



Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé
Secteur santé publique
Faculté de médecine

*Les enjeux du développement de la
médecine académique*

RAPPORT

Auteurs
(par ordre alphabétique)

François Champagne
André-Pierre Contandriopoulos
Jean-Louis Denis
Marion Gerbier
Claude Poirier
Louise-Hélène Trottier

En collaboration avec :

Lise Lamothe
Jean Rochon

R04-03

Février 2004

Dépôt légal – 2^e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-921954-79-6

Les enjeux du développement de la médecine académique

Auteurs

(par ordre alphabétique)

François Champagne, Ph.D.

André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D.

Jean-Louis Denis, Ph.D.

Marion Gerbier

Claude Poirier, Ing., M.D., M.Sc.

Louise-Hélène Trottier, Ph.D.

En Collaboration avec

Lise Lamothe, Ph.D.

Jean Rochon, LL, M.D., Ph.D.

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Département d'administration de la santé
Université de Montréal

27 février 2004

Financé par la Commission d'analyse des projets d'implantation du CHUM/CUSM

Table des matières

Nos observations	iii
Les principaux constats	iv
Recommandations	vii
Introduction	1
1. Le développement de la médecine académique	2
1.1 Définition de la médecine académique	2
1.2 L'environnement de la médecine académique : un contexte en changement	3
1.3 L'excellence et l'innovation : le double enjeu de la médecine académique	4
1.3.1 L'excellence	4
1.3.2 L'innovation	5
1.3.3 La synergie des missions	6
1.4 Les organismes régulateurs	6
1.5 Les établissements de soins responsables de la médecine académique	8
1.6 La gouverne au service de l'innovation et de l'excellence	10
2. Les dimensions de l'excellence et de l'innovation	12
2.1 La recherche	12
2.1.1 Les changements en cours	12
2.1.2 Les dimensions de la performance de la recherche	14
2.2 La formation	16
2.2.1 La formation des professionnels de demain	16
2.2.2 Les dimensions de la performance pour la formation	17
2.3 Les soins	19
2.3.1 Les développements scientifiques et technologiques	19
2.3.2 Les dimensions de la performance en regard des soins	20
2.4 La gouverne	21
2.4.1 Les éléments de gestion	24
2.4.2 Les éléments d'intégration et de synergie	27
2.5 Les éléments incitatifs du rehaussement de la médecine académique	28
3. Les critères d'un véritable service académique	31
Références	35
Annexe 1 : méthode	39

Liste des figures et tableau

Figure 1	Trois pôles classiques de la médecine académique.....	5
Figure 2	Lieux de la médecine académique	9
Figure 3	Quatre pôles d'innovation et d'excellence en synergie.....	11
Tableau 1	Les éléments incitatifs du rehaussement de la médecine académique	30

Nos observations

Dans les mois et les années à venir, le concept de médecine académique pourrait être utilisé pour :

- a. Définir la cible à atteindre en regard du rehaussement de la médecine académique au sein des CHU;
- b. Faire le point sur l'état de développement de la médecine académique;
- c. Renouveler la compréhension du rôle et des responsabilités du CHU et des autres organisations du réseau de la médecine académique;
- d. Accompagner l'implantation des projets du CHUM et du CUSM de façon à ce que ces projets puissent contribuer avec efficacité au rehaussement de la médecine académique.

Les documents rendus publics en décembre 2003 et portant sur les projets d'implantation du CHUM et du CUSM (CHUM 2003; CUSM 2003) visent essentiellement à présenter un plan d'aménagement physique de ces projets. Chacun de ces documents met de l'avant certains éléments associés au développement de la médecine académique, tel le plan de pratique, la nécessité de concentration des ressources, l'atteinte d'une masse critique de résidents, la dynamique entre la recherche et l'innovation et la reconnaissance du réseau de la médecine académique. Ces documents révèlent toutefois peu de la vision qu'ont actuellement ces organisations de la médecine académique et du développement qu'elles souhaitent y voir se réaliser.

Les principaux constats

- 1) La médecine académique peut se définir comme la pratique de la médecine associée à la génération et au transfert des connaissances, ainsi qu'au développement des compétences et des techniques propres au rehaussement de la médecine. La médecine académique repose sur trois pôles, l'enseignement, la recherche et les soins, et elle se distingue par une double exigence : l'excellence et l'innovation. L'atteinte de l'excellence et de l'innovation est fondée sur une synergie forte entre les trois missions de formation, de recherche et de clinique. Elle se déploie sur la totalité du champ de la médecine, de la prévention aux soins les plus spécialisés, en passant par la première ligne et les soins palliatifs.
- 2) Le domaine de la médecine académique est beaucoup plus vaste que le domaine de responsabilité des hôpitaux universitaires.
- 3) L'hôpital universitaire, par sa taille, son prestige et son expertise a un rôle de leadership à jouer dans le développement de la médecine académique. Cependant, la responsabilité du rehaussement de la médecine académique doit relever d'un réseau constitué des établissements qui y participent (CHU, IU, CAU, etc.), des universités et des autres organismes régulateurs qui y interviennent, comme le FRSQ, les corporations professionnelles, le MSSS, les Agences de développement, etc. Les universités doivent jouer un rôle central dans la coordination du réseau de la médecine académique.
- 4) Les organismes régulateurs de l'excellence des trois missions des CHU ont un rôle structurant sur la médecine académique, mais aucun n'a la responsabilité de porter un jugement global sur la performance générale de cette dernière.
- 5) L'innovation et l'excellence reposent sur la capacité d'intégrer les soins, la recherche et la formation dans toutes les organisations du réseau de la médecine académique et en particulier dans les CHU.

- 6) La gouverne des CHU doit être renouvelée pour favoriser l'intégration des trois domaines de responsabilité de la médecine académique et pour y promouvoir l'innovation et l'excellence. Pour maîtriser la complexité des CHU, la gouverne doit réduire les niveaux hiérarchiques et adopter une gestion décentralisée qui s'appuie sur de petites unités de production flexibles qui sont imputables des résultats qu'elles obtiennent. Elle doit également reconnaître que l'intégration des missions résulte de l'intégration par les professionnels, dans leurs pratiques, des exigences liées à la clinique, à la formation et à la recherche.
- 7) Les fonctions de tous les professionnels des CHU doivent comprendre des activités d'enseignement, de recherche et de soins qui, dépendant des individus, peuvent être exercées dans des proportions et selon des modalités variables.
- 8) Les CHU doivent mettre en place des mécanismes de recrutement attentif des professionnels afin : a) d'y augmenter la masse critique de professionnels polyvalents; b) d'y accroître le degré de correspondance entre les critères d'excellence et les qualités des professionnels recrutés; c) d'y retenir les candidats ayant des qualités de leadership; d) d'y recruter des professionnels ayant une adhésion totale à la mission des CHU.
- 9) Le CHU doit adopter un plan de pratique et un plan de carrière afin de créer un environnement propice à l'intégration de ses trois missions. Le plan de pratique permet de rémunérer les médecins, non plus à l'acte, mais de façon globale et intégrée, leur permettant ainsi d'accomplir adéquatement chacune de leurs activités d'enseignement, de recherche et de soins. Pour sa part, le plan de carrière permet de valoriser et de moduler au cours du temps les trois grandes fonctions des professionnels. Il requière des ressources dédiées en vue de soutenir le perfectionnement et le ressourcement des professionnels.
- 10) Le CHU doit construire sa culture organisationnelle à partir des valeurs et de l'éthique professionnelles propres à chacune de ses missions.

11) Le CHU doit adopter une politique institutionnelle de soutien à la recherche et une politique institutionnelle de soutien à la formation.

12) Le CHU doit mettre en place, le plus rapidement possible, un mécanisme d'auto-évaluation permettant à chaque unité de la médecine académique de déterminer son niveau d'excellence et d'identifier des objectifs réalisables en vue de le maintenir ou de le rehausser.

Recommandations

- 1) Utiliser le concept de médecine académique pour mettre en place des processus d'accompagnement de son développement.
- 2) Développer avec les milieux concernés une grille valide et légitime pour apprécier le niveau de développement de la médecine académique pour :
 - a. Connaître la situation actuelle dans chacun des services de médecine académique;
 - b. Définir les cibles de maintien et de rehaussement par service;
 - c. Statuer, à partir des critères et avec les milieux concernés, sur les activités et les ressources humaines qui devraient faire partie du CHU.
- 3) Initier et poursuivre un travail de réflexion et d'analyse avec les acteurs concernés sur les formes que devraient prendre la gouverne des CHU en fonction des exigences de la médecine académique.
- 4) Réfléchir à la place que doit occuper le CHU au sein du réseau de la médecine académique.
- 5) Pour aider les décideurs à implanter les projets les plus susceptibles de promouvoir la médecine académique, il faudrait poursuivre les recherches et les analyses sur :
 - a. Les relations théoriques et empiriques existantes entre le design organisationnel et la synergie des trois missions;
 - b. Les conditions organisationnelles, structurelles et financières susceptibles de promouvoir l'excellence et l'innovation en recherche;
 - c. Les conditions organisationnelles, structurelles et financières susceptibles de promouvoir la formation des professionnels et des gestionnaires en fonction des exigences requises par la médecine académique;
 - d. La diversité des arrangements organisationnels possibles entre l'université, le CHU et les autres établissements du réseau de la médecine académique.

Introduction

Au Canada, au cours des dix dernières années, la nécessité de repenser et de réformer la médecine de première ligne a fait l'objet de nombreuses analyses (Forum 1997; Clair 2000; Romanow 2002). Pour leur part, les réflexions sur l'hôpital universitaire, et plus généralement sur la médecine académique, ont été rares, à l'exception de quelques rapports (Sinclair 1998; Carignan 2002; ACISU 2003).

Pourtant, durant cette période, l'hôpital et surtout l'hôpital universitaire a été profondément ébranlé par l'action combinée du développement des techniques et des connaissances, du vieillissement de la population et des coupures budgétaires. L'hôpital reste néanmoins encore aujourd'hui une structure essentielle du réseau de soins et l'hôpital universitaire le lieu par excellence de formation des nouveaux professionnels de la santé. La proportion des dépenses totales de santé affectée à l'hôpital est passée, en l'espace de dix ans au Québec, de 45% à 33%, sans toutefois que les attentes à son endroit soient révisées. La dégradation de la situation des urgences, l'incapacité des hôpitaux universitaires à respecter leur budget, la désuétude de leurs équipements et les difficultés qu'ils éprouvent pour se restructurer en sont l'expression manifeste.

Notre travail vise à répondre au mandat que nous a confié la Commission d'analyse des projets d'implantation du CHUM/CUSM qui est : 1) de développer un cadre d'analyse de la médecine académique, 2) de définir, de façon sommaire, les dimensions et les approches qui permettent de qualifier la performance de la médecine académique et 3) de présenter, à titre indicatif, des critères pouvant servir à apprécier la performance de la médecine académique. Le but de ce travail est d'aider les membres de la Commission à mieux cerner la contribution des projets du CHUM et du CUSM au rehaussement de la médecine académique.

