



Protéger l'avenir des Centres des sciences de la santé universitaires du Canada

Étude de cas décrivant les enjeux actuels et futurs



Academic Health Sciences Centres - National Task Force
Centres des sciences de la santé universitaires - groupe de travail national

La publication de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada.
Les points de vue exprimés dans ce document ne représentent pas nécessairement l'opinion de Santé Canada.

ISBN 978-0-9812365-4-4

Copyright © 2009 Centres des sciences de la santé universitaires – groupe de travail national

Étude de cas décrivant les enjeux acutels et futurs

Table des matières

Résumé	3
1.0 Introduction	7
<i>Antécédents/Contexte</i>	7
<i>Mandat du Groupe de travail</i>	8
<i>Objet de l'étude de cas</i>	9
2.0 Définition des Centres des sciences de la santé universitaires	11
3.0 Modèles de gouvernance et Centres des sciences de la santé universitaires	15
<i>Gouvernement</i>	15
<i>Gouvernance du système de santé</i>	17
<i>Conclusions</i>	22
4.0 Mécanismes d'intégration (par-delà la gouvernance)	23
<i>Leadership et structures et processus de gestion</i>	23
<i>Nominations communes</i>	29
<i>Conclusions</i>	30
5.0 Les défis de l'exécution du mandat des CSSU	31
<i>Modèles répartis</i>	31
<i>Prestation de soins et ressources humaines en santé</i>	33
<i>Nouveaux enjeux : mandat éducatif</i>	33
<i>Nouveaux enjeux : mandat de recherche et d'innovation</i>	37
<i>Conclusions</i>	40
6.0 Financement des CSSU	41
<i>Financement provincial</i>	41
<i>Financement fédéral</i>	43
<i>Enjeux concernant le financement de l'infrastructure</i>	44
7.0 Commentaires finals	45
Annexe	
1.1 Liste des dirigeants interviewés	47

Résumé

Les Centres des sciences de la santé universitaires (CSSU), terme relativement nouveau dans les soins de santé, sont le moyeu autour duquel s'articule la relation entre les programmes de formation clinique et de santé au niveau universitaire, d'une part, et les hôpitaux et régions sanitaires qui fournissent les moyens matériels nécessaires pour la prestation des soins, la recherche et l'éducation, de l'autre.

Ces institutions ont évolué d'un modèle qui, vers la fin du XIX^e siècle, reliait la prestation de soins à l'enseignement médical à des centres qui jouent, de nos jours, un rôle charnière quoique non exclusif dans l'intégration des mandats cruciaux liés à l'éducation, à la recherche et à la prestation de soins. L'accent qui traditionnellement était mis sur les soins épisodiques a fait place au souci de la santé et du bien-être de la population tout au long du continuum et des méthodes innovatrices de prestation de soins qui, conjointes à l'optimisation des technologies au service de la formation et à la transposition de la recherche dans des soins améliorés, donnent la possibilité de consolider les liens entre les trois mandats. Qui plus est, les CSSU remplissent le mandat dans un modèle de gouvernance et une taille de l'organisation changeants. Dans la plupart des provinces, les CSSU comptent un noyau académique traditionnel d'hôpitaux prodiguant des soins tertiaires et quaternaires, d'établissements d'enseignement et des installations de recherche et une répartition géographique des soins plus étendue entre des hôpitaux régionaux, des centres communautaires et des soins à domicile.

Afin de garantir que les CSSU continueront de répondre aux besoins des Canadiennes et des Canadiens, plus de vingt institutions de santé ont appuyé la création d'un Groupe de travail national qui, bénéficiant d'une subvention de Santé Canada, se chargerait de dresser un bilan de la situation et de formuler des recommandations pour l'orientation future des Centres des sciences de la santé universitaires au Canada.

La présente étude de cas est une composante de la tâche à laquelle s'est attelé le Groupe de travail national et se veut un des documents appelés à éclairer et engager un dialogue plus suivi entourant le mandat du groupe de travail. Le plan original prévoyait d'entreprendre 17 études de cas, c. à d. une étude pour chaque réseau de CSSU lié aux universités par une école de médecine. À mesure que les entrevues progressaient, des ressemblances multiples ont émergé suggérant que les 17 études de cas auraient un caractère répétitif et vraisemblablement de peu d'utilité. Aussi, l'étude de cas nationale vise à décrire l'état actuel des modèles CSSU au pays, en faisant ressortir autant les éléments de continuité que de divergence par rapport au modèle ainsi que la structure à l'intérieur de laquelle le modèle fonctionne et les mécanismes par lesquels les CSSU remplissent leur mandat intégré conjointement avec les défis associés à l'exécution du mandat tripartite dans le modèle courant.

La majorité des entrevues avec des dirigeants administratifs clés des universités et des établissements hospitaliers/conseils régionaux de santé ont été menées en personne ou dans certains cas par téléphone. Dans la mesure du possible, pendant le court laps de temps de l'étude, on a tenté d'inclure toutes les professions de la santé chargées de s'acquitter de la mission tripartite du Centre des sciences de la santé universitaire. Le rapport contient aussi bien des citations directes que des résumés du contenu des

entrevues, dans le respect de la confidentialité. Une liste complète de toutes les personnes interrogées est donnée en annexe.

Le rapport décrit les principaux éléments qui caractérisent les Centres des sciences de la santé universitaires en mettant en lumière les facteurs clés qui influent sur les établissements postsecondaires et les régions sanitaires et hôpitaux affiliés. Ces facteurs incluent des modèles de gouvernance, des mécanismes d'intégration pour la prise de décisions au-delà de l'administration officielle, le financement du mandat commun des CSSU et les défis que comporte l'exécution du mandat d'enseignement, recherche et prestation de soins de santé assumé de conjoint.

Rappelons, à titre d'observation générale, que le modèle des CSSU tire sa raison d'être du partenariat entre les universités et leurs facultés et écoles dédiées à la formation des professionnels de la santé et les hôpitaux affiliés et, plus récemment, de l'émergence des régies et conseils régionaux de santé. Ces derniers ont ajouté une nouvelle dimension aux trois mandats de prestation de soins, recherche et enseignement en incorporant à l'intérieur d'une structure de gouvernance unique de prestation de soins les soins actifs administrés par les hôpitaux régionaux et communautaires, les soins et services en milieu communautaire et les soins à domicile. Cette nouvelle structure est considérée par les partenaires à la fois comme une opportunité et un défi. L'ouverture prometteuse est que les hôpitaux d'enseignement traditionnels sont devenus aujourd'hui un Centre des sciences de la santé universitaire incorporant la formation de tous les professionnels de la santé et une organisation faisant passer la recherche du laboratoire au chevet des malades dans un modèle de prestation de soins intégré allant des soins actifs aux services de santé communautaires et aux soins à domicile. Le défi est que le CSSU traditionnel n'est désormais qu'une partie réduite d'une organisation plus vaste, alors qu'il constituait par le passé l'organisation tout entière.

Selon le nouveau modèle de gouvernance, la majorité des réseaux (10 sur 17) qui résident en Ontario et au Québec ne se départent pas du modèle traditionnel par lequel l'association hospitalière a son propre conseil d'administration où l'université est officiellement représentée. Dans le modèle régional, seulement une administration (Capital Health) applique un modèle qui inclut officiellement l'Université dans son conseil d'administration. Les six réseaux restants fonctionnent selon un modèle de gouvernance régionalisé où la représentation au sein du conseil d'administration par des personnes ayant des antécédents ou une affiliation avec l'un ou l'autre partenaire peut exister, sans qu'elle soit voulue à propos. D'aucuns ont dit craindre que les modèles régionaux présentent une menace pour l'avenir des CSSU car, à cause de l'absence d'une intégration ou harmonisation statutaire, les partenaires officiellement responsables du mandat tripartite ne sont pas représentés au niveau de la gouvernance. Plusieurs initiatives décrites dans le rapport ont été prises par les partenaires (et au Québec, par le gouvernement) pour combler le besoin au plan de l'intégration. La majorité des CSSU ne disposent pas de mécanisme (ou alors sans aucun caractère formel) poussant au dialogue et à la prise de décision. L'impact de cette absence d'intégration formelle sur des enjeux tels que les nominations professorales de médecins et d'autres professionnels de la santé, la planification des ressources humaines pour la formation de tous les professionnels de la santé, le recrutement et le maintien en poste des chercheurs, le développement des nouveaux programmes et laboratoires de recherche, la création de nouveaux programmes cliniques et universitaires et d'autres défis, est mis en évidence.

L'inquiétude exprimée le plus souvent est la difficulté de concilier les besoins individuels des universités, d'une part, et des hôpitaux et conseils régionaux de santé, de l'autre, afin de répondre à leurs besoins en ressources tout en essayant également de procurer les ressources nécessaires en vue de l'exécution du mandat commun. L'hôpital ou le conseil régional de santé fixe les priorités en fonction du budget global répondant aux besoins des soins aux malades et les universités en fonction du budget consacré principalement à l'enseignement et à la recherche. Aucun des partenaires ne dispose de moyens discrétionnaires pouvant être affectés au mandat commun. Cela conduit à des relations tendues et instaure une quasi-rivalité en vue de l'obtention de fonds par le gouvernement et le secteur privé, par le biais de leurs fondations respectives.

Dans l'environnement qui les caractérise au Canada, les Centres des sciences de la santé universitaires ont la possibilité d'être un chef de file mondial donnant l'exemple d'une intégration sans coupure de la formation des professionnels de la santé de la plus haute qualité et de l'application des connaissances issues d'une recherche de fine pointe confluant dans l'excellence de la prestation de soins de santé. Les changements intervenus au cours des deux dernières décennies ont donné lieu à une collusion significative des trois mandats. On a assisté récemment à un accroissement rapide des avancées des modèles éducatifs dont bénéficient les professionnels de la santé qui s'est accompagné en même temps d'une accélération de l'application des découvertes de la recherche à l'avantage des soins aux patients.

Toutefois, devant les coûts croissants des soins de santé entraînés par le vieillissement de notre population et d'autres facteurs, les gouvernements ont répondu par l'introduction de changements au plan de la gestion et de la gouvernance du système de soins de santé. Ces changements ne se sont pas accompagnés d'une réforme de la gouvernance et des modalités de financement des organismes partenaires qui remplissent la mission d'enseignement, recherche et prestation de soins par l'entremise des CSSU.

Aussi bien les gouvernements fédéral que provinciaux doivent reconnaître la valeur de la contribution du partenariat entre les établissements d'enseignement postsecondaire et les régions sanitaires dont l'apport au plan d'innovation et à la croissance économique du pays par le développement et la mise sur le marché de nouveaux moyens et dispositifs thérapeutiques s'avère important et unique. Ensemble, ils assurent le continuum essentiel d'application des connaissances du laboratoire à la société.

Il convient d'établir un nouveau modèle intégré reflétant les partenariats essentiels qui subsistent entre les établissements d'enseignement postsecondaire et les régions sanitaires du pays. Les programmes du gouvernement fédéral doivent reconnaître le besoin de moyens des partenaires des CSSU par le soutien aux frais indirects afférents à la recherche d'une manière qui réduira les conflits de compétence parmi les partenaires.

Les programmes de financement des établissements d'enseignement postsecondaire et des régions sanitaires des gouvernements provinciaux doivent, pour leur part, mettre ce partenariat un valeur, en évitant les lourdeurs dictées par l'absence de coordination stratégique entre les différents ministères ainsi que la complexité des mécanismes de financement des unes et des autres.

1.0 Introduction

Antécédents/Contexte

Le système de soins de santé du Canada a fait l'objet d'examens répétés par des commissions royales, des comités spéciaux et des cabinets de consultants et, indépendamment de leur portée nationale, provinciale ou régionale, toutes les études préconisent un plan de réforme tenant compte des besoins exprimés afin d'en assurer la viabilité.

Dans son rapport intitulé *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, l'honorable Roy Romanow affirmait que la viabilité du système « dépend de notre détermination à agir ». Il poursuivait en disant : « Si les Canadiens sont prêts à assurer la viabilité du régime d'assurance santé, il faut, à mon avis, passer à une nouvelle étape et transformer celui-ci en un système de santé vraiment national, plus intégré, mieux adapté à nos besoins et davantage axé sur l'imputabilité. L'objectif primordial doit être de faire en sorte que la santé des Canadiens soit meilleure que partout ailleurs dans le monde. »¹

Dans ce contexte, les Centres des sciences de la santé universitaires (CSSU) du pays sont scrutés et mis au défi de remplir leurs mandats par l'adoption de modèles, structures et processus nouveaux. Le terme Centre des sciences de la santé universitaires (CSSU) est relativement nouveau dans le domaine des soins de santé et est employé pour décrire des institutions affiliées aux universités à forte densité de recherche et qui sont autorisées à conférer des grades ou diplômes aux professionnels de la santé, avec pour finalité une mission commune de formation des professionnels de la santé et d'enseignement supérieur, de promotion de la santé et de recherche biomédicale².

Ces institutions dont la fonction était l'établissement d'un lien entre la prestation de soins et l'enseignement médical vers la fin du XIX^e siècle ont évolué jusqu'à devenir des centres qui jouent, de nos jours, un rôle charnière quoique non exclusif dans l'intégration des mandats cruciaux liés à l'éducation, à la recherche et à la prestation de soins. L'accent qui traditionnellement était mis sur les soins épisodiques a fait place au souci de la santé et du bien-être de la population tout au long du continuum de la santé et des méthodes innovatrices de prestation de soins qui, conjointes à l'optimisation des technologies au service de la formation et à la transposition de la recherche dans des soins améliorés, donnent la possibilité de consolider les liens entre les trois mandats.

Dans le souci de comprendre l'évolution de ces mandats dans le paysage rapidement changeant du système canadien des soins de santé, plus de vingt institutions nationales de la santé ont appuyé la mise sur pied d'un Groupe de travail national chargé de se pencher sur l'avenir des CSSU, avec le soutien financier de Santé Canada.

