

Blogue Nouveautés, Innovations et Découvertes

Une analyse SWOT (FFOM) par l'Association Canadienne des Professeurs de Médecine (ACPM) révèle des menaces existentielles aux Départements Universitaires de Médecine (DUM)

Maintenir et valoriser les Départements Universitaires de Médecine (DUM) canadiens pour le bénéfice des Canadiens : Une analyse SWOT (FFOM) par l'Association Canadienne des Professeurs de Médecine (ACPM) révèle des menaces existentielles aux Départements Universitaires de Médecine (DUM)

Introduction : L'Association Canadienne des Professeurs de Médecine (ACPM) inclut les chefs des Départements Universitaires de Médecine (DUMs) (tableau 1). Ce blogue a été inspiré par deux facteurs : Premièrement, une observation partagée que le rôle crucial des DUMs est peu compris et, deuxièmement, que les changements dans le système de santé, le financement de la recherche, l'absence de rémunération pour les mandats liés à l'enseignement médical, et plusieurs autres pressions externes, entraînent des menaces existentielles aux DUMs. Les DUMs comprennent les professeurs de médecine (PM). Les DUMs sont les plus grands départements au sein des facultés de médecine. Les membres de l'ACPM dispensent des soins de santé quaternaires, mènent l'innovation en santé, créent et dispensent la formation médicale, et font de la recherche pour le mieux-être des Canadiens.

Buts : Entre 2017-2018, l'ACPM a procédé à une analyse SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) ou FFOM (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces) pour :

- Mieux définir le rôle actuel et l'utilité des DUMs au Canada
- Identifier et décrire les menaces au bon fonctionnement des DUMs
- Identifier les possibilités d'améliorer le rôle des DUMs dans la prestation des soins de santé complexes, dans la formation médicale et dans la recherche en santé, et en identifier les menaces.
- Faire mieux connaître l'ACPM au public et aux gouvernements et positionner cette organisation dans la promotion des politiques qui améliorent le système de santé canadien, la recherche et la formation médicale.

Processus : Ce blogue est une déclaration consensuelle résultant de plusieurs discussions face-à-face entre les membres actuels et anciens de l'ACPM. Ce blogue a été revu par les membres de l'ACPM, pour un apport éditorial, et par la suite, une révision par les pairs a été faite par un groupe de quatre hauts-responsables universitaires familiers avec le rôle des DUMs, incluant deux actuels doyens de facultés de médecine et deux anciens chefs de DUMs.

Pourquoi maintenant? En gros, la médecine universitaire, qui inclut les collègues de toutes les disciplines, de l'anesthésie à la chirurgie, vit le meilleur et le pire. Elle a entre ses mains de nouveaux et puissants outils diagnostiques et thérapeutiques et est prête à offrir des soins plus innovants, former plus de jeunes médecins et faire plus de recherche. Par contre, la possibilité d'atteindre ces buts est menacée par un certain nombre de facteurs sociologiques, démographiques et gouvernementaux. Le but de ce blogue est de les mettre en lumière et non

de se plaindre ou de faire pitié. Ce blogue espère en fait identifier les nids-de-poule de la route, et ainsi les éviter, les réparer et nous (le véhicule du progrès universitaire canadien) pourrions accélérer notre avancée en avant. La médecine universitaire n'est peut-être pas sur la liste des espèces en danger; mais il y a des analogies à faire avec l'ours polaire, un animal certainement puissant, mais qui lutte dans un environnement en changement où le sol (la glace) s'altère rapidement sous ses pieds!

Tableau 1 : Membres de l'ACPM avril 2018

University	Head/Chair (Departs Head) ADM	Academic Health Science Centre (AHSC)	Number of Faculty (MF)	Number of GFT Faculty (MF)	Hospitals in AHSC	Distributed Medical Education Sites	BMG Hires in the past 5 years	Core Residency Program size (total residents in all 3 years)	Number of Specialty Residency Training Programs	Number of Fellowship Training Programs
Memorial University	Sean W. Murphy (effective June 1, 2018)	-Eastern Health	246 (17876)	62 (3824)	2	4	15		4	2
Dalhousie University	Cecilia Short (Shelly MacNeil)	-OEG Health Sciences Centre -JWK Health Centre -Halifax Health Network	189 (11970)	138	2			66	15	3
Université de Montréal	François Madore	-Centre Hospitalier de l'Université de Montréal -Hôpital Sainte-Justine -Institut de cardiologie de Montréal -Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal -Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Île-de-l'Est-de-Montréal -Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal -Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Montérégie-et-Centre-du-Québec	834 (485749)	103 (7825)	3	8	3	202	17	7
McGill University	James Martin (Joyce Pickering)	-McGill University Health Centre -Jewish General Hospital -St. Mary's Hospital -Douglas Hospital	886 (572314)	608 (386222)	3	7	4	126	16	12
Université de Laval	Marie Arsenault	-Centre Hospitalier de L'Université de Québec -Hôpital Laval, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie								
Université de Sherbrooke	Jean-Daniel Hurlaçon	-Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke -Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	377 (215162)	168 (9781)	8	8	8	108	12	2
University of Ottawa	Phil Wells (Alan Karavich)	-The Ottawa Hospital -Children's Hospital of Eastern Ontario -The Royal Ottawa Health Care Group -Allegre -Hôpital Montfort	526 (326201)	283 (157108)	3	17	17	92	17	31
Queen's University	Stephen Archer (Stephen Verner)	-Kingston Health Sciences Centre	247 (12334)	116 (6848)	3	2	6	65	9	5
University of Toronto	Gillian Hawker (- Sarah Shestani - Sharon Strass - Mike Farkoush - Arno Kung'u)	-University Health Network -St. Michael's Hospital -Hospital for Sick Children -Stamley Health Sciences Centre -Mount Sinai Hospital -Toronto Rehabilitation Institute -Steeles -Centre for Addiction and Mental Health -Ilsewicz Kids -Women's College Hospital -North York General Hospital	1474 (933541)	789 (478310)	6	14	32	253	20	171
McMaster University	Mark Crowther (Altona Jagram and Barry Lamb)	-Hamilton Health Sciences -St. Joseph's Health Care	643 (499204)	275 (18738)	7	1	N/A	101	14	32
Western University	James Galvin (Norman Muirhead)	-London Health Sciences Centre -St. Joseph's Health Care	467 (336131)	234 (16668)	4	10	11	125	2	13
University of Manitoba	Eberhard Retner	-Winnipeg Regional Health Authority -St. Boniface General Hospital -Health Sciences Centre	310 (22838)	164 (13955)	2	1	10	56	13	15
University of Saskatchewan	Hassam (Sant) Haddad (Aree Pauslenssen)	-Saskatoon Health Region -Saskatoon Health Region	202 (14246)	10 (64)	4	2	8	65	5	0
University of Alberta	Barbara Ballemann	-Alberta Health Services	400 (222178)	77 (5621)	6	4		105		
University of British Columbia	Diane Laccillo, Andrea Townson, & Teresa Tang	-Vancouver Coastal Health Authority -Provincial Health Services Authority -Fraser Health Region -Vancouver Island Health Authority -Providence Health Care								

Public cible : Ce blogue s'adresse à un large public, incluant : les collègues des facultés de médecine (doyens et direction universitaire), la direction des Centres Universitaires en Sciences de la Santé, les gouvernements fédéral et provinciaux, le Collège Royal des Médecins et Chirurges du Canada (CRMCC), les agences de financement des Trois-Conseils (IRSC, CRSNG), et le public.

Table 2 : Définitions

Médecine universitaire :

Une pratique qui prodigue des soins aux patients complexes, innove et diffuse de nouvelles modalités diagnostiques, thérapeutiques et préventives, crée de nouvelles connaissances, transfère les connaissances et fonde de nouvelles expertises médicales grâce à la formation des étudiants en médecine, des étudiants gradués, des résidents et des fellows. Ses buts sont :

1. **Améliorer la santé humaine** en prodiguant les soins médicaux complexes, tertiaires et quaternaires, et en favorisant la mise en place rapide des innovations en santé.

2. **Enseigner à la nouvelle génération de médecins, et être à la tête des changements dans les modes de formation**, comme l'enseignement médical basé sur les compétences (EMBC). Les DUMs forment un nombre substantiel de spécialistes au Canada et sont responsables d'assurer la conformité avec les organismes d'agrément incluant le « Liaison Committee on Medical Education (LCME) » qui accrédite les facultés de médecine aux États-Unis, et le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada qui évalue et certifie les compétences des médecins.
3. **Développer de nouvelles connaissances et améliorer l'éducation et les soins aux patients par la recherche et l'innovation**. Nous devons aussi appliquer ces connaissances de façon pratique, aussi appelé transfert des connaissances.
4. **Sensibiliser et impliquer le public et les gouvernements**. L'implantation de nouvelles connaissances peut modifier la façon de donner les soins, créer de nouveaux types de soins et/ou guides de soins, et par conséquent, modifier les budgets de la santé.

Médecins universitaires (MU) :

Médecins avec une formation en soins cliniques complexes, en enseignement médical, en évaluation de la qualité ou en recherche, qui les qualifie à prendre un rôle de meneur dans :

1. **La découverte des nouvelles connaissances** grâce à la recherche
2. **Le transfert des connaissances** afin de promouvoir les meilleures pratiques médicales et former les praticiens tels les médecins, les infirmières et autres professionnels de la santé et/ou le public.
3. **L'enseignement médical** (création et évaluation de nouvelles modalités en enseignement pour les étudiants pré-doctoraux et post-doctoraux afin de former la future génération de médecins)
4. **La dispensation des soins cliniques complexes** (incluant l'innovation, l'évaluation et l'amélioration de la qualité de l'acte)

Départements Universitaires de Médecine (DUM)

Les DUMs constituent les plus grandes composantes des facultés de médecine dans chacune des universités canadiennes. Plusieurs professeurs des autres départements y ont des nominations conjointes et leurs étudiants font des stages dans nos unités d'enseignement. Les DUMs sont des communautés de MUs organisés en services : Allergie et immunologie, cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gastroentérologie, gériatrie, hématologie, maladies infectieuses, médecine interne générale, médecine nucléaire*, médecine d'urgence*, néphrologie, neurologie, pharmacologie clinique, psychiatrie et réhabilitation*, pneumologie, rhumatologie, soins intensifs* et soins palliatifs.

* Ces spécialités sont incluses dans certaines DUMs alors que dans d'autres, elles constituent un département autonome ou font partie d'un autre département.

Centre Universitaire en Sciences de la Santé (CUSS) :

C'est un partenariat entre une université, qui a une faculté de médecine, et une institution de santé universitaire, qui ont toutes les deux comme mission de faire de la recherche de calibre international, d'offrir des services cliniques, d'enseigner et de donner de la formation. Les CUSSs ont le contrat social implicite de trouver de nouvelles façons de prévenir, de diagnostiquer et de traiter les problèmes de santé et ainsi, améliorer la vie des gens du Canada et d'ailleurs. Comment savoir si un CUSS en est un?

- 1) S'il y a une faculté de médecine et qu'elle est rattachée à une université
- 2) S'il y a une gamme complète de soins cliniques avancés
- 3) Si l'hôpital a un grand nombre de résidents et d'étudiants en médecine
- 4) S'il donne des soins tertiaires pour les patients avec les conditions complexes suivantes : *un AVC, un désordre du mouvement tel le Parkinson, une sclérose en plaque, une sclérose latérale amyotrophique, une leucémie, une insuffisance cardiaque, un infarctus du myocarde, une sténose aortique, une obésité morbide, une hypertension pulmonaire, une fibrose pulmonaire, une fibrose kystique du pancréas, une vasculite, une transplantation (foie, poumon, cœur, pancréas, rein) ou une dialyse. De plus si vous êtes traité pour un traumatisme majeur, des complications d'un accouchement prématuré ou la plupart des formes de cancer, vous allez être probablement pris en charge par un MU dans un CUSS.*

Réseau universitaire des sciences de la santé (RUSS):

La combinaison d'un CUSS et de ses hôpitaux partenaires.