La première partie du rapport définit le concept de « médecine académique ». Cette définition indique que la médecine académique se caractérise par une double exigence, l'excellence et l'innovation, qu'elle repose sur trois pôles (la recherche, l'enseignement et les soins), et qu'une fonction importante de la gouverne des CHU est de faciliter l'intégration de ces

trois missions. Nous présentons également dans cette première partie les dispositifs de régulation du domaine.

La deuxième partie du rapport présente les dimensions de l'excellence et de l'innovation dans chacun des pôles de la médecine académique. Nous y cernons également les éléments de gestion et les éléments d'intégration et de synergie qui doivent être privilégiés au sein des CHU afin d'y soutenir le développement de la médecine académique. La troisième partie dégage, de la revue de littérature que nous avons réalisée, des indicateurs qui pourraient permettre à chaque service académique de déterminer son niveau d'excellence et d'innovation. Enfin, nos observations, les principaux constats qui se dégagent de ce travail et qui permettraient de favoriser le rehaussement de la médecine académique, de même que nos recommandations sont présentés au début du rapport. La méthode de travail est présentée à l'Annexe 1.

1. Le développement de la médecine académique

1.1 Définition de la médecine académique

La médecine académique peut se définir comme la pratique de la médecine associée à la génération et au transfert des connaissances, ainsi qu'au développement des compétences et des techniques propres au rehaussement de la médecine. La médecine académique repose sur trois pôles, l'enseignement, la recherche et les soins, et elle se distingue par une double exigence : l'excellence et l'innovation. L'atteinte de l'excellence et de l'innovation est fondée sur une synergie forte entre les trois missions de formation, de recherche et de clinique. Elle se déploie sur la totalité du champ de la médecine, de la prévention aux soins les plus spécialisés, en passant par la première ligne et les soins palliatifs.

Un peu partout dans le monde, on reconnaît que la médecine académique poursuit trois missions qui correspondent à chacun des pôles que nous venons d'identifier (Lozon and Fox 2002; CFTFAHC 2003; Institute of Medicine 2003a). Au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) reconnaît quatre missions aux centres hospitaliers

universitaires (CHU), soit l'enseignement, la recherche, les soins et l'évaluation des technologies de la santé. L'évaluation des technologies de la santé, quand elle est associée à l'innovation, doit être considérée comme un domaine particulier de recherche, même si elle se caractérise par une dimension normative qui lui est propre. Aussi, dans ce rapport, nous considérons l'évaluation des technologies comme appartenant de façon intrinsèque à la recherche. Par ailleurs, nous sommes convaincus que l'évaluation des technologies de la santé demeure un domaine trop peu développé au Québec qui aurait tout intérêt à être stimulé pour aider à l'innovation et pour accroître l'efficacité et la pertinence des interventions.

1.2 L'environnement de la médecine académique : un contexte en changement

Le contexte dans lequel s'inscrit actuellement la médecine académique évolue rapidement. Les besoins de santé se sont déplacés des maladies aiguës aux maladies chroniques. Les avancées technologiques et scientifiques s'accroissent dans le domaine de la santé. Elles conduisent à une redéfinition de la santé et des soins médicaux et affectent considérablement les processus de soins, de diagnostics et les lieux de dispensation des services (Beck 1986; Christensen, Bohmer et al. 2000; Bernstein 2002; Snyderman and Williams 2003; Institute of Medicine 2003a). Ces avancées conduisent également à une plus grande capacité d'intervention en regard de la santé des populations et de la prévention des maladies, ce qui entraîne une modification et souvent un accroissement de la demande de soins (CFTFAHC 2002; Institute of Medicine 2002). De plus, même si elles introduisent de nouvelles formes de risque, les avancées technologiques et scientifiques permettent d'atteindre un plus haut niveau de qualité et de sécurité des soins (Institute of Medicine 2003a).

Pour leur part, les nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC) permettent une circulation large et rapide de l'information et des nouvelles idées. Elles ont et continueront d'avoir un impact majeur sur l'organisation de la pratique clinique (ex. : informatisation des dossiers médicaux, accès aux systèmes d'information relatifs à l'efficacité des interventions, système informatique permettant de tenir à jour les guides de pratique et les protocoles de soins, possibilités d'interaction professionnelle à distance via Internet, etc.)

(CFTFAHC 2003; Institute of Medicine 2003a) et sur les méthodes de formation des étudiants (simulation de cas pratiques et standardisés, formation interactive sur Internet, etc.).

L'avancement des connaissances et l'essor technologique modifient considérablement l'organisation du système de soins. Ils affectent les moments d'intervention (ouvrant à des capacités plus importantes d'intervention en matière de prévention), les capacités de diagnostics et d'intervention, ainsi que les techniques à maîtriser pour soigner et traiter les patients, échanger les informations et tenir à jour les connaissances. Ils restructurent l'organisation des soins entre les professionnels et les lieux de prise en charge des patients (Beck 1986; Christensen, Bohmer et al. 2000; Bernstein 2002; Snyderman and Williams 2003; Institute of Medicine 2003a). Cette évolution dans l'environnement des soins de santé est un déclencheur majeur d'intensification des transformations et des innovations dans la prise en charge des patients (Denis, Brémond et al. 1997).

1.3 L'excellence et l'innovation : le double enjeu de la médecine académique

1.3.1 L'excellence

La médecine académique est tributaire de trois pôles. Chacun d'eux vise l'excellence à partir d'une logique de fonctionnement, de développement et de résultats qui lui est propre. De plus, ces pôles correspondent eux-mêmes à des milieux d'activités diversifiées et dynamiques qui alimentent de nombreux secteurs, dont la médecine académique. C'est au sein de chacun de ces milieux que sont élaborées les normes de performance à partir desquelles l'excellence de chaque mission est déterminée. Les organismes régulateurs de l'enseignement, de la recherche et des soins jouent un rôle structurant sur la médecine académique, sans toutefois porter un jugement global sur cette dernière (Figure 1). La médecine académique ne couvre qu'un segment des activités et des organisations que l'on retrouve dans les domaines de la recherche, de l'enseignement et des soins.

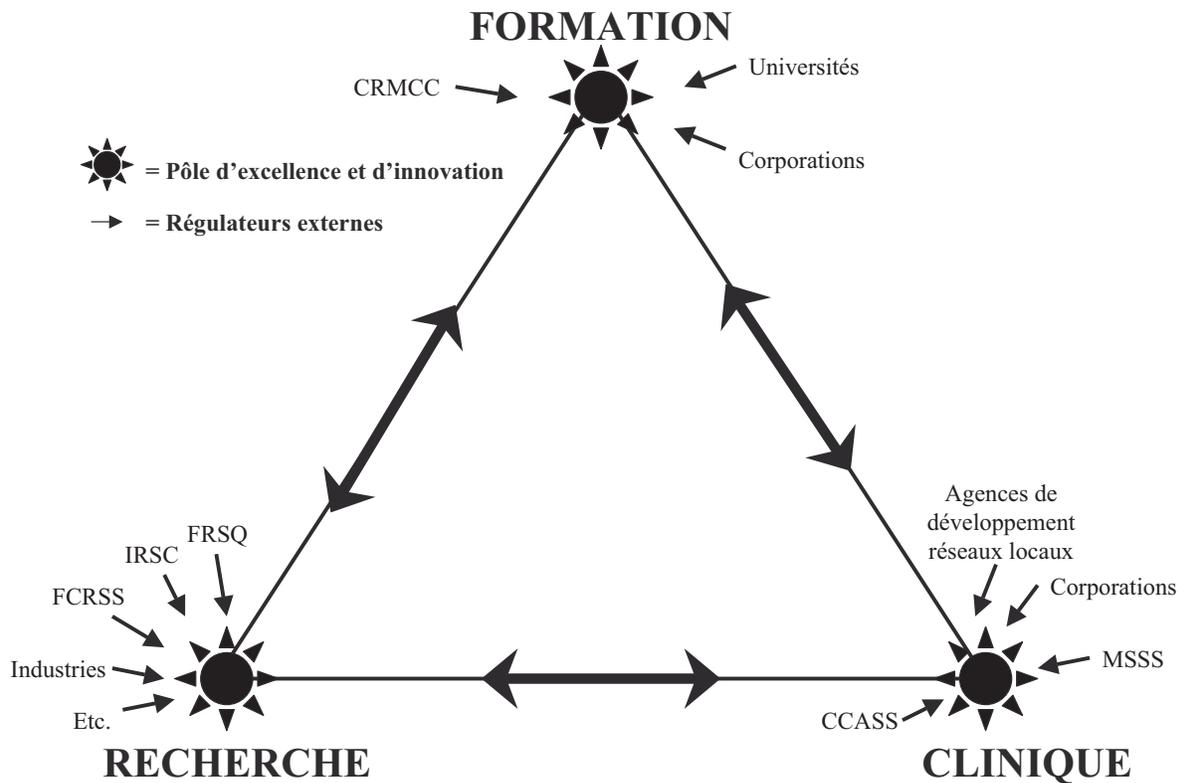


Figure 1. Trois pôles classiques de la médecine académique

1.3.2 L'innovation

La société du savoir, dans laquelle nous évoluons, fait des connaissances et de l'innovation le moteur de l'économie. Dans cette société, le progrès social et économique dépend plus que jamais de l'intégration des connaissances dans les produits, les procédés et les services. L'innovation y est donc au cœur de la capacité concurrentielle et de survie de nos sociétés et des organisations (MRST 2002).

La médecine académique et les établissements du réseau de la santé où elle se réalise n'échappent pas aux impératifs de l'innovation. La médecine académique a un rôle majeur à

jouer dans le renouvellement des pratiques de soins et d'enseignement. La position qu'elle occupe au sein du système de santé, soit à la jonction de la recherche, de la clinique et de l'enseignement, en fait une articulation centrale de la création, de la fertilisation, du transfert, de la valorisation et de l'utilisation des connaissances au sein du réseau de la santé. L'innovation est donc un deuxième enjeu de la médecine académique (ACAHO 2002; ACAHO 2003a).

1.3.3 La synergie des missions

Pour que la médecine académique puisse véritablement contribuer au processus continu d'innovation, i.e. à l'amélioration de la capacité de prévenir, de diagnostiquer et de soigner, les pôles sur lesquels elle repose (recherche, enseignement et soins) doivent accroître leur synergie et leur intégration (CFTFAHC 2003; Institute of Medicine 2003a). Pour ce faire, les CHU devront se doter de dispositifs de gouverne favorables aux interactions générant et soutenant la construction, le partage et l'expérimentation des savoirs (Denis, Brémond et al. 1997; CFTFAHC 2003).

L'excellence de la médecine académique s'appuie donc sur deux registres : des critères et des normes propres à chacun des pôles, et qui n'ont pas été constitués en soi pour rendre compte de la spécificité de la médecine académique, et des facteurs qui favorisent une synergie entre ces trois pôles de façon à maximiser l'excellence et l'innovation.