L'impulsion qui a conduit à la création du groupe de travail était motivée par le constat que, malgré les multiples études et rapports sur l'avenir du système dans son ensemble, aucun examen méthodique de la mission/du mandat et des rôles/responsabilités des CSSU n'a été

¹ Gouvernement du Canada, *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Rapport final de la Commission royale sur l'avenir des soins de santé, Ottawa, 2002

² Lozon, J. et Fox, R. (2002), *Academic Health Sciences Centre Laid Bare*, Healthcare Papers, 2(3)

effectué depuis le début des années 1990. Ce manque d'attention relatif menace l'efficacité globale du système de soins de santé du Canada au XXI^e siècle.

Les CSSU qui fournissent généralement des programmes d'éducation sanitaire et de formation clinique par l'entremise des universités, des hôpitaux affiliés locaux et des systèmes de fourniture de soins, constituent un mécanisme de prestation crucial pour trois composantes essentielles :

Soins – *une gamme de services de santé tertiaires et quaternaires spécialisés, avec l'inclusion de certains soins primaires, des soins continus et de réadaptation complexes et des services de santé mentale ;*

Enseignement – *formation et pratique clinique à l'intention des futurs professionnels de la santé ;*

Recherche – *financement et exécution de recherches en santé et dans le domaine biomédical de fine pointe et mise en œuvre de pratiques novatrices.*

Ces trois composantes continuent d'être les éléments clés des CSSU modernes, mais leur rôle évolutif inclut également une intégration plus poussée des soins, de la formation et de la recherche par une attention accrue portée à la santé de la population, à l'utilisation de la technologie dans l'éducation pour la santé et une application plus étendue du savoir afin d'assurer que la recherche débouchera sur l'amélioration des soins aux patients et une utilisation plus performante ou pertinente des ressources dans l'organisation du système de soins de santé.

Mandat du Groupe de travail

Le mandat confié au Groupe de travail national se décline comme suit :

1. S'inspirer des expériences internationales et des leçons apprises concernant les facteurs internes et externes qui méritent d'être traités pour permettre aux CSSU (aux niveaux individuel et collectif) d'atteindre l'excellence et l'innovation dans les soins aux patients et la prestation de services, l'enseignement et la recherche.
2. Entreprendre une évaluation approfondie (par ex., une analyse du contexte) afin de comprendre les perspectives des CSSU (c.-à d. les universités, les facultés de médecine, des sciences de la santé, d'art dentaire et des sciences infirmières, les d'enseignement et les institutions de recherche), des gouvernements et du public au Canada.
3. Formuler des recommandations sur de nouveaux cadres conceptuels et typologies pour les CSSU au Canada, lesquels contribueront à harmoniser leur mission sur le plan des services, de l'enseignement et de la recherche conceptuelle avec les approches évolutives de la santé et de la prestation de soins de santé, les attentes changeantes à l'égard de l'enseignement pluridisciplinaire et de nouvelles possibilités d'innovation par le biais de la recherche.

Objet de l'étude de cas

La présente étude de cas est une composante des tâches accomplies par le Groupe de travail national et se veut un des documents descriptifs permettant d'élargir le dialogue autour du mandat qui lui a été confié. L'étude de cas se propose de décrire l'état actuel des modèles CSSU au pays, de déterminer les éléments de continuité et de divergence quant au modèle même, la structure dans laquelle il s'inscrit et les mécanismes par lesquels le mandat des CSSU est rempli. En partant des éléments descriptifs de l'étude de cas, le rapport déterminera les thèmes et les enjeux clés et formulera des recommandations concernant les interventions éventuelles que le Groupe de travail national jugera opportun d'envisager.

L'étude de cas a été élaborée à la suite d'une série de consultations avec des dirigeants de toutes les régions du pays (voir l'annexe 1.1). Pendant huit semaines, depuis la fin de février jusqu'à la fin du mois d'avril, une centaine de personnes ont été consultées et invitées à formuler des commentaires sur l'élaboration de ce document. Ces personnalités avaient qualité de :

- présidents et chefs de la direction d'hôpitaux et de régions
- présidents du conseil d'administration de la régie et du conseil régional de santé
- doyens et vice-doyens des facultés de médecine
- doyens des facultés de pharmacie
- doyens des facultés des sciences infirmières
- directeurs d'école/chefs de département des sciences de la réadaptation
- vice-présidents de la recherche dans des universités et des établissements hospitaliers ainsi que directeurs d'institutions de recherche (là où elles existent)
- vice-présidents, pratique professionnelle/OIIO
- vice présidents, membres du corps professoral et doyens d'université

Les consultations se sont accompagnées d'un examen de la documentation et de quelques recherches indépendantes sur le modèle des CSSU, menées aussi bien au Canada que dans d'autres pays.

2.0 Définition des Centres des sciences de la santé universitaires

On peut faire remonter l'origine des CSSU modernes à il y a 120 ans et plus précisément en

« Celui qui étudie la médecine sans le secours des livres navigue sans sextant, mais celui qui étudie sans avoir le contact avec le patient ne part même pas en mer. »

Sir William Osler, médecin canadien, premier médecin-chef à l'Université John Hopkins et professeur de médecine, 1893

1889, année dans laquelle l'hôpital Johns Hopkins aux États-Unis fut l'un des premiers, sinon le premier, qui ouvrit ses portes pour permettre à des étudiants en médecine de travailler comme cliniciens stagiaires, de suivre une partie de leur formation au chevet du malade et de mener leurs recherches en milieu hospitalier.

D'autres grands hôpitaux se sont inspirés de l'exemple de Hopkins dans les 20 à 30 années qui ont suivi. Cette pratique a conduit à des partenariats éducationnels plus fréquents et

assidus avec les écoles de médecine avec, pour conséquence, qu'à partir des années 1920 l'hôpital d'enseignement moderne voyait finalement le jour³.

Dès le début, la relation entre les écoles de médecine et les hôpitaux d'enseignement s'est placée sous le signe de la codépendance. Les écoles médicales, toujours à l'affût d'installations cliniques, ont compris que l'accès aux salles d'hôpital était essentiel à l'enseignement et à la recherche⁴. Les hôpitaux d'enseignement ont compris à leur tour que leur prééminence dans la pratique médicale du XX^e siècle était une conséquence de leur participation à l'enseignement médical⁵.

Au cours des 20 années suivantes, la priorité de l'hôpital d'enseignement fut accordée en grande partie à sa vocation première –l'enseignement. Après la Deuxième Guerre mondiale, la recherche a égalé l'enseignement en tant qu'activité dominante de la plupart des facultés de médecine des États-Unis. Les hôpitaux d'enseignement canadiens ont suivi une tendance identique, stimulée par de nouvelles sources de financement et d'aide à la recherche et un système d'assurance-maladie émergent qui a donné lieu au système de soins de santé public en vigueur aujourd'hui.

Dès ses origines, l'hôpital d'enseignement moderne s'est vu confier une triple mission : enseignement, recherche et prestation de soins et était, de par sa vocation universitaire, caractérisé par la présence d'une école de médecine affiliée⁶. Alors que sa mission demeure inchangée, les CSSU modernes étendent leur réseau bien au-delà des murs de l'hôpital jusqu'à former même, dans quelques cas, des organisations virtuelles.

Mentionnons quelques-unes des définitions qui ont été données du Centre des sciences de la santé universitaire moderne :

- organisations qui combinent la prestation de soins aux patients avec des niveaux élevés de recherche et d'enseignement. Chacune d'elles à son identité et sa structure

³ Ludmerer, K., (2002), *The Embattled Academic Health Centre*, Healthcare Papers, 2(3)

⁴ Ludmerer, K., (2002), *The Embattled Academic Health Centre*, Healthcare Papers, 2(3)

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

de gouvernance. Dans certains cas, l'hôpital fait partie de l'université mais la plupart se sont dotés de mécanismes de collaboration très développés entre l'université, l'hôpital (ou les hôpitaux) et les organismes de soins primaires. Elles sont indépendantes tout en demeurant étroitement liées à leurs partenaires. Dans les cas où les hôpitaux sont administrés en toute autonomie, la collaboration avec une université est généralement codifiée en vertu d'une entente d'affiliation ou de partenariat. Elles ont généralement un degré d'organisation très important afin de donner à leur collaboration un caractère stable obéissant à des normes communes dans des domaines comme celui de l'éthique et de permettre l'affirmation d'une identité commune ou d'une image de marque. Le modèle organisationnel qui prévaut au Canada est celui d'une étroite collaboration⁷ ;

- ces institutions de soins de santé universitaires sont affiliées à des universités qui administrent les écoles préparant aux professions de la santé, incluant une école de médecine. En partenariat avec l'université, le rôle des CSSU est la formation des professionnels de la santé, dans un contexte de soins cliniques où il leur sera permis de dispenser des soins (et notamment des soins tertiaires et quaternaires spécialisés et complexes) et d'entreprendre des travaux de recherche contribuant encore à l'amélioration de la santé et des soins de santé⁸ ; et
- les programmes universitaires de formation des professionnels de la santé sont agréés par des organismes externes qui prescrivent les normes s'appliquant dans toutes les écoles de médecine canadiennes et d'autres écoles et programmes de formation des professions de la santé (sciences infirmières, sciences de la réadaptation, art dentaire, pharmacie, psychologie, santé publique). La mission commune entre l'université et l'hôpital universitaire affilié est la conformité à toutes les normes d'agrément⁹.

Bien qu'il n'appartienne pas à cette étude de cas de définir les CSSU, les consultations ont confirmé un certain nombre de thèmes compatibles avec l'échantillonnage des définitions données plus haut.

Il est clair que le modèle du CSSU est foncièrement axé sur le partenariat entre les universités et leurs facultés de médecine, des sciences infirmières et de formation des professions de la santé respectives, d'une part, et les hôpitaux d'enseignement et de recherche ou les régions sanitaires et les régies ou les conseils régionaux de santé tels qu'ils sont définis traditionnellement, d'autre part.

Les partenaires décrivent constamment un mandat collectif obéissant à une mission tripartite intégrée au service des soins aux patients, de l'enseignement et de la recherche et ils reconnaissent désormais que, considérés individuellement, ces mandats ne sont plus le domaine exclusif des CSSU. Sur ce point, tous les intervenants s'accordent pour reconnaître que les CSSU opèrent dans un système de santé en constante évolution et que leur triple mission est acquittée par l'intervention d'un réseau plus vaste de fournisseurs de soins.

⁷ B. Edwards, 'Academic Health Science Centres – A Platform for Discussion', December 2007

⁸ Lozon, J. et Fox, R. (2002), *Academic Health Sciences Centre Laid Bare*, Healthcare Papers, 2(3)

⁹ *Academic Healthcare in a Changing World: Positioning for Success UK*, Canada Academic Healthcare Leaders' Forum, May 2008

Ces constatations traduisent la réalité d'une régionalisation dont toutes les provinces font l'expérience sous une forme ou une autre (par ex., des régions sanitaires, des régions ou conseils régionaux de santé en tant que structures d'organisation) signifiant par là que le Centre des sciences de la santé universitaire traditionnel est devenu désormais une partie plus petite d'un contexte organisationnel vaste. Dans un tel contexte plus large, on escompte néanmoins que les CSSU continueront d'exercer un rôle de leadership sur le plan de la prestation de soins complexes, de l'amélioration de la santé et des progrès accomplis dans le domaine de la santé en étroite interdépendance et collaboration avec les universités, les régions sanitaires et le gouvernement.

3.0 Modèles de gouvernance et Centres des sciences de la santé universitaires

Gouvernement

La Constitution du Canada assigne aux provinces la compétence en matière de services de santé, signifiant ainsi que les provinces ont essentiellement le droit de définir le système de santé dont bénéficieront ses citoyens. Le rôle du gouvernement fédéral est largement orienté vers la remise de certains paiements de transfert et le respect des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. De ce fait, les systèmes de santé en vigueur dans les dix provinces et les trois territoires ont évolué de façons très différentes, notamment au regard des structures et des processus de gouvernance et de gestion et des décisions concernant la planification et l'octroi de ressources à l'appui de la prestation de soins.

L'enseignement postsecondaire relève également de la compétence des provinces qui définissent individuellement les structures de leurs universités, collèges universitaires, collèges communautaires et autres fonctions des institutions postsecondaires. Le rôle du gouvernement fédéral se limite encore une fois à l'affectation de crédits par le biais de mécanismes de paiements de transfert et à certaines interventions occasionnelles ciblées visant à encourager l'atteinte d'objectifs nationaux.

À l'intérieur de ce modèle subsistent un certain nombre de points communs en ce que chacune des provinces se dote d'une structure qui confère à un ministre d'État le portefeuille de la santé et à un autre celui de l'enseignement postsecondaire. Sous l'autorité de ces ministères, une structure de gestion et l'appareil bureaucratique sont mis en place pour encadrer l'action du gouvernement. Toutefois, d'un point de vue stratégique, la cohésion parmi les ministères gouvernementaux fait quelque peu défaut en ce qui concerne la facilitation et le ressourcement appropriés du mandat tripartite des CSSU.

Cette situation se complique encore davantage par le fait que le volet de recherche de la mission des CSSU n'est généralement pas défini à l'intérieur des structures provinciales (et donc où il n'y a pas de ministre chargé de la Recherche ou d'expert scientifique en chef), bien que la recherche soit logée à différentes enseignes au sein du gouvernement, y compris celle de la Recherche et de l'Innovation en Ontario, de la Petite entreprise et du Développement économique en Colombie-Britannique, etc.