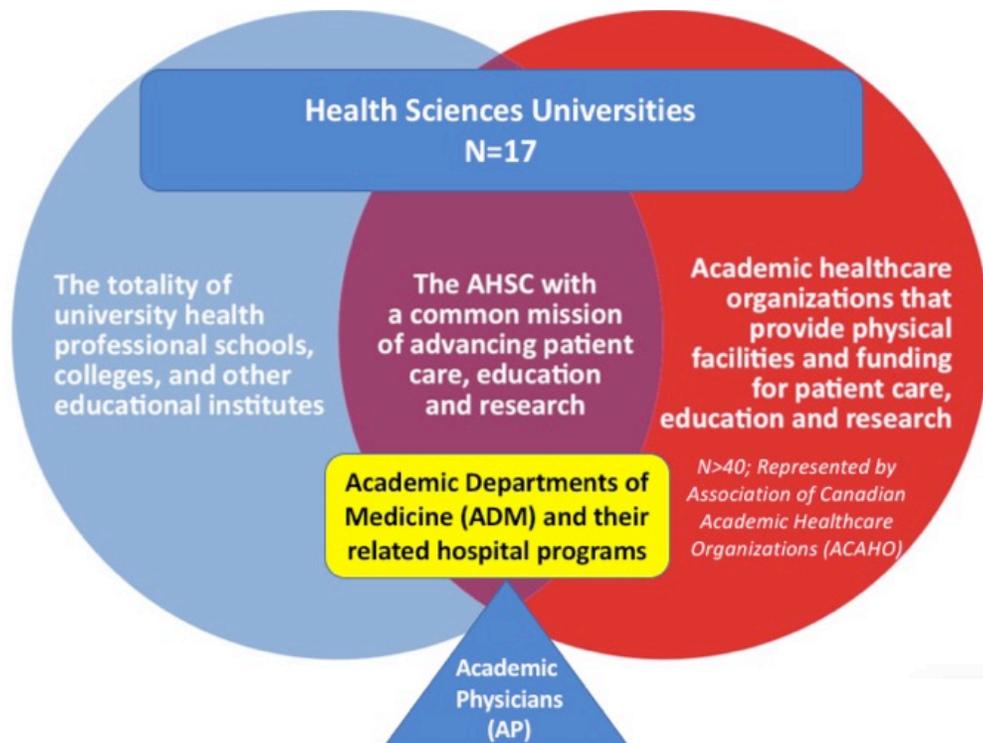
Analyse de l'environnement :

Gouvernance : Les DUMs sont une des pierres angulaires des CUSSs. L'ACPM, qui comprend tous les chefs de DUMs, représente les DUMs de tout le Canada. Les DUMs font partie des CUSSs, qui sont de grandes organisations et qui incluent de multiples départements et centres/instituts. Toutefois, en raison de la taille des DUMs (~1/3 des professeurs de la plupart des CUSSs), de l'intensité de la recherche qui y est faite et de leurs importants portfolios d'enseignement, les DUMs sont la pierre angulaire d'un CUSS. La médecine universitaire est en partenariat obligatoire et respectueux avec les médecins en pratique communautaire et avec les autres départements (ex : chirurgie, oncologie, pédiatrie, radiologie, obstétrique/gynécologie). En raison de l'appartenance des DUMs à une faculté universitaire de médecine (ou des sciences de la santé), les chefs de département relèvent du doyen. Toutefois, les DUMs, ou le programme hospitalier qu'ils chapeautent, font aussi partie d'un hôpital et le chef du département (ou d'un service) doit aussi se rapporter au CUSS et aux autorités (régionales ou provinciales) appropriées via un mécanisme qui est régionalement hétérogène. Dans certains programmes, le chef du DUM assume les 2 directions universitaires et cliniques; dans d'autres

systèmes, ces 2 rôles sont divisés entre le directeur des affaires universitaires (qui se rapporte au doyen) et le chef clinique qui s'occupe des activités cliniques (et se réfère aux instances hospitalières). Cette matrice complexe de référence est celle de la plupart des départements universitaires et, comme pour la plupart des dirigeants, les chefs de médecine ont des mandats de 5 ans, renouvelable une fois, à l'issue d'un processus de révision favorable.

Structure organisationnelle de la Médecine Universitaire : La structure des réseaux informels nationaux des CUSSs et des DUMs du Canada est similaire dans tout le pays. Il y a au Canada 17 universités en sciences de la santé avec une faculté de médecine, et chacune avec un DUM (représenté par un membre à l'ACPM). Toutefois, il y a près de 40 centres membres de l'Association Canadienne des Institutions de Santé Universitaires (ACISU), qui ont pour mission centrale d'offrir des soins de santé de haut niveau pour les patients, de l'enseignement et faire de la recherche. La plupart des CUSSs font partie d'un RUSS, qui comprend des hôpitaux communautaires, qui offrent des soins de niveau primaire et secondaire et participent significativement à la formation médicale. Les étudiants en médecine sont formés au sein des 17 facultés de médecine rattachées à une université en sciences de la santé (et dans les sites satellites qui offrent de la formation médicale).

Les interrelations entre les Départements Universitaires de Médecine (DUM), les Médecins Universitaires (MU) et les CUSSs. Figure modifiée du rapport Trois Missions Un Futur



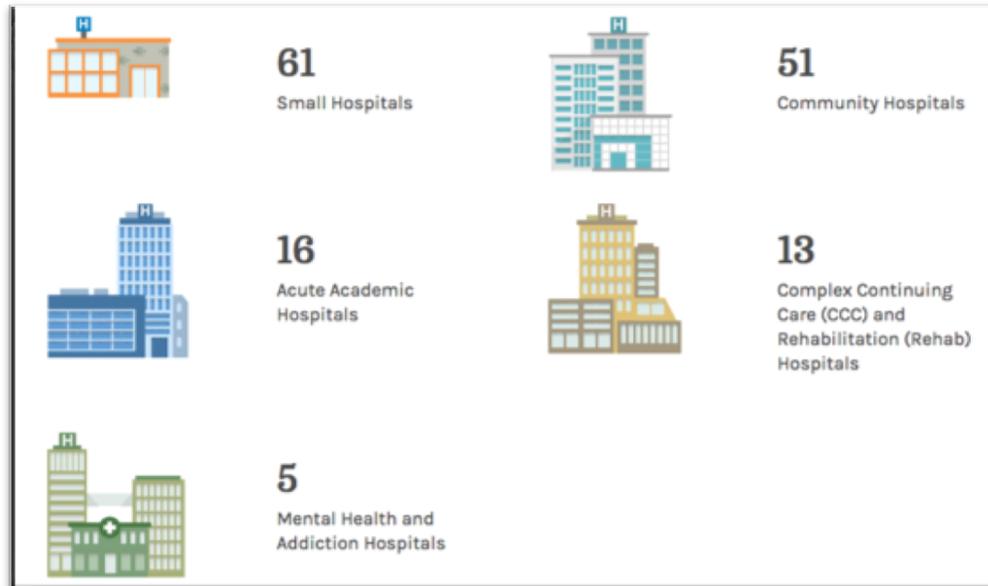
Parmi les 3 missions d'un CUSS (Soins aux patients, enseignement et recherche), c'est la recherche qui différencie le plus les CUSSs reliés à une université des sciences de la santé, des hôpitaux communautaires et des CUSSs qui n'ont pas comme premier partenaire une université des soins de la santé. La recherche, qui sert à améliorer le futur, est la composante la moins financée et où il y a le moins de responsabilisation claire au sein des gouvernements provinciaux. Les provinces ont des ministres de la santé et de l'éducation, mais pas de ministre de la recherche. Le gouvernement Trudeau a reconnu cette situation au niveau fédéral quand en 2015 il a nommé Kirsty Duncan « ministre de la science » et l'a jumelé à Navdeep Bains comme ministre de l'Innovation, des Sciences et du Développement Économique. Le portfolio de la ministre Duncan a été créé pour chapeauter la recherche fondamentale alors que le ministre Bains était responsable des sciences appliquées. Les DUMs couvrent les deux, avec une double mission en recherche fondamentale et appliquée.

La gouvernance des partenaires formant un CUSS (l'université et l'organisation hospitalière), bien qu'ouverte et bien intentionnée, a des divergences dans ses orientations avec les PDGs et les Conseils d'Administration. Afin d'améliorer ces irritants, il existe des affiliations qui lient les universités et les CUSSs dans les zones d'intérêt commun. Bien que l'ampleur et l'importance de ces arrangements varient dans tout le Canada, elles sont de facto les moyens de gérer ces situations (ex : améliorer l'enseignement médical, valoriser la recherche, coordonner les privilèges de pratique avec les statuts universitaires, etc.).

Financement : Les DUMs évoluent au sein du système universel canadien des soins de santé, où la province a le mandat premier de financer la santé et de déterminer les modèles d'offre de soins. Le fédéral fournit les argents et exerce son influence afin que chaque province adhère à la Loi Canadienne sur la Santé. Le financement de la santé est sous la juridiction du ministère de la santé (ou son équivalent). De même, dans tout le Canada, l'enseignement post-secondaire est le domaine d'un ministère de l'enseignement post-secondaire. La majorité du financement des DUMs est attribué pour un seul de ses trois rôles, soit les soins cliniques. Le paiement des Médecins Universitaires se fait de différentes façons au sein des DUMs du Canada, incluant le paiement à l'acte (PA), les plans de financement alternatifs (PFA), les plans de rémunérations alternatifs (PRA) et la rémunération mixte (financement mixte avec PA et PFA). Le financement pour les activités cliniques est souvent réorienté pour financer la recherche et l'enseignement; toutefois, en dehors d'un PFA ceci entraîne souvent des disparités dans les revenus des MUs qui ont principalement des activités cliniques qui représentent les plus hauts revenus. Ces disparités de revenus sont nivelées dans les PFAs, qui tentent de rémunérer également la clinique, la recherche et les activités d'enseignement. Il est bien connu que le PA peu créer des incitatifs pervers, non seulement pour défavoriser l'implication en enseignement ou en recherche, mais aussi pour cibler les activités cliniques les mieux rémunérées. J'ai souvent noté en médecine (comme en affaire), « **Ce qui est payant, est pertinent** »! Bien que les PFAs ont leurs propres défis, ils sont intrinsèquement mieux adaptés (si bien gérés) pour pourvoir à l'ensemble des soins aux patients ainsi qu'aux missions en enseignement et en recherche des DUMs.

Il n'est pas clair (pour l'auteur du blogue) combien d'hôpitaux il y a précisément au Canada. Toutefois, en 2017 il y avait 145 centres hospitaliers publics sur 231 sites en Ontario, la

province canadienne la plus peuplée. Seulement 16 d'entre eux sont des centres universitaires de soins aigus et encore moins sont des CUSSs complets (Faculté de Médecine Michael G. DeGroot, Université McMaster, Université d'Ottawa, Université Queen's, Université de Toronto, Faculté de Médecine Chulich de l'Université Western). De telles classifications sont compliquées puisque la faculté de Médecine de Northern Ontario a aussi une faculté de



médecine et plusieurs éléments d'un CUSS.