1.4 Les organismes régulateurs

Chaque mission des CHU (soins, enseignement et recherche) est régulée en soi par une diversité d'instances stratégiques. Du côté de la formation des professionnels de la santé, les principales instances régulatrices sont les universités, les corporations professionnelles (Collège des médecins, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, etc.) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; ces régulateurs ont eux-mêmes à composer avec d'autres instances régulatrices qui ne font pas nécessairement partie des institutions du système de santé, comme le ministère de l'Éducation.

En recherche, les instances régulatrices stratégiques sont les universités et les organismes de soutien financier aux infrastructures, aux projets et aux programmes de recherche. Il s'agit donc d'organismes comme le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), le Fonds de recherche sur la nature et les technologies du Québec, le Fonds de recherche sur la société et la culture du Québec, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), les Chaires de recherche du Canada, la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI), la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS). On peut également ajouter à ces intervenants, les organismes et les fondations subventionnaires étrangers, ainsi que les industries productrices de technologie (industrie pharmaceutique, etc.). Ici aussi, ces organismes composent avec d'autres instances régulatrices, tels Santé Canada ou le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec.

Pour leur part, les soins sont principalement régulés par le MSSS, par les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (nouvelles instances qui remplacent les Régies régionales), qui contrôlent le financement des établissements, ainsi que par les corporations professionnelles (Collège des médecins, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, etc.) et par le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Dans chacun de ces domaines, les organismes régulateurs ont des mécanismes d'évaluation qui permettent de statuer sur la performance des établissements cliniques universitaires en regard soit des pratiques des professionnels, soit de la productivité de la recherche, soit de la qualité des activités de soins. Mais aucun de ces organismes ne mesure la performance globale des CHU et aucun n'en a le mandat. Par exemple, le Conseil canadien d'agrément des services de santé n'a pas de critères particuliers pour l'évaluation des CHU. L'agrément des CHU au Canada, comme ailleurs dans le monde, repose sur les mêmes critères de performance et de qualité que ceux employés pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Aux États-Unis, en Australie, en France et au Royaume-Uni, les conseils d'agrément n'utilisent pas non plus de critères particuliers pour l'évaluation de leurs CHU (ISQUA 2004).

En somme, l'excellence et l'innovation se retrouvent au carrefour des trois pôles de la médecine académique. Les règles et les normes qui permettent de la mesurer sont identifiées par des organismes régulateurs qui ont une responsabilité à l'intérieur de chacun des pôles. À travers tous les mécanismes d'évaluation, d'accréditation et de surveillance que ces divers régulateurs ont mis en place, l'excellence globale de la médecine académique n'est pas prise en considération de façon intégrée.

1.5 Les établissements de soins responsables de la médecine académique

Au cours des dernières décennies, les établissements associés au réseau universitaire se sont diversifiés et ont été appelés à assumer l'ensemble des trois missions classiques de la médecine académique ou certaines de ses composantes. Différents phénomènes ont joué en ce sens, dont les trois principaux sont : 1) le développement des connaissances et des technologies; 2) la gestion des maladies chroniques qui nécessite une prise en charge dans le temps et à partir de sites multiples de dispensation de soins et de services; 3) le développement des soins et des services ambulatoires. Ces phénomènes tendent à restructurer la pratique médicale autour du noyau des services ambulatoires, et donc à faire de l'hôpital non pas le cœur du système de santé, mais un élément du réseau de services (Sinclair 1998). Pour composer avec cette évolution, les établissements de santé responsables de la médecine académique ont eu tendance à se diversifier. Aujourd'hui, non seulement les CHU font-ils partie de réseaux de services, mais ils ne sont plus les seuls établissements de santé à avoir une vocation universitaire de soins, d'enseignement et de recherche (Figure 2).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec (L.R.Q., chapitre S-4.2) reconnaît trois types d'établissements pouvant avoir une vocation universitaire : les centres hospitaliers universitaires (CHU), les instituts universitaires (IU) et les centres affiliés universitaires (CAU). La principale distinction que la Loi établit entre ces établissements est que le CHU offre des services et l'enseignement dans plusieurs disciplines et a un vaste champ de recherche, alors que le IU est spécialisé dans un secteur particulier tant dans son offre de soins, qu'en enseignement et en recherche. Finalement, le CAU participe à la formation des

professionnels de la santé ou a des activités de recherche, mais une partie importante de ses activités ne sont pas universitaires.

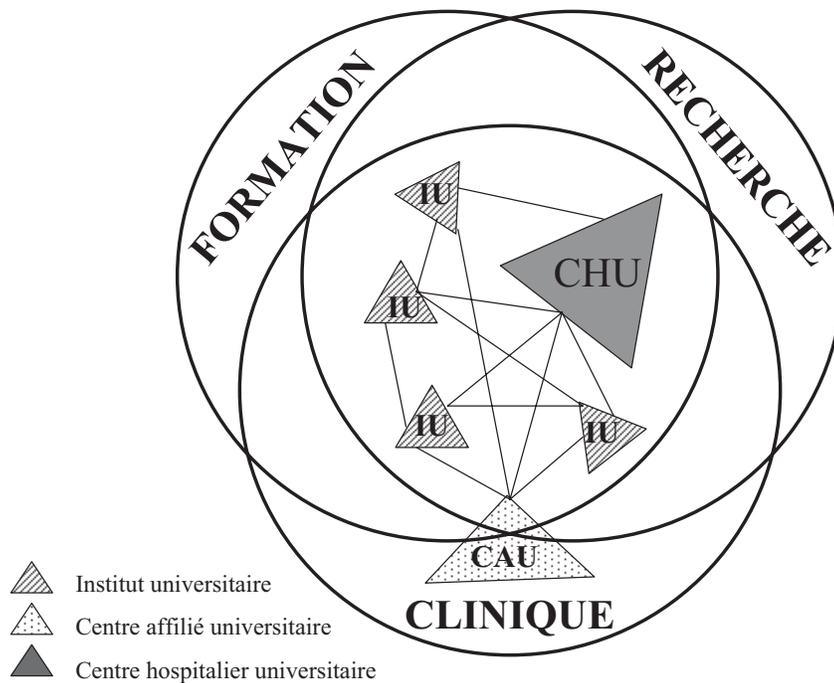


Figure 2. Lieux de la médecine académique

Une distinction importante doit être introduite entre les milieux académiques et les milieux de formation ou de stages. Les milieux académiques sont ceux où l'on retrouve les trois pôles qui définissent la médecine académique, soit enseignement, recherche et soins. Les milieux de formation ou de stages sont des milieux où les étudiants peuvent acquérir des expériences cliniques enrichissantes et formatrices qui ne sont pas disponibles dans les milieux académiques. Par exemple, on pense ici à des expériences cliniques en régions éloignées, à des stages en CLSC où se combinent le sanitaire et le social, à des stages au sein des urgences d'hôpitaux généraux, etc.

En considérant les tendances actuelles, nous pouvons envisager que les organisations qui assument pleinement les trois pôles constitutifs de la médecine académique vont jouer un rôle de catalyseur et de support pour les différents milieux impliqués dans seulement un ou deux de ces pôles. Ceci implique logiquement une alliance étroite entre le CHU, porteur de ces trois missions, les autres établissements qui assurent des fonctions de formation et de recherche et l'Université.

1.6 La gouverne au service de l'innovation et de l'excellence

La capacité de la gouverne d'un CHU à promouvoir l'excellence et l'innovation, dans toutes les sphères d'action qui le caractérise, repose sur l'intégration et la canalisation des tensions dynamiques entre les soins, la formation et la recherche. Pour réussir cette intégration, la gouverne doit agir à la fois sur les normes et les représentations qui rendent possibles la coordination de l'action collective, la distribution des ressources et de l'influence, l'incitation, et les processus d'apprentissage continue.

Une meilleure intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche au sein des CHU demande que leur structure de gouverne soutienne leurs interactions (Figure 3). Or, actuellement ces hôpitaux sont toujours des organisations fortement fragmentées. Leur structure de gouverne repose encore largement sur deux lignes d'autorité parallèles : la structure fonctionnelle traditionnelle, i.e. la bureaucratie mécaniste, qui met l'emphase sur le contrôle (culture technocratique) et la structure par produit qui elle met l'emphase sur l'autonomie (culture professionnelle). La structure fonctionnelle s'intéresse principalement à la régulation des ressources mobilisées par la clinique. Elle n'a que très peu de prise sur la formation et la recherche. Pour que les CHU soient des lieux favorables à l'innovation, tout en maintenant l'excellence dans leur trois grandes fonctions, il faudrait que leur structure de gouverne favorise une meilleure synergie entre la clinique, la recherche et la formation. Leur gouverne devra donc permettre un rapprochement entre l'autonomie et la coopération (Keidel 1990; Champagne, Contandriopoulos et al. 2002), ainsi qu'un rapprochement entre la spécialisation et l'intégration (Glouberman and Mintzberg 2001; Champagne, Contandriopoulos et al. 2002).

Comme dans toutes organisations fondées sur la connaissance, la structure fonctionnelle des CHU devra reconnaître l'expertise des professionnels en favorisant la coordination locale de leurs activités et en structurant leurs responsabilités en regard des grandes missions de l'organisation. La spécificité de l'hôpital universitaire consiste à reconnaître que les pratiques professionnelles ne s'exercent pas dans un seul domaine (les soins, par exemple), mais bien dans trois domaines interdépendants – les soins, la recherche et la formation – ayant chacun un large degré d'autonomie.