Les différentes dénominations des ministères et organismes gouvernementaux sont indiquées ci dessous :

Province	Ministère, organisme gouvernemental ou conseil compétent				
	Prestation de soins de santé	Enseignement post-secondaire	Recherche, innovation et activités connexes	Promotion de la santé et initiatives connexes	Autre
Col.-Br.	Services de santé	Enseignement supérieur et Développement du marché du travail	BC Innovation Council	Vie saine et Sport	Développement de la famille et de l'enfance
			Petite entreprise, Technologie et Développement économique		
Alb.	Santé et Bien-être	Enseignement supérieur et Technologie	Enseignement supérieur et Technologie		Services à l'enfance et à la jeunesse
Sask.	Santé	Enseignement supérieur, Emploi et Travail	Health Research Foundation		Services sociaux
			Saskatchewan Research Council (Société d'État)		Conseil de la qualité de la santé
Man.	Santé	Enseignement postsecondaire et Alphabétisation	Sciences, Technologie, Énergie et Mines	Vie saine - Conseil manitobain de la recherche en matière de santé	Services à la famille et Logement
Ont.	Santé et Soins de longue durée	Formation, Collèges et Universités	Recherche et Innovation	Promotion de la santé	Services à l'enfance et à la jeunesse
					Services sociaux et communautaires
Qué.	Santé et Services sociaux	Education, Loisir et Sport	Société de Innovatech Québec	Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)	Famille et Aînés
N.-Br.	Santé	Éducation postsecondaire, Formation et Travail	Fondation de l'innovation		Développement social
Î.-P.-É.	Santé	Innovation et Enseignement supérieur	Innovation et enseignement supérieur		Services sociaux et Aînés
N.-É.	Santé	Éducation	Inново Corp (organisme gouvernemental)	Promotion et protection de la santé	Services communautaires
T.-N.-et-L.	Santé et Services communautaires	Éducation	Innovation, Commerce et Développement rural		

Province	Ministère, organisme gouvernemental ou conseil compétent				
	Prestation de soins de santé	Enseignement post-secondaire	Recherche, innovation et activités connexes	Promotion de la santé et initiatives connexes	Autre
Yukon	Santé et Services sociaux	Éducation			Services communautaires
T.-du-N.-O.	Santé et Services sociaux	Éducation, Culture et Emploi			
Nunavut	Santé et Services sociaux	Éducation			Culture, Langue, Aînés et Jeunesse

Table 1. Source d'information du tableau récapitulatif : les sites Web des gouvernements territoriaux et provinciaux.

Gouvernance du système de santé

La gouvernance à l'échelon du système de santé se différencie grandement à travers le pays, selon des modèles qui varient d'une absence de délégation en dehors du ministère de la Santé à des régies et conseils régionaux de santé étendant leur autorité à une province tout entière et à des modèles de gouvernance structurés au niveau hospitalier et organisationnel. Nous résumons, dans cette section, les modèles en vigueur dans chaque province et territoire.

« Le principal enjeu auquel nous devons faire face dans notre relation avec la région sanitaire est que celle-ci relève du ministère de la Santé par l'entremise de son conseil d'administration, tandis que l'université relève du ministère de l'Éducation (ou son homologue). »

Colombie-Britannique

- L'actuel modèle de gouvernance à l'échelon du système se compose de six autorités sanitaires (cinq administrations définies selon des critères géographiques et une Régie des services de santé provinciaux).
- À l'exception du St. Paul's Hospital (qui se rattache au Providence Health Care), toutes les administrations des hôpitaux d'enseignement traditionnels relèvent des autorités sanitaires et n'ont pas de structure de gouvernance séparée ou distincte.
- L'Université de la Colombie Britannique (UBC) n'est pas représentée officiellement au conseil d'administration de l'autorité sanitaire, bien que certaines personnes appartenant au milieu universitaire y siègent.
 - o L'Association des services de santé provinciaux compte au sein de son conseil d'administration le doyen associé, Recherche et cycles supérieurs, de la Faculté des sciences pharmaceutiques à l'UBC.
 - o L'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver compte un ancien vice-doyen de la Faculté de médecine au sein de son conseil d'administration.

- o L'Autorité sanitaire du Fraser compte un ancien président de l'Institut de technologie de la Colombie-Britannique au sein de son conseil d'administration.
- Providence Health Care constitue toujours une organisation séparée régie par son conseil d'administration (conformément à un accord confessionnel conclu entre la province et les représentants religieux). Le doyen de la Faculté de médecine est nommé au conseil d'administration du Providence Health Care.
- Trois autorités sanitaires (Provincial Health Services Authority, Vancouver Coastal Health Authority, Vancouver Island Health Authority) ainsi que le Providence Health Care sont membres de l'ACISU.

Alberta

- Alberta Health Services (AHS) a été institué officiellement en avril 2009, regroupant ainsi 12 entités de santé autrefois séparées dans la province. Un seul conseil d'administration gouverne l'AHS.
- Outre l'AHS, Covenant Health a qualité de fournisseur catholique de soins de santé affilié à tous égards, lequel dispense des soins par l'entremise de trois sites hospitaliers (Edmonton General Continuing Care Centre, Grey Nuns Community Hospital et Misericordia Community Hospital).
- L'Université de Calgary et l'Université de l'Alberta (à Edmonton) ne cessent d'exercer des pressions pour siéger au conseil d'administration de l'AHS mais à ce jour aucune entente n'est intervenue pour donner aux universités partenaires du CSSU une représentation au sein du conseil.
- Un des membres du conseil d'administration de l'AHS a un lien avec le modèle CSSU (directeur exécutif, Knowledge Institute de l'hôpital St. Michael's) et un deuxième a une expérience universitaire (président du Southern Alberta Institute of Technology).
- Le Covenant Health Board compte plusieurs médecins, mais le doyen de la Faculté de médecine n'en est pas membre.
- Aussi bien l'AHS que Covenant Health sont membres de l'ACISU.

Saskatchewan

- L'actuel modèle de gouvernance à l'échelon du système se compose de 13 régions sanitaires et une seule administration de l'ancien hôpital d'enseignement – le St. Paul's Hospital à Saskatoon – continue d'être gouvernée par son conseil d'administration¹⁰.
- L'Université de la Saskatchewan n'est pas représentée officiellement ni au sein du conseil d'administration de la région sanitaire Regina Qu'Appelle (RQHR) ni à celui de la région sanitaire de Saskatoon H (SHR).

¹⁰ St. Paul a son conseil d'administration et un président et chef de la direction mais tous les autres personnels, y compris l'effectif médical, sont les employés du Saskatoon Health District.

- Les régions sanitaires Regina Qu'Appelle et de Saskatoon sont toutes deux membres de l'ACISU.

Manitoba

- L'actuel modèle de gouvernance à l'échelon du système se compose de 12 autorités sanitaires régionales. Tous les hôpitaux d'enseignement traditionnels sont intégrés à la structure de l'autorité sanitaire et n'ont pas, par conséquent, de modèles de gouvernance distincts.
- Le président de la Medical Staff Society siège au conseil d'administration de l'autorité sanitaire régionale de Winnipeg (WRHA), sans que l'Université ne soit représentée officiellement.
- Le président du conseil d'administration de la WRHA a déjà été doyen de la Faculté de médecine Dean et ancien sous-ministre de la Santé mais aucune expérience universitaire n'est requise de la part des membres du conseil d'administration.
- La WRHA est le seul membre du Manitoba affilié à tous égards à l'ACISU.

Ontario

- L'actuel modèle de gouvernance à l'échelon du système se compose de 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS).
- Les sociétés hospitalières continuent d'avoir leur conseil d'administration.
- L'Université est représentée officiellement dans tous les conseils d'administration hospitaliers des CSSU, habituellement par le doyen de la Faculté de médecine (bien que ce modèle n'ait un caractère exclusif ni en Ontario ni dans d'autres provinces).
- Dans certains cas (par ex., l'Université de Toronto), le doyen de la Faculté de médecine est également vice-recteur aux relations avec les établissements de soins de santé, ce qui signifie que l'Université est représentée sous une couverture plus ample que celle de la seule Faculté de médecine. Dans ce modèle, l'Université de Toronto est représentée (généralement par le doyen de la Faculté de médecine/vice-recteur) sur 9 des 19 hôpitaux universitaires affiliés à tous égards et bon nombre des 19 établissements communautaires de soins de santé affiliés.
- On dénombre 19 membres de l'ACISU en Ontario, à savoir : Baycrest; Bloorview Kids; soins continus Bruyère; Centre de toxicomanie et de santé mentale; Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; Hamilton Health Sciences; Hotel Dieu Hospital; Kingston General Hospital; London Health Sciences Centre; Mount Sinai Hospital; Services de santé Royal Ottawa; St. Joseph's Healthcare (Hamilton); St. Joseph's Healthcare (London); St. Michael's Hospital; Sunnybrook Health Sciences Centre; The Hospital for Sick Children; L'Hôpital d'Ottawa; Toronto Rehabilitation Institute; University Health Network.

« Par définition, l'Université et le Centre des sciences de la santé universitaire doivent être inextricablement liés. L'après choc de la régionalisation a associé l'Université à la discussion où elle a défendu ardemment la création de partenariats. »

Québec

- L'actuel modèle de gouvernance du réseau compte 18 régions sanitaires.
- Les sociétés hospitalières continuent d'avoir leur conseil d'administration. À la différence de la plupart des autres provinces, la composition des conseils d'administration reflète des nominations définies aux termes de la loi et faites par des organismes spécifiques (par ex., fondations, conseil des infirmières et infirmiers, universités, région sanitaire, etc.). Certains membres sont élus.
- L'Université est représentée officiellement dans tous les conseils d'administration des CSSU, généralement par quatre personnes (par ex., doyen de la Faculté de médecine, doyen de la Faculté des sciences infirmières ou des professions de la santé, un(e) résident(e) élu(e) par ses pairs et une autre personne non affiliée directement avec l'Université).
- L'ACISU compte 11 membres au Québec : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux; Centre hospitalier de l'Université de Montréal; Centre hospitalier universitaire de Québec; Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke; Hôpital Maisonneuve-Rosemont; Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal; Hôpital Sainte-Justine; Institut de cardiologie de Montréal; Institut universitaire de gériatrie de Montréal; McGill University Health Centre; Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital.

Nouveau-Brunswick

- Le système a été restructuré récemment en deux autorités sanitaires– la première représentant largement les collectivités anglophones et la seconde les collectivités francophones. Les organisations traditionnelles des CSSU au Nouveau-Brunswick sont maintenant administrées par l'autorité sanitaire régionale B et comprennent des institutions à Saint-John et Moncton.
- L'Université Dalhousie est le lien pour les membres des centres hospitaliers et n'est pas représentée officiellement dans la nouvelle structure de gouvernance.
- L'autorité sanitaire est le seul membre de l'ACISU du Nouveau-Brunswick.

Nouvelle-Écosse

- L'actuel modèle de gouvernance à l'échelon du système compte neuf autorités sanitaires de district, auxquels s'ajoute l'IWK Health Centre ayant statut de société hospitalière autonome.
- L'Université Dalhousie est représentée officiellement aussi bien au conseil d'administration de la Capital District Health Authority (CDHA) que de l'IWK, où le doyen de la Faculté de médecine et des professions de la santé siège au conseil d'administration de la CDHA et le doyen de la Faculté de médecine est membre de celui de l'IWK.
- La CDHA et l'IWK sont membres de l'ACISU.

Île-du-Prince-Édouard

- Le système est gouverné directement par le ministère de la Santé sans aucune entité officielle de gouvernance en place.
- L'ACISU ne compte aucun membre de l'Î.-P.-É.

Terre-Neuve-et-Labrador

- L'actuel modèle de gouvernance à l'échelon du système se compose de quatre autorités sanitaires régionales intégrées. Eastern Health est l'entité qui incorpore les membres des CSSU traditionnels.
- L'Université Memorial University n'est pas représentée officiellement au conseil d'administration d'Eastern Health, bien que le doyen de la Faculté de médecine y assiste en qualité de membre sans voix délibérative.
- Eastern Health est le seul membre de Terre-Neuve-et-Labrador qui adhère à l'ICAO.

Yukon

- Les services hospitaliers sont organisés sous l'égide de la Yukon Hospital Corporation. Deux sites dispensent les soins, à savoir le Whitehorse General Hospital et le Watson Lake Hospital.
- Le ministère de la Santé assume le leadership direct d'autres composantes du système de soins de santé (par ex., soins continus et santé publique).
- L'ACISU ne compte aucun membre du Yukon.

Territoires du Nord-Ouest

- Le système est organisé en huit (8) autorités sanitaires et de services sociaux (HSS) Authorities qui administrent et fournissent une gamme complète de soins de santé et de services sociaux en milieu communautaire et en établissement.
- La majorité des services hospitaliers sont assurés par l'entremise du Stanton Territorial Hospital à Yellowknife. D'autres services sont fournis au Inuvik Regional Hospital et au H.H. Williams Memorial Hospital à Hay River.
- L'ACISU ne compte aucun membre des T.-N.-O.

Nunavut

- Le système est organisé sous la gestion directe du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Les services hospitaliers sont axés sur la prestation de soins au Baffin Regional Hospital.
- L'ACISU ne compte aucun membre du Nunavut.

Observations

La majorité des réseaux CSSU (10 sur 17) résident en Ontario et au Québec et continuent d'être régis selon le modèle traditionnel, par lequel la société hospitalière a son conseil d'administration où l'université est représentée officiellement.

Parmi les modèles régionaux, une seule administration (Capital District Health Authority) accueille officiellement l'Université au sein de son conseil d'administration. Les six réseaux restants appliquent un modèle de gouvernance régionalisé et l'Administration régionale constitue aujourd'hui le CSSU ayant une gouvernance séparée et où la représentation au conseil d'administration par des membres de l'université affiliée peuvent avoir qualité de membres d'office, sans que cela soit néanmoins requis.

Sous les modèles régionaux, on compte des exemples isolés de sociétés hospitalières qui continuent d'exister en tant qu'entités juridiques séparées. Seulement deux d'entre elles – le Providence Health Care en Col. Br. et l'IWK Health Centre en Nouvelle-Écosse – semblent avoir des partenaires universitaires reconnus officiellement à l'intérieur de leur structure de gouvernance.