Également, Radio-Canada a évalué les hôpitaux de soins aigus et en a dénombré 240. Ce nombre relativement important d'hôpitaux à travers le Canada souligne la relative rareté/unicité de nos 17 universités des soins de la santé avec faculté de médecine (Tableau 1); qui sont nécessaires au recrutement à long terme et au fonctionnement de ces petits centres importants ou même des autres hôpitaux de l'ACISU.

Mission : Donc, quelles sont les responsabilités uniques des 17 CUSSs canadiens avec faculté de médecine (Tableau 1) que nous avons ignorées ou mal comprises à notre propre péril?

Premièrement, les 17 CUSSs sont responsables de former les futurs médecins, infirmières, auxiliaires médicaux, pharmaciens et autres professionnels de la santé. Bien que plusieurs centres y participent, les CUSSs ont un rôle prépondérant afin de :

- 1) Faire fonctionner les programmes accrédités de formation pour les étudiants en médecine et ainsi former les futurs médecins qui ultimement pratiqueront dans tous les hôpitaux.
- 2) Administrer les programmes accrédités de résidence et les fellowships
- 3) Effectuer l'ensemble de la recherche, des sciences de base jusqu'aux études cliniques et populationnelles.
- 4) Diriger l'innovation et traiter les problèmes de santé complexes : Au Canada, contrairement aux États-Unis (où les grandes cliniques privées et les organisations

hospitalières traitent les problèmes de santé complexes), l'innovation en santé et les soins résident essentiellement dans les CUSs canadiens.

En plus des soins cliniques et de l'innovation qu'on retrouve dans les CUSs et les DUMs, ceux-ci sont le creuset dans lequel nous forgeons la prochaine génération de médecins. Dans ce rapport de 2010 des doyens canadiens, « Trois Missions Un Futur », nous pouvons voir l'impact majeur des CUSs dans la prestation des soins et la formation. Quoique la part précise attribuable aux DUMs est mal définie, les DUMs représentent (en moyenne) le tiers de la taille des facultés de médecine, et y sont, par conséquent, des contributeurs majeurs. En plus de leurs propres responsabilités comme DUMs, ils participent aussi à la formation des jeunes médecins des autres départements, en leur offrant les stages en médecine interne qui sont exigés par le CRMCC dans la formation de diverses spécialités.

Indicateurs de Capacité des Systèmes de Santé, de Financement et d'Enseignement de quelques CUSs autour de 2010

CATEGORY	TOTAL
Estimated total operating budgets of AHSC group (2008/09) ²³	\$24,000,000,000
Number of outpatient visits per year (2010) ²⁴	14,800,000
Number of emergency department visits per year (2010) ²⁵	5,400,000
Number of hospital admissions (2010) ²⁶	1,400,000
Number of hospital beds (2008/09) ²⁷	48,000
Number of employees (2008/09) ²⁸	355,000
Number of volunteers (2008/09) ²⁹	53,000
Number of clinical trainees/placements – multiple health professions (2008/09) ³⁰	55,000
Number of annual graduates from health professions (2007) ³¹	18,500
Students enrolled in a First Year University health profession programme (2007) ³²	85,000

Ampleur de l'entreprise des CUSs : Les CUSs du Canada ont un immense impact positif sur la dispensation des soins de santé. Le « *National Task Force on the Future of Canada's Academic Health Sciences Centres* » a émis un rapport en 2010 intitulé « Trois Missions, Un Futur ». Cette enquête a estimé qu'en 2009 le budget net des CUSs était de \$24 milliards. Si on inclut les revenus du paiement à l'acte des Médecins Universitaires ce budget était de ~\$34,5 milliards. Ils ont aussi estimé que les CUSs ont traité annuellement 14,8 millions consultations médicales en externes ou en médecine de jour, 5,4 millions consultations à l'urgence et 1,4 millions

admissions hospitalières. Une liste des CUSs du Canada est inscrite dans la figure ci-bas. Ainsi, les CUSs canadiens ont un immense impact sur la dispensation des soins de santé au Canadiens. Les organisations universitaires des soins de santé au Canada (qui sont environ ~40) comprennent les hôpitaux de recherche, les organismes de santé, les organismes universitaires régionaux de santé, et leurs instituts de recherche (figure ci-bas).

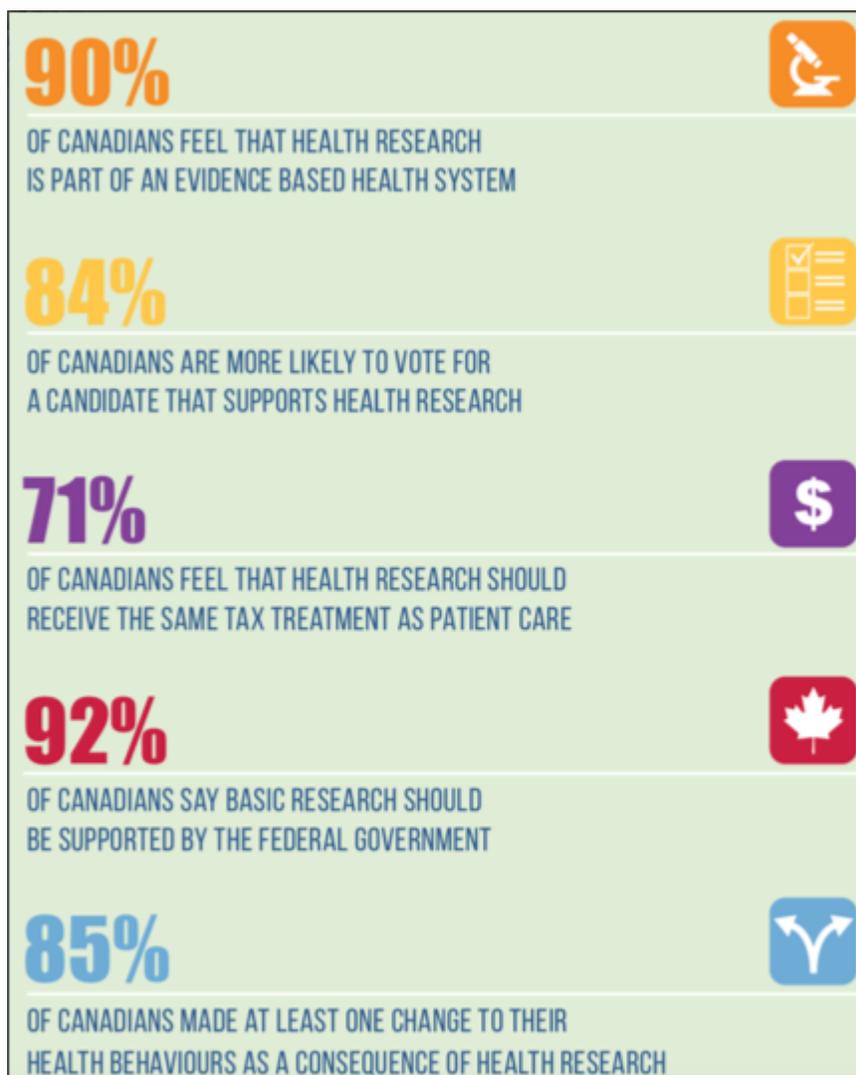
Organisations universitaires des soins de santé au Canada (figure ci-bas)



Ce réseau a un impact considérable sur la prestation des soins de santé (figure ci-bas)

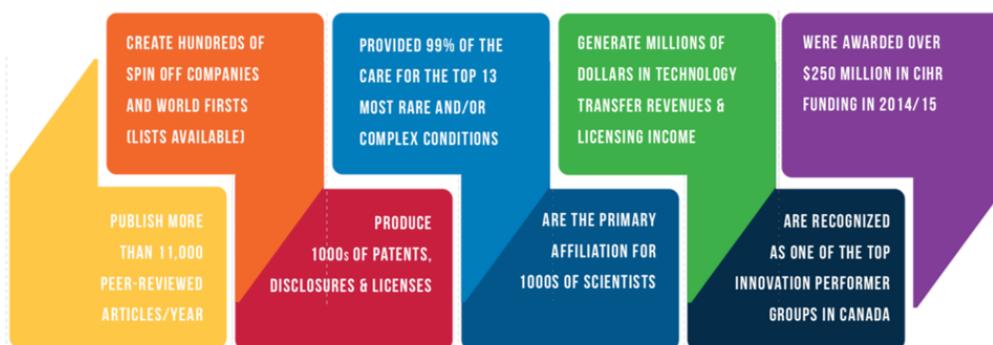


De plus, les Canadiens reconnaissent ce système



Au cas où vous ne seriez pas convaincu de l'importance des CUSs (et de leurs DUMs), prenez connaissance du résumé de SoinsSantéCAN sur les CUSs en chiffres (une évaluation de 40 CUSs canadiens en 2013-2014), ci-bas :

////////////////// CANADA'S ACADEMIC HEALTHCARE ORGANIZATIONS \\\\\\\\\\\\\\\\\\\



L'analyse SWOT des menaces aux DUMs selon l'ACPM



Forces



1) Dispensateurs de soins complexes : Les CUSSs et les DUMs, sont les lieux où sont concentrés le personnel hautement qualifié, comprenant les médecins, les infirmières, les technologues, les pharmaciens et les étudiants de chacune de ces disciplines. Ce sont aussi les lieux où l'on retrouve les équipements aux dernières normes, requis pour dispenser les soins tertiaires et quaternaires. Enfin, les CUSSs portent les « programmes de distinction/centres d'excellence » et assument les « soins complexes », et ont donc, par le fait même, la responsabilité de prendre en charge les patients avec conditions complexes, multiples, rares et/ou coûteuses, comme la transplantation, le poly-traumatisme, le traitement du cancer et les états qui nécessitent une prise en charge multi-disciplinaire (i.e. maladie cardiaque, neurologique, auto-immune et médecine bariatrique). Les CUSSs dispensent la majorité des soins quaternaires au Canada (tel que documenté dans le tableau 3). De plus, ils sont souvent les initiateurs ou les précurseurs des modèles de soins innovants qui ultimement deviennent la norme, après leur raffinement dans les CUSSs. Comme exemples récents, on peut citer le remplacement percutané de la valve aortique (TAVI), la thérapie endovasculaire des AVCs, la dialyse à domicile, la chirurgie de l'épilepsie, la stimulation profonde du cerveau et la thérapie curative de l'hépatite C.

Bien sûr, les CUSSs sont aussi des lieux de service locaux pour les gens de la région. Comme les hôpitaux régionaux, ils dispensent des soins primaires et secondaires aux résidents des alentours. Ceci constitue un défi puisqu'en théorie, ces patients pourraient être pris en charge dans des hôpitaux régionaux. Sans questionner l'importance des gens, il est clair que ces cas plus simples occupent des lits et utilisent des ressources au dépens de patients qui ne peuvent être traités que dans les CUSSs. L'absence de répartition des patients dans les hôpitaux selon la

gravité de leur condition est endémique dans la plupart des provinces et reflète les défauts structureaux de l'organisation des soins de santé. Le rapport du « *National Task Force on the Future of Canada's Academic Health Sciences Centres* » estime que 97% des soins pour 12 conditions rares et complexes sont dispensés dans les hôpitaux universitaires et de recherche (Tableau 3).