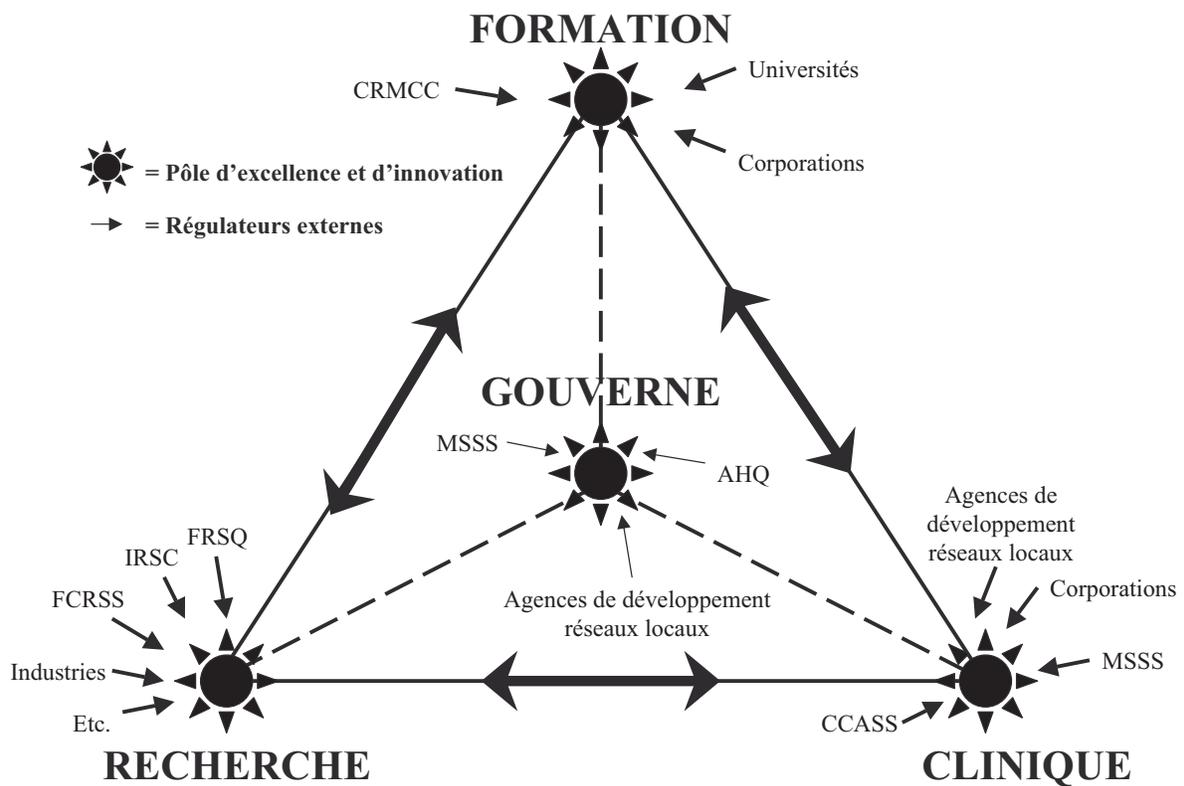


Figure 3. Quatre pôles d'innovation et d'excellence en synergie

Pour soutenir le rehaussement de la médecine académique, la gouverne des établissements cliniques universitaires doit donc promouvoir la synergie entre ses trois missions. La Figure 3 présente les trois pôles de la médecine académique, les intervenants stratégiques qui interviennent dans leur régulation et la gouverne en tant qu'élément central de la création d'une synergie entre les trois missions. Dans le contexte actuel, le développement et la mise en place d'une gouverne visant à faciliter une telle synergie, apparaît essentiel pour favoriser l'excellence et l'innovation au sein des CHU.

2. Les dimensions de l'excellence et de l'innovation

2.1 La recherche

La société du savoir accentue l'importance pour la recherche de voir intégrer ses résultats et ses découvertes dans les procédés, les produits et les services (MRST 2002; Institute of Medicine 2003a). La recherche et l'innovation sont au cœur de cette société et ceci conduit au développement accéléré de la recherche et à la mise en place de divers mécanismes de partenariat et de liaison pour en accroître les retombées pratiques et pour faciliter la réalisation du processus complexe de l'innovation.

2.1.1 Les changements en cours

Ce contexte a des répercussions importantes sur la recherche. Il conduit à en favoriser le développement :

- sur l'ensemble de son continuum : recherche fondamentale, clinique, épidémiologique, évaluative et appliquée;
- dans tous les domaines qui touchent à la santé, à la maladie, à la prévention, aux pratiques (des individus, des professionnels, des gestionnaires, etc.) et aux interventions;
- dans une diversité de secteurs connexes au secteur de la santé, comme la gestion et l'informatique;

- dans toutes les formes que la recherche peut prendre, soit la recherche libre, orientée, appliquée ou contractuelle (FRSQ 1997; MRST 2002; CFTFAHC 2003; Institute of Medicine 2003a).

Ce contexte conduit aussi à encourager le développement de la recherche multidisciplinaire en facilitant la convergence entre les disciplines dans les équipes et les centres de recherche, en facilitant le développement de la recherche intersectorielle par des coopérations avec d'autres milieux de recherche, ainsi qu'en facilitant la convergence entre les sciences de la vie, les sciences sociales, les sciences de la nature et les sciences du comportement (FRSQ 1997; CFTFAHC 1999; CFTFAHC 2003; Institute of Medicine 2003a; IRSC 2004).

Ce contexte mène à la valorisation des résultats de recherche et des connaissances en insistant sur l'importance de leur diffusion, de leur circulation, de leur transfert et de leur utilisation (CFTFAHC 1999; Lomas 2000a; MRST 2002; CFTFAHC 2003; FCRSS 2003) .

Il favorise l'intensification des partenariats avec les utilisateurs potentiels de la recherche. Dans une perspective de transfert et d'innovation, le potentiel de succès est plus grand si les producteurs de connaissances entretiennent, à toutes les phases de leurs travaux, des relations suivies avec les utilisateurs potentiels de leurs résultats (FRSQ 1997; CFTFAHC 1999; Lomas 2000b; CFTFAHC 2003; FCRSS 2003; Institute of Medicine 2003a; IRSC 2004).

L'éthique y est un enjeu de taille. Différents facteurs contribuent à faire des comités d'éthique un mécanisme régulateur de plus en plus important. Nous n'en citons ici que quelques uns, soit le partenariat avec l'industrie, la production/évaluation des technologies, les technologies émergentes en génétique, les manipulations génétiques, la confidentialité des données, etc. (MRST 2002; CFTFAHC 2003; Institute of Medicine 2003a).

Afin de faire face à ces nouveaux impératifs, la recherche universitaire tend à s'organiser au sein de centres de recherche dont la masse critique de chercheurs, provenant de disciplines diverses, est suffisante pour assurer un niveau optimal d'efficacité, de flexibilité, de qualité et de rayonnement des équipes de recherche (FRSQ 1997; MRST 2002). Cette organisation vise

également l'atteinte d'une masse critique de patients permettant la réalisation d'une recherche clinique de qualité. Elle tend également à s'organiser à partir de grandes thématiques où l'ensemble du continuum de recherche peut être abordé. Les centres de recherche deviennent donc des lieux propices à la fertilisation interdisciplinaire et à la reconfiguration fréquente des équipes de recherche en fonction des problèmes à résoudre. La capacité de réponse de ces équipes est impressionnante et tend à confirmer la valeur de ce modèle (IRSC 2004). Enfin, ces centres ont des infrastructures majeures de recherche et leurs chercheurs doivent rayonner autant au niveau international, national, régional que local (FRSQ 1997; MRST 2002; Institute of Medicine 2003a).

2.1.2 Les dimensions de la performance de la recherche

Les dimensions qui sont actuellement prises en considération pour statuer sur la performance des centres de recherche sont les suivantes (FRSQ 2004).

- Excellence organisationnelle :
 - Spécificité, évolution et perspectives de développement;
 - Organisation par thèmes et axes de recherche;
 - Masses critiques de chercheurs, étudiants, stagiaires (nombre/axe);
 - Décision et gestion : comités consultatifs, décisionnels, scientifiques, modes de recrutement et de rétention des chercheurs de calibre international dans des disciplines diverses, procédures d'examen interne des demandes de subventions;
 - Continuum de recherche;
 - Liens avec partenaires (publics, privés);
 - Mise en commun des infrastructures;
 - Mécanismes d'éthique.

- Lieu de formation et de rayonnement académique :
 - Mesures de recrutement, encadrement et rayonnement des étudiants de niveau pré et post-doctoral;

- Nombre étudiants diplômés;
 - Relations avec autres centres de recherche internationaux, nationaux, locaux;
 - Mécanismes de transfert vers clinique, industrie, politique, gestion.
- Productivité scientifique :
- Subventions et bourses (nombre et montant);
 - Octrois de recherches contractuelles (nombre/type et montant);
 - Activités scientifiques (nombre et nature);
 - Publications et brevets (nombre/types);
 - Participation et organisation de congrès et de colloques d'envergure nationale et internationale;
 - Conférenciers invités (nombre et provenance);
 - Partenariat (activités, types de partenaire).

En regard de la qualité des chercheurs admissibles à une Chaire de recherche du Canada, les dimensions qui sont actuellement prises en considération sont les suivantes (CRC 2003) :

- Créativité, réalisation exceptionnelle et novatrice avec incidence majeure dans le domaine de recherche;
- Réputation internationale comme chef de file dans un domaine, ou susceptibilité d'y accéder sous peu;
- Programme de recherche original, novateur et de haute qualité;
- Intégration du programme de recherche dans le plan de recherche stratégique de l'université;
- Capacité d'attirer et de superviser des étudiants des cycles supérieurs, des chercheurs post-doctoraux.

Enfin, l'évaluation de la qualité des projets de rehaussement d'infrastructure soumis à la Fondation canadienne pour l'innovation repose actuellement sur trois critères (FCI 2004).

- Qualité de la recherche et besoin de l'infrastructure;

- Contribution à l'amélioration de la capacité d'innovation;
- Retombées potentielles de la recherche pour le Canada.

En somme, aujourd'hui, l'excellence de la recherche est appréciée à la fois par des indicateurs classiques de production scientifique (ex. : nombre de publications), par des indicateurs de créativité et d'originalité des chercheurs, de leur questionnement et de leurs découvertes, et par des indicateurs de réactivité aux problèmes (ex. : les retombées). Dans l'avenir, il serait intéressant de compléter ces mesures en s'inspirant des conditions organisationnelles qui favorisent la performance des chercheurs.

2.2 La formation

En caractérisant les CHU d'organisations professionnelles dont la performance repose sur l'expertise de leurs membres, nul doute que la formation est un enjeu central dans la poursuite individuelle et collective de l'excellence et de l'innovation.

2.2.1 La formation des professionnels de demain

Face à l'extension du domaine de connaissances et d'intervention de la médecine, à la technicisation et à la diversification des pratiques, le champ de compétences des professionnels de la santé s'élargit également. Il porte sur trois aspects :

- 1) La compétence pratique des professionnels dans chaque mission. La formation doit conduire à mettre à la disposition de chaque pôle de la médecine académique la force de travail qui lui est nécessaire. Elle doit aussi favoriser la mobilité pluridisciplinaire des professionnels, afin de rendre la répartition des effectifs plus flexible.
- 2) L'inclinaison à la formation continue. Les futurs professionnels doivent être en mesure de s'adapter aux évolutions d'une médecine qui change en permanence. D'où la nécessité de les munir d'aptitudes qui leur donnent les moyens et l'opportunité d'utiliser des systèmes d'information et de communication qui facilitent ces apprentissages.

- 3) L'ouverture au changement. Les professionnels de la santé doivent participer au changement, l'adopter et même en être le moteur. Il faut donc stimuler la capacité d'innovation des intervenants en les plaçant dans des logiques d'amélioration continue et critique des pratiques.

Un point essentiel de la formation est de se tourner vers l'avenir en préparant les professionnels pour la médecine de demain (Lister 1993). C'est pourquoi il est toujours important que les intervenants sachent agir dans un contexte immédiat, mais il est primordial qu'ils soient également prêts à réagir dans des contextes futurs inconnus. Plusieurs grands principes viennent alors encadrer la formation. Tout d'abord, le professionnel de santé reste l'élément majeur de mise en contact des patients avec les services de santé, et ce quel que soit le degré technique voire virtuel des futurs traitements et diagnostics (télé et cyber-médecine) (CFTFAHC 2002). Par ailleurs, les méthodes et procédures éducatives doivent-elles aussi faire l'objet d'une recherche d'innovation et de performance (Lenburg 1999). De cette façon seulement elles évolueront en parallèle des pratiques et induiront une culture de l'excellence de l'éducation médicale. Enfin, les spécificités des CHU offrent un environnement riche pour la formation qui doit être exploité dans toutes ses dimensions : masses critiques de personnel, de cas, équipements technologiques de pointe, spécialisation et excellence clinique, structures de recherche, etc. (CFTFAHC 2002; ACISU 2003).