Nombreux sont les intervenants qui ont dit craindre que les modèles régionaux présentent un défi de taille pour les CSSU en raison d'une absence d'intégration ou d'harmonisation formelles entre les partenaires qui, sur le plan de la gouvernance, exercent une responsabilité officielle à l'égard des missions tripartites. Sans cet alignement, le potentiel qu'a une entité de gouvernance de ne se concentrer que sur la prestation de soins et la gestion des ressources à l'intérieure d'une seule mission s'accroît.

Conclusions

Le gouvernement fédéral a un rôle de leadership limité et souvent officieux dans le cadre de gouvernance actuel. Certains s'interrogent sur la nécessité d'un changement à cet égard.

Les structures des gouvernements provinciaux ne sont pas uniformes à l'échelle du pays mais elles créent toutes un modèle de leadership fragmenté dans lequel au moins deux mais souvent trois ministères ou plus exercent un certain contrôle sur le mandat du CSSU intégré.

La gouvernance du système de santé diffère également beaucoup d'une région du pays à l'autre, conduisant à un manque de cohérence qui limite la capacité des modèles d'exercer un leadership au niveau organisationnel du CSSU. La gouvernance est considérée par beaucoup comme ayant assuré historiquement un mécanisme formel associant les deux partenaires dans le modèle du CSSU et le leadership global de l'entreprise CSSU mais même ce point de vue est mis en question quant à l'efficacité réelle de ce lien.

À mesure que les systèmes évoluent et les modèles de gouvernance changent, d'autres modèles et mécanismes aptes à instaurer ces liens formels deviennent de plus en plus importants.

4.0 Mécanismes d'intégration (par-delà la gouvernance)

Leadership et structures et processus de gestion

À défaut de liens de gouvernance constants et continus visant à confirmer à l'échelon du système le leadership sur les missions intégrées des CSSU, plusieurs provinces commencent à expérimenter une série d'autres mécanismes et modèles permettant de mieux coordonner les efforts de leadership. Ces tentatives retiennent des options et des modèles aussi bien formels qu'informels et incluent :

- des réunions périodiques entre l'université, d'une part, et l'hôpital/ l'autorité sanitaire, de l'autre, afin d'examiner les principaux enjeux. Ces réunions ont lieu souvent entre le président et chef de la direction et le doyen de la Faculté de médecine mais elles peuvent s'élargir entre le président de l'université et le p.-d.-g., les vice-prés. et les doyens associés de la recherche, les vice-prés. et le doyen associé de l'enseignement, les vice-prés, des soins aux patients ou de la Faculté de médecine et leurs homologues universitaires y compris le doyen de la Faculté des sciences infirmières, etc. Ces réunions sont jugées très importantes même si la description qui en est donnée leur attribue un caractère ponctuel ou informel et en fait dépendre l'issue des individus qui interviennent. Certaines personnes expriment le besoin d'un caractère plus formel et d'une structure encadrant les réunions de ce type ;
- des comités concertés entre l'université et l'hôpital/ l'autorité sanitaire procurant une tribune propice à la discussion de questions particulière (par ex., comités de liaison entre l'hôpital et l'université). Ces instances sont réputées utiles, bien que certains prêtent à leurs mandats ou attributions un caractère désuet ou défini de façon trop étroite ;
- groupes de travail voués à une question spécifique (par ex., groupes chargés de dresser un inventaire des initiatives de recherche et d'éducation, forums visant à communiquer des enjeux et des priorités stratégiques ;
- des initiatives formelles entourant des priorités stratégiques (par ex., Formation interprofessionnelle ou FIP) ; et
- des forums créés à l'initiative d'organismes nationaux et provinciaux tels que l'ACISU, l'AFMC, le Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) et l'Académie des chefs de direction en soins infirmiers.

Outre les possibilités de cette nature propices à l'établissement d'un lien entre les parties prenantes, il existe quelques exemples d'initiatives émergentes qui semblent venir combler l'écart par rapport à l'intégration. Citons trois exemples à l'appui :

- Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) au Québec.

« Notre défi est le dépassement de l'égo organisationnel et du besoin inhérent de protéger les intérêts particuliers. Seulement lorsque nous commençons à agir et à penser comme une seule entité, le réseau des CSSU dans notre collectivité connaîtra véritablement le succès. »

- Réseau universitaire des sciences de la santé de Toronto (TAHSN).
- Réseau universitaire des sciences de la santé de la Saskatchewan (SAHSN).

Chacun d'eux est décrit en détail dans les pages qui suivent.

Réseau universitaire des sciences de la santé de la Saskatchewan [Saskatchewan Academic Health Sciences Network (SAHSN)]

Le SAHSN a été créé en 2002 en grande partie à cause d'une relation difficile entre l'Université de la Saskatchewan (UofS) et la région sanitaire de Saskatoon (SHR), notamment à l'égard des programmes du Collège de médecine jugés sous optimaux. Bien que ces difficultés aient été considérées comme extrêmes, la relation au regard des programmes des sciences de la santé entre l'UofS, la SHR et la région sanitaire Regina Qu'Appelle (RQHR) suscitait certaines inquiétudes.

Le SAHSN a été investi d'un double mandat – décriper les relations du centre des sciences de la santé universitaires et favoriser des approches plus englobantes à l'échelle de la province dans le domaine des sciences de la santé universitaires.

La vision du SAHSN est la suivante : *Atteindre, grâce à la collaboration entre les établissements de santé partenaires de la Saskatchewan, l'excellence de la formation des professionnels de la santé, de la recherche en santé et de la prestation de services de soins de santé aux habitants de la province.*

Sa mission : *Œuvrer à la création d'un climat d'excellence parmi les partenaires du réseau, dans lequel la formation des professionnels de la santé, la recherche en santé et la prestation de services de santé sont des activités complémentaires mises en valeur par des relations interdépendantes.*

L'action du SAHSN est soutenue par trois comités permanents :

- Comité permanent du Centre des sciences de la santé universitaires (CSSU)
- Comité des technologies de l'information (TI)
- Comité consultatif sur la formation clinique (ACCE)

Parmi les trois instances précitées, le Comité permanent du CSSU a été formé par l'adjonction de nouveaux membres marquant l'importance du second mandat du SAHSN. On considérait que par le renforcement du second mandat, les difficultés qui avaient motivé initialement la création du SAHSN s'atténueraient. Les buts et objectifs poursuivis par le Comité permanent du CSSU sont décrits ainsi :

- **L'objectif explicite** du Comité permanent du CSSU est de fournir une tribune propice à une planification concertée et à une prise de décision commune donnant lieu à une démarche intégrée entre les programmes des sciences de la santé de l'Université de la Saskatchewan et les deux principales régions à l'égard des questions universitaires ayant une incidence sur la formation des professionnels de la santé et la recherche en santé.

- L'**objectif implicite** du Comité permanent du CSSU est la création d'un espace de débat qui permettra de mieux appréhender la culture et les processus des trois organisations rendant possible, avec le temps, une approche plus coordonnée et synergique dans les matières qui intéressent les sciences de la santé universitaires.
- Son **but** est l'institution d'un centre des sciences de la santé virtuel associant les collèges des sciences de la santé de l'UofS, les deux principales régions sanitaires et les sites multiples entre chacune d'elles. Ce n'est que par ce moyen que la Saskatchewan pourra achever la mesure nécessaire pour se situer à la hauteur des autres centres des sciences de la santé universitaires au Canada.

Les objectifs particuliers du Comité permanent du CSSU incluent :

1. Supervision de la formation médicale : remplir les fonctions d'un organisme de surveillance assurant l'interface avec les régions sanitaires en ce qui a trait au programme d'enseignement médical. Le programme d'enseignement exige une attention particulière au vu du service important qu'assure le personnel universitaire.
2. Politiques et mécanismes d'intégration : faire office d'espace propice à l'établissement de cadres stratégiques et opérationnels essentiels favorisant des approches intégrées entre l'Université et les deux régions sanitaires dans toutes les matières qui touchent les programmes des sciences de la santé universitaires. Ces matières s'étendent, sans cependant s'y limiter, aux interventions suivantes : départements cliniques unifiés, sous une seule autorité; nouvelles démarches visant à mieux engager le corps professoral; et nominations communes de personnels.
3. Planification des sciences de la santé et résolution de problèmes : être le point de convergence pour une planification commune des ressources humaines en santé et la résolution de problèmes à l'interface des programmes des sciences de la santé à l'UofS avec les deux régions sanitaires.
4. Processus coopératif prévu à l'entente d'affiliation : favoriser le processus de coopération conjoint et le processus de règlement des différends prévus à l'art. 9 des ententes d'affiliation entre l'UofS, la SHR et la RQHR.
5. Consultation et liaison avec d'autres entités : bien que le comité permanent représente les trois organisations qui forment le noyau central du système de santé universitaire dans cette province, de nombreuses questions doivent faire l'objet d'un débat plus étendu. En conséquence, le comité permanent devra mettre en place des mécanismes facilitant la consultation périodique avec d'autres intervenants clés.
6. Planification de programmes de services spécialisés : le comité permanent pourrait avoir pour fonction complémentaire de faire des recommandations concernant les répercussions des programmes universitaires à l'égard de la prestation de services hautement spécialisés de faible volume.

Des renseignements supplémentaires au sujet du SAHSN sont accessibles sur le site Web de l'organisation à l'adresse <http://www.saskhealthsciencesnetwork.usask.ca>

Réseau universitaire des sciences de la santé de Toronto [Toronto Academic Health Sciences Network (TAHSN)]

Le TAHSN existe depuis de nombreuses années et sert de forum pour réunir l'Université de Toronto et ses nombreuses organisations affiliées afin de faire avancer la mission collective de tous les CSSU partenaires. Le TAHSN est le plus grand réseau de CSSU du Canada et l'un des plus grands en Amérique de Nord à plusieurs titres avérés, dont sa réputation universitaire, son activité de recherche et les résultats qu'elle donne, sa collaboration et son apport à l'innovation en matière de soins de santé.

La mission du TAHSN est d'être *un consortium dynamique de l'Université de Toronto et de ses hôpitaux universitaires affiliés pour servir de chef de file dans les soins de santé canadiens en établissant des initiatives de collaboration qui optimisent, font avancer et soutiennent une mission universitaire commune de haute qualité de soins aux patients, d'éducation, de transfert des connaissances et d'innovation en recherche.*

Pour faire avancer sa mission universitaire et le rôle des hôpitaux universitaires, le TASHN participe activement aux activités de planification locales, régionales et provinciales du système afin de favoriser une meilleure compréhension du rôle que l'éducation, la recherche et les hôpitaux universitaires jouent dans la prestation de soins de santé de haute qualité.

Au nombre des initiatives que le TAHSN entreprend, mentionnons :

- faire des recommandations concernant le rôle des hôpitaux universitaires dans la prestation de programmes de soins cliniques complexes et le rôle qu'y joue la recherche ;
- prendre l'initiative de travailler avec d'autres fournisseurs pour établir des centres d'excellence en soins cliniques, éducation et recherche ;
- servir de ressource dans certaines spécialités et partager l'information fondée sur l'expérience clinique et les meilleures pratiques en soins cliniques, éducation et recherche ;
- établir des partenariats pour faire en sorte que le rôle des Centre des sciences de la santé universitaires soit reconnu et appuyé au sein des communautés des soins de santé ;
- répondre activement aux directives du système et fournir de l'information sur leurs répercussions potentielles sur les soins aux patients, l'éducation et la recherche ;
- offrir des recommandations sur les ressources requises pour faire avancer et soutenir la mission des hôpitaux universitaires dans l'environnement actuel ;
- établir des recommandations concernant le financement actuel des soins de santé, particulièrement l'éducation en milieu hospitalier et la formation médicale et universitaire ; et
- examiner d'autres plans de financement et la manière de les intégrer aux systèmes courants pour appuyer les soins cliniques, l'éducation et la recherche.

Le travail du TAHSN est soutenu par un nombre de sous-comités permanents, dont : comité de la recherche, comité des affaires médicales, comité de l'éthique en recherche, comité des directeurs de la communication et comité des chefs de direction des soins infirmiers.

En plus des comités permanents, le TAHSN a recours à des groupes de travail spéciaux pour traiter de questions qui se présentent. Les groupes de travail courants comprennent : le sous-comité du réseau local d'intégration des services de santé-TAHSN, le groupe de travail du conseil d'éthique en recherche, le groupe de travail des administrateurs de la recherche et le groupe de travail des spécialistes en recherche clinique.

Les membres du TAHSN se divisent en trois catégories :

Membres du TAHSN / Affiliation à part entière

- Baycrest
- Bloorview Kids Rehab
- Centre de toxicomanie et de santé mentale
- Mount Sinai Hospital
- St. Michael's Hospital
- Sunnybrook Health Sciences Centre
- The Hospital for Sick Children
- Toronto Rehabilitation Institute
- Réseau universitaire de santé
- Women's College Hospital
- The University of Toronto

Membres associés

- North York General Hospital
- St. Joseph's Health Centre
- Toronto East General Hospital

Participants spéciaux / Invités

- Conseil des hôpitaux universitaires de l'Ontario
- MaRS Discovery District
- Association des hôpitaux de l'Ontario
- Le RLISS du Centre-Toronto

Le site Web du TAHSN offre des informations complémentaires sur le réseau : (<http://www.tahsn.ca>).

Réseau Universitaire Intégré de Santé (RUIS)

En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a accordé aux quatre facultés de médecine un profil beaucoup plus élevé dans l'organisation et la prestation des soins de santé tertiaires de la province. Le nouveau plan du gouvernement provincial divise la province en quatre régions géographiques ou réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Chaque RUIS est ancré à une faculté de médecine – universités McGill et Laval et universités de Montréal et de Sherbrooke, les services tertiaires, l'éducation et la recherche étant coordonnés par la faculté de médecine de chaque université et les hôpitaux d'enseignement qui y sont associés.

Le plan vise à améliorer l'accès aux soins de santé en rationalisant les rapports entre les fournisseurs de soins primaires – médecins et hôpitaux régionaux – et les fournisseurs de soins d'un niveau supérieur pour les interventions spécialisées. Le gouvernement, pour organiser les services de soins primaires, a divisé la province en 95 réseaux locaux, chacun ayant un « centre de santé ». Les soins plus spécialisés font l'objet d'un accord entre les réseaux locaux et les RUIS.