Tableau 3 : Les CUSS dispensent la majorité des soins complexes au Canada

Percentage of Rare & Complex Case Mix Groups Treated at AHSCs, 2006/07 ³⁵	
CASE MIX GROUPS	% OF CASES BY AHSCS
Fetal surgery	100%
Heart or lung transplant	100%
Liver transplant	97%
Treatment of concurrent hip fracture and head injury	94%
Treatment of concurrent spinal cord injury and chest and/or abdominal procedure	93%
Neonatal infant (birthweight 1500-1999 grams) catastrophic diagnosis	92%
Neonatal infant (birthweight 1000-1499 grams) catastrophic diagnosis	90%
Neonatal infant (birthweight 2000-2499 grams) catastrophic diagnosis	85%
Treatment of concurrent spinal cord and head injury	83%
Other musculoskeletal infections	66%
Non-extensive burn with wound procedures	62%
Neonatal infant (less than 6 days) with catastrophic diagnosis	60%

De plus, il y est souligné que les patients des CUSSs sont plus malades comme le démontre :

- 1) L'échelle de complexité plus élevée
- 2) Un taux plus fréquent de référence d'autres centres médicaux
- 3) Des conditions qui ont des coûts de séjour plus élevés (Tableau 3)

Table 4 : Les CUSSs s'occupent des plus malades des malades

Comparison of the Relative Proportion of Complex, Flagged and Transferred Cases at AHSCs Compared to Community Hospitals of Similar Size, 2008³⁷

CATEGORY	AHSC (TEACHING & RESEARCH) HOSPITALS ³⁸	LARGE (SIMILAR SIZE) COMMUNITY HOSPITALS ³⁹
% of all patients in two most complex patient groups	56%	33%
% of patients transferred from another hospital	12%	7%
% of all patients with at least one flagged intervention	11%	6%

À l'intérieur des CUSSs, les DUMs sont habituellement les plus grands fournisseurs de soins aux patients hospitalisés. Par exemple, au Centre des Sciences de la Santé de Kingston, le programme de médecine s'occupe de presque la moitié des patients hospitalisés, comprenant entre autre les services de médecine, de neurologie et de cardiologie (218/474 patients selon une journée échantillonnée au hasard en mai 2018).

2) Catalyseurs de la genèse de nouvelles connaissances, allant des découvertes en sciences fondamentales jusqu'aux études cliniques et l'innovation clinique : Pour comprendre la valeur des DUMs, il suffit seulement de regarder la portée et l'ampleur de la recherche qui y est faite, ainsi que toute la formation et l'activité clinique qui y sont générées. Dans la plupart des universités canadiennes, les DUMs représentent environ le 1/3 des professeurs de la faculté de médecine et rapportent pour plus du tiers du financement en recherche. Ceci est crucial puisque les facultés de médecine recueillent environ 60% de tout le financement extérieur de la recherche. À Ottawa, par exemple, le DUM fait 90% de toute la recherche clinique du plus grand hôpital d'enseignement, l'Hôpital d'Ottawa, et recueille 15% de tout le financement de l'université en provenance des IRSC. Un calcul sommaire suggère qu'en moyenne les DUMs reçoivent plus de 20% de tout le financement de la recherche universitaire. Beaucoup d'institutions de santé autre que les CUSSs participent à la recherche, mais seuls les CUSSs supportent toutes les formes de recherche (fondamentale, translationnelle, clinique, populationnelle et le transfert de connaissance)

3) Foyers des facultés de médecine et des programmes de formation en résidence/fellowship : Dans l'ensemble, les programmes de formation basés dans les DUMs, qui sont essentiellement les programmes de Médecine Interne Tronc Commun, accueillent plus de 1400 stagiaires/année (tableau 1 *quelques données restent à recevoir*). La structure de formation dans les DUMs est la seconde en terme de taille, après celle de la médecine de famille. Les DUMs donnent le mentorat, l'enseignement et les modèles de rôle requis pour former la prochaine génération de médecins, universitaires ou non. La formation médicale que nous offrons, est la plus étalée des

trois missions des CUSs. Les étudiants en médecine font leur formation, en totalité ou en partie, de plus en plus fréquemment dans des sites autres que les traditionnels CUSs. Actuellement, plus de 800 étudiants sont dans des programmes de médecine satellites, comme c'est le cas à Sherbrooke, à Québec, à Mississauga, à St-Jean Ontario, au Nouveau-Brunswick, à Prince-George et en Colombie Britannique. Toutefois, les CUSs restent les uniques centres de gouvernance opérationnelle de la formation post-graduée, qui inclut la supervision de plusieurs programmes de résidence en spécialité et de fellowships. Bien que tous les sites peuvent participer à la formation médicale, ça prend un CUS pour pouvoir faire des réformes en profondeur comme la mise en place de l'Enseignement Médical Basé sur les Compétences. Il est important pour le public de comprendre que le spécialiste, à qui votre médecin de famille vous a référé, a très certainement été formé par des Médecin Universitaires, dans un DUM, dans un CUS canadien! De plus, plusieurs DUMs ont des programmes de formation pour les étudiants à la maîtrise et au PhD qui ne sont pas des médecins (McGill, UBC, Queen's).

4) Centres de transfert de connaissances : Actuellement plusieurs maladies ne sont pas guérissables ni évitables. Les DUMs génèrent des connaissances et font progresser la pratique médicale grâce à la recherche. Plusieurs Médecins Universitaires étudient les bases pathophysiologiques des maladies et sont engagés dans la découverte et l'innovation. Les 17 CUS affiliés à des universités canadiennes sont les uniques terrains de formation des chercheurs dans les disciplines de la santé. Les CUSs sont les seuls à offrir l'expertise et l'infrastructure facultaire pour former les médecins et les scientifiques de demain. Dans les CUSs et les DUMs, on retrouve la majorité des médecins-chercheurs qui sont engagés dans l'avancement et la meilleure compréhension de la santé et de la maladie, et dans l'expansion des connaissances fondamentales sur lesquelles est basée la pratique de la médecine. Les médecins-chercheurs sont fréquemment financés par des organismes externes afin que 50-75% de leur temps soit alloué à la recherche. Ils sont des sources fiables de nouvelles connaissances et contribuent à la dissémination du savoir. De plus, il y a plusieurs professeurs au sein des DUMs qui occupent la majorité de leur temps à partager et transférer les connaissances, par l'établissement de lignes directrices, de formation médicale continue, etc. Les DUMs sont une source objective, non-biaisée d'information médicale, cruciale pour les décideurs au gouvernement, les organisations de la santé et les sociétés (entités légales, média, etc.). La société a besoin du transfert de connaissance (i.e. comment utiliser une découverte dans la pratique); Toutefois, elle a aussi besoin que les DUMs et CUSs prennent un rôle de meneur afin de s'assurer que ces bonnes pratiques s'étendent au niveau national et s'implantent même dans les petits centres. La dissémination et l'implantation des connaissances sont peut-être les rôles les moins bien atteints des DUMs.

Moteurs économiques : La mission des DUMs est d'améliorer le bien-être de la société; plus que le gain commercial. Toutefois, il y a des retombées substantielles dans chaque institution clinique ou laboratoire de recherche. Pour les institutions cliniques, l'équipe de professionnels de la santé et le personnel de soutien sont des moteurs économiques assez évidents pour le public. Toutefois, les laboratoires de recherche, même les plus petits, sont aussi de petites entreprises (représentant des sources importantes d'emplois). Ils créent de la propriété intellectuelle, qui ultimement, peut amener des occasions de commercialisation. Le rapport du « *National Task Force on the Future of Canada's Academic Health Sciences Centres* » estime que

97% des soins pour 12 conditions rares et complexes sont dispensés dans les hôpitaux universitaires et de recherche (Tableau 5 ci-bas).

Tableau 5 : Les CUSS sont les foyers de tous les types de recherche et de découvertes, ils créent les nouvelles connaissances et sont les milieux de formation des futurs scientifiques-médecins.

AHSCs as Engines of Research & Innovation	
CATEGORY	TOTAL
Total research budgets of AHSC group (2009) ⁴²	\$1,800,000,000
Minimum dollar value of new clinical trials (2007/08) ⁴³	\$338,000,000
Total technology transfer income (2003/06) ⁴⁴	\$27,000,000
Total license income (2003/06) ⁴⁵	\$5,000,000
Minimum number of employees paid from research budgets (2007/08) ⁴⁶	55,000
Minimum number of peer reviewed publications (2007/08) ⁴⁷	11,000
Minimum number of new research ethics submissions (2007/08) ⁴⁸	8,900
Minimum total number of new clinical trials (2007/08) ⁴⁹	1,600
Minimum number of researchers for whom AHSC is primary affiliation (2007/08) ⁵⁰	2,791
Minimum number of post doc researchers (2007/08) ⁵¹	1,644
Minimum number of PhD & MSc candidates supervised by AHSC scientist/researcher (2007/08) ⁵²	2,570
Minimum number of disclosures (2007/08) ⁵³	415
Minimum number of patents issued (2007/08) ⁵⁴	312
Minimum number of new spin-off companies (2007/08) ⁵⁵	65
Minimum number of licenses (2007/08) ⁵⁶	217

6) Ressources pour les infrastructures : Les CUSS et les DUMs au Canada sont les lieux où les ministères de la santé confient les outils de haute technologie en santé, comme les TEP, les robots chirurgicaux et les laboratoires de cathétérisme cardiaque et d'électro-physiologie. L'infrastructure des CUSSs est une ressource pour l'ensemble de la région, comme le sont les ressources humaines, incluant les professionnels de support aux soins (des infirmières et pharmaciens, aux médecins-adjoints). Les médecins universitaires assument le mentorat, la formation et les modèles de rôle nécessaires pour former la prochaine génération de médecins universitaires et non-universitaires. Cette infrastructure est un outil unique pour la promotion de la recherche médicale et elle améliore la formation et les soins médicaux. Les technologies de l'information, comme les dossiers de santé électroniques et les volumineuses banques de

données qui y sont liés, sont des exemples d'infrastructures au sein des CUSs. Bien qu'elles ne sont que partiellement utilisées en 2018, elles offrent d'énormes possibilités pour nous informer sur nos pratiques, donnent des bases pour supporter les décisions, permettent l'amélioration de la qualité et évaluent les résultats dans un monde réel.

FAIBLESSES

1) La valeur des CUSs et des DUMs est mal comprise par le public, les gouvernements et les bailleurs de fonds des Trois Conseils : Alors que la médecine universitaire est manifestement un élément essentiel du système de santé canadien, il est mal compris et par conséquent sous-estimé par le public et par les organismes de financement. La médecine universitaire fournit des soins tertiaires et quaternaires uniques, et des soins médicaux de pointe et hautement spécialisés qui n'existent pas ailleurs. Pour les personnes non habituées, il y a une confusion compréhensible quant à la définition et le rôle des médecins universitaires, des CUSs et des DUMs dans le système de soins de santé canadien. Aux yeux du public (et trop souvent dans l'esprit des payeurs du gouvernement) il y a ambiguïté sur les rôles et les capacités des hôpitaux communautaires et des praticiens privés vs les CUSs et les médecins universitaires. Chacun est important mais les DUMs et les CUSs ont des besoins spécifiques pour fonctionner. L'incompréhension du rôle des CUSs est mise en évidence avec l'importance récente mise sur les soins centrés sur le patient. Bien qu'il s'agit d'une initiative importante (qui a le support de l'ACPM), l'accent mis sur l'obtention des soins à proximité, parfois ignore ou sous-estime l'importance de l'accès aux soins innovants de pointe. Dans les 5 dernières années en Ontario, le Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée (MSSLD) a ciblé les maigres nouveaux investissements en santé, dans les soins aux communautés, en créant des équipes de soins. Ils ont également investi dans de nouveaux et grands hôpitaux communautaires afin de suivre les changements de la structure de la population régionale. Ces investissements sont compréhensibles ; cependant, les budgets pour les CUSs n'ont pas changé malgré la hausse des salaires et les coûts nécessaires pour le remplacement des infrastructures vieillissantes. Ces nouveaux hôpitaux communautaires peuvent être plus grands que certains hôpitaux universitaires et effectuer certains aspects de la mission des CUSs (donner de la formation médicale et faire de la recherche clinique). Cependant, les hôpitaux communautaires ne s'auto-régénèrent pas indépendamment et ne sont pas entièrement autonomes. Ainsi, l'incapacité à comprendre le rôle des CUSs et DUMs entraîne un sous-financement qui amènera éventuellement une corrosion du système de santé canadien. Peut-être que le financement gouvernemental, et son orientation vers les soins ambulatoires, pourrait être étendu pour inclure la migration des soins des CUSs vers les centres de soins ambulatoires où ils font les chirurgies et autres procédures. Le Canada a besoin d'un réseau plus puissant et bien équipé de centres ambulatoires de soins tertiaires, doté de professeurs issus des CUSs, en plus de notre excellent système de soins ambulatoires en médecine familiale.