2.2.2 Les dimensions de la performance pour la formation

Les critères de performance proposés par les organismes régulateurs traditionnels de l'éducation médicale (universités, ordres professionnels), ainsi que la littérature scientifique sur ce thème (Lister 1993; CFTFAHC 2002), s'accordent sur les grandes orientations actuelles de la formation. Toutes ces méthodes éducatives émergentes visent le développement des habiletés des professionnels, et peuvent être regroupées autour de cinq points :

- l'apprentissage continu (*long-life learning*) qui permet principalement d'intégrer les avancées scientifiques à la pratique et d'ajuster les méthodes éducatives aux besoins et aux techniques d'apprentissage;

- la démarche critique (*critical thinking*) qui consiste à développer la capacité des intervenants à porter un jugement critique sur les connaissances et les pratiques et à développer leurs sensibilités éthiques à l'égard de leur pratique à la fois centrée sur le patient et orientée vers la communauté;
- le développement des compétences (*competence-based training*) qui vise à dépasser la simple maîtrise de connaissances et à munir les professionnels d'aptitudes d'échange et d'acquisition continus des savoirs (CRMCC 2002);
- la mise en situation (*situational practising*) qui vise à former les professionnels dans les milieux d'intervention (sites cliniques et de recherche), en bénéficiant des possibilités pédagogiques offertes par les nouvelles technologies telles que les simulations ou les standardisations de cas;
- la conscience organisationnelle qui consiste à comprendre les exigences du travail interdisciplinaire dans des organisations complexes.

Ces impératifs de performance se retrouvent également à travers les cinq bases de compétence identifiées par l'Institute of Medicine (2003) : améliorer la qualité en continu, être centré sur le patient, maîtriser les outils informatiques et technologiques, se baser sur les données probantes et travailler en équipes pluridisciplinaires.

La priorité d'intervention est la valorisation de l'enseignement à un niveau d'intérêt comparable à celui accordé à la recherche ou aux soins. Différents moyens peuvent permettre de poursuivre cette fin, comme l'élaboration de plans de pratique et de carrière instaurant des plages de disponibilité fixes pour les activités d'éducation et d'apprentissage, des systèmes de récompense de l'excellence pédagogique, un mode de financement stable du pôle formation dans son ensemble.

L'ensemble du système de formation ainsi structuré bénéficierait de la mise en place de mécanismes d'information et de suivi de performance visant à stimuler la recherche sur de nouvelles méthodes éducatives, sur la mesure et l'amélioration des compétences pédagogiques et sur la pertinence et sur la qualité des contenus de programmes.

2.3 Les soins

On reconnaît généralement que les CHU ont une responsabilité spécifique dans l'offre de soins. Ils assurent les soins à une proportion importante de personnes atteintes de maladies graves, rares ou ayant des conditions inhabituelles (CFTFAHC 2000; Christensen, Bohmer et al. 2000; Institute of Medicine 2003a). Ils sont responsables des soins tertiaires et quaternaires et des services diagnostics spéciaux (Reuter 1999; CFTFAHC 2000; Institute of Medicine 2003a). De plus, ils accueillent une bonne proportion de patients transférés d'autres hôpitaux ou établissements. Les patients transférés, comme les patients âgés, ont souvent des co-morbidités qui requièrent des traitements complexes (CFTFAHC 2000; Institute of Medicine 2003a). Pour répondre adéquatement à leur spécificité clinique, ces établissements doivent donc se tenir à la fine pointe des avancées scientifiques et technologiques.

2.3.1 Les développements scientifiques et technologiques

Actuellement, l'avancement des connaissances qui se réalise, notamment en recherche biomédicale sur le génome, sur le protéome et en biologie moléculaire, affecte tout le processus de soins et doit transformer encore davantage, dans un avenir rapproché, les procédés d'imagerie, les diagnostics, les traitements, la prévention, les lieux de dispensation des soins et les moments d'intervention (Bernstein 2002; Snyderman and Williams 2003; Institute of Medicine 2003a).

De leur côté, les avancées en technologie de l'information et des communications (TIC) entraîneront une transformation majeure de l'organisation des processus de soins, de leur coordination et des moyens de communication entre les professionnels. Les technologies qui auront le plus d'impact sur les soins sont les systèmes d'information clinique, les systèmes de soutien à la décision, les dossiers médicaux électroniques, les systèmes mettant à jour les guides de pratique et les protocoles de soins, ainsi que l'accès à Internet qui facilite les interactions (CFTFAHC 2003; Institute of Medicine 2003a).

La clinique est le lieu où se rencontrent la recherche et l'enseignement. Elle doit donc offrir un environnement adéquat pour la réalisation des trois missions de la médecine académique. Pour la recherche, cela signifie qu'elle lui permet de développer, tester, raffiner et d'améliorer les processus de soins (CFTFAHC 2000; Snyderman and Williams 2003; Institute of Medicine 2003a). Pour la formation des professionnels de demain, ceci nécessite notamment qu'elle permette un accès facile aux évidences scientifiques et que son organisation facilite l'intégration et l'exploitation des nouvelles technologies et des services spécialisés de pointe. Elle doit également permettre d'établir des liens étroits avec les autres établissements, afin de s'assurer que les patients recevront les bons soins au bon endroit et que les étudiants soient exposés aux environnements cliniques de l'heure (CFTFAHC 2000; Christensen, Bohmer et al. 2000; CFTFAHC 2003; Institute of Medicine 2003a).

Les principaux points à partir desquels devraient s'organiser la restructuration des processus de soins sont :

- la complexité des traitements que requièrent les co-morbidités;
- la mise en place d'équipes multidisciplinaires;
- les mécanismes facilitant la coordination des soins et des services dispensés dans divers lieux et à divers moments;
- l'informatisation des processus cliniques afin d'améliorer les communications internes et externes;
- l'accès à Internet;
- l'incorporation aux activités quotidiennes des mesures de performance et de résultats informatisés.

2.3.2 Les dimensions de la performance en regard des soins

Les principales dimensions à partir desquelles on évalue la qualité des soins sont (Institute of Medicine 2001) :

- La sécurité des soins : éviter les blessures, les complications, les erreurs professionnelles dues aux soins;
- L'efficacité des interventions : dispenser des soins, qui s'appuient sur les évidences scientifiques, d'abord aux patients qui en bénéficieront en priorité; puis, seulement dans un second temps, à ceux qui sont moins susceptibles d'en bénéficier;
- Les soins centrés sur le patient : dispenser des soins qui sont respectueux des préférences des patients, de leurs besoins et de leurs valeurs;
- La continuité et la globalité des soins : s'assurer que le patient reçoive tous les soins requis dans le temps, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement;
- Les délais de dispensation des soins : réduire le temps d'attente et de prise en charge des patients;
- L'efficacité : éviter les gaspillages d'équipements et de fournitures; offrir des soins et des services ayant le meilleur rapport coût/efficacité;
- L'équité : dispenser des soins de même qualité à tous, sans distinction de race, de sexe, de location géographique et de statut socio-économique.

2.4 La gouverne¹

D'une façon très générale, la gouverne d'une organisation renvoie aux systèmes et aux pratiques permettant de réconcilier deux exigences : celle de développer une vision et celle de générer des capacités d'influence et de légitimité suffisantes pour mettre en œuvre et faire cheminer le projet organisationnel. C'est en ce sens que la gouverne exige toujours une conjonction entre l'exercice de l'autorité et la connaissance. Elle est donc fondamentalement pluraliste puisqu'elle se fonde sur une participation diversifiée d'acteurs tout en reconnaissant le besoin de faire converger cette implication vers un projet collectif (Champagne, Contandriopoulos et al. 2002).

¹ Cette section s'inspire d'un document préparé pour la Société d'implantation du CHUM (SICHUM) et réalisé par François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis et Lise Lamothe : Les Centres Universitaires de Santé. La gouverne d'organisations complexes aux contours flous, GRIS, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 2002.

Comme on l'a vu à la section 1.5, la gouverne d'un CHU doit viser à intégrer et à canaliser les dynamiques qui existent entre ses trois missions (soins, enseignement et recherche). Elle doit également maîtriser d'autres tensions que l'on retrouve au sein des organisations professionnelles complexes. Ces tensions correspondent à plusieurs paradoxes : celui du changement qui s'organise autour de la stabilité de l'organisation et de sa capacité d'innover et d'adhérer à l'innovation; celui de l'interdépendance qui prend forme autour de l'autonomie de l'organisation et de ses interdépendances réseau; celui de la clinique qui s'organise autour de d'une offre de soins adaptée aux besoins spécifiques de chaque patient (le sur mesure) et la standardisation des pratiques par une meilleure intégration des évidences scientifiques et par l'adhésion des cliniciens aux guides de pratique et aux protocoles de soins; celui de la spécialisation qui prend forme autour de la tendance à la spécialisation des domaines d'intervention et de la nécessité d'intégrer les compétences pour répondre aux besoins des patients; et celui de la régulation qui s'organise autour des logiques professionnelles, technocratiques, participatives et marchandes (Champagne, Contandriopoulos et al. 2002).

Les connaissances actuelles indiquent qu'il importe d'imaginer une structure de gouverne qui tienne compte de la complexité de l'organisation (Stacey 1996; Ashmos, Huonker et al. 1998; Anderson and McDaniel 2000; Ashmos, Duchon et al. 2000; Peirce 2000). Selon cette logique, les CHU parviendront à mieux réconcilier les forces contradictoires qui les structurent en réduisant les niveaux hiérarchiques en leur sein, en y multipliant les lieux de décision et en rendant chacun de ces milieux imputables des résultats qu'il obtient.

La gouverne s'articule autour de trois responsabilités stratégiques : la prospective, la culture organisationnelle et la coordination/coopération.

La prospective vise, d'une part, à développer et à maintenir la capacité d'adaptation des CHU, dans le temps, à leur environnement turbulent. Ceci demande d'y favoriser les activités de veille afin qu'elles deviennent des organisations apprenantes, flexibles et ouvertes aux mouvements de l'information et capables d'agir rapidement. Pour ce faire, l'organisation doit être en mesure de prendre en considération les développements scientifiques et technologiques susceptibles d'affecter ses opérations ou son environnement. Pour l'organisation, la veille est un

moyen de repérer les menaces et les perspectives intéressantes (CFTFAHC 1999; Champagne, Contandriopoulos et al. 2002; MRST 2002; CFTFAHC 2003). D'autre part, la prospective a aussi une fonction d'orientation qui vise à développer une représentation structurante et adaptative du devenir de l'organisation (Hatchuel 2000; Champagne, Contandriopoulos et al. 2002).

