

**Mémoire des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) du Québec  
Pour la Table de coordination nationale des RUIS**

**Présenté à la**

**Commission de la Santé et des Services sociaux**

**Dans le cadre de**

**L'étude du projet de loi n° 130**

**Modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de  
santé et de services sociaux**

**Le 15 février 2017**



---

Ce document est le fruit des travaux des quatre Réseaux universitaires intégrés de santé du Québec (RUIS):

**RUIS de l'Université Laval**

**RUIS de l'Université McGill**

**RUIS de l'Université de Montréal**

**RUIS de l'Université Sherbrooke**

---

## Sommaire exécutif

Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) sont des instances de concertation clinico-académiques. Ils ont été créés en 2003 « *afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements pour chaque territoire de desserte que détermine le ministre.* »

Les RUIS mettent leur expertise et leurs mécanismes de concertation au service des établissements et des équipes cliniques de leur territoire respectif en soutenant, de manière constructive et adaptée aux réalités de leurs régions, l'évolution et les transformations en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pour remplir leur rôle, les RUIS misent notamment sur la mise en valeur et le développement du plein potentiel de la communauté professionnelle et universitaire.

En 2015, deux projets ayant un impact majeur sur l'organisation et le fonctionnement du réseau ont été adoptés, soit le projet de Loi 10, « *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* », sanctionné le 9 février 2015 et, le projet de Loi 20, « *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée* », sanctionné le 10 novembre de la même année.

Tel que stipulé à son article 1, le projet de Loi 10, « *modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficience de ce réseau.* » Le 24 octobre 2014, dans le cadre de l'étude du projet de Loi 10 devant cette même commission, les RUIS affirmaient souscrire aux objectifs fondamentaux poursuivis par ce projet de Loi.

L'article 1 du Chapitre 1 du projet de Loi 20 «  *vise à optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé dans le but d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisés.* »

Le projet de Loi 130 aujourd'hui à l'étude propose essentiellement une révision de la gouvernance médicale en établissements en introduisant des dispositions qui donneraient aux PDG, DSP et chefs médicaux de ces mêmes établissements différents moyens pour optimiser la gestion de leur organisation en regard des services médicaux qui y sont offerts.

Les PDG des CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés, dont les CHU, sont imputables de l'organisation des services cliniques et de l'organisation professionnelle et médicale de leurs établissements respectifs. L'application des moyens proposés par le projet de Loi 130 pour en venir à une véritable gouvernance médicale redevable au CA d'un établissement leur appartient en propre.

La valeur ajoutée des RUIS se situe dans la synergie qui émane du partenariat étroit qui existe entre les PDG d'un même territoire de RUIS et les universités auxquelles le territoire est rattaché pour atteindre les objectifs visés sur l'ensemble du territoire québécois. Dans ce sens, il est clair que l'existence d'obligations spécifiques reliées à l'octroi et au maintien des privilèges de pratique en établissement constitue un levier nécessaire pour assurer la qualité et l'accessibilité aux services à tous les Québécois, quel que soit leur lieu de résidence.

---

## **I. PRÉSENTATION DES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ (RUIS) DU QUÉBEC**

---

### **1.1 La création des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)**

C'est en 2003 qu'ont été créés quatre RUIS, correspondant aux quatre facultés de médecine du Québec (Université Laval, Université McGill, Université de Montréal, Université de Sherbrooke) et leur territoire d'enseignement.

Ils ont dès lors été mis en œuvre par les leaders de chacun de ces RUIS et par l'ensemble des partenaires qui y ont pris part. Au fil des ans ils ont ajusté leurs façons de faire et leur programmation pour tenir compte des besoins de leurs membres respectifs et pour adapter leurs interventions à l'évolution du réseau de la santé et des services sociaux lui-même. Ils ont notamment élargi leur champ d'action à l'ensemble des régions de leur territoire et ont fait en sorte que, dans tous leurs travaux, la prise en compte de véritables continuums de services, soit de la première ligne aux services surspécialisés offerts en quatrième ligne, soit toujours considérée.

### **1.2 La composition des RUIS**

Le projet de Loi 10, sanctionné le 9 février 2015, a modifié de facto la composition des RUIS. Les comités de direction des RUIS sont maintenant minimalement composés de tous les PDG de leur territoire. Les doyens des facultés de médecine, présents dès le début des RUIS, se sont vus rejoints, dans la plupart des RUIS, par leurs collègues de médecine dentaire, des sciences infirmières, des sciences sociales et de pharmacie. Ce « membership » élargi est essentiel pour promouvoir la pratique en interdisciplinarité et y sensibiliser les étudiants pendant leur formation initiale.