Le RUIS Laval est un exemple du modèle. En 2003, la faculté de médecine de l'Université Laval a uni les directeurs généraux du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHAUQ), de l'Hôpital Laval et de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis et le vice-recteur exécutif l'Université Laval pour constituer le comité du réseau de l'Université Laval (CRUL). L'objectif de ce comité était de mieux intégrer les préoccupations en matière d'éducation et de recherche au réseau des hôpitaux universitaires affiliés à l'Université Laval. D'autres membres ont été ajoutés au réseau au fil de l'évolution du RUIS-UL.

Pour favoriser l'atteinte de cet objectif, il existe cinq comités permanents et quatre groupes de travail organisés essentiellement suivant les axes du service clinique (soit, soins infirmiers, médecine familiale, soins cardiovasculaires, soins pulmonaires et télésanté). Le travail du RUIS-UL et des neuf comités et groupes de travail vise à intégrer et à coordonner les efforts (en éducation, recherche et soins aux patients) des hôpitaux de la région affiliés à l'université pour atteindre des résultats cliniques et universitaires de meilleure qualité.

Pour un complément d'information sur les modèles de RUIS, consulter les liens suivants :

- Laval (<http://www.ruisul.org>)
- McGill (<http://www.med.mcgill.ca/RUIS>)
- Université de Montréal (<http://www.ruis.umontreal.ca>)
- Sherbrooke (<http://www.chus.qc.ca>)

Nominations communes

Un modèle conventionnel d'intégration des missions des CSSU – qui est toujours vu comme hautement utile et important – est celui des nominations communes de personnels entre l'université et ses hôpitaux partenaires. Ce modèle est utilisé depuis longtemps dans le cas des nominations du personnel médical et comporte un certain nombre de mécanismes de type différent :

- Pour obtenir des privilèges au site du CSSU ou d'un hôpital, les médecins doivent presque toujours y détenir une quelconque nomination professorale.
- Certains médecins assument des rôles universitaires à plein temps (soit, plein temps géographiques ou PTG) bien qu'il n'existe pas une définition uniforme de cette catégorie au Canada. D'autres sont classés professeurs de clinique. Les PTG ou leurs équivalents reçoivent généralement une partie de leur rémunération de l'université, tandis que les professeurs de clinique ne sont directement rémunérés par l'université que pour des tâches spécifiques. Cela varie suivant le CSSU.
- Beaucoup de médecins d'un CSSU participent d'une quelconque façon à un plan d'exercice ou plan de rémunération alternative, mais il existe d'importantes variations. Il importe de signaler nous ne voulons pas dire que le plan est géré ou contrôlé par l'université, mais plutôt qu'il peut s'agir de plans existants au sein du groupe auquel le médecin appartient.
- Les présidents ou directeurs de départements sont souvent rémunérés (du moins en partie) par l'hôpital ou la région sanitaire, mais cela ne s'applique pas aux nominations de personnes qui ne sont pas médecins.
- Anciennement la structure ou les divisions de la faculté de médecine étaient reproduites à l'hôpital (soit, médecine, chirurgie, pédiatrie, etc.).
- Dans de nombreux cas, le directeur ou président des études est alors nommé conjointement directeur de département à l'hôpital. Lorsqu'il y a plusieurs hôpitaux partenaires, le président est généralement nommé conjointement au site d'un des hôpitaux. *Note : lorsque le président n'est pas également un directeur d'hôpital, on a l'impression en quelque sorte que le président des études a moins d'influence ou de pouvoir.*
- Avec la mise en place de plus de structures de programmes, cet alignement change dans certains cas (par ex. un hôpital aura peut-être aujourd'hui un directeur du programme de cardiologie). Dans un tel cas, la direction des études pour les divisions respectives ne sera peut-être pas conforme à la structure de l'hôpital. Cela est vu comme une évolution qui risque de réduire l'influence des directeurs des études et par conséquent de poser problème au moment du recrutement, de la planification stratégique, de l'évaluation, de la reddition de comptes concernant les promotions et d'autres questions de perfectionnement des effectifs.
- Quant à la rémunération des chercheurs, M.D., D.Ph. ou M.D.-D.Ph., elle incombe à diverses entités. Elle peut provenir des CSSU et(ou) de leurs instituts de recherche.

Parfois elle est partagée avec l'université, parfois elle incombe exclusivement à l'université, tandis que dans d'autres cas, c'est la régie de la santé ou l'hôpital qui l'assume. Ou encore cette rémunération est financée par l'entremise de programmes externes relevant d'organismes d'examen par les pairs. Peu importe l'origine du financement, les chercheurs détiendraient une nomination professorale à l'université affiliée.

Les nominations professorales sont moins courantes, bien qu'elles se répandent comme modèle en sciences infirmières et dans les professions de la santé. Dans des professions comme la pharmacie, elles existent depuis des années, mais le remboursement est variable et problématique. Les dirigeants des professions de la santé ont fait valoir que cela pose un problème également pour l'obtention du nombre indiqué de placements d'étudiants stagiaires ou internes au sein des CSSU. Souvent l'hôpital ou la région sanitaire demande des fonds à son université partenaire pour compenser le temps du personnel clinique supervisant les stagiaires. De tels fonds n'existent normalement pas dans les budgets des écoles professionnelles. Nombre de dirigeants dans ces disciplines détiennent une nomination professorale, bien que la nomination à l'université s'accompagne rarement d'une rémunération additionnelle. Les dirigeants d'écoles universitaires (soit, physiothérapie ou ergothérapie) ne reçoivent généralement pas de nominations conjointes à un hôpital. Il s'agit d'un modèle différent de celui des médecins dont les présidents en règle générale continuent d'avoir un rôle clinique (bien qu'il soit limité). La détention d'une nomination professorale par les chercheurs des professions de la santé témoigne d'une tendance qui se répand.

Conclusions

L'intégration se produit à de multiples niveaux par divers mécanismes, certains formels, certains informels, certains structurellement définis et certains ad hoc.

Les nominations conjointes de dirigeants cliniques d'hôpitaux à des écoles ou des facultés d'universités affiliées sont considérées comme une étape importante de la future planification de l'éducation et de la formation clinique des professionnels de la santé à mesure que changent les modèles de prestation des soins.

Il s'impose de se pencher davantage sur les modèles dans ce domaine car il est clair qu'il faut établir des mécanismes qui feront en sorte que les réseaux des CSSU évoluent et commencent à « penser et à agir comme une entité » afin de garantir la compétitivité et l'utilité soutenues du modèle CSSU au Canada.

5.0 Les défis de l'exécution du mandat des CSSU

La section 2 de ce rapport résume quelques-unes des définitions d'un CSSU. La mission tripartite ou intégrée concernant les soins, la recherche et l'enseignement se retrouve dans toutes les définitions. Lorsque cette mission est superposée à des modèles de gouvernance et de direction en changement dans tout le système de soins de santé du pays, il en résulte un certain nombre de défis qui méritent de retenir l'attention et d'être abordés dans ce document.

Modèles répartis

Les CSSU étaient traditionnellement connus comme les centres où étaient offerts les soins les plus complexes, où se produisait le gros de la recherche clinique et où se donnait presque tout l'enseignement. Dans le système de soins de santé actuel, tous ces mandats sont de plus en plus répartis avec l'enseignement qui est dispensé sur des sites multiples dont beaucoup ne sont pas des hôpitaux. La recherche également se réalise dans de nombreux cadres et un plus grand volume de soins complexes se retrouve maintenant dans de grands cadres régionaux d'envergure.

- **Prestation de soins:** les CSSU continuent de fournir la grande majorité des soins quaternaires de même que des soins tertiaires plus complexes. Ils sont également parmi les premiers à adopter de nouvelles procédures qui permettent en définitive d'appliquer le modèle réparti à la prestation de services additionnels de soins tertiaires.
- **Recherche :** le continuum de la recherche est tel que de nombreuses organisations se livrent à certaines formes de recherche, mais le CSSU demeure le seul endroit où l'ensemble du continuum se retrouve à vrai dire. La masse critique de recherche offre également au CSSU la possibilité unique d'intégrer des chercheurs aux équipes cliniques, ce qui permet aux uns et aux autres de dialoguer de manière plus constante. Cela, à son tour, favorise l'avancée des connaissances et le passage rapide de la recherche à l'application. Ce modèle *Du laboratoire au chevet du malade* est propre au CSSU.
- **Enseignement :** La partie de la mission tripartite la plus répartie est peut-être l'enseignement. Pour les sciences infirmières, qui sont offertes dans beaucoup plus de cadres que seulement les 17 universités ayant une faculté de médecine, il est clair que la majorité de l'enseignement fondé sur la pratique se donne hors des CSSU traditionnels. De même, les étudiants dans les professions de la santé et la médecine peuvent maintenant recevoir des portions de leur formation dans des cadres autres que les CSSU traditionnels. Par exemple, il y a maintenant plus de 800 étudiants inscrits à des programmes en médecine dans une série de centres satellites (voir la liste des programmes satellites en médecine dans le tableau à la page suivante). Malgré cela, le CSSU demeure le seul cadre qui continue d'offrir des postes constants en formation supérieure avec résidences dans les multiples spécialités enseignées à un moment donné. De même, le CSSU est toujours le principal endroit à offrir des postes comme ceux de boursiers en clinique.

Alors que la répartition des missions dans les réseaux s'accroît, il s'impose de donner une certaine clarté au rôle du CSSU dans ces derniers. Pour ce faire, les CSSU doivent se poser plusieurs questions fondamentales, dont :

- Qu'essayons-nous de réaliser ?
- Quand le CSSU est-il l'entité la plus appropriée pour mener ?
- Qui établit la priorité en recherche et comment est-elle établie ?

La définition plus claire du rôle permettra peut-être d'améliorer les rapports non seulement au sein des réseaux de CSSU, mais aussi entre les CSSU et d'autres organisations de soins de santé en appuyant une meilleure compréhension de ce que les hôpitaux régionaux et les hôpitaux communautaires et les fournisseurs de soins primaires peuvent attendre du CSSU et de la possibilité qu'ils ont d'appuyer la prestation de soins, la recherche et l'enseignement réalisés au CSSU et d'en bénéficier.

Programmes satellites de formation en médecine

Faculté	Satellite	Inscription par année					
		Année prépa.	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Total
Sherbrooke	Saguenay		27	18	23	0	68
	Moncton		25	26	21	0	72
Montréal	Maurice (Trois Rivières)	32	33	30	30	30	155
McMaster	Waterloo		20	15	0	0	35
	Niagara		15	0	0	0	15
Ouest de l'Ontario	Windsor		24	0	0	0	24
Nord de l'Ontario	Est (Sudbury)		33	32	31	31	127
	Ouest (Thunder Bay)		25	26	22	24	97
Saskatchewan	Regina		0	0	0	21	21
Colombie-Britannique	Île (Victoria)		33	30	23	26	112
	Région nord (Prince George)		31	31	24	24	110
Total pour le Canada		32	266	208	174	156	836

Table 2.

Note : L'école de médecine de Dalhousie en Nouvelle-Écosse a récemment signé un accord avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick pour avoir un campus de médecine dans cette province.

Prestation de soins et ressources humaines en santé

La pénurie globale de professionnels de la santé se répercute sur les CSSU en ce sens que le manque de personnel, particulièrement dans les spécialités (par ex. soins intensifs), influe sur la manière dont les soins sont fournis. Certains grands hôpitaux régionaux et communautaires sont vus comme ayant un avantage concurrentiel en matière de recrutement car leur personnel peut maintenant travailler dans des programmes tertiaires et vivre plus près de leur lieu de résidence. Également, les cadres de prestation de soins dans la collectivité demeurent un choix intéressant pour les professionnels à la recherche d'un emploi dans des cadres non hospitaliers.

Des CSSU ont réagi en adoptant des modèles de dotation novateurs qui utilisent la mission éducative comme mesure incitative pour embaucher et conserver leur personnel. L'émergence de l'éducation interprofessionnelle au sein des CSSU est aussi considérée comme un avantage pour attirer du personnel en soins infirmiers et dans les disciplines de la santé. Les Centres des sciences de la santé universitaires sont en mesure de relever les défis de la planification des effectifs en santé pour tous les professionnels de la santé car ils offrent une possibilité réelle de mettre en place des modèles nouveaux et uniques qui intègrent véritablement leur mission tripartite.

Les pénuries émergentes de médecins présentent des défis particuliers qui comprennent notamment :

- le changement des rapports avec les résidents en médecine (par ex. questions générationnelles concernant les attentes et les exigences, y compris les heures et les conditions de travail, qui entraînent la nécessité d'avoir plus de médecins pour le même nombre d'ETP) ;
- la diminution du nombre de généralistes pour appuyer les programmes (tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des CSSU) qui risque de faire augmenter la demande de soins dans les cadres spécialisés des CSSU ;
- la demande de généralistes-spécialistes, soit de personnes en mesure d'être formées pour rapprocher des disciplines comme la génétique, l'immunologie et la pharmacothérapie – ils pourraient être essentiels pour appuyer tant la mission de prestation de soins que celle de l'éducation ;
- la demande accrue de spécialistes et de plus grandes possibilités pour les embauchés ;
- le changement des attentes concernant le service de garde ; et
- l'émergence de nouveaux rôles (par ex. hospitalistes, professionnels en pratique avancée) qui présentent à la fois des solutions et des défis – particulièrement au plan de la rémunération et de la source des fonds pour ces rôles.

