</p> <p>11. Le CH collabore avec des établissements en fonction du bassin de desserte qui lui est confié dans le cadre d'un programme de régionalisation; il s'engage à conclure une entente de services avec ces établissements, conformément à l'article 108 de la Loi, aux fins d'offrir des services médicaux sur référence et sur itinérance, ainsi que des activités de perfectionnement des médecins rattachés à ces établissements.</p>	<p>13. Le CH collabore avec des établissements pour cette discipline en fonction du bassin de desserte qui lui est confié dans le cadre d'un programme suprarégional; il s'engage à conclure une entente de services avec ces établissements, conformément à l'article 108 de la Loi, aux fins d'offrir des services médicaux sur référence et sur itinérance, ainsi que des activités de perfectionnement des médecins rattachés à ces établissements.</p>
Divers		<p>5. Il ne peut y avoir plus d'un CH désigné institut universitaire dans la même discipline par université.</p>

\* Données tirées de documents internes du ministère de la Santé et des Services sociaux

Québec, le 8 janvier, 1998



Expéditeur(s)

Le sous-ministre

Date

1994-08-10

Destinataires

Les directeurs généraux des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et des Régies régionales

Sujet

Contrat d'affiliation, entente ou contrat de services et contrat d'association avec les institutions d'enseignement pour les fins de l'enseignement et de la recherche

**CETTE CIRCULAIRE REMPLACE CELLE DU 5 OCTOBRE 1993 (1993-088)  
MÊME CODIFICATION**

**OBJET** :

Tel que prévu à l'article 110 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), les contrats d'affiliation, les ententes de services, les contrats de services et les contrats d'association doivent être conformes aux principes et règles générales établis par la ministre en collaboration avec le ministre de l'Éducation.

Il est donc opportun de communiquer au réseau les principes et règles générales que les contrats et ententes, conclus en vertu de l'article 110, devront respecter en vue de leur autorisation éventuelle.

**MODALITÉS** :

Ces principes et règles générales se veulent suffisamment souples pour permettre que les contrats et ententes soient rédigés en respectant à la fois la spécificité des programmes des établissements d'enseignement et celle des établissements de santé et des services sociaux.

**1. CONTRAT D'AFFILIATION**

Le contrat d'affiliation doit être signé par l'université et un établissement de santé et de services sociaux pour un ou des centres dont la contribution à l'enseignement ou à la recherche est importante et couvre plusieurs disciplines du secteur de la santé ou des services sociaux.

Service ressource

Direction générale des programmes

Téléphone

(418) 643-6778

N° dossier

1994-060

Document(s) annexé(s)

Programmes de formation professionnelle et technique

Volume Chapitre Sujet Document

01 02 30 04

## 1.1 PRINCIPES

Les grands principes que doivent respecter de tels contrats sont les suivants:

- Le contrat doit respecter l'autonomie et les missions de l'université et celles de l'établissement;
- Le contrat doit établir le cadre général et spécifique des relations entre les contractants en ce qui regarde l'enseignement ou la recherche;
- Le contrat doit viser l'amélioration et la valorisation de l'enseignement ou de la recherche et doit également promouvoir une meilleure coordination et une utilisation optimale des ressources liées à ces activités.
- Le contrat doit prévoir la mise en oeuvre et la réalisation des stages et des programmes d'enseignement clinique;
- Le contrat doit, advenant la désignation d'un centre en tant que CHU, institut ou CAU, tenir compte de l'obligation du respect des critères ayant mené à cette désignation;
- Le contrat doit être formulé dans le respect des lois existantes, notamment la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2).

## 1.2 RÈGLES GÉNÉRALES

Les règles générales que l'on doit respecter dans de tels contrats sont les suivantes:

- Un établissement et une université ne peuvent signer plus d'un contrat d'affiliation, mais ce dernier n'a pas de caractère d'exclusivité;

- Le contrat doit prévoir un mécanisme de gestion pour assurer l'application et le respect du contrat;
- Le contrat doit prévoir, le cas échéant et selon les ressources de l'établissement, la possibilité pour les stagiaires de réaliser les activités de recherche prévues à leur programme;
- Le contrat peut prévoir, après autorisation de l'université, la tenue de stages auprès d'un établissement de santé et de services sociaux autre que l'établissement contractant;
- Les coûts directs engendrés par les stages sont assumés par l'université;
- Les coûts indirects engendrés par les stages sont assumés par l'établissement;
- Le contrat ne tient pas compte des stages hors programmes;
- Le contrat doit prévoir laquelle des deux parties a l'obligation de tenir des statistiques annuelles comprenant au moins, pour chaque programme, les informations suivantes:
  - l'identification des stages;
  - leur durée en jours-stage ou mois-stage (périodes-stages);
  - le nombre de participants.