### **1.3 La gouvernance des RUIS**

Les RUIS sont des instances de concertation. La mobilisation de leurs membres pour agir de manière concertée repose, d'une part sur le partage d'une même vision et sur l'adhésion à des objectifs communs et, d'autre part, sur l'interdépendance de leur action pour l'atteinte de leurs objectifs.

Le comité de direction de chacun des RUIS est maintenant présidé par le PDG du CHU de son territoire. La composition de sa gouvernance fait l'objet de l'article 39 du présent projet de Loi. Nous aurons d'ailleurs des suggestions à formuler à cet effet (voir deuxième recommandation) afin de reconnaître la contribution essentielle du milieu académique dans la poursuite des travaux des RUIS et de son interdépendance avec les milieux de soins et de services.

Finalement, la «Table de coordination nationale des RUIS», constituée par le Ministre et présidée par son représentant, en l'occurrence le sous-ministre associé aux affaires médicales et universitaires, a essentiellement la responsabilité de coordonner l'action des RUIS pour assurer l'accès à la médecine académique dans toutes les régions du Québec et, assurer la concertation entre eux.

### **1.4. Mission, mandats et contributions récentes des RUIS**

La mission des RUIS, conformément à l'énoncé de la loi, est de favoriser la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention au sein des établissements de santé et de services sociaux ayant une désignation universitaire.

---

Les RUIS existent au profit de l'ensemble des régions de leur territoire et agissent en conséquence dans le traitement des dossiers.

En lien avec sa responsabilité sociale, une faculté de médecine contribue au RUIS par le développement de la main-d'œuvre médicale dans les régions et les établissements affiliés. Ce partenariat a permis un déploiement de la formation médicale à travers le Québec à une échelle non réalisable auparavant. De plus, l'engagement des établissements d'un RUIS à contribuer à l'excellence des programmes de formation médicale (prédoctorale et postdoctorale) de sa faculté affiliée, a été structurant pour toutes les parties prenantes.

En favorisant la conciliation des besoins académiques avec ceux de l'organisation des services de l'ensemble de leur territoire, les RUIS favorisent le recours aux meilleures pratiques ainsi que l'engagement et la participation des différents professionnels de la santé à l'atteinte des objectifs d'accessibilité, de pertinence et de qualité auxquels adhèrent tous leurs membres, objectifs qui sont au cœur des lois qui gouvernent le système de santé québécois.

La concertation entre le milieu académique et les milieux cliniques facilite la disponibilité de milieux de stages pour les futurs professionnels de la santé et des services sociaux, et permet de porter une attention particulière aux besoins des régions. Le développement de campus cliniques ou délocalisés, soutenu par les facultés de médecine, est considéré par toutes les régions comme étant une des principales clés pour favoriser le recrutement et la rétention des professionnels dans leurs milieux.

Par exemple, les finissants des programmes de médecine délocalisés se dirigent en plus grande proportion que leurs collègues dans les domaines en grand besoin, soit en spécialités de base et en médecine de famille. De plus, les diplômés des deux campus délocalisés ayant complété leur formation postdoctorale établissent leur pratique professionnelle en grande majorité dans les régions du Québec, particulièrement dans la région où ils ont fait leurs études prédoctorales, un phénomène bien documenté dans la littérature médicale.

De plus, les retombées des programmes de formation déployés se font aussi sentir à d'autres niveaux. Ainsi, en plus de favoriser l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, il faut noter les impacts économiques et la contribution au développement de la mobilisation des acteurs de gouvernance régionale. La consolidation d'une vie académique et universitaire dans l'étendue de chaque RUIS facilite le développement d'autres programmes en sciences de la santé, ainsi que le développement d'équipes de recherche.

En faisant en sorte que les équipes des milieux universitaires et supra régionaux soient à l'écoute des besoins et attentes des autres milieux de soins et services de leur territoire, les RUIS contribuent à deux défis majeurs pour le système de santé et de services sociaux du Québec soit :

- que tout Québécois, peu importe son lieu de résidence, puisse bénéficier de services accessibles, répondant aux plus hauts standards de pratique et dispensés dans une perspective d'interdisciplinarité, perspective essentielle pour le développement des services en première ligne;
- que toutes les équipes cliniques locales puissent disposer du soutien, de la formation et des connaissances nécessaires pour assurer au réseau une efficacité et une efficience optimales. C'est d'ailleurs à cette condition que les équipes œuvrant en première et deuxième ligne pourront garantir le meilleur accès possible aux services à la population de leur territoire et, en même temps, soutenir efficacement les centres surspécialisés en leur permettant de se concentrer sur leurs missions tertiaires et quaternaires.