Nouveaux enjeux : mandat éducatif

Les Centres des sciences de la santé universitaires sont la pierre angulaire de la formation de tous les professionnels de la santé. Dans le passé, l'« hôpital d'enseignement » affilié à une université était vu comme servant essentiellement à former les médecins. Les modèles

de prestation de soins des 10-15 dernières années ont été caractérisés par le besoin de soins centrés sur le patient. Cela a entraîné la transformation de la structure fondée sur le département de l'hôpital traditionnel en une structure axée sur la gestion de programmes interdisciplinaires. Les modèles d'éducation au sein des disciplines se sont adaptés en introduisant des programmes d'enseignement axés sur des problèmes. On admet maintenant que l'éducation interprofessionnelle est centrale à la solution des importants enjeux en matière de prestation des soins de santé aujourd'hui.

« L'éducation interprofessionnelle aide les fournisseurs de soins de santé à travailler ensemble et à mettre l'information en commun. Aucun fournisseur de soins ne détient toutes les réponses. »

*Consortium pancanadien pour
l'interprofessionnalisme en santé*

Exemples d'initiatives d'éducation interprofessionnelle (ÉI) :

- Centre de formation en collaboration des professionnels de la santé de l'Université Memorial (Terre-Neuve) : Le centre a été mis sur pied pour améliorer la formation des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des infirmières et des médecins en élargissant et en favorisant la collaboration interprofessionnelle et le travail en équipe dans les cadres d'enseignement et de pratique. On prévoit que cela augmentera le nombre d'étudiants et de praticiens en éducation et pratique interprofessionnelles à Terre-Neuve et au Labrador et accroîtra leurs compétences. Le conseil exécutif comprend les directeurs des facultés des sciences sociales, de pharmacie et des sciences infirmières et les doyens des facultés d'éducation et de médecine.
- Soins intégrés : Projet de formation interprofessionnelle pour des soins de transition innovateurs dispensés en équipe (Nouvelle-Écosse) : L'éducation interprofessionnelle est vue comme un moyen de se distinguer par l'Université Dalhousie et les hôpitaux affiliés et les régies de la santé. Le doyen de médecine et celui des professions de la santé siègent tous les deux au conseil de la Régie régionale de la santé Capital de sorte que la direction de l'initiative peut commencer au niveau de la gouvernance. Un centre de compétences a été mis en place pour servir de mécanisme qui ciblera l'éducation interprofessionnelle et permettra l'application de modèles de formation en équipe. Grâce à l'initiative de soins intégrés, des équipes d'étudiants en médecine, sciences infirmières, pharmacie et art dentaire ou hygiène dentaire travaillent ensemble à aider les patients à acquérir les compétences et les connaissances nécessaires pour gérer leur maladie et à travailler avec leur équipe de soins au sein du système de soins de santé.
- Éducation à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient (Projet ECIP) (Québec) : Dans ce projet, l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke collaborent pour établir des milieux modèles de formation et de pratique en soins en collaboration centrés sur les patients souffrant de maladies chroniques. Ces milieux modèles permettent aux équipes de déterminer les compétences nécessaires à la pratique en collaboration centrée sur le patient dans le domaine des maladies chroniques et les facteurs de réussite clés dans les communautés de pratique. Cette information peut ensuite être utilisée pour améliorer plus largement les soins en collaboration portant sur la gestion des maladies chroniques. En plus des enseignants

universitaires, des cliniciens et des étudiants, les groupes comprennent les patients et leurs familles.

- L'initiative éducative McGill sur la collaboration interprofessionnelle: Partenariats pour une pratique centrée sur le patient et sa famille (Québec) : L'initiative de McGill réunit cliniciens, éducateurs et étudiants de quatre groupes professionnels dans un programme réalisés dans des milieux universitaires et cliniques afin d'accroître la collaboration interprofessionnelle dans une pratique centrée sur le patient et sa famille. L'objectif de l'initiative est d'établir la compréhension, les connaissances et les compétences nécessaires pour travailler avec d'autres professionnels de la santé, d'offrir les outils et les ressources pour appuyer la formation interprofessionnelle, d'élaborer des programmes de formation en soins centrés sur le patient et d'élargir et d'améliorer les programmes de mentorat. L'éducation interprofessionnelle émerge comme une initiative stratégique à McGill et elle est dirigée par un dirigeant principal des soins aux patients. Cela offre la possibilité d'établir un lien avec les priorités de la restructuration des équipes de collaboration interprofessionnelles en soins de santé étant donné que la restructuration des soins est dirigée conjointement par les RH et les soins aux patients.
- Le Centre pour l'éducation interprofessionnelle (Ontario) : Une proposition a été préparée pour établir un centre pour l'éducation interprofessionnelle comme initiative conjointe de l'Université de Toronto, du Toronto Rehabilitation Institute (TRI), du réseau universitaire de la santé (UHN) et du réseau universitaire des sciences de la santé de Toronto. Le directeur administratif sera conjointement nommé par le TRI et l'UHN dans la perspective d'améliorer la santé des patients en incorporant la pratique fondée sur des équipes interprofessionnelles travaillant en collaboration dans tous les programmes de formation professionnelle en santé de l'Université de Toronto.
- Conseil académique en santé (Ontario) : Le Conseil académique en santé (CAS) a récemment été mis su pied. Composé d'éducateurs de premier plan dans le domaine des services de santé, il oeuvrera à établir des stratégies de collaboration pour s'attaquer à certaines des principales questions touchant actuellement les soins de santé. L'Université d'Ottawa, le Collège Algonquin, La Cité collégiale et le Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain (RLISS) sont les joueurs clés qui se sont engagés à promouvoir et à favoriser la pratique interprofessionnelle en vue d'établir une nouvelle norme en matière de coordination de ce genre de formation et de recherche à l'échelle nationale.
- Formation interprofessionnelle en soins gériatriques (Manitoba) : Cette initiative à l'Université du Manitoba rassemble les actuels et futurs professionnels de la santé en médecine, sciences infirmières, pharmacie, ergothérapie et physiothérapie dans des cadres gériatriques communautaires pour qu'ils établissent des pratiques en collaboration centrées sur le patient. Des possibilités de formation interprofessionnelle sont offertes aux étudiants, aux membres des équipes cliniques dans les hôpitaux et au corps professoral.
- Réseau interprofessionnel de la Colombie-Britannique (In-BC) : Les partenaires en santé et en éducation de toute la Colombie-Britannique se sont réunis pour

former le réseau interprofessionnel de la Colombie-Britannique (In-BC) qui crée des liens entre de nombreuses initiatives qui offrent des possibilités de formation interprofessionnelle aux étudiants et praticiens des soins de santé dans divers cadres cliniques ruraux et urbains. Il y a sept projets In-BC qui vont de la collaboration pour la santé des mères et des nourrissons (CMNH) au programme interprofessionnel rural de la Colombie-Britannique (IRPbc) en passant par l'étude dirigée sur le terrain de l'interprofessionnalisme.

- Interprofessional Health Collaborative of Saskatchewan : Le projet Expérimentation d'équipes interprofessionnelles axées sur les patients lancé en juin 2005 a été rendu possible à la suite d'une demande de financement de la formation interprofessionnelle acceptée par Santé Canada. Ce projet visait à améliorer la santé des collectivités, familles et habitants de la province de la Saskatchewan au moyen de services offerts par des équipes interprofessionnelles de santé efficaces. Le but à long terme était de produire un changement systémique structurel dans la prestation des services de santé et dans la formation des professionnels de la santé grâce à la pratique en collaboration, aux soins centrés sur le patient et à la formation interprofessionnelle.

Comme l'éducation interprofessionnelle se place rapidement au cœur des changements aux programmes d'études au Canada, il faut qu'elle soit admise et appuyée de manière appropriée dans le contexte déconcertant qu'un ministère se consacre à l'éducation et un autre à la santé. Les modèles de soins exigent l'établissement soutenu d'unités cliniques où la pratique en collaboration est enseignée. Cela renforce le besoin de nominations conjointes de professionnels de la santé qui ne sont pas médecins, qui, à son tour, exigera un travail en équipe et un financement de la part de tous les partenaires.

Enjeux en matière de formation des médecins :

Les provinces planifient individuellement le nombre de placements d'étudiants et de postes de formation supérieure en collaboration avec les écoles de médecine dans la majorité des cas. Le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) offre aux résidents la possibilité de se déplacer d'une province à l'autre, possibilité qui n'existera peut-être pas pour certains domaines. Les CSSU évoluant vers l'agrandissement des régions ou des districts qu'ils desservent, le maintien des exigences nécessaires concernant le nombre de placements et des nombres requis pour conserver les modèles d'enseignement de base (par ex. médecine interne) dans toute la région ou le district préoccupe nombre de CSSU. Le fait que des universités offrent plus de postes en résidence que le nombre de diplômés en médecine qu'elles produisent est un des facteurs qui contribue au problème. Il en résulte un modèle concurrentiel qui risque de réduire le nombre de résidents dans d'autres universités.

Formation en sciences infirmières :

Il existe des programmes constitués dans des cadres multiples (universités et collèges communautaires). Ainsi, la Colombie-Britannique compte 17 écoles de sciences infirmières, mais une seule école de médecine). La formation clinique doit se donner dans des cadres multiples. La perception existe que certains CSSU ne voient pas la formation des infirmières comme une mission aussi importante que la formation des étudiants et des résidents en

médecine. Le mandat d'enseignement contenu dans le rôle des infirmières cliniciennes employées dans les hôpitaux et les centres de santé communautaires n'est pas reconnu. La plupart du temps, les infirmières assument ces responsabilités sans rémunération et même sans « congé pour activités professionnelles ». Dans certains cas, leur temps est acheté par l'université, mais il n'existe aucun financement gouvernemental pour soutenir les coûts de la supervision clinique dans la formation universitaire en sciences infirmières.

Disciplines de la santé :

Les pénuries grandissantes dans les disciplines de la santé ne peuvent être traitées que par l'établissement de modèles novateurs de prestation de soins. Cela est déjà en cours dans de nombreuses parties du pays où des modèles de soins livrés au moyen de la collaboration interprofessionnelle sont mis en place.

Même avec les nouveaux modèles de soins, les disciplines de la santé sont toujours confrontées à l'insuffisance du soutien et des possibilités de formation. La masse critique pose problème pour des disciplines comme la médecine et les sciences infirmières. Cela aggrave les difficultés signalées pour les sciences infirmières (soit, sentiment de ne pas être estimé ou compris). La formation des médecins étant vue comme la plus haute priorité par beaucoup, il est difficile de convaincre les régies régionales de la santé de soutenir l'éducation des étudiants en pratique professionnelle. Les universités n'offrent que des ressources limitées pour soutenir les placements cliniques. C'est dans les disciplines de la santé que les nominations conjointes entre les cliniciens des hôpitaux et les universités affiliées sont le moins communes. L'application des connaissances recevant une plus grande attention, il s'impose d'établir un mécanisme pour rassembler les parties prenantes autour d'une même table pour planifier. Elles devraient provenir de tous les programmes de formation professionnelle (médecine, sciences de réadaptation, sciences infirmières, pharmacie, art dentaire, etc.) et accorder une importance particulière aux possibilités de formation clinique et de formation en recherche dans les centres universitaires.

Nouveaux enjeux : mandat de recherche et d'innovation

La recherche est une caractéristique distinctive du centre universitaire des sciences de la santé. Pour le patient, cela signifie que les cliniciens-chercheurs lui offrent un traitement et des soins d'avant-garde. La recherche crée de nouvelles stratégies pour prévenir les maladies et les diagnostiquer autant que de nouveaux moyens de traitement. Bien que son envergure varie d'un CSSU à un autre ou d'un élément d'un CSSU à un autre, des hôpitaux tertiaires aux hôpitaux régionaux et communautaires, la recherche demeure le ciment qui unit les organisations partenaires.

Bien que la recherche soit considérée comme un élément distinctif crucial du modèle des CSSU (soit, formation et soins plus répandus), cette interdépendance aboutit également au sujet qui soulève le plus grand nombre d'enjeux entre les organisations affiliées.

« La valeur proposée des Centre des sciences de la santé universitaires est de faire de la recherche et d'être centrés sur une culture visant à la traduire en meilleures pratiques cliniques. »

La valeur des CSSU réside dans la mission de recherche et dans la capacité d'avoir un effet tant sur la santé de la population que sur la

prestation des soins. L'application des connaissances est en train de prendre une grande importance dans la mission de recherche de tous les Centre des sciences de la santé universitaires, des hôpitaux tertiaires et quaternaires aux plus grands hôpitaux régionaux et communautaires et unités de prestation de services.

Au cours de la dernière décennie, la gestion et la gouvernance du système de soins de santé ont subi une importante restructuration qui se poursuit encore. La mise en place de régies régionales de la santé a mis les « hôpitaux d'enseignement et de recherche » traditionnels affiliés à une université et à une faculté de médecine en contact avec les plus petits hôpitaux communautaires et régionaux et services communautaires. Le Centre universitaire des sciences de la santé traditionnel est désormais une plus petite partie d'une grande organisation alors qu'il était auparavant toute l'organisation.

« La durabilité des soins de santé repose sur un lien fort entre la recherche et l'application des connaissances. La question n'est pas les coûts et ne devrait pas être dictée par les coûts parce qu'ils augmenteront, mais par l'utilisation efficace et efficiente de la recherche appliquée à la prestation de soins. »

Les régies de la santé ont de la difficulté à définir leur identité pédagogique alors qu'elles gèrent un système complexe en se concentrant sur la compression des coûts.

L'augmentation des travaux de recherche dans les hôpitaux affiliés à des universités remonte à presque 20 ans et aujourd'hui 80 % de la recherche en santé du laboratoire au chevet du patient est conduite dans les Centre des sciences de la santé universitaires. Cela a fait en sorte que les deux partenaires, l'université et les hôpitaux affiliés ou la région sanitaire, ont du mal à déterminer à qui appartiennent les activités de recherche. L'augmentation des coûts tant des soins que du soutien à la recherche a créé une tension entre les partenaires alors qu'ils sont aux prises avec les intérêts divergents de leur mandat tripartite d'éducation, de recherche et de soins. Pour ce qui est de la recherche particulièrement, les partenaires souhaitent tous les deux partager les réussites, mais leur financement provenant de différentes branches du gouvernement, il est très difficile de fournir le niveau nécessaire de soutien au fonctionnement et à l'infrastructure. En outre, les universités sont multidisciplinaires et doivent constamment équilibrer les priorités divergentes des facultés. La faculté de médecine est souvent vue comme la parente « riche ». Les présidents d'universités, et les PDG d'hôpitaux et de régions sanitaires et leurs conseils d'administration ne savent trop comment gérer la relation de crainte d'avoir à assumer les « coûts académiques » dans la formule du financement qui provient de branches distinctes du gouvernement.