Ces statistiques doivent également mentionner les sommes reçues par l'établissement à des fins d'enseignement et de recherche universitaires.

- Le contrat doit prévoir un mécanisme de conciliation pour régler les litiges pouvant survenir en cours de contrat;

- Le contrat est à terme limité, ne pouvant excéder cinq ans. Il doit prévoir un mécanisme de révision et de dénonciation. En cas de révision ou de dénonciation, il assure le respect des engagements déjà pris envers les étudiants. Le MSSS devra être informé de toute révision ou dénonciation du contrat. Le contrat peut aussi prévoir un mécanisme de reconduction automatique ne pouvant excéder un an.

## 2. CONTRAT DE SERVICES

Le contrat de services est signé entre une université et un établissement de santé et de services sociaux pour un centre dont la contribution à la formation ou à la recherche demeure modeste. On y retrouve des stagiaires que dans une ou quelques-unes des disciplines de la santé et des services sociaux.

### 2.1 PRINCIPES

Les principes que doivent respecter de tels contrats sont les suivants:

- Le contrat doit respecter l'autonomie et les missions de l'université et celles de l'établissement;
- Le contrat doit établir les obligations respectives de l'université et de l'établissement;
- Le contrat doit être fonction des ressources de l'établissement déjà disponibles pour l'activité visée;
- Le contrat doit prévoir la réalisation des stages d'enseignement clinique.
- Le contrat doit être formulé dans le respect des lois existantes, notamment la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2).



- L'entente doit établir les obligations respectives des établissements;
- L'entente doit être fonction des ressources, déjà disponibles, de l'établissement d'accueil.
- L'entente doit être formulé dans le respect des lois existantes, notamment la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2).

### 3.2 RÈGLES GÉNÉRALES

Les règles générales que l'on doit retenir pour de tels ententes sont les suivantes:

- L'entente n'a pas de caractère d'exclusivité;
- L'entente doit prévoir un mécanisme pour assurer son application et son respect;
- Les coûts directs engendrés par les stages sont normalement assumés par l'établissement signataire du contrat d'affiliation;
- Les coûts indirects engendrés par les stages sont assumés par l'établissement d'accueil;
- L'entente est à terme limité, ne pouvant excéder la durée non écoulee du contrat d'affiliation. Il doit prévoir un mécanisme de révision et de dénonciation. En cas de révision ou de dénonciation, il assure le respect des engagements déjà pris envers les étudiants.

#### 4. CONTRAT D'ASSOCIATION

Le contrat d'association doit être signé par un établissement d'enseignement de l'ordre secondaire ou collégial et un établissement de santé et de services sociaux, pour un ou des centres qui contribuent à l'enseignement aux fins de procurer aux élèves du domaine de la santé et des services sociaux des lieux de stage et de formation pratique.

##### 4.1 PRINCIPES

Les grands principes que doivent respecter de tels contrats sont les suivants:

- Le contrat doit respecter l'autonomie et les missions de l'établissement d'enseignement et celles de l'établissement de santé et de services sociaux;
- Le contrat doit établir le cadre général et spécifique des relations entre les contractants en ce qui regarde l'enseignement;
- Le contrat doit viser l'amélioration et la valorisation de l'enseignement et permettre la réalisation des objectifs de formation;
- Le contrat doit prévoir les modalités de mise en oeuvre et la réalisation des stages de formation et d'apprentissage pratique;
- Le contrat doit être formulé dans le respect des conventions collectives et des lois existantes, notamment la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2).