Le développement d'une **culture organisationnelle** forte et partagée par les professionnels et les gestionnaires, évoluant au sein des hôpitaux, a longtemps été considéré comme pratiquement impossible, puisque la réconciliation des valeurs professionnelles et bureaucratiques semblait irréalisable. Aujourd'hui, on sait que pour qu'une organisation fonctionne, il faut non seulement la diriger, la gérer et l'évaluer, mais il faut aussi l'animer en y créant un imaginaire collectif. La création de valeurs et de représentations communes est indispensable dans une organisation pour permettre aux acteurs de se comprendre et de coopérer. Au sein des CHU, cette culture organisationnelle doit se construire à partir des valeurs et de l'éthique que partagent déjà les professionnels de la santé. Le CHU doit donc construire sa culture organisationnelle à partir des valeurs professionnelles propres aux trois missions, les renforcer et les traduire opérationnellement dans son contexte spécifique de production s'il veut développer de la confiance, de la coopération et de la légitimité au sein de son organisation et dans son environnement (Champagne, Contandriopoulos et al. 2002).

Pour sa part, **la fonction de coordination/coopération** vise à répondre à deux particularités des organisations professionnelles complexes comme les CHU : 1) la latitude considérable que les professionnels ont, individuellement et collectivement, dans l'accomplissement de leur travail; 2) la faible intégration des composantes de l'organisation. Traditionnellement, c'est par l'imposition de contrôles technocratiques et par la standardisation des processus que les gestionnaires ont cherché à accroître la coordination. Les contrôles sont toutefois peu compatibles avec le fonctionnement des professionnels. La standardisation des pratiques, par le développement de protocoles de soins et de guides de pratique, est pour sa part plus conforme avec les exigences d'autonomie de la pratique professionnelle, mais ce mécanisme de contrôle est peu puissant.

Pour accroître la coordination au sein des CHU, deux autres mécanismes doivent être utilisés : l'ajustement mutuel et la cohésion des valeurs. L'ajustement mutuel se fait par communication informelle et flexible entre collègues de façon à favoriser l'adaptation et l'innovation. Ce mécanisme est approprié dans des situations de production très complexes comme les CHU (Glouberman and Mintzberg 2001; Champagne, Contandriopoulos et al. 2002). Comme nous le voyons à la section suivante, la gestion par programme est un arrangement structurel qui peut favoriser la communication informelle (Leatt, Lemieux-Charles et al. 1994; CECS 2004).

2.4.1 Les éléments de gestion

Pour maximiser le potentiel d'intégration et de synergie des missions du CHU, il faut que la structure organisationnelle favorise une délégation instrumentée des responsabilités. La délégation instrumentée s'appuie sur de petites équipes cliniques qui s'organisent et évoluent au cours du temps, en fonction des problèmes à résoudre et des compétences disponibles, tout en étant évaluée en fonction des résultats obtenus. Ces petites équipes facilitent les échanges et les ajustements entre les professionnels.

Ce type d'organisation repose sur l'idée que les acteurs situés au plus près du terrain sont ceux qui détiennent le plus de connaissances pour résoudre les problèmes et formuler des solutions. Il conduit donc à rapprocher l'élaboration des stratégies et des solutions des lieux de production. Les éléments de gestion cohérents avec une telle approche sont le management par objectif, la constitution d'équipes à responsabilité élargie et la gestion décentralisée. Plus la délégation porte sur une action complexe, ce qui est le cas dans les hôpitaux universitaires, plus le contrôle de la délégation portera sur les résultats et non sur les processus, et plus les décisions locales seront prises dans un espace où l'autonomie des professionnels est préservée.

La délégation instrumentée des responsabilités au niveau local oblige à repenser simultanément l'autonomie et le contrôle. Le manager devient un médiateur dont la légitimité repose, de façon critique, sur une compréhension partagée de la nature paradoxale des enjeux de

l'organisation et de l'importance de l'excellence et de l'innovation dans les trois sphères d'activités.

La gestion par programme est très souvent proposée pour réconcilier la structure hiérarchique et le fonctionnement informel et souple d'équipes orientées vers la résolution de problèmes. Ce mode de gestion repose de façon classique sur les principes suivants : 1) l'organisation des services autour des besoins des clients; 2) la prise de décision située au niveau de l'action; 3) l'imputabilité des chefs de programme en regard des ressources financières et humaines; 4) la programmation en fonction du plan stratégique de l'établissement; 5) l'impact des services mesuré en fonction de l'état de santé des patients; 6) la décision alimentée par les évidences scientifiques (Leatt, Lemieux-Charles et al. 1994; de Souza 2001). Cet arrangement organisationnel a, du moins potentiellement, des caractéristiques de flexibilité et d'autonomie qui permettent de penser que son implantation favoriserait un fonctionnement optimal des unités cliniques des CHU. Les principales attentes à l'égard de la gestion par programme sont (Leatt, Lemieux-Charles et al. 1994; de Souza 2001) :

- d'améliorer la planification stratégique;
- de dynamiser la gestion de l'organisation en subdivisant l'organisation en parties plus petites et plus faciles à gérer;
- d'accroître la performance : les chefs de programmes se transforment en entrepreneurs qui cherchent constamment les façons les plus coût-efficaces de répondre aux besoins des clients (implantation de mécanismes de contrôle des coûts par épisode de soins, meilleur contrôle des coûts indirects, plus grand engagement du personnel dans la réalisation des objectifs, optimisation de l'allocation de ressources);
- d'accroître la qualité des services fournis;
- d'améliorer les relations interorganisationnelles;
- de réduire la duplication des services;
- d'encourager la multidisciplinarité.

Les expériences canadiennes de gestion par programme montrent que l'adoption de ce modèle dans les hôpitaux a des résultats positifs : diminution de la rigidité bureaucratique,

accélération du processus décisionnel, augmentation de la productivité, personnalisation des soins et meilleur contrôle des budgets. Ces effets bénéfiques sont cependant accompagnés de certains problèmes : surcharge de travail du gestionnaire clinico-administratif, conflits de valeurs, impossibilité de faire une intégration complète, génération de stress organisationnel et alignement difficile des divers systèmes intra-hospitaliers (systèmes d'information, systèmes de gestion des ressources humaines, mise en place d'indicateurs de performance au niveau opérationnel) (Leatt, Lemieux-Charles et al. 1994; AHQ 2000).

Pour faciliter le renversement de logique que demande la gestion par programme et pour diminuer les problèmes que celle-ci a tendance à faire naître lorsqu'elle est implantée dans les hôpitaux, il est nécessaire de porter une attention particulière aux facteurs qui sont favorables à la mise en œuvre du changement (Quinn 1992). Ces facteurs sont :

1. Le leadership : établir des buts clairs, maintenir les objectifs par la responsabilisation individuelle, forger une culture positive, défendre l'importance des décisions cliniques dans l'organisation.
2. La culture : favoriser le partage de valeurs et de croyances qui reflètent la mission clinique et qui permettent de maintenir un environnement de confiance et de collaboration.
3. Le soutien organisationnel : mettre en place les incitations nécessaires pour encourager la création et le fonctionnement d'équipes cliniques responsables et coordonnées.
4. La sélection attentive du personnel : avoir des attentes à l'égard du personnel en regard de la performance, de la formation continue et de la capacité de travailler en équipe multidisciplinaire et en réseau.
5. L'information et les technologies de l'information : l'information est la clef du fonctionnement des systèmes cliniques décentralisés, elle crée les liens nécessaires pour assurer la continuité des soins.
6. Amélioration continue des processus : évaluer de façon permanente les résultats obtenus et les discuter en équipe.

2.4.2 Les éléments d'intégration et de synergie

Le premier élément à partir duquel l'intégration et la synergie des missions des CHU devront être réalisées est **l'individu**. C'est à partir de l'acteur que l'intégration des fonctions de soins, d'enseignement et de recherche pourront véritablement se réaliser au sein des CHU. Ceci nécessite que ces hôpitaux atteignent, au cours des années à venir, une forte majorité de professionnels qui sont à la fois actifs dans les trois missions des CHU. Pour ce faire, les fonctions de ces professionnels doivent s'apparenter à celles des professeurs d'université et comprendre des activités d'enseignement, de recherche et de soins qui, d'un individu à l'autre, pourront toutefois être exercées dans des proportions et selon des modalités variables.

Un deuxième élément qui permettra au CHU de maximiser l'excellence et l'innovation, de même que le potentiel d'intégration et de synergie des missions, est la mise en place de mécanismes de sélection attentive des professionnels. Trop souvent, le **recrutement attentif des professionnels** est négligé par les gestionnaires (Quinn, Anderson et al. 1996a). Il est clair que les CHU font généralement face à une offre de main-d'œuvre professionnelle limitée. Toutefois, la place centrale que les professionnels occupent au sein des missions d'enseignement, de recherche et de soins, ainsi que dans les interfaces avec les acteurs externes à l'organisation, demande que l'on porte une attention particulière à leur recrutement. Ce recrutement attentif devrait permettre : 1) d'augmenter la masse critique des professionnels polyvalents au sein des CHU, i.e. oeuvrant à la fois en enseignement, en recherche et en clinique; 2) d'accroître le degré de correspondance entre les critères d'excellence mis de l'avant par les organismes régulateurs dans chacun des pôles de la mission des CHU et les qualités des professionnels recrutés; 3) de retenir des candidats ayant des qualités évidentes de leadership; 4) de recruter des professionnels qui ont une adhésion totale à la mission et à la vision de l'organisation.

La main-d'œuvre professionnelle des CHU doit être sélectionnée en fonction des critères d'excellence les plus élevés qui permettent de cerner la performance des cliniciens, des chercheurs et des enseignants. Ces standards d'excellence pour les cliniciens s'organisent autour de leur habilité à utiliser les connaissances, de leur capacité de jugement, du taux élevé de leur réussite clinique et d'une pratique empreinte d'humanisme. En recherche, les standards

d'excellence s'organisent autour de la créativité, de la productivité, du rayonnement et de la capacité d'innover, d'échanger et de vulgariser. Enfin, pour les enseignants, les standards d'excellence s'organisent autour des capacités cognitives, des capacités réflexives et des habiletés pédagogiques (Tableau 1). En vue de créer un environnement organisationnel supportant, non seulement pour la clinique, mais aussi pour les missions de recherche et de formation, les CHU doivent adopter, en regard de ces deux dernières missions, des politiques institutionnelles de soutien et de développement.

Le troisième élément qui permettra aux CHU de maximiser le potentiel d'intégration et de synergie des missions est la mise en place de modalités de gouverne qui facilitent l'intégration des trois missions de l'organisation par chacun des professionnels. Ces modalités sont l'adoption d'un plan de pratique et d'un plan de carrière.