Des établissements ont signalé l'importance du partenariat entre l'université et le CSSU en nommant le président de la recherche ou le directeur de l'institut doyen associé ou adjoint de la recherche de la faculté de médecine, mais cela n'est pas fait partout au pays.

Des chercheurs d'établissements ou d'instituts de recherche au sein d'hôpitaux sont nommés au sein du corps professoral des universités affiliées. Le financement des salaires des chercheurs varie. Il est soit entièrement assumé par l'institut de recherche, soit assumé conjointement par l'institut (ou l'hôpital affilié ou la région sanitaire) et l'université. L'université accorde la titularisation suivant le cas. Comme les instituts de recherche n'ont pas tous une politique concernant la titularisation, cela a des répercussions financières sur l'université

lorsque le renouvellement de la nomination d'un chercheur basé à un institut est refusé.

Pour beaucoup d'enjeux touchant le mandat de recherche du CSSU, il a été déterminé qu'il fallait appliquer un cadre décisionnel aux partenaires pour maintenir et accroître la compétitivité de la recherche canadienne en santé. La principale préoccupation était l'inefficacité des moyens de communication entre les établissements partenaires, communication qui devrait permettre un dialogue et des décisions efficaces d'une nature stratégique.

« Avenir – nécessité de poursuivre le travail de décloisonnement pour établir une structure horizontale permettant un dialogue et une prise de décisions efficaces et efficaces. »

Les changements qui continuent de toucher la manière dont les soins de santé sont gérés

« La recherche et les soins ne peuvent être compartimentés. L'approche appliquée au patient est globale et englobe la recherche organisationnelle, clinique et celle en matière de résultats tout comme la science fondamentale. »

au Canada et particulièrement l'augmentation de la taille des régions sanitaires appellent une redéfinition du centre universitaire des sciences de la santé. Les régions ou districts sanitaires se sont développés au point qu'aujourd'hui ils comprennent un continuum de soins allant d'un noyau d'hôpitaux de soins quaternaires et tertiaires à de grands hôpitaux régionaux et communautaires, en passant par des

établissements de soins de longue durée et des unités de services spécifiques dans les collectivités.

Quant à la mission de recherche dans ces régions, la recherche en sciences des cellules demeure dans les grands hôpitaux où l'infrastructure y a été mise en place sur de nombreuses années. En outre, ces centres sont à proximité de leurs universités affiliées. En outre, les hôpitaux régionaux et communautaires offrent un excellent environnement au transfert des connaissances et aussi un milieu très riche pour la recherche sur les résultats en santé.

Conclusions

Les dirigeants des CSSU ont un rôle de direction clair à jouer dans le soutien de l'exécution répartie de la mission tripartite intégrée qui se déroule maintenant suivant un modèle de réseau. Là où le CSSU demeure sa propre organisation (avec son conseil d'administration et ses structures de direction), il doit continuer de travailler en collaboration avec d'autres pour fournir cette direction. Dans les cadres régionaux, les structures doivent tenir compte des dirigeants du CSSU et faire en sorte qu'ils soient appuyés dans leur rôle de direction des missions.

La structure de gouvernance du CSSU doit refléter le passage au modèle du transfert des connaissances et son adoption à titre de culture intégrée de prestation de soins fondée sur l'expérience clinique et animée par une vision commune d'appui de la recherche allant de la cellule à la société.

Le CSSU doit être parmi les premiers à adopter les initiatives de formation interprofessionnelle émergentes. Les dirigeants des CSSU doivent recevoir le soutien et les ressources suffisantes pour exécuter ce mandat de direction.

Les enjeux en matière de formation au sein des groupes professionnels doivent être coordonnés et gérés dans le cadre du modèle des CSSU pour faire en sorte que les nouveaux modèles soient intégrés avec efficacité.

6.0 Financement des CSSU

Le financement des CSSU provient de nombreuses sources et est extrêmement complexe. Il ne fait pas de doute que la diversité des méthodes traditionnelles de financement est un obstacle au changement. Très peu des mesures [recommandées par le PCCCAR] sont réalisables sans modifier le financement des CSSU...Le financement des CSSU est une question ... qui doit être résolue avant que les CSSU proposés puissent réaliser leur potentiel.

Centre des sciences de la santé universitaires de l'Ontario
Sustaining Ventures for Their Communities, août 1995
Rapport du Comité coordonnateur provincial des relations entre les collectivités
et les centres hospitaliers universitaires (PCCCAR)
Sous-comité sur le rôle, la fonction et le financement des CSSU

La citation précédente remonte à presque 15 ans et pourtant elle est toujours aussi vraie. Le financement demeure complexe – des personnes interrogées pour cette étude de cas diraient alambiqué – et est toujours vu comme la plus grande menace à la pérennité du modèle des CSSU.

Financement provincial

La fragmentation de la supervision des missions des CSSU entre de multiples ministères provinciaux et territoriaux se retrouve au niveau du financement de ces derniers. Différentes règles et procédures existent dans le pays, mais elles présentent des éléments communs :

Financement de la recherche

Le financement de la mission de recherche provient de multiples sources :

1. Les budgets globaux des hôpitaux sont assurés par divers types de soutien à l'infrastructure ou salaires administratifs pour un bureau d'administration de la recherche
2. Sources de recettes discrétionnaires au sein de l'hôpital (par ex. stationnement, préférence des patients concernant leur chambre)
3. Salaires des universités
4. Part prélevée sur les plans de pratique ou les plans de financement de rechange
5. Bourses et subvention de multiples sources
6. Philanthropie

Concernant les deux premières mentions de la liste précédente, le financement du ministère de la santé provincial vise à appuyer la prestation des soins, ce qui signifie que les sommes affectées au budget global ne devraient pas servir à appuyer directement la recherche. Pourtant, il est clairement ressorti des discussions que le budget global est utilisé pour la financer directement et indirectement. Les vice-présidents de la recherche,

par exemple, sont des postes rémunérés souvent à même le budget global à titre de dépense administrative comme les coûts directs du soutien du bureau d'administration de la recherche. Indirectement, la recherche peut être financée en faisant relever les fonctions finances et ressources humaines des départements de l'hôpital qui fournissent ces services. L'administration interne et d'autres services peuvent également assurer la totalité ou une partie des services de soutien requis pour répondre aux besoins de la recherche.

En outre, le financement provenant des recettes discrétionnaires (par ex. stationnement ou recettes d'activités commerciales et préférence des patients concernant la chambre) est souvent dirigé au sein du CSSU vers le soutien de l'infrastructure de recherche ou d'autres aspects de la mission tripartite. Les contraintes de financement persistant, on craint beaucoup que les dirigeants soient obligés de modifier la répartition des fonds entre les missions et, par conséquent, de mettre en danger la mission de recherche (et d'autres missions du CSSU).

La philanthropie est également une source de financement qui peut être imprévisible et engendrer des problèmes de stabilité. Les répercussions du récent ralentissement de l'économie mondiale ne sont pas encore entièrement connues, mais de nombreuses personnes interrogées craignent que le soutien des donateurs ne suffise pas à long terme à permettre la croissance de la recherche.

Les bourses ou les subventions représentent une importante source de fonds pour la recherche et sont au moins partiellement (et à juste titre) liées au rendement (soit, les chercheurs dont les travaux sont couronnés de succès sont en mesure de gagner du terrain et d'avoir accès à des subventions additionnelles). La difficulté que présente le modèle courant d'obtention de subventions est que ces dernières visent les coûts directs du projet et ne permettent de recouvrer aucun des coûts d'infrastructure. Par conséquent, ces derniers coûts doivent être couverts par d'autres sources qui, comme il a déjà été dit, sont vues comme étant quelque peu imprévisibles, instables ou à risque dans le courant contexte économique.

Financement de la formation

Le financement des missions éducatives formelles provient de multiples sources :

- Le ministère de l'Éducation offre généralement les subventions d'exploitation annuelles aux universités bien que dans certains cas ces subventions viennent du ministère de la Santé.
- Le ministère de la Santé (du moins dans la majorité des provinces) finance directement les hôpitaux pour qu'ils se chargent de payer les stagiaires au niveau des études supérieures en médecine au moyen de ce qui est parfois appelé un budget de la formation clinique.
- Les budgets globaux des hôpitaux ont longtemps compris un facteur d'ajustement (souvent fondé sur un calcul du coût au pied carré) qui était destiné à couvrir les coûts d'infrastructure associés à la formation et aux « espaces d'enseignement » (soit salles de classe, laboratoires, bibliothèques, bureaux) dans les hôpitaux d'enseignement.

- Les budgets globaux des hôpitaux ont longtemps aussi compris (du moins dans certaines provinces) un « facteur d'enseignement » pour refléter les coûts plus élevés attribuables à la qualité d'hôpital d'enseignement ; certains de ces coûts sont associés au mandat de formation (par ex. analyses de laboratoire additionnelles, plus longues périodes en salle d'opération).
- Les budgets globaux des hôpitaux servent à rémunérer le personnel de multiples professions qui agissent « bénévolement » en qualité d'enseignants et de précepteurs auprès des étudiants. Les salaires ne sont généralement pas ajustés au rôle assumé et le temps passé à enseigner est souvent du temps « perdu » pour les soins directs des patients. Cela entraîne un sentiment de productivité inférieure dans les CSSU étant donné que le personnel consacre moins de son temps à soigner les patients.
- Les sources de revenus des médecins traduisent un éventail de modèles dont : salaires directement payés par l'université aux professeurs plein temps géographiques (PTG) ; salaires directement payés par l'hôpital pour certains rôles ; autres modalités de financement ou de rémunération et rémunération à l'acte du personnel clinique et paiements modestes par les hôpitaux pour des tâches administratives. Toutes ces sources contribuent à fournir une base de revenu aux médecins qui soutiennent l'enseignement formel dans un cadre clinique. Dans le cas des autres modalités de financement ou de rémunération, le temps d'enseignement peut être consigné et jugé protégé dans la source de revenus, mais dans le monde de la rémunération à l'acte, les médecins doivent tirer un revenu suffisant de leur clientèle pour se permettre de prendre du temps pour enseigner aux étudiants.

La myriade de sources de financement de cette composante du mandat intégré soulève un certain nombre d'enjeux, dont notamment : (1) l'impression sous-jacente que la mission du CSSU n'est pas financée adéquatement et (2) un certain conflit au sujet de qui est censé payer quoi. Ces deux enjeux peuvent gêner la discussion et ralentir la progression des tentatives pour établir de nouveaux modèles et de nouveaux processus. Alors que les contraintes financières s'intensifient pour les gouvernements provinciaux et, par extension, pour les organismes qu'ils financent, il y aura risque accru de voir des directives contradictoires comportant des conséquences imprévues pour les CSSU. À titre d'exemple, les directives de financement portant sur les dépenses en matière d'éducation peuvent contraindre la direction des universités à décider indépendamment de faire sorte que leurs budgets soient équilibrés. Les processus de prise de telles décisions pourront inclure ou ne pas inclure les CSSU partenaires et pourtant ces décisions risquent de se répercuter directement sur la capacité des CSSU d'exécuter leur mandat en exigeant de rediriger le financement limité d'un pôle vers un autre (de la recherche vers l'éducation par exemple).

Financement fédéral

Le gouvernement fédéral joue un rôle restreint dans le financement direct de la mission des CSSU. Les paiements de transfert sont versés sous forme de somme globale à la province et ne sont pas directement réservés à la santé ou aux CSSU à titre de sous-ensemble de la santé. Des fonds fédéraux sont accordés pour appuyer la recherche par l'entremise d'organismes comme les instituts de recherche en santé du Canada, Génome Canada, la Fondation canadienne pour l'innovation et le programme des chaires de recherche

du Canada, et l'on craint que ces fonds ne fassent l'objet de variabilité et d'une absence d'engagement à long terme, ce qui reflète en grande partie la réalité que le milieu politique peut entraîner des changements d'orientations de la politique lorsque le gouvernement change.

Enjeux concernant le financement de l'infrastructure

Sans égard aux sources de financement éventuelles, le financement de l'infrastructure présente des enjeux sous-jacents qui se répercutent sur la mission des CSSU.

Concernant la recherche, les coûts indirects de celle-ci ne sont pas inclus directement dans la subvention la finançant. Le programme de financement indirect de l'infrastructure de la recherche du gouvernement fédéral accorde des fonds directement aux universités et laisse aux organisations affiliées le soin de décider de la formule de partage. Les fonds offerts sont insuffisants pour couvrir les coûts réels et les fonds manquants sont généralement puisés dans le budget global du CSSU.

D'importantes composantes de la mission éducative sont sous-financées et sont réalisées grâce à la bonne volonté des employés et des médecins qui participent à l'enseignement sans reconnaissance officielle du temps qu'ils y consacrent ou de l'impact que cela a sur la partie prestation de soins cliniques de leur travail. Les contraintes soutenues à faire preuve d'efficacité en matière de coûts et de productivité exercent une pression accrue sur le personnel et risquent d'avoir des conséquences négatives sur la viabilité de certains aspects de la mission.

Le problème que présente le maintien des caractéristiques distinctives du CSSU (éducation et recherche) n'est pas attribuable à l'obligation de rendre compte et de faire preuve de productivité, mais au fait que l'on s'attend à ce que cela soit réalisé efficacement sans soutien additionnel dans un contexte de ressources qui diminuent et de charges de travail qui s'accroissent.