##### 4.2 RÈGLES GÉNÉRALES

Les règles générales que l'on doit respecter dans de tels contrats sont les suivantes:

- Un établissement de santé et de services sociaux et une institution d'enseignement ne peuvent signer plus d'un contrat d'association, mais ce dernier n'a pas de caractère d'exclusivité;
- Le contrat doit prévoir un mécanisme de gestion pour assurer l'application et le respect du contrat;
- Dans le cas où plus d'un établissement d'enseignement utilise les champs cliniques d'un même établissement de santé ou de services sociaux, ce dernier doit créer ou participer à un mécanisme de gestion des stages cliniques, afin de permettre une utilisation cohérente et équitable de ses ressources;
- Le contrat doit porter sur des programmes autorisés et financés par le ministère de l'Éducation (liste à l'annexe 1);
- Les coûts normalisés de l'administration et des dépenses d'encadrement afférentes sont assumés par l'institution d'enseignement. Le coût global normalisés sera établi périodiquement après entente entre les ministères concernés;
- Les coûts réels d'enseignement sont assumés par l'institution d'enseignement. Pour des situations qui l'exigent, il pourra y avoir location de services auprès du personnel de l'établissement de santé ou de services sociaux;
- Le contrat doit prévoir un mécanisme de conciliation pour régler les litiges pouvant survenir en cours de contrat;

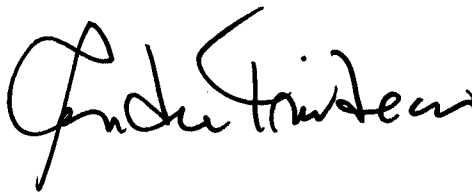
- Le contrat est à terme limité, ne pouvant excéder trois ans. Il doit prévoir un mécanisme de révision et de dénonciation. En cas de révision ou de dénonciation, il assure le respect des engagements déjà pris envers les élèves. Il peut aussi prévoir un mécanisme de reconduction automatique ne pouvant excéder un an.

SUIVI :

Les projets de contrats et ententes devront être soumis pour autorisation éventuelle à:

Docteur Brigitte Bernard  
Direction générale des programmes  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
1075, chemin Sainte-Foy, 11<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec)  
G1S 2M1

Le sous-ministre,



André TRUDEAU

ANNEXE 1 À LA CIRCULAIRE 1994-060 (01 02 30 04)

**PROGRAMMES DE FORMATION PROFESSIONNELLE ET TECHNIQUE ASSUJETTIS  
AUX ENTENTES ENTRE LE MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET LE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

<u>Code</u>	<u>Titre</u>
111.01	Techniques d'hygiène dentaire (DEC)
120.01	Techniques de diététique (DEC)
140.01	Technologie de laboratoire médical (DEC)
140.04	Techniques d'électrophysiologie médicale (DEC)
140.78	Cytotechnologie (AEC)
141.01	Techniques d'inhalothérapie et d'anesthésie (DEC)
142.01	Techniques de radiodiagnostic (DEC)
142.02	Techniques de médecine nucléaire (DEC)
142.03	Techniques de radiothérapie (DEC)
144.01	Techniques de réadaptation physique (DEC)
144.03	Techniques d'orthèses et de prothèses orthopédiques (DEC)
180.01	Soins infirmiers (DEC)
180.21	Soins infirmiers (DEC)
310.02	Techniques d'intervention en délinquance (DEC)
351.03	Techniques d'éducation spécialisée (DEC)
388.01	Techniques de travail social (DEC)
411.01	Archives médicales (DEC)
1094	Santé, Assistance et Soins infirmiers (DEP)
1594	Health, Assistance and Nursing Care (DEP)
5081	Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé (DEP)
5581	Assistance to Patients or Residents in Health Care Establishment (DEP)
5045	Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile (DEP)
5545	Home Care and Family and Social Assistance (DEP)
5141	Assistance technique en pharmacie (DEP)
5641	Pharmacy Technical Assistance (DEP)

## ANNEXE 4

### DÉFINITIONS DE CONCEPTS

---

**Lignes de services:** réfèrent à l'organisation du système de distribution des soins et au cheminement du citoyen à l'intérieur de celui-ci..

**1<sup>re</sup> ligne:** porte d'entrée du système de distribution de soins, les services de 1<sup>re</sup> ligne sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un 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 qu'ils soient d'origine biologique, psychologique ou sociale. Ils d'adressent à une population vivant à domicile lors de tout nouvel épisode de soins ou dans le contexte d'un suivi périodique et ont comme principales caractéristiques l'accessibilité, la globalité et la continuité.

**2<sup>e</sup> ligne:** les services de 2<sup>e</sup> ligne s'adressent à des personnes aux prises avec des problèmes complexes de santé ne pouvant être résolus en 1<sup>re</sup> ligne et à des personnes ne pouvant plus demeurer dans leur milieu en raison d'une perte importante d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale et qui nécessitent des soins. Ils comportent des services généraux et spécialisés. Ces

services, contrairement à ceux de 1<sup>re</sup> ligne, sont spécifiques et couvrent des domaines particuliers de la médecine. Chaque domaine implique un niveau de connaissances et de compétences spécifiques ou un engagement particulier. De plus, chacun peut nécessiter une infrastructure adaptée et une technologie diagnostique ou thérapeutique spéciale. Enfin, ces services de 2<sup>e</sup> ligne sont accessibles uniquement sur référence, provenant généralement d'un médecin de 1<sup>re</sup> ligne, mais aussi de certains autres professionnels de la santé.

**3<sup>e</sup> ligne:**

les services de 3<sup>e</sup> ligne sont ultraspécialisés et destinés à des personnes présentant des problématiques de santé qui ne peuvent être résolues en 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes pour raison de complexité ou de faible prévalence. Ces services concernent généralement des champs très étroits de la médecine exigeant du personnel hautement qualifié et une infrastructure à la fine pointe de la technologie médicale. Ils sont accessibles uniquement sur référence médicale et disponibles généralement à un niveau suprarégional.

**Soins généraux,  
spécialisés et  
ultraspécialisés:**

réfèrent aux dispensateurs. Les soins médicaux généraux sont dispensés généralement par des médecins omnipraticiens et les soins spécialisés et ultraspécialisés généralement par des médecins spécialistes.

## ANNEXE 5

### SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

---

**I. Le Conseil recommande au Gouvernement de modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux , de manière à:**

- renforcer le statut légal des CHU et des IU afin de les rendre pleinement imputables des responsabilités découlant de leur quadruple mission;
  
- permettre aux CHU et aux IU de signer un contrat d'affiliation avec une université par lequel les deux institutions partageraient conjointement, dans le respect de leur autonomie, certaines responsabilités ayant trait, entre autres, à:
  - l'élaboration des exigences de nomination et de renouvellement des médecins;
  - l'élaboration du plan d'effectifs;
  - la participation à des comités de sélection.
  
- habiliter les CHU et les IU à recruter les médecins aptes à exercer dans un environnement universitaire et à renouveler leur nomination notamment, à la condition

qu'ils remplissent leurs obligations conformément au contrat signé;

- habiliter les CHU et les IU à élargir les obligations des départements cliniques;
- réformer le processus de nomination des chefs de départements et à l'élargir à la nomination des chefs de services.

**II. Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de:**

1. revoir les principes et les règles générales à respecter dans les contrats d'affiliation conformément aux modifications législatives apportées;
2. s'assurer que le plan d'effectifs médicaux des régions où se trouvent des CHU et des IU tienne compte des particularités de ces établissements;
3. convenir avec le ministre de l'Éducation et les universités de la possibilité que ces dernières accordent des titres universitaires aux médecins cliniciens professeurs ou chercheurs des CHU et des IU;

**4. revoir la planification et les règles de financement du fonctionnement et des immobilisations des CHU et des IU de façon à:**

- supporter adéquatement les divers volets de leur quadruple mission;
- rendre possible dans ces établissements l'aménagement de locaux spécifiques pour l'enseignement disposant de tout l'équipement pédagogique moderne nécessaire;
- permettre à ces établissements un rattrapage au chapitre du parc technologique;
- rendre imputables réellement ces établissements en établissant la planification financière sur trois ans.

**5. négocier avec les fédérations médicales les modalités d'introduction progressive d'un nouveau mode mixte de rémunération des médecins exerçant dans les CHU et les IU;**

**6. s'assurer auprès du ministre de l'Éducation et des universités que la répartition de l'enveloppe budgétaire de ces dernières destinée à l'enseignement clinique soit équitable et satisfaisante.**