---

Sans être exhaustif, voici quelques exemples récents de contribution des RUIS à l'évolution des pratiques et à l'amélioration de l'accès dans le réseau :

1. Soutien au plan d'action ministériel pour la prise en charge des patients aux prises avec la douleur chronique, en soutenant le développement d'un centre d'expertise pour leur territoire et l'interface requis avec l'ensemble des régions de leur territoire pour le développement des services devant être offerts en première et deuxième ligne;
2. Soutien au plan d'action ministériel pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, en promouvant et soutenant le développement d'équipes locales, situées en GMF et s'intéressant au développement de meilleures pratiques et modalités de prises en charge pour les personnes âgées avec troubles cognitifs;
3. Soutien au plan d'action ministériel pour la prise en charge de l'AVC, en développant un registre des interventions en AVC et en accompagnant le développement d'un service de téléthrombolyse pour les patients présentant un AVC en phase aiguë et résidant loin des établissements spécialisés;
4. Soutien au plan d'action québécois pour le déploiement de la télésanté, notamment en tant que moyen pour faciliter l'accès aux services, sans toutefois compromettre le recrutement et l'installation des médecins en région.

Dans le domaine relié à l'enseignement, à la recherche et à l'évaluation, il convient de souligner que les RUIS contribuent activement au transfert des connaissances, notamment dans le cadre des dossiers ci-haut mentionnés, et qu'ils développent des formations pour assurer le développement et le maintien des compétences, ceci en réponse aux besoins exprimés par les cliniciens en milieu de pratique.

En 2017, les RUIS sont toujours bien placés pour soutenir les transformations majeures du réseau de la santé et des services sociaux et seront amenés à intégrer le volet social dans leur mandat. Chaque RUIS apportera sa contribution particulière à cette intégration mais comblera un vide en mettant en commun les expertises et les forces, en partageant les connaissances, en misant sur la complémentarité et l'interdisciplinarité, à un moment où la pertinence est au cœur du développement des meilleures pratiques

## **II. LES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ DANS LE CONTEXTE DU PROJET DE LOI 130**

---

### **2.1 Le projet de Loi 130 et l'instauration d'une gouvernance médicale imputable**

En 2015, deux projets ayant un impact majeur sur l'organisation et le fonctionnement du réseau ont été adoptés, soit le projet de Loi 10, « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales », sanctionné le 9 février 2015 et, le projet de Loi 20, « Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée », sanctionné le 10 novembre de la même année.

Tel que stipulé a son article 1, le projet de Loi 10, « *modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau.* »

Pour sa part, l'article 1 du Chapitre 1 du projet de Loi 20 «  *vise à optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé dans le but d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisés.* »

---

Le projet de Loi 130 propose essentiellement une révision des modalités de la gouvernance médicale en introduisant des dispositions qui donnent aux établissements différents moyens qui ont pour objectif de rendre imputables les PDG et leur conseil d'administration des services médicaux offerts et à offrir dans leur organisation.

Les PDG des CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés sont imputables de l'organisation des services et de l'organisation professionnelle et médicale de leur établissement respectif. L'application des moyens proposés par le projet de Loi 130 pour en venir à une véritable gouvernance médicale dont eux-mêmes et leur conseil d'administration sont directement imputables leur appartient en propre.

Cependant, tout établissement, quel qu'il soit, fait partie d'un vaste réseau, lequel est responsable d'offrir des services accessibles, continus et de qualité sur l'ensemble du territoire québécois. Les établissements ne disposent pas tous des mêmes ressources; les caractéristiques démographiques et géographiques de chacune des régions nous obligent à travailler toujours mieux en réseau pour assurer l'accès, tout en préconisant l'accès local chaque fois que le contexte s'y prête.

La valeur ajoutée d'un RUIS prend racine dans la synergie qui émane du partenariat étroit qui existe entre l'ensemble des PDG de son territoire d'une part, et entre ces PDG et le milieu académique d'autre part, pour animer la concertation, susciter la complémentarité dans l'action et permettre ainsi l'atteinte des objectifs ministériels.

Il est clair que l'existence d'obligations spécifiques reliées à l'octroi et au maintien des privilèges de pratique des médecins en établissements constitue un levier nécessaire pour atteindre les objectifs et définir les modalités d'accès aux services, peu importe le lieu de résidence de la personne. Les RUIS sont bien placés pour soutenir les travaux qui mèneront au succès; leurs travaux peuvent et doivent se discuter à l'échelle de chacun des territoires de RUIS, en collaboration étroite avec les professionnels, et mener à un système mieux organisé qui permet les adaptations requises selon la spécialité médicale concernée et selon les caractéristiques des territoires à soutenir pour assurer un accès continu, pérenne et éviter ainsi les ruptures de services.

Il est toutefois essentiel que les obligations qui seront rattachées à la jouissance des privilèges de pratique des médecins tiennent compte des obligations liées à leurs responsabilités académiques dans les différentes disciplines où ils sont impliqués, que ce soit en enseignement ou en recherche, et du temps qu'ils doivent y consacrer. La protection de ces obligations permettra d'assurer à la fois la pleine synergie de la concertation clinico-académique et de favoriser la préparation d'une relève professionnelle pour qui le travail en interdisciplinarité sera la norme, en phase avec les objectifs du réseau de la santé et des services sociaux.

La force d'un RUIS émane de l'interaction entre ses membres; ensemble ils conviennent des corridors de services à consolider ou à développer, dans une perspective systémique, faisant ainsi en sorte que l'organisation clinique de chacun d'eux fasse partie d'un tout cohérent à l'échelle locale, régionale et interrégionale. En ce sens les dispositions du projet de Loi 130 qui touchent à la gouvernance médicale en établissement constituent un levier nécessaire : 1) pour faciliter le développement des corridors de services, avec des modalités qui peuvent varier selon les services dont il peut être question et selon les régions; 2) pour faciliter, encore ici selon des modalités variables, la pérennité des services en région; 3) pour contribuer à éviter les ruptures de services, lesquelles exigent des acteurs concernés une énergie immense pour y pallier.

---

## **PREMIÈRE RECOMMANDATION**

Les RUIS recommandent que soit formellement protégé, à l'intérieur des obligations rattachées à la jouissance des privilèges de pratique, les obligations liées aux responsabilités académiques des médecins, dans les différentes disciplines où ils sont impliqués, que ce soit en enseignement ou en recherche et, en conséquence, le temps requis pour s'y consacrer.

### **2.2 Le projet de Loi 130 et la gouvernance des RUIS – article 39**

Nous désirons attirer l'attention sur la formulation de l'article 39 qui propose une modification à la qualité des personnes désignées pour assurer la présidence et la vice-présidence des RUIS.

Nous comprenons et acceptons la volonté ministérielle de faire en sorte que la destinée des RUIS soit portée par les PDG, lesquels sont imputables de l'organisation des soins et services et de l'organisation médicale et professionnelle de leur établissement. C'est ce qui est voulu par l'article 39 qui modifierait l'article 436.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chapitre S-42) et qui se lirait comme suit : « *Le directeur général de l'établissement qui exploite le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés désigné centre hospitalier universitaire du réseau, à l'exception d'un tel centre desservant exclusivement des enfants, et le directeur général d'un établissement qui fait partie du réseau et qui exploite un centre désigné institut universitaire ou centre affilié universitaire, identifié par le ministre, agissent, selon ce que ce dernier détermine pour agir comme président ou vice-président de ce réseau.* »

La contribution du milieu académique a, jusqu'à ce jour, été déterminante pour concilier les besoins académiques et les besoins cliniques et, pour mobiliser le corps médical à s'impliquer activement auprès des équipes cliniques des régions pour favoriser l'introduction de nouvelles pratiques. Cette contribution du milieu académique devra se poursuivre pour qu'un RUIS continue à être pleinement contributif à l'atteinte des objectifs de services visés.

## **DEUXIÈME RECOMMANDATION**

C'est pourquoi nous recommandons que l'article 39 soit révisé de manière à introduire la présence de vice-présidents (VP), dont un VP serait un PDG d'un établissement membre du RUIS, ainsi qu'un VP académique qui serait un doyen émanant des sciences de la santé et qui aurait à son actif une forte expérience clinique.

---

## CONCLUSION

Les lois adoptées en 2015 avaient pour objectif de favoriser l'accès aux services, dans l'ensemble des régions du Québec. Le projet de Loi 130 vient compléter les outils mis à la disposition des PDG et des RUIS pour réaliser les objectifs d'accessibilité, de qualité, de sécurité, d'efficacité et d'efficience à la base de ces lois.

Les RUIS réitèrent leur adhésion à ces objectifs et continueront à animer la concertation dans leur territoire respectif, clé de voute pour réussir les transformations voulues pour le réseau de la santé et des services sociaux. Nous réitérons également l'importance de protéger, à l'intérieur des obligations des médecins pour avoir pleine jouissance de leurs privilèges de pratique, leurs obligations liées à l'enseignement et à la recherche dans les différentes disciplines où ils sont impliqués.

Assurer l'accessibilité et la pérennité de la présence des services cliniques, médicaux et professionnels dans toutes les régions du Québec, promouvoir et soutenir le travail interprofessionnel, faciliter l'intégration des volets santé social et de réadaptation dans la pratique clinique, faire émerger et soutenir des projets de pertinence clinique, médicale et autres, voilà à quoi les RUIS s'engagent à contribuer.