7.0 Commentaires finals

Le Canada a la possibilité, grâce à ses Centres des sciences de la santé universitaires, d'être un chef de file mondial en matière d'intégration transparente de la formation de la plus haute qualité des professionnels de la santé, accompagnée d'une application des connaissances issues de la recherche la plus avancée à la prestation de soins de la meilleure qualité. Pour ce faire, les CSSU devront se transformer en réseaux universitaires des sciences de la santé dont chacune des parties devra acquérir une force complémentaire en éducation, recherche et soins des patients dans leur région.

Une importante collision de changements dans les trois mandats s'est produite au cours des deux dernières décennies. Il y a récemment eu une augmentation rapide de progrès dans les modèles de formation des professionnels de la santé, ainsi qu'une accélération de l'application des découvertes scientifiques aux soins des patients. Nombre des changements survenus ont été rendus possibles grâce aux programmes de recherche et de services cliniques financés par les gouvernements fédéral et provinciaux. L'impact sociétal de ces changements se traduit en outils diagnostiques novateurs pour déceler très précocement des maladies comme le cancer, en mise au point d'une chirurgie minimalement invasive qui cause un moins grand stress aux patients et leur permettent de reprendre leurs activités normales plus rapidement, en mise au point de nouvelles thérapeutiques, et en une amélioration des résultats de santé pour les Canadiens.

Cependant devant les coûts en hausse des soins de santé attribuables au vieillissement de la population et à d'autres facteurs, les gouvernements ont réagi en modifiant la gestion et la gouvernance du système de soins de santé. Ces changements ne se sont pas accompagnés de changements à la gouvernance et au financement des organisations partenaires qui se chargent de la formation, de la recherche et des soins par l'entremise du CSSU.

Il faudrait établir un nouveau modèle intégré qui reflète les partenariats cruciaux existant entre les établissements postsecondaires et les régions sanitaires du pays. Les programmes fédéraux doivent reconnaître les besoins de financement des CSSU partenaires en soutenant les coûts indirects de la recherche d'une manière qui réduit les litiges de compétence entre les partenaires.

Tant le gouvernement fédéral que les gouvernements provinciaux doivent reconnaître la valeur du partenariat entre les établissements postsecondaires et les régions sanitaires qui apporte une contribution importante et unique au programme d'innovation et à la croissance économique du pays en mettant au point et en commercialisant de nouvelles thérapeutiques et de nouveaux dispositifs. Ensemble, ils assurent le continuum essentiel à l'application des connaissances du laboratoire à la société.

En outre, les programmes provinciaux visant le financement des établissements postsecondaires et les régions sanitaires doivent refléter le partenariat et ne pas souffrir d'un manque de cohésion de la politique des différents ministères et de la complexité des mécanismes de financement provenant de différents ministères.

Annexe 1.1 – Étude de cas CSSU - Liste des dirigeants interviewés

Nom	Titre	Poste	Organisation	Province
Albritton, Bill	Dr	Doyen de médecine	Un. de la Saskatchewan	Sask.
Babiuk, Lorne	Dr	Vice-président, Recherche	Université de l'Alberta	Alb.
Baker, Carolyn	Mme	Directrice générale (Réunion du TAHSN)	SJH	Ont.
Beaupre, Beth	Mme	Directrice exécutive, poste commun avec le personnel médical	Un. du Manitoba & Winnipeg Regional Health Authority (WRHA)	Man.
Bell, Robert	M.	Chef de la direction (Réunion du TAHSN)	University Health Network	Ont.
Berg, Katherine - PhD, P.T.	Dre	Présidente et professeure agrégée, Département de physiothérapie; Présidente exécutive, Secteur de la réadaptation; Présidente, Programme d'enseignement supérieur, Sciences de la réadaptation, Faculté de médecine	Un. de Toronto	Ont.
Bradwejn, Jacques	Dr	Doyen, Faculté de médecine	Un. d'Ottawa	Ont.
Bryant, Helga	Mme	Chef de direction, Soins infirmiers, Centre des sciences de la santé	Winnipeg Regional Health Authority (WHRA)	Man.
Buchan, Alison	Dre	Doyen associé principal, Recherche, Faculté de médecine	Un. de la Col.-Br.	Col.-Br.
Butler, Lorna	Dre	Doyenne, Soins infirmiers	Un. de la Saskatchewan	Sask.
Choy, Patrick	Dr	Doyen associé de médecine (Recherche), Faculté de médecine	Un. du Manitoba	Man.
Collins, Stephen	Dr	Vice-prés., Recherche	McMaster Univ.	Ont.
Collins, David M.	Dr	Doyen, Faculté de pharmacie	Un. du Manitoba	Man.
Cooper, Juliette	Dre	Ancienne directrice, École de médecine physique et de réadaptation	Un. du Manitoba	Man.
Cranston, Lynda	Mme	Présidente-directrice générale	PHSA	Col.-Br.
Crooks, Dauna	Dre	Doyenne, Faculté de soins infirmiers	Un. du Manitoba	Man.
Davies, Maura	Mme	Présidente-directrice générale	Saskatoon Health Region	Sask.
Deeley, Roger	Dr	Vice-prés., Recherche (KGH) & Vice-doyen, Recherche (Queen's)	Kingston General Hospital & Université Queen's	Ont.
Devitt, Robert	M.	Chef de la direction (Réunion du TAHSN)	Toronto East General Hospital	Ont.
Doyle, Dianne	Mme	Directrice générale	Providence Health Care	Col.-Br.
Emery, Marilyn	Mme	Directrice générale (Réunion du TAHSN)	Women's College Hospital	Ont.

Etcheverry, Emily	Dre	Directrice, École de réadaptation médicale; Doyenne associée, Réadaptation médicale et Services paramédicaux, Faculté de médecine	Un. du Manitoba	Man.
Feasby, Tom	Dr	Doyen de médecine	Université de Calgary	Alb.
Fairbairn, Brett	Dr	Vice-président, Enseignement universitaire et Vice-recteur	Un. de la Saskatchewan	Sask.
Ferguson-Pare, Mary	Dre	Vice-prés., Affaires professionnelles et Chef de direction, Soins infirmiers (UHN); professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières	UHN/ Un. de Toronto	Ont.
Fernie, Geoff	Dr	Vice-prés., Recherche	Toronto Rehabilitation Institute	Ont.
Ferris, Lori	Prof	Vice-rectrice associée, Relations avec les établissements de santé	Un. de Toronto	Ont.
Flattery, Brenda	Mme	Vice-prés. exécutive, Activités cliniques	Hamilton Health Sciences	Ont.
Gaskin, Patrick	M.	Vice-prés. Services intégrés	London	Ont.
Goldstein, Rose	Dre	Vice-prés., Recherche	Université de Calgary	Alb.
Gorecki, Dennis	Dr	Doyen, Pharmacie et Nutrition	Un. de la Saskatchewan	Sask.
Hendlisz, Jacques	M.	Directeur général	Institut Douglas	Qué.
Hepburn, John	Dr	Vice-prés., Recherche	Un. de la Col.-Br.	Col.-Br.
Hill, David	Dr	Directeur scientifique, Lawson Health Research Institute; Vice-prés., int., Recherche, London Health Sciences Centre & St. Joseph's Health Care	Lawson Health Research Institute	Ont.
Horsburgh, M.E. (Beth)	Dre	Vice-prés. associée, Recherche - Santé (Un. de la Sask.)/Vice-prés., Recherche et Innovation (Saskatoon Health Region)	Un. de la Saskatchewan / Saskatoon Health Region	Sask.
Julius, Michael	Dr	Vice-président	Sunnybrook Research Institute	Ont.
Karpa, Angela	Mme	Finances	VCHA	Col.-Br.
Keselman, Joanne	Dre	Vice-prés. par int., Services universitaires et vice-rectrice	Un. du Manitoba	Man.
King, John	M.	Vice-prés. exéc., Dir. administratif	SMH	Ont.
Kissoon, Niranjan	Dr	Chef de direction associé et professeur; Directeur médical principal, Programme pédiatrique de soins actifs et intensifs; Vice-prés., Affaires médicales, BCCH et Sunny Hill Health Centre for Children, Faculté de pédiatrie médicale	BCCH	Col.-Br.
Kitts, Jack	Dr	Chef de la direction	Hôpital d'Ottawa	Ont.
Kreoger, Edwin	Dr	Vice-doyen, Études supérieures, Faculté de médecine	Un. du Manitoba	Man.
LeBlanc, Ray	Dr	Vice-prés., Recherche	Capital Health	N.-É.
Lefebvre, Yvonne	Dre	Vice-prés., Recherche et Affaires universitaires	Providence Health Care	Col.-Br.

Levin, Richard	Dr	Doyen de médecine/Vice-prés., Affaires de la santé	Un. McGill	Qué.
Levitt, Robert	M.	Chef de la direction (Réunion du TAHSN)	TEGH	Ont.
Lewis, Peter	Dr	Vice-doyen, Recherche, Faculté de médecine	Un. de Toronto	Ont.
Loveridge, Brenda	Dre	Chef, Département de physiothérapie, Faculté de médecine	Un. de la Col.-Br.	Col.-Br.
Lozon, Jeff	M.	Chef de la direction (Réunion du TAHSN)	SMH	Ont.
Lye, Stephen	Dr	Directeur associé, Recherche	Simon Lunenfeld Research Institute	Ont.
Mackenzie, Alex	Dr	Directeur	CHEO Institut de recherche	Ont.
Mackenzie, Jennifer	Mme	Vice-prés., Innovation	PHSA	Col.-Br.
MacLeod, Stuart	Dr	Vice-prés., Recherche et Affaires universitaires	PHSA	Col.-Br.
Marchbank, Michael	M.	Vice-président	PHSA	Col.-Br.
Marrie, Thomas	Dr	Doyen, Faculté de médecine	Un. de l'Alberta	Alb.
Martin, Murray	M.	Chef de la direction	Hamilton Health Sciences Centre	Ont.
McGrath, Patrick	Dr	Vice-prés., Recherche	IWK	N.-É.
McGuire, Ann	Mme	Directrice générale	IWK	N.-É.
McLellan, Barry	M.	Chef de la direction (Réunion du TAHSN)	Sunnybrook Hospital	Ont.
Molzahn, Anita	Dre	Doyenne, Soins infirmiers	Un. de l'Alberta	Alb.
Nelson, Sioban - PhD	Dre	IA, Doyenne et professeure, Faculté des soins infirmiers	Un. de Toronto	Ont.
Oppenheimer, Luis	Dr	Directeur provincial, Accès des patients; Vice-doyen, Innovation en conception de systèmes et qualité, Faculté de médecine	Un. du Manitoba	Man.
Ostrow, David	Dr	Chef de la direction (par intérim)	VCHA	Col.-Br.
Paige, Chris	Dr	Vice-prés., Recherche	UHN	Ont.
Pollak, Bruce	Dr	Vice-prés., Recherche	CAMH	Ont.
Porter, Arthur	Dr	Chef de la direction	Univ. McGill	Qué.
Postl, Brian	Dr	Président-directeur général	WRHA	Man.
Proctor, Mary	Mme	Directrice des finances	Providence Health Care	Col.-Br.
Rhodes, Chuck	Dr	Doyen	Western College of Veterinary Medicine	Sask.
Ripstein, Ira	Dr	Vice-doyen, Enseignement universitaire supérieur, Faculté de médecine	Un. du Manitoba	Man.
Rochon, Mark	M.	Chef de la direction (Réunion du TAHSN)	TRI	Ont.
Rodgers, Carol	Dre	Doyen de kinésiologie	Un. de la Saskatchewan	Sask.
Rouleau, Jean	Dr	Doyen de médecine	Un. de Montréal	Qué.
Rourke, James	Dr	Doyen, Faculté de médecine	Memorial University	T.-N.et-L.

Samarasekera, Indira	Dre	Présidente	Un. de l'Alberta	Alb.
Sandham, Dean	Dr	Doyen, Faculté de médecine	Un. du Manitoba	Man.
Slutsky, Art	Dr	Vice-prés., Recherche	St Michael's Hospital	Ont.
Stewart, Duncan	Dr	Chef de la direction et directeur scientifique	Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa	Ont.
Stuart, Gavin	Dr	Doyen, Faculté de médecine	Un. de la Col.-Br.	Col.-Br.
Stuss, Donald	Dr.	Vice-prés., Recherche, Directeur	Baycrest, Rotman Research Institute	Ont.
Thompson, David	M.	Président du conseil d'administration	Vancouver Coastal Health Authority (VCHA)	Col.-Br.
Thorne, Sally	Dre	Directrice, École de soins infirmiers	Un. de la Col.-Br.	Col.-Br.
Thornhill, Jim	Dr	Vice-doyen, Recherche et Études supérieures, Collège de médecine et Conseiller spécial auprès du bureau de la Dre Beth Horsburgh	Un. de la Saskatchewan	Sask.
Tulip, Danny	M.	Directeur des finances	Royal Roads University	Col.-Br.
Turgeon, Jacques	Dr	Directeur de la recherche	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Qué.
Tyrrell, Lorne	Dr	Ancien doyen de médecine/ Conseiller spécial, Recherche	Un. de l'Alberta / AHR	Alb.
Uswak, Gerry	Dr	Doyen, Médecine dentaire	Un. de la Saskatchewan	Sask.
Vincent, Leslie	Mme	Vice-prés., Services aux patients et Chef de direction, Soins infirmiers	Mount Sinai Hospital	Ont.
Wainberg, Mark A. - Ph.D.	Dr	Directeur	Institut Lady Davis pour la recherche médicale attaché à l'Hôpital général juif	Qué.
Watts, Kathy	Mme	Vice-prés., Finances	HHS	Ont.
Welsh, Alison	Mme	Directrice des finances	Sunnybrook	Ont.
Whiteside, Catharine	Dre	Doyenne, Faculté de médecine (a pris part également à la réunion du TAHSN)	Un. de Toronto	Ont.
Woodgett, Jim	Dr	Directeur de la recherche	Simon Lunenfeld Research Institute	Ont.
Young, Michael	M.	Vice-prés. exécutif	Sunnybrook	Ont.