Le **plan de pratique** permet de rémunérer les médecins de façon globale et intégrée en fonction de l'ensemble de leurs activités et non plus exclusivement par le paiement à l'acte de leurs activités cliniques. Les médecins peuvent ainsi accomplir adéquatement chacune de leurs tâches reliées aux soins, à l'enseignement, à la recherche et à l'administration, tout en étant rémunérés de façon juste et équitable pour chacune d'elles. Pour sa part, le **plan de carrière** favorise le développement de la mission académique du CHU en facilitant le recrutement et la rétention des enseignants grâce, d'une part, aux ressources dédiées à leur perfectionnement et à leur ressourcement (année sabbatique); et, d'autre part, grâce à des mécanismes de partage des responsabilités qui permettent aux individus d'ajuster le temps consacré à leurs diverses activités tout au cours de leur vie professionnelle.

2.5 Les éléments incitatifs du rehaussement de la médecine académique

Les éléments incitatifs permettant d'accroître la qualité de la médecine académique s'adressent tant aux individus, à l'organisation qu'au système de la médecine académique. Le Tableau 1 présente ces incitatifs selon la mission et selon le niveau (individuel, organisationnel ou systémique) auxquels ils se rattachent.

Du côté des individus, i.e. les professionnels, les principaux éléments incitatifs permettant de stimuler le développement d'une médecine académique de très haut niveau sont, d'une part, le recrutement des professionnels qui répondent aux standards élevés d'excellence dans chacun des pôles de la médecine académique. En recherche, ces standards élevés reposent sur la créativité, la productivité et la réactivité des chercheurs. Pour la formation, les standards s'organisent autour des capacités cognitives, des capacités réflexives et des habiletés pédagogiques des enseignants. Du côté de la clinique, ces standards d'excellence concernent les connaissances, les capacités de jugement, l'humanisme et un niveau de réussite clinique élevé.

D'autre part, les autres incitatifs individuels permettant de soutenir l'excellence de la médecine académique ont trait aux modalités structurelles. Il est particulièrement difficile pour les professionnels des CHU d'atteindre l'excellence au sein des trois missions académiques, sans soutien organisationnel. Ce soutien doit viser l'atteinte de masse critique d'individus polyvalents, l'adoption de plan de pratique et le développement de plan de carrière.

Au niveau de l'organisation, les principaux éléments incitatifs permettant de soutenir le développement d'une médecine académique répondant à des standards élevés d'excellence touchent au développement d'une culture organisationnelle sensible aux valeurs professionnelles présentes au sein de chacune des missions, à la mise en place de petites unités de production responsables organisées par thème ou par programme et à l'adoption de politiques institutionnelles, notamment en recherche et en formation.

Au niveau systémique, les principaux éléments incitatifs permettant de soutenir le rehaussement de la médecine académique sont : 1) la mise en place de mécanismes plus ou moins formels de concertation; 2) l'adoption d'incitatifs financiers permettant d'utiliser les bonnes compétences au bon endroit; 3) l'implantation des technologies de l'information et des communications (TIC) en vue d'accroître la rapidité des échanges entre tous les points du système de médecine académique; 4) la mise en place d'un processus permettant une plus grande synergie entre les différents mécanismes de régulation et d'accréditation de chacune des missions du CHU.

Tableau 1
Les éléments incitatifs du rehaussement de la médecine académique

	Recherche	Formation	Soins	Synergie
Individu	<ul style="list-style-type: none"> - Actif - Recrutement standards élevés excellence : créativité, productivité et réactivité 	<ul style="list-style-type: none"> - Actif - Recrutement basé sur excellence : capacités cognitives et réflexives, habiletés pédagogiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Actif - Recrutement excellence : jugement/ connaissances/ humanisme/ taux élevé de réussite clinique 	<ul style="list-style-type: none"> - Modalités structurales facilitant intégration des pratiques : Plan pratique, actif dans les 3 fonctions; Plan carrière, pondération selon individus et dans le temps - Atteinte de masse critique d'individus polyvalents
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser culture recherche : scepticisme, rigueur, libre accès aux connaissances, désintéressement - Structurer par axes - Masse critique - Interdisciplinarité - Flexibilité, adaptabilité, réactivité - Politique institutionnelle de soutien et de développement 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser culture formation basée sur évidences scientifiques - TIC - Ressources dédiées au perfectionnement - Diversité formateurs - Politique institutionnelle de soutien et de développement 	<ul style="list-style-type: none"> - Centré sur le patient - Programme amélioration continue des soins - Équipe multidisciplinaire - Accès à information scientifique - TIC - Guides et protocoles de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Unité de production avec leadership fort - Regroupement thématique ou par programme - Culture organisationnelle basée sur les valeurs des professionnels
Système de la médecine académique	<ul style="list-style-type: none"> - Transfert - Réseaux - Éthique 	<ul style="list-style-type: none"> - Politique de milieux de formation riches et diversifiés - Éthiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Spécificité / subsidiarité - Éthique 	<ul style="list-style-type: none"> - Mécanismes de concertation + ou – formels - Incitations financières à l'utilisation des bonnes compétences au bon endroit - TIC - Mécanisme d'accréditation global

3. Les critères d'un véritable service académique

La médecine académique que nous décrivons dans ce rapport est un idéal type qui doit être considéré comme un objectif à atteindre au cours des années à venir par tous les services cliniques qui se retrouveront au sein des futurs CHU. Les dimensions d'excellence et d'innovation que nous avons identifiées sont déjà atteintes par certains services ou unités. Toutefois, d'autres services peuvent encore en être loin. Afin d'aider chacun à faire le point sur son niveau actuel d'excellence et d'innovation et de lui permettre d'identifier les objectifs réalisables qu'il doit atteindre d'ici l'ouverture des futurs CHUM et CUSM, il faudrait disposer d'un ensemble d'indicateurs valides et légitimes, classés en fonction de leur niveau d'application (l'individu, l'organisation ou le système) (Tableau 1) et qui reflète les exigences de la médecine académique dans chacune de ses trois grandes missions. La constitution d'une telle grille devrait prendre comme point de départ les critères présents dans la littérature et ceux qui reflètent le point de vue de la pratique actuelle. La grille qui suit est un squelette à partir duquel la construction d'une telle grille pourrait être amorcée. Mais, il est certain que l'ébauche qui suit demande d'être validée. Celle-ci a quatre sections : une pour chacune des dimensions de la médecine académique (soins, recherche et enseignement) et une quatrième pour la gouverne.

Distribution des soins

- Performance exceptionnelle dans la rencontre des critères des organismes d'agrément.
- Une concentration importante de références de patients porteurs de pathologies complexes et inusitées en provenance d'autres milieux régionaux et suprarégionaux.
- La plus grande concentration de cas de niveaux tertiaires et quaternaires.
- Concentration importante dans l'établissement du plateau technique nécessaire à la distribution des soins spécialisés et ultraspécialisés du service.
- Une pratique médicale basée sur l'application de l'évidence clinique dans tous les protocoles de soins; le service clinique est utilisé pour développer, tester, raffiner et améliorer les processus de soins.
- Les médecins qui oeuvrent dans ce milieu ont tous des formations surspécialisées dans un secteur d'activité de la spécialité.

- Il y a un processus de monitoring et d'évaluation des soins permanent pour s'assurer de la qualité permanente des soins qui sont prodigués dans ce service.
- Le modèle de soins utilisé dans le service encourage la prise en charge par le patient de sa santé, particulièrement l'adoption de comportements favorables à leur santé.

Organisation de la recherche

- La recherche dans le service est supportée par une politique institutionnelle de soutien et de développement de l'établissement.
- La recherche dans le service est supportée par un plan de développement qui contient les axes prioritaires, les thèmes abordés et sous quels aspects (fondamentale, clinique, épidémiologique, évaluative, évaluation des services, évaluation des technologies, etc.).
- La recherche dans le service se fait par une approche inclusive qui comprend toutes les dimensions de la santé et des individus et des populations.
- L'établissement où se situe le service héberge la majorité des chercheurs impliqués dans la recherche fondamentale, clinique et évaluative associées à la discipline ou au champ d'exercice.
- Le service favorise la participation des chercheurs des autres établissements qui oeuvrent dans la même discipline.
- La recherche dans le service est structurée à partir de subventions régulières dont la très grande majorité provient d'organismes subventionnaires gouvernementaux.
- Le service initie et participe à des projets de recherche clinique multicentriques.
- Les résultats de recherche sont rapidement mis en application dans le service.
- Les chercheurs publient dans des revues nationales et internationales avec comité de révision par les pairs.
- Les chercheurs adhèrent à des standards d'excellence en matière de performance scientifique.
- Valorisation de la recherche innovante.

Organisation de l'enseignement

- Une concentration importante de résidents seniors (IV et V) dans le milieu.

- Volume important de stages/mois des résidents du programme de la spécialité.
- Agrément du service pour recevoir des « Fellow » d'autres facultés de médecine.
- Existence d'un système de plaintes et de sanctions à l'égard de la discrimination et du harcèlement.
- Absence de plaintes de résidents et d'étudiants concernant le harcèlement de la part des professeurs.
- Un médecin du service occupe les fonctions de directeur du programme.
- Les médecins qui sont majoritairement impliqués dans la fonction enseignement du service ajustent continuellement le contenu de leur programme, les méthodes pédagogiques et les outils d'apprentissage en lien avec l'évolution des connaissances et des technologies dans leur domaine d'expertise et en lien avec l'évolution clinique et de la pédagogie médicale. Ils exercent un rôle de leadership dans le développement d'approches éducatives innovantes.
- Il existe une structure dans le service qui fournit une rétroaction immédiate aux formateurs de la part des étudiants et résidents dans le service.
- Leadership dans le développement d'approches éducatives dans leur secteur d'activités.
- Les préoccupations des enseignants ne touchent pas uniquement le champ d'expertise enseigné mais aussi tout l'environnement social, économique et éthique gravitant autour de la spécialité.
- Le service sert de milieu de formation continue et est en lien avec les centres de référence par télémédecine.

Organisation de la gouverne du service

- Les membres du service sont tous payés de façon forfaitaire dans le cadre d'un plan de pratique.
- Il existe une masse critique suffisante de médecins dans le service pour assurer la triple mission académique.
- Le fonctionnement du service permet le développement d'un environnement de travail stimulant pour attirer, recruter et retenir une main d'œuvre professionnelle de haute qualité.
- La structure de gouverne permet d'exploiter au maximum les nouvelles technologies.

- Le service utilise les TIC dans tous ses secteurs d'activités. Le service privilégie l'utilisation des TIC pour améliorer ses liens de communication entre ses membres, avec les médecins référents et avec les réseaux locaux de services avec lesquels le service est en lien.
- Le service est un lieu d'amélioration continue de la performance en terme de qualité, de sécurité et d'efficience.
- L'organisation du travail dans le service favorise la multidisciplinarité.
- Si la spécialité ou le champ d'expertise concerne une clientèle porteuse de maladies chroniques, l'organisation des soins s'appuie sur un gestionnaire de cas qui vise à améliorer la coordination des soins à l'intérieur du service et de l'établissement et la coordination des soins avec les autres partenaires du réseau, en particulier les réseaux locaux de service.
- Les membres du service sont professionnellement et géographiquement mobiles, en lien avec le réseau académique régional et en lien avec les corridors de service.
- Il y a présence d'une structure formelle dans le service qui supporte la formation professionnelle des membres en lien avec leurs responsabilités dans la distribution des soins, de l'enseignement, de la recherche et de la gestion du service.