2) Inchangé, le paiement à l'acte est un modèle de rémunération qui n'est pas adapté aux DUMs : Parce que les DUMs sont les lieux de la recherche, de l'enseignement médical, des soins complexes et de la promotion des programmes d'innovation clinique, il est essentiel de disposer

d'un modèle de financement approprié. Dans le modèle de paiement à l'acte, « ce qui est payant est pertinent ». Ce modèle favorise de façon disproportionnée l'activité clinique, particulièrement les procédures, tout en ne finançant pas assez de nombreux services importants, tels les consultations qui occupent beaucoup de temps, et en ne finançant pas du tout la recherche et les activités d'enseignement. Un moyen plus global de financer tous les types d'activités des DUMs est le plan de financement alternatif (PFA). Les PFAs rémunèrent les activités des médecins universitaires dans ses 3 rôles de façon relativement égale. Les PFAs supportent l'accent mis par les professeurs sur les questions complexes en recherche, la création et l'administration de programmes de formation avancée et le financement des modèles de soins complexes non-payants (et payants). Toutefois, de nombreux DUMs sont financés par un modèle de paiement à l'acte, qui peut rendre difficile la réalisation de leur triple mission. La plupart des DUMs, à l'exception de L'Université Queen's, l'Université Dalhousie, l'Université de l'Alberta et l'Université de Calgary, dépendent encore, en tout ou en partie, du paiement à l'acte pour leurs revenus afin de rémunérer des médecins, et ainsi répondre aux missions de recherche et d'enseignement. Cela sous-estime la valeur de la recherche et de l'enseignement et peut ralentir leur développement. Les PFAs sont tenus responsables des fonds reçus et fournissent aux agences gouvernementales de financement les preuves des services rendus. Les PFAs tendent à assurer une équité salariale et favoriser l'investissement en pédagogie et en recherche avancée. Cependant, même les PFAs ont des défis : il manque souvent de moyens pour soutenir le recrutement de nouveaux médecins, quand cela devient nécessaire, et il est difficile d'obtenir plus d'argent pour maintenir le salaire des médecins concurrentiel. En dehors du paiement à l'acte, l'absence de liquidité peut rendre les DUMs moins agiles, et le PFA favorise moins l'entrepreneuriat (i.e. louer des espaces de bureaux pour permettre une pratique hors-site). Pour ces raisons peut-être, certains membres de l'ACPM préfèrent maintenir une forte composante de paiement à l'acte pour leur financement. Ces départements taxent leurs membres significativement afin d'appuyer la mission de recherche, même s'il en résulte que les professeurs avec beaucoup d'activités de recherche sont financièrement désavantagés par rapport aux cliniciens. Certains DUMs sont entièrement au paiement à l'acte (Saskatchewan, par exemple), d'autres entièrement au PFA (p. ex. Queen's) et certains sont mixtes (Western et McMaster).

3) Les objectifs de la formation médicale ne sont pas concordants avec les besoins en médecins spécialistes et en chercheurs des DUMs. Il y a une apparente déconnexion entre la formation des étudiants/résidents en médecine qui sortent de nos 17 facultés de médecine et programmes de résidence, par rapport aux besoins en professeurs des DUMs. Les étudiants sont dirigés par leurs expositions et peut-être aussi par leurs modèles de rôle, sur un modèle de médecin généraliste. Par exemple, 45 % des 3100 postes totaux disponibles en résidence chaque année, ou à peu près, sont dans des programmes de formation en médecine familiale. Le Canada a besoin d'un grand nombre de médecins généralistes; cependant, les DUMs ont besoin de médecins hautement spécialisés. Bien que nous ayons besoin de plus de spécialistes (cardiologues, neurologues, gastro-entérologues, néphrologues, etc.) nous devons aussi reconnaître le besoin d'avoir plus d'internistes généraux dans les CUSSs canadiens. Bien que le nom de cette spécialité (médecine interne générale, MIG) peut suggérer un manque de spécialisation, la médecine interne générale est bel et bien une spécialité de la médecine. Les internistes généraux font 4-5 années supplémentaires de formation en résidence. Ils possèdent

une vaste expertise dans tous les aspects de la médecine interne et sont importants pour les CUSs du Canada. Former plus d'internistes généraux est nécessaire pour la viabilité des DUMs, des CUSs et de notre système de santé. En raison de la complexité des soins que nécessitent les patients âgés atteints de multiples comorbidités, la vaste expertise de l'interniste général est essentielle. De plus, dans les DUMs, ce sont les spécialistes en MIG qui habituellement gèrent la formation des étudiants et des résidents du programme de résidence Médecine Interne Tronc Commun. Ces collègues peuvent aussi avoir des rôles importants dans la direction académique. La réponse à la question, qui former (généraliste/spécialiste), est bien sûr les deux à la fois. Nous avons besoin d'équilibre. Étant donné que la formation de ces spécialistes s'étend sur plusieurs années, dépassant fréquemment une dizaine d'années, le programme actuel du pré-doctoral sous la forme de « un format unique pour tous » peut ne pas laisser assez de temps à l'expérience, ou à l'exposition à des modèles de rôle de chercheurs ou de disciplines techniques spécialisées. Malgré ce manque d'exposition précoce, les étudiants doivent faire des choix de résidence tôt, souvent avant toute exposition significative à la recherche ou à des spécialités médicales. Peut-être avons-nous besoin d'un groupe d'étudiants qui seraient orientés vers la médecine universitaire dès les premiers stades de leur formation postsecondaire et qui pourrait entrer, à la faculté de médecine, dans un cheminement CUSS. Les facultés de médecine canadiennes ont actuellement des petits programmes de cette nature pour MD-PhDs, dont certains deviendront des médecins chercheurs. À Ottawa, un programme pilote, mené par le département de médecine, tente de combler cette lacune. Même les médecins spécialistes ne sont souvent pas formés en recherche ou en sur-spécialisation. En raison de la disponibilité limitée de médecins ayant une telle formation surspécialisée, les membres de l'ACPM doivent souvent recruter des spécialistes à l'international. Il faut reconnaître qu'actuellement, la formation en recherche dans les programmes pré-doctoraux est très supérieure à celle des dernières décennies. Par exemple, à l'Université Dalhousie, chaque étudiant est tenu de compléter un projet de recherche et de le présenter au cours de sa formation. Cela s'appelle *la Recherche dans le programme de médecine*. Il y a aussi un curriculum qui optimise encore plus cette formation. Cette exposition plus large de tous les étudiants à la recherche est sans doute plus efficace (ou du moins est complémentaire) à générer un groupe d'étudiants qui se formeront comme MD-PhD. Le mentorat des cliniciens-chercheurs commence au pré-doctoral et est raffiné et bonifié au cours de leur résidence en médecine interne.

4) Manque de financement des programmes avancés de formation : En lien avec la faiblesse #3, il n'y a pas de financement pour la formation des apprenants les plus avancés (aussi appelés fellows). Ce sont des médecins-résidents qui se sur-spécialisent suite à leur résidence. Et ce n'est pas un luxe. Ces fellows deviennent les spécialistes qui oeuvrent au sein des DUMs et le Canada compte sur eux pour dispenser les soins essentiels et complexes, tels que l'angioplastie coronarienne, le traitement endovasculaire lors d'accident vasculaire cérébral, l'ablation pour les arythmies cardiaques ou la transplantation. Les CUSs n'existeraient pas dans leur forme actuelle sans les endoscopistes thérapeutiques, les spécialistes de la transplantation, les cardiologues interventionnels, les neurologues-vasculaires, etc. Et pourtant il n'y a pas de structure de financement pour ces programmes de formation essentiels du Collège Royal. Dans le passé, les ONGs et l'industrie finançaient ces fellows avec les montants résiduels provenant des revenus du paiement à l'acte fait par ces mêmes résidents. Puisque le financement par l'industrie des fellows n'existe plus (en raison des changements dans la politique des conflits

d'intérêts et du financement des hôpitaux) une alternative bien structurée et bien financée est nécessaire. Actuellement, en 2018, les programmes de formation pour les fellows doivent être approuvés et avoir un financement de base qui a le même mécanisme que tous les programmes de résidence au sein du CRMCC. En l'absence d'un mécanisme de financement pour les fellows, les formations sont trop courtes et les CUSSs canadiens dépendent de plus en plus du recrutement de médecins diplômés à l'étranger pour remplir ses postes. Des alternatives telles que la possibilité pour les fellows de facturer la prestation des soins au ministère pendant une partie de leur formation a traditionnellement été utilisée; Toutefois, cette stratégie n'est souvent pas formellement reconnue par le gouvernement et soulève des préoccupations au sujet de l'équilibre entre les soins et la formation.

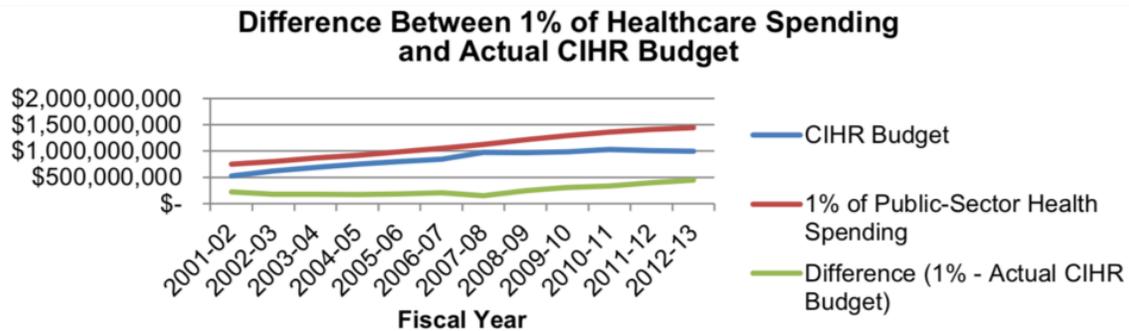
5) La non-reconnaissance de l'importance d'investir dans la formation en leadership et la planification de la relève. Le leadership médical se forge souvent dans le cadre d'un service clinique occupé, mais une attention sous-optimale est portée à la planification de la relève et à la formation formelle en leadership, ou au développement de leaders qui sont experts en enseignement ou en recherche. Dans la plupart des cas, les CUSSs n'ont pas de financement pour les postes de direction, malgré la tâche croissante des chefs de départements et de services. Ces emplois exigent du temps libéré pour l'administration et environ 50 à 80 % du temps d'un chef d'un DUM y est consacré. La complexité du rôle de chef de département et la nécessité de diminuer sa tâche clinique (et souvent ses revenus), contribuent à ce que peu de médecins qualifiés soient prêts à prendre un rôle de direction. Un arrangement plus formel avec le gouvernement pour un financement, tel que la reconnaissance du rôle de chef d'un DUM par un PFA, comme à l'Université Queen's, est nécessaire. L'exposition des futurs chefs de département à des expériences en leadership ainsi qu'à de la formation est inestimable, et pour cette raison, l'ACPM invite maintenant les chefs-adjoints à assister à ses réunions semestrielles. Le leadership des médecins en milieux académiques est essentiel au réseau canadien des CUSSs. Il ne s'agit pas juste d'un leadership clinique, il faut un programme de leadership qui combine la clinique et l'académisme.

6) La responsabilité sans autorité pour la gestion et la discipline des médecins universitaires : Il y a une perception par certains médecins universitaires qu'un poste dans un DUM est un emploi à vie. Les chefs de département ont besoin de plus de latitude pour valoriser les professeurs sur la base du mérite et pour potentiellement sanctionner ou exclure un professeur qui ne rencontre pas les attentes ou si sa conduite professionnelle est inappropriée. Ceci nécessite des contrats à termes limités, avec une description claire et juste des rôles et des attentes. À cet égard l'Association Canadienne de Protection Médicale, l'entité nationale qui assure une représentation juridique pour tous les médecins canadiens, est paradoxalement problématique. L'Association Canadienne de Protection Médicale a été instituée pour représenter les médecins dans les litiges de faute professionnelle; toutefois, elle s'est de plus en plus insinuée dans la défense des causes disciplinaires au niveau départemental ou hospitalier. Alors qu'un tel processus est essentiel, le respect des codes de conduite hospitaliers, dûment constitués, et des règles des plans de pratique sont nécessaires afin d'assurer l'auto-réglementation de la profession médicale. La représentation par l'Association Canadienne de Protection Médicale (un service d'avocat « gratuit ») favorise de longs et coûteux processus disciplinaires. Cette préoccupation à propos du rôle de l'Association Canadienne de Protection Médicale concerne son intrusion dans l'organisation de la discipline des médecins dans leur champ de pratique clinique (pas en recherche ni en enseignement). La question que se pose une minorité de

médecins universitaires est de savoir si l'institution existe à leur profit, ou l'inverse. Nous croyons que la réponse est un équilibre entre les deux – une certaine liberté académique contre-balancée par une bonne dose de responsabilité publique dans les 3 domaines : soins cliniques, recherche et enseignement.

7) Échec des hôpitaux et des facultés de médecine à traiter équitablement les DUMs, par rapport aux autres départements (plutôt que traité également) : De nombreux doyens, PDG d'hôpitaux et dirigeants d'université se battent pour une reconnaissance du fait que, bien que tous les départements soient importants, il existe des différences dans la taille, les missions et la complexité qui font que les DUMs, qui sont généralement les plus volumineux et les plus impliqués en recherche et en enseignement, sont des moteurs uniques pour toute faculté de médecine ou CUSs vibrant. L'ACPM est d'avis que les DUMs doivent être traités de façon équitable (c'est-à-dire en reconnaissant leurs implications en soins cliniques, en enseignement et en recherche). Les chefs de DUMs ont besoin d'être assis aux tables de décisions des CUSs et des facultés de médecine. Ces dirigeants (membres de l'ACPM) ont la responsabilité d'un grand nombre de lits et d'apprenants des CUSs et méritent d'être impliqués dans l'établissement de la vision de l'institution et le plan stratégique. C'est particulièrement vrai puisque les médecins des DUMs ne sont pas des employés du CUS. En effet, la plupart d'entre-eux sont considérés comme des entrepreneurs indépendants ou un hybride d'employés universitaires et de travailleurs indépendants. Un point à considérer, c'est que le DUM classique comprend la plupart des disciplines médicales, y compris la cardiologie, la neurologie et les soins intensifs. Depuis quelques temps, il y a eu un mouvement vers une fragmentation des DUMs en plusieurs petits départements spécialisés. Cette balkanisation des petites disciplines en départements autonomes (i.e. Sciences cardiaques, Neurosciences) peut faciliter les liens entre les praticiens en raison des communications plus faciles avec les autres sur-spécialistes; mais ce n'est probablement pas bénéfique pour les CUSs dans leur ensemble. Cette fragmentation crée de nombreux petits départements dont la gouvernance et les missions sont probablement plus difficiles à ajuster avec les objectifs institutionnels plus larges, que cela le serait avec le maintien de l'approche classique et la structure globale des DUMs.

8) Modèles de financement de la recherche inadéquats : Former un clinicien-chercheur prend environ 3 ans de formation postdoctorale supplémentaire. À cela s'ajoute 5 ans comme professeur junior, où il doit avoir, de façon substantielle, du temps protégé (> 40 %) et un mentorat. Tout ceci est difficile à financer lorsque les taux de réussite pour les concours des IRSC sont inférieurs à 15 %. En effet, en raison de l'insuffisance du financement, les IRSC rejettent 80-95 % des demandes, y compris celles jugées de hauts niveaux par le comité des pairs. Les IRSC étaient censés avoir un budget égal à 1 % des dépenses publiques en santé, mais il n'a pas suivi les dépenses en santé ni l'inflation. (Voir graphique ci-dessous).



Le budget des IRSC passe sous sa cible de 1% des dépenses en santé

Un financement plus stable des IRSC, y compris un support salarial, est nécessaire pour favoriser la carrière des cliniciens-chercheurs. L'ACPM préconise fortement pour moins de recherche ciblée financée par les Trois Conseils, et un retour à une plus grande emphase sur les projets des IRSC, des bourses salariales et des bourses des fondations, tout ceci pour aider les professeurs individuellement. En outre, un retour à l'examen face-à-face par les pairs est nécessaire afin d'assurer un sentiment d'équité au système de subventions. Enfin, il faut, pour les IRSC, accroître le financement des frais généraux, pour tenir compte de la réalité où chaque dollar de recherche dépensé nécessite un autre > 0,40 \$ pour l'institution, afin de payer les locaux, les soins aux animaux, le personnel de recherche nécessaire à la réussite et respecter les réglementations. Un taux juste pour couvrir les frais généraux aidera l'Université et récompensera la productivité en recherche. La formule actuelle de financement de la recherche a pour conséquence inattendue de créer des modèles budgétaires universitaires qui pénalisent la productivité en recherche, tout en récompensant les universités qui augmentent leur nombre d'étudiant de premier cycle (ce qui n'est pas permis pour les facultés de médecine).

Un point positif est l'amélioration du financement des IRSC dans le budget de 2018, suite au rapport Naylor. Ce rapport souligne que « Le Canada occupe dans le monde un rang respectable en matière de dépenses relatives à la Recherche et Développement de niveau universitaire exprimées en pourcentage du PIB, mais le fait que le financement de source fédérale représente moins de 25 % du total, alors que les établissements assument maintenant 50 % de ces coûts au détriment tant de la recherche que de l'enseignement, constitue un cas isolé. ». Ils ont recommandé une augmentation de financement des IRSC, comme suit : « Le réinvestissement recommandé est une augmentation de base de 485 millions échelonnée sur quatre ans et destinée au financement de la recherche indépendante. Cela représente une augmentation d'environ 30 % de l'enveloppe de 1,66 milliard de dollars actuellement consacrée au financement direct de projets tant en recherche axée sur les priorités qu'en recherche indépendante. La répartition des fonds de cette enveloppe se rapprocherait alors de nouveau de manière significative du rapport 70:30 qui prévalait au début des années 2000 en faveur de la recherche indépendante ». Cependant, malgré que certaines des recommandations du rapport ont été reprises dans le budget fédéral de 2018, plusieurs subventions majeures continueront de ne pas être financées, et il n'y a pas de proposition afin d'augmenter le financement des frais

généraux (appelés « coûts des installations et administratifs » dans le rapport Naylor) à des niveaux viables.

De même, la Fondation canadienne pour l'Innovation (FCI), qui est un programme de financement d'infrastructure efficace, serait grandement améliorée en incluant un financement accru pour le PHQ, et autres coûts d'exploitation à long terme, nécessaires à l'opération soutenue et optimale de ces vastes programmes. Plusieurs programmes financés par la FCI risquent de devenir des éléphants blancs en raison des défis de financement à long terme des coûts d'opération.

9) Souplesse limitée des DUMs et des CUSSs : La médecine universitaire est très lente à répondre à un monde en mutation rapide. Une planification stratégique insuffisante, combinée une structure de responsabilisation peu développée et plusieurs niveaux de bureaucratie, entravent la prise de décisions en temps opportun. Des exemples où une meilleure vision et une planification stratégique plus rapide sont nécessaires comprennent :

1) Retraite : Planification de la transition des médecins vers la retraite à la fin de leur carrière

2) Planification des ressources humaines à la lumière des nouveaux besoins/attentes des jeunes médecins et les normes sociétares autour de l'équité et la diversité

3) Nécessité de plus de personnel de soutien pour compenser la baisse de disponibilité des médecins-résidents : Moins d'heures sont couvertes par les résidents dans tous les CUSSs. Ceci est dû à plusieurs facteurs, y compris la réduction des heures de garde règlementées par les contrats de travail de ce personnel syndiqué. L'intégration de non-MDs (infirmières praticiennes, hospitalistes et adjoints médicaux) dans des rôles traditionnellement effectués par les médecins et les résidents est essentiel à la dispensation des soins et pour en assurer la continuité. Implanter dans les CUSSs des programmes de formation multi-disciplinaires et adopter des moyens de financement pour les médecins, les infirmières praticiennes et les hospitalistes sont des défis.

4) Facilité d'embauche : L'embauche de médecins est un long processus dans la plupart des CUSSs (nécessitant souvent plus d'un an à compléter), dû en partie au manque de coordination des exigences des entités concernées (DUM, hôpital et université). En effet, la majorité des médecins universitaires sont techniquement des travailleurs autonomes et ne sont pas des employés de l'hôpital ou de l'université. La décision d'embauche des professeurs n'est pas simple dans plusieurs CUSSs et une meilleure collaboration entre les DUMs, les hôpitaux et les universités serait bénéfique.

Opportunités



1) Améliorer les soins aux patients en améliorant la qualité et l'accessibilité : Un effort concerté pour améliorer la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins cliniques dans les CUSSs augmentera l'importance réelle et perçue de ces centres dans le réseau national de santé. Ceci implique une attention accrue pour les programmes d'amélioration de qualité des soins dans les DUMs et les hôpitaux, ainsi qu'un investissement accru dans les dossiers de santé électroniques, en cybersanté et autres innovations qui améliorent la rapidité d'accès des patients aux soins de santé spécialisés. Pour y parvenir, les CUSSs ont besoin davantage d'investissements dans les infrastructures et des choix qui favorisent les technologies. L'évaluation de la qualité des soins est devenue une voie reconnue vers la promotion au sein de plusieurs CUSSs, ce qui permet de coordonner les objectifs de promotion des professeurs avec les aspirations des CUSSs pour une culture de l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, l'amélioration des soins implique qu'il faut investir dans ceux qui soutiennent les missions cliniques, l'enseignement et la recherche, comme les médecins-adjoints. Il est difficile d'effectuer la triple mission universitaire du DUM lorsque les unités de patients sont pleines à craquer (actuellement il y a souvent 25 patients ou plus dans chaque unité de médecine interne). Tout en s'efforçant de transférer les soins à l'ambulatorio, il est important de s'assurer qu'il y ait suffisamment de personnel de soutien en santé hautement qualifié (y compris des hospitalistes non universitaires, des médecin-adjoints, des infirmières avec pratique élargie et des infirmières praticiennes qui permettent aux médecins universitaires d'être plus productifs). Les CUSS sont tenus d'offrir la gamme complète des soins, des soins primaires (ceux à l'hôpital le plus proche) aux soins quaternaires. Ils doivent également, dans une certaine mesure, faire cela pour répondre à leurs mandats d'enseignement. Ainsi, les CUSSs doivent avoir des éléments d'un « hôpital général », pour servir leur communauté, et soutenir des programmes de formation. Toutefois, des programmes régionaux plus formels, avec désignation du rôle des hôpitaux, font défauts dans

de nombreuses provinces, y compris en Ontario, ce qui fait que les réseaux hospitaliers fonctionnent plus aléatoirement, au lieu d'avoir une désignation claire des fonctions et de suivre des protocoles définis pour les transferts et les rapatriements des patients.

2) Les DUMs devraient devenir plus visibles, accessibles et pertinents pour les intervenants :

Les DUMs ont besoin d'une voix plus cohérente et plus claire, au sein de leur université et à l'extérieur. Avec une reconnaissance officielle d'un réseau national de CUSSs (duquel les DUMs feraient partie), l'ACPM pourrait devenir un noyau organisé, capable d'assister les agences gouvernementales et les organismes publics. Les DUMs doivent également amener les communautés locales et les médias à identifier plus fréquemment, et de façon articulée, leur valeur unique et leur contribution aux soins de santé locaux et à la prospérité économique. Comme chaque albertain connaît le prix du pétrole ; chaque albertain devrait connaître la valeur de ses deux CUSSs, ceux de Calgary et d'Edmonton. Cela est vrai pour tout le pays.

3) Création d'un nouveau modèle de financement pour les DUMs : Il est temps de reconnaître que le modèle du paiement à l'acte ne peut soutenir de façon optimale un profond investissement de temps en enseignement et en recherche. Ces deux branches de nos 3 missions sont largement sous-financées. Dans le cadre de la formalisation du réseau des CUSSs, il est recommandé que le modèle des PFAs, où les ministères de la santé prévoiraient des blocs de financement aux FSS pour le paiement des médecins, soient adoptés au niveau national. Le modèle du PFA a bien fonctionné dans plusieurs universités en améliorant la rétention des médecins et en soutenant équitablement la recherche et les missions éducatives, en plus d'offrir des services cliniques. Les PFAs favorisent généralement une équité salariale entre les professeurs qui ont des rôles prédominants différents, que ce soit en recherche, en enseignement ou en clinique. Cette équité est basée sur la conviction que dans un CUSS, les 3 missions ont une valeur égale. Les PFAs permettent également au payeurs de prévoir des coûts définis. Dans une ère où les mandats éducatifs augmentent (comme l'enseignement basé sur les compétences), et le financement de la recherche diminue, ces entreprises nécessitent du temps et de l'implication, et ne peuvent être faites sur le coin de la table tout en se concentrant sur le paiement à l'acte. On doit compenser équitablement les activités de tous. Si c'est l'argent gagné en clinique qui finance le système, les CUSSs vont de façon disproportionnée se concentrer sur cette activité et ne maximiseront pas leur plein potentiel en recherche et en enseignement. Toutefois, certains centres, comme le DUM de l'Université McMaster, croient fermement qu'un modèle mixte de paiement à l'acte et d'un PFA est le meilleur moyen pour inciter les médecins universitaires à être productifs en leur permettant d'avoir du temps protégé pour accomplir leurs tâches académiques. On peut cependant affirmer que si la productivité est la préoccupation, la solution n'est pas le paiement à l'acte; il faut plutôt un PFA correctement administré, dans lequel il y a un plan de pratique transparent, où chaque membre du corps professoral a une définition précise de son rôle et dans lequel les réalisations sont évaluées annuellement, dans tous les domaines pertinents (soins cliniques, recherche, enseignement et amélioration de la qualité des soins).

4) Créer un réseau de CUSSs accrédités et financés par le gouvernement fédéral : Bien que les soins de santé soient principalement financés par les provinces, le financement fédéral via les transferts en santé représente environ le quart du budget de la santé. Le financement fédéral est à la fois discrétionnaire et croissant (à un taux d'environ 6 % par an). Ce financement

pourrait être utilisé sélectivement pour développer, promouvoir et unifier un réseau national de CUSs, dans lequel les DUMs pourraient s'épanouir. Le financement fédéral ainsi redéployé reconnaîtrait la grande complexité de la dispensation des soins en santé et contribuerait à la rémunération des professeurs à travers la création et la perpétuation (mise à jour financière régulière) des PFAs. La perpétuation est importante, puisqu'une fois que le PFA est en place, il doit exister un plan rationnel de croissance du corps professoral, transparent pour le gouvernement, qui reconnaît aussi la nécessité des DUMs de progresser afin de répondre aux demandes, constamment changeantes, pour de nouvelles procédures, pour la formation dans les nouvelles spécialités et pour répondre aux changements démographiques. Il y a une crise du financement universitaire et le gouvernement serait bien avisé de profiter de l'instabilité et de la croissance, apparemment insupportable, du paiement à l'acte pour créer un nouveau PFA correctement réglementé. Les PFAs sont régulés par des plans de pratique robustes et des mandats pour les membres qui assurent que les soins aux patients, l'enseignement et la recherche sont dispensés de manière transparente.

5) Améliorer l'engagement communautaire les transitions des soins : Les DUMs et le CUSs sont parfois coupables de communiquer de façon sous-optimale avec les intervenants, y compris les médecins de famille et les hôpitaux communautaires. Les liens et les modèles de partenariat requièrent une attention. Une amélioration des communications bidirectionnelles permettrait ultimement de limiter les admissions dans les hôpitaux coûteux et de réduire les réadmissions. L'ACPM reconnaît (et approuve) le fait que le système de santé canadien repose sur la prémisse que chaque canadien a un médecin de famille attiré qui coordonne et gère ses soins. Pour mieux collaborer avec les communautés, les DUMs peuvent s'assurer que les nouveaux postes universitaires et les nouveaux programmes de formation sont adaptés aux besoins perçus et réels de la communauté. Il faudrait développer un meilleur engagement des communautés de pratique et de meilleurs transferts des soins. Citons comme exemple les programmes de cyberconsultation qui permettent d'accélérer l'accès aux spécialistes par le biais de processus consultatifs asynchrones.

6) Élargir et dynamiser les rôles politiques et de plaidoyer de l'ACPM : Il y a une occasion d'élargir le rôle de l'ACPM, en lui donnant une voix et lui permettant de servir d'organisme consultatif compétent qui plaide en faveur des CUSs et des DUMs. Établir l'ACPM comme un ONG crédible axé sur la défense des intérêts en santé, en recherche et en enseignement, assurerait que la voix des DUMs soit entendue au niveau provincial et national. Cela exige que nous, les professeurs de médecine, fassions preuve de vision et mettions l'accent sur une bonne gestion de la mission universitaire. Parmi les domaines où une ACPM proactive et mieux soutenue administrativement serait aidante pour les Canadiens, serait de démontrer les avantages d'équilibrer les soins de santé et les dépenses avec les stratégies qui amène une meilleure qualité des soins. Ce rôle de l'ACPM doit être relié et coordonné avec la défense des intérêts des universités et des facultés de médecine.

7) Améliorer l'efficacité du message sur le « retour sur investissement » pour le public et les gouvernements. Il est nécessaire de mieux établir, et plus souvent renforcer, la valeur qui résulte d'un fort soutien à un réseau solide de DUMs et de CUSs. Cela peut impliquer une campagne de sensibilisation publique, rappelant au public et au gouvernement la valeur des DUMs. Ce blogue est d'ailleurs une de ces tentatives pour améliorer la communication.

MENACES



La triple mission des DUMs (soins cliniques, enseignement et recherche) est mise au défi par des facteurs environnementaux dans chaque domaine. Ceux-ci comprennent :

1) Changements démographiques de la population : La population générale va sûrement un jour passer par la salle d'urgence et se retrouver sur nos étages. Les baby-boomers vieillissants du Canada, ont créé une augmentation substantielle de l'afflux de patients âgés dans les hôpitaux. Beaucoup de ces gens ont besoin d'Autres Niveaux de Soins (ANS) et de soutien social, plutôt que de soins aigus et tertiaires. L'absence d'un réseau de soins globaux aux personnes âgées au Canada génère une demande accrue pour les hôpitaux et une demande croissante de services cliniques pour les médecins universitaires. Les personnes catégorisées d'ANS, par définition, ne nécessitent pas d'hospitalisation pour des raisons médicales. Dans de nombreux hôpitaux en Ontario, les patients avec ANS, peuvent occuper 10 à 20 % des lits de soins aigus. Comme conséquences à ces changements démographiques, en plus de la crise aux opiacés et des défis sociaux, comme la lutte contre l'itinérance, les CUSS vivent d'énormes congestions des urgences et le débordement des étages d'hospitalisation, qui, dans les CUSSs sont gérés par les DUMs et sont appelés Unités d'Enseignement Clinique (UECs). Les hôpitaux ne sont pas bien adaptés aux problèmes sociaux, tels que la dépendance aux opioïdes ou l'itinérance. L'admission aux CUSSs de patients avec ANS, qui ont des besoins sociaux, complique la prestation des soins de santé, compromet la formation des médecins résidents et entrave les activités de recherche. De plus, c'est coûteux et ça ne règle pas les déterminants sociaux qui sous-tendent ces problèmes. L'augmentation du nombre de patients dans les UECs, au-delà de certaines limites, compromet la prestation des soins de qualité et va même jusqu'à mettre en jeu le bien-être des médecins.

2) Les contraintes budgétaires persistantes ou aggravées : Les soins de santé constituent une dépense énorme et il s'est établi une croyance parmi les hommes politiques, notamment en Ontario, que les soins de santé peuvent être dispensés de façon majeure sur une base ambulatoire. Quand il s'agit de financer les soins aux patients hospitalisés ou ambulatoires, ce

n'est pas un choix; les deux types de soins nécessitent tous les deux un soutien approprié et coordonné. Des services ambulatoires améliorés sont souhaitables et les hospitalisations sont de plus courtes durées. Cependant, la complexité de la population vieillissante du Canada et la plus grande capacité d'intervenir pour améliorer et prolonger la vie avec de nouvelles techniques a augmenté (et non réduit) l'importance d'être en mesure d'accéder aux CUSs en temps opportun. De plus, il est impératif que les CUSs soient équipés et dotés du personnel nécessaire pour offrir les soins de pointe et innovants qui sauvent des vies. Malheureusement, la conviction qu'en se concentrant sur les soins ambulatoires moins chers a entraîné certains gouvernements, notamment en Ontario, à geler les budgets des CUSs. Cela a laissé les DUMs et les CUSs à court d'argent, rendant difficile le développement de programmes nouveaux ou innovants car il faut gérer les salaires qui augmentent irrémédiablement. Les demandes pour de nouvelles infrastructures, y compris les équipements médicaux et les dossiers électroniques ne sont souvent pas adressés, avec des conséquences sur les patients. Simultanément, les ministères de la santé ont consacré plus que l'équivalent du financement d'un hôpital à des programmes prioritaires, des blocs de services à coût fixe (programmes basés sur le rendement pour l'arthroplastie de la hanche, la prise en charge de la MPOC etc..). Cela comporte certains avantages, mais laisse moins d'autonomie locale pour prioriser les dépenses de santé et ne reconnaît pas les coûts de structures des CUSs par rapport aux hôpitaux communautaires.

3) L'absence de mise en œuvre d'un modèle nouveau de ressources humaines qui fonctionne pour les DUMs en 2018 : Alors qu'il y a peut-être (c'est discutable) assez de médecins au Canada, les médecins ne sont pas déployés géographiquement de façon équitable. Ce n'est pas surprenant compte tenu de la vaste superficie de notre pays et du désir des médecins (justifié) de choisir leur lieu de pratique. Les gouvernements ne paient pas la formation des médecins, et la plupart ont accumulé environ \$ 200 000 de dettes en frais de scolarité. Ainsi, en les assignant à certains endroits, ou en livrant des permis d'exercer dans des lieux spécifiques (comme cela se fait au Québec), cela est injuste et amènera vraisemblablement des médecins à voter avec leurs pieds. De plus, nous manquons (dans plusieurs CUSs) de spécialistes et sur-spécialistes formés au Canada. Ces médecins hautement qualifiés sont nécessaires aux CUSs et aux DUMs. Composant avec l'hétérogénéité régionale et le manque de spécialistes, dans certaines juridictions, le nombre de médecins est étroitement contrôlés dès l'origine (facultés de médecine et programmes de résidence). Compte tenu de l'accent mis au Canada sur la formation en médecine générale, le nombre de spécialistes a été réduit par rapport à la croissance de la population à un moment où la demande du public est croissante pour un accès accru aux services de soins tertiaires. L'académiste est menacé alors que les médecins dans les DUMs et les CUSs mettent l'accent sur les impératifs cliniques. Un nouvel enjeu qui émerge en ressources humaines, et qui nécessite une discussion franche, est le recrutement avec la nouvelle génération, de médecins qui travaillent maintenant moins d'heures. De plus, avec de plus longs congés de maternité et parentaux, les modèles d'organisation du personnel doivent changer. Les femmes représentent maintenant environ 40 % des professeurs au sein de plusieurs DUMs. Elles ont des enfants et leurs partenaires prennent aussi des congés parentaux. Un nouveau modèle d'organisation du personnel est nécessaire pour tenir compte de ces importants changements démographiques. Il n'est pas clair qui va payer pour ces changements. Est-ce que les médecins travailleront plus souvent à temps partiel ou à temps partagé ? Est-ce que les médecins travailleront sur des horaires (comme c'est déjà fait par les collègues à

l'urgence ou aux soins intensifs)? Est-ce que les heures de travail (et les revenus) seront réduits? Un modèle qui maintient l'excellence, tout en gardant un équilibre entre les besoins des patients pour la continuité des soins et le mode de vie et le bien-être des médecins, doit être trouvé, sinon nos efforts en recherche et en enseignement seront mis à mal alors que nous luttons pour maintenir les opérations cliniques comme étant la « mission numéro 1».

4) Une impression de non-pertinence par plusieurs différents partenaires : Alors que les DUMs affirment clairement leur pertinence (être des meneurs en recherche, en enseignement et en soins complexes) leur mission est mal comprise par les personnes non initiées, les collègues en pratique privée et chez certains membres du gouvernement. Cela a, malheureusement, conduit à une mauvaise perception chez certains d'une « tour d'ivoire », d'un détachement ou d'un élitisme. En fait, la pertinence pratique de la médecine universitaire est démontrable. Le manque d'efforts pour les relations publiques et pour une communication appropriée avec toutes les parties prenantes, expose les DUMs à des risques inutiles. Les doyens des facultés de médecine ont effectivement reconnu cette préoccupation sur le manque de reconnaissance de la valeur fondamentale des CUSs dans le grand système canadien comme il ressort de cette citation de leur rapport « Trois Missions Un Avenir » :

We acknowledge this expanded model but recognize that as traditional AHSCs now form part of a bigger system, there is a risk of losing sight of their historical role. More specifically, there is some international evidence that with regionalization, in which one board oversees several organizations that provide a range of health services across a broader continuum of care, the value of the specialized academic health care organization may not be fully realized.^{61 62}

Nous reconnaissons ce modèle étendu mais reconnaissons que parce que les CUSs traditionnels font maintenant partie d'un plus grand système, il y a un risque de perdre de vue leur rôle historique. Plus spécifiquement, il y a quelques évidences internationales qu'avec la régionalisation où un comité supervise plusieurs organisations qui dispense une variété de services de santé à travers une gamme plus large de soins, la valeur des organisations universitaires en soins de santé spécialisés peut ne pas être complètement réalisés.

5) Nous faisons partie d'un système de soins hospitaliers sous pression : Plusieurs tendances externes dans le système de santé met la médecine universitaire en péril. Ceci comprend les changements dans les modèles de financement des hôpitaux, d'un modèle plus global à un modèle de financement ciblé, en plus d'un déplacement des incitatifs financiers des patients hospitalisés vers la clientèle ambulatoire. Les hôpitaux restent une plate-forme unique pour la formation des MDs, ils sont les lieux de travail de la plupart des médecins universitaires et ils sont l'unique lieu des soins tertiaires et quaternaires complexes. Les administrateurs non-médecins d'hôpitaux peuvent ne pas reconnaître pleinement la valeur de l'organisation médicale universitaire et ses liens avec l'université.

Les contraintes budgétaires se produisent également avec d'autres partenaires de la médecine académique. Les universités ont progressivement transféré les dépenses (pour l'espace, la maintenance, etc.) vers les facultés de médecine. Le modèle de financement de nombreuses universités est devenu dépendant de l'augmentation des inscriptions des étudiants, un luxe que n'ont pas les DUMs et les CUSs, qui ne peuvent pas augmenter la taille des facultés de médecine, même si notre augmentation rapide du taux de recrutement de diplômés

internationaux suggère que cela est nécessaire. Les modèles budgétaires de recouvrement des coûts des universités compromettent la capacité des DUMs à financer des équipes administratives, pour soutenir la mission académique, et ne reconnaissent pas notre structure de recherche intensive.

Pendant ce temps, les associations médicales ont échoué à conserver la valeur des codes de paiement, résultant en coupures dans le financement clinique de nombreux DUMs. Les récents changements apportés aux codes de paiement ont entraîné des coupures dans les PFAs (3,5 % en Ontario), qui ne sont pas contrebalancés par l'augmentation de l'activité clinique (plus de services donnés ne se traduisent pas en plus de revenus dans le PFA).

Dans de nombreux centres médicaux, les hôpitaux contrôlent les infrastructures et les cliniques, et les espaces limités deviennent trop souvent des critères utilisés pour justifier les délais dans l'embauche de nouveaux professeurs (voir les commentaires ci-hauts sur le gel des budgets). Cela dissocie les besoins des patients et les effectifs médicaux, et limite la capacité de des DUMs recruter.

6) Le programme de médecine pré-doctoral : Il existe des tensions dans nos facultés de médecine avec les nombreux mandats, souvent des formes d'ingénierie sociale, émanant du *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*. Les changements dans le programme MD pré-doctoral semblent avoir favorisé le plus bas dénominateur commun des connaissances plutôt que d'exposer les étudiants en médecine aux défis intellectuels des connaissances de pointe et de la recherche. Ça ne favorise pas le médecin nouvellement diplômé à être plus compétitif comme praticien de pointe ou clinicien-chercheur potentiel. Les programmes bondés diminuent leur emphase sur la compréhension de la mécanique fondamentale des maladies et ne favorisent pas une exposition large ou soutenue à la recherche. En effet, la moyenne des étudiants en médecine canadiens consacre maintenant presque un an à faire des stages optionnels partout dans le pays, essentiellement dans le but d'améliorer leurs chances d'être recrutés dans le programme de leur choix, dans le cadre du Service Canadien de Jumelage des Résidents (CaRMS). De plus, l'approche de l'enseignement au pré-doctoral est plus algorithmique et factuelle (ce qui est important) que d'embrasser la découverte et l'innovation (sur laquelle en fin de compte repose les faits). Il y a un risque de perdre le contact entre l'offre et la demande, entre l'enseignement médical pré et post-doctoral et les ressources humaines nécessaires au DUMs.

7) La mise en œuvre rapide de mandats pédagogiques non financés, tels que l'enseignement médicale fondée sur les compétences (CBME) : le CRMCC a établi récemment un nouveau programme pour la formation post-doctorale des médecins, appelé Compétences par Conception. Bien que les objectifs (évaluations plus fréquentes afin de s'assurer que les résidents promus soient compétents-voir blog récent pour plus de discussions) sont louables, le manque de financement pour ce programme coûteux et les exigences en ressources humaines mettent les DUMs sous pression, eux qui sont les centres des grands programmes de formation. Le CRMCC a décidé de changer les méthodes d'évaluation et de formation des résidents malgré le peu de consultation avec les DUMs et les CUSSs. Bien qu'il est à espérer que les CBME permettront d'améliorer la qualité et la compétence des diplômés en médecine, sa structure nébuleuse a créé la confusion sur la façon de mettre en œuvre le programme et de l'évaluer.

Même ceux qui promeuvent le plus les CBME, reconnaissent que ce nouveau programme augmentera certainement et de façon significative le temps consacré aux évaluations, et exigera des professeurs et du soutien administratif supplémentaires, pour lesquels aucun financement supplémentaire n'a été offert. Les mandats non financés du CRMCC, y compris l'implantation des CBME, peuvent exacerber les pressions sur le système qui s'occupe de la formation médicale postdoctorale, causant des soins médicaux reportés et fragmentés. Ces programmes (si non correctement financés) ont le potentiel d'avoir des conséquences involontaires, comme de limiter les possibilités des résidents à devenir des sur-spécialistes avec une pratique de pointe ou d'avoir une formation en recherche. Sur une note plus positive, les CBME sont bien accueillies par les résidents et leur implantation survient avant les cibles fixées dans les DUMs avec PFA (Queen's a terminé sa mise en place complète dans tous les départements en juillet 2017). Si cela peut être répliqué/soutenu dans les DUMs avec paiement à l'acte, ça reste à voir.

8) Nos propres défauts : Au Canada, les médecins sont bien payés selon les normes internationales. Il y a différents modèles de financement dans tout le pays. Dans les endroits où il a des modèles de paiement à l'acte, on a tendance à prioriser le soutien/prestation des services qui sont payants financièrement, que ce soit par grille tarifaire ou par des programmes comme la rémunération à la performance (p. ex. programmes de qualité basés sur le rendement). Bien que le paiement à l'acte favorise la charge de travail clinique, comme noté ailleurs dans ce blogue, la facturation à l'acte est insuffisante pour rémunérer plusieurs des rôles que sont tenus d'accomplir les médecins dans les CUSSs. Il est probable que la gestion efficace et la croissance des DUMs peuvent être mieux accomplies par le biais d'organisations responsables et bien gérées, qu'ils soient financés par des PFA uniquement ou par un hybride de PFA et de paiement à l'acte.

9) Confusion dans le public sur l'idée de ce qui constitue un CUSS : Les hôpitaux communautaires sont très précieux et beaucoup font partie de RCUSSs. Non seulement ils fournissent des soins essentiels mais prennent aussi également en charge l'enseignement, principalement grâce à un partenariat de formation médicale avec les CUSS, et participent aux essais cliniques de Phase 3-4. Cependant, les gros hôpitaux communautaires peuvent être confondus avec des CUSSs par le public. En fait, une plus grande demande en ressources financières et humaines est nécessaire pour faire fonctionner un vrai CUSS. Il est important de reconnaître, respectueusement mais clairement, les rôles distincts mais complémentaires des médecins de ville et de robe. Cela exige un raffinement du message, au public et au gouvernement, de groupes tels que l'ACPM.

10) Modèles