En somme, pour devenir un véritable outil d'appréciation du niveau de développement de la médecine académique et d'identification de cibles réalistes permettant de rehausser la médecine académique à court et moyen termes, cette liste d'indicateurs que nous avons ébauchée doit être retravaillée en combinant, d'une part, les critères d'excellence présents dans la littérature et ceux qui sont présents au sein des milieux de pratique; et en s'assurant d'autre part que ces critères couvrent les trois niveaux de réalisation de la médecine académique, soit l'individu, l'organisation et le système.

Références

- ACAHO (2002). *Achieving Excellence and Supporting Innovation : The Role of Canada's Teaching Centres in a Sustainable Health Care System*. Ottawa, Association of Canadian Academic Healthcare Organizations.
- ACAHO (2003a). *Building Canada's Health Innovation Strategy*. Ottawa, Association of Canadian Academic Healthcare Organizations.
- ACISU (2003). *Health, Health Care and Nation-building... Harnessing the Full Potential of a National Resource: Canada's Teaching Centres and Hospitals*. Ottawa, Association Canadienne des Institutions de Santé Universitaires.
- AHQ (2000). *Organisation par programme-clientèle: l'expérience des centres hospitaliers du Québec*. Montréal, Publications de l'Association des hôpitaux du Québec: 70.
- Anderson, R. and R. McDaniel (2000). "Managing health care organizations: Where professionalism meets complexity science." *Health Care Management Review* **25**(1): 83-92.
- Ashmos, D., D. Duchon, et al. (2000). "Physicians and decisions: A simple rule for increasing connections in hospitals." *Health Care Management Review* **25**(1): 109-115.
- Ashmos, D., J. Huonker, et al. (1998). "Participation as a complicating mechanism: The effect of clinical professional and middle manager participation on hospital performance." *Health Care Management Review* **23**(4): 7-20.
- Beck, U. (1986). *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. Paris, Alto-Aubier.
- Bernstein, A. (2002). "AHSCs: More Important than Ever in the Century of Health Research." *Healthcare Papers* **2**(3): 54-58.
- Carignan, R. (2002). *Vers un réseau universitaire intégré, Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires*.
- CECS (2004). *Les micro-systèmes cliniques*. Hanover, USA, Center for the Evaluative Clinical Sciences at Dartmouth.
- CFTFAHC (1999). *From Bench to Beside*. USA, The Commonwealth Fund Task Force on Academic Health Centers.

- CFTFAHC (2000). Health Care at the Cutting Edge: The Role of Academic Health Centers in the Provision of Specialty Care. USA, The Commonwealth Fund Task Force on Academic Health Centers.
- CFTFAHC (2002). Training Tomorrow's Doctors. USA, The Commonwealth Fund Task Force on Academic Health Centers.
- CFTFAHC (2003). Envisioning the Future of Academic Health Centers: Final Report. USA, The Commonwealth Fund Task Force on Academic Health Centers.
- Champagne, F., A.-P. Contandriopoulos, et al. (2002). Les centres universitaires de santé: La gouverne d'organisation complexes aux contours flous. Montréal, Département d'administration de la santé et GRIS, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Christensen, C. M., R. Bohmer, et al. (2000). "Will Disruptive Innovations Cure Health Care?" Harvard Business Review(September-October): 102-111.
- CHUM (2003). Proposition CHUM 2010. Rapport final. Montréal, Direction générale CHUM 2010.
- Clair, M. (2000). Les solutions émergentes. Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- CRC (2003) Détails sur le programme : mise en candidature d'une chaire. Chaires de recherche du Canada. <http://www.chairs.gc.ca/web/program/nominate>
- CRMCC (2002). Agrément des programmes de résidence, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- CUSM (2003). Le projet de redéploiement du Centre universitaire de santé McGill à Montréal. Montréal, Centre universitaire de santé McGill.
- de Souza, L. E. (2001). Le rôle des connaissances scientifiques dans la gestion de la santé. Thèse de doctorat en santé publique. Montréal, Université de Montréal: 231.
- Denis, J.-L., M. Brémond, et al. (1997). "Organiser l'innovation, imaginer le contrôle dans le système de santé." Ruptures 4(1): 96-114.
- FCI (2004) Vue d'ensemble. Fondation canadienne pour l'innovation. <http://www.innovation.ca/programs/viewguide>
- FCRSS (2003). Le courtage de connaissances dans le système de santé canadien : ce qui se fait, ce qui s'en dit. Ottawa, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé: 17.
- Forum (1997). Rapport de synthèse du Groupe de travail sur la prise de décision fondée sur les données probantes. La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. G. d. Canada, Ministère des travaux publics et Services gouvernementaux: 1-49.

- FRSQ (1997). Bâtir ensemble la recherche de l'avenir: Orientations stratégiques 1997-2000 pour le soutien et le développement de la recherche en santé. Québec, Gouvernement du Québec.
- FRSQ (2004). Guide pour l'évaluation des Centres de recherche du FRSQ. Prospectus 2004-2005, Fonds de la recherche en santé du Québec.
- Glouberman, S. and H. Mintzberg (2001). "Managing the care of health and the cure of disease." Health Care Management Review **26**(1): 56-84.
- Hatchuel, A. (2000). Prospective et gouvernance : quelle théorie de l'action collective? prospective pour une gouvernance démocratique. E. Heurteon and J. Landrieu. Paris, Aube Édition.
- Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, The National Academy Press.
- Institute of Medicine (2002). The Roles of Academic Health Centers in the 21st Century: A Workshop Summary. Linda T Kohn. Washington, The National Academy Press.
- Institute of Medicine (2003a). Academic Health Centers: Leading in the 21st Century. Linda T Kohn. Washington, The National Academies Press.
- IRSC (2004). Investir dans l'avenir du Canada: Plan stratégique des IRSC pour l'innovation et la recherche en santé. Ottawa, Instituts de recherche en santé du Canada.
- ISQUA (2004) International Society for Quality in Health Care. <http://www.isqua.org.au/>
- Keidel, R. W. (1990). "Triangular Design: A new organizational geometry." Academy of Management Executive **4**(4): 21-37.
- Leatt, P., L. Lemieux-Charles, et al. (1994). Program Management and Beyond: Management Innovations in Ontario Hospitals. Ottawa, Canada, CCHSE.
- Lenburg, C. (1999) The Framework, Concepts and Methods of the Competency Outcomes and Performance Assessment (COPA) Model. Online Journal of Issues in Nursing. http://www.nursingworld.org/ojin/topic10/tpc10_2.htm
- Lister, J. (1993). Postgraduate Medical Education, The Rock Carling Fellowship.
- Lomas, J. (2000a). "La diffusion et l'utilisation de la recherche." ISUMA: Revue Canadienne De Recherche Sur les Politiques **1**(1): 140-44.
- Lomas, J. (2000b). "Using 'Linkage and Exchange' to Move Research into Policy at a Canadian Foundation." Health Affairs **19**(3): 236-240.

- Lozon, J. C. and R. M. Fox (2002). "Academic Health Sciences Centres Laid Bare." Healthcare Papers **2**(3): 10-36.
- MRST (2002). Politique Québécoise de la science et de l'innovation: Savoir changer le monde. Québec, Ministère de la recherche, de la science et de la technologie, Gouvernement du Québec.
- Peirce, J. (2000). "The paradox of physicians and administrators in health care organizations." Health Care Management Review **25**(1): 7-28.
- Quinn, J. B. (1992). Intelligent Enterprise. New York, Free Press.
- Quinn, J. B., P. Anderson, et al. (1996a). "Leveraging Intellect." Academy of Management Executive **10**(3): 7-27.
- Reuter, J. A. (1999). "Patterns of Specialty Care: Academic Health Centers and the Patient Care Mission."
- Romanow, R. J. (2002). Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Sinclair, D. (1998). "Les stratégies d'implantation des Nouveaux Centres Universitaires de santé." Ruptures **15**(1): 41-52.
- Snyderman, R. and R. S. Williams (2003). "Prospective Medicine: The Next Health Care Transformation." Academic Medicine **78**(11): 1079-1084.
- Stacey, R. (1996). "The science of complexity: An alternative perspective for strategic change processes." Strategic Management Journal **16**: 477-495.

Annexe 1 : méthode

Pour réaliser le mandat que nous a confié la Commission d'analyse des projets d'implantation du CHUM/CUSM, nous avons d'abord fait une revue de littérature sur Medline à partir des mots clés suivants : academic medicine, academic center(s), academic centre(s), academic health center(s), teaching hospital, medicine in teaching hospital, academic health science center(s), academic medical center(s), tertiary care referral center(s). Puis à ce mots clés, nous avons ajouté d'autres indicateurs comme : performance, evaluation, assessment, efficiency, quality, innovation.

De plus, nous avons fait une liste d'organismes intervenants dans le domaine de la médecine académique et nous avons visité leur site Internet. Nous y recherchions la documentation touchant soit aux dimensions, normes ou critères d'évaluation de la performance des différentes facettes de la médecine académique, soit aux réflexions récentes sur l'avenir de la médecine académique. Les organismes dont les sites Internet ont été visités sont :

- Au Canada et aux États-Unis : Association des facultés de médecine canadienne, Association canadienne des institutions de santé universitaires (Ass. of Can. Academic Healthcare Organizations), Association des facultés de médecine américaine, Academic Health Centers, Canadian Medical Association, Chaires de recherche du Canada, Collège Royal du Canada, Conseil d'agrément canadien, Conseil d'agrément américain, Commonwealth Fund Task Force on Academic Health Centers, Insitute of Medecine, Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, Ministry of Health and Long-Term Care de l'Ontario, Commission de restructuration des hôpitaux en Ontario.
- En France : Agence nationale d'accréditation des établissements de santé (ANAES).

- En Grande Bretagne : British medical association, Department of Health, King's Fund, Royal College.
- En Australie : International Society for Quality in Health Care (ISQUA).

Nous avons également répertorié les articles récents sur la médecine académique dans certaines revues scientifiques plus particulièrement susceptibles de se pencher sur cette question. Les revues que nous avons regardées sont : Academic Medicine, Health Affairs, JAMA, BMJ, Health Care Management Science, Healthcare Papers, Lancet, Inquiry, New England J Med, Canadian Med Ass Journal, Medical Care Research and Review, Annals CRMCC – Annals RCPSC, Milbank.

Adresse de correspondance

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de cette publication ou autres rapports déjà publiés à :

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Secteur santé publique
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

Téléphone : (514) 343-6185
Télécopieur : (514) 343-2207

Adresse de notre site Web

<http://www.gris.umontreal.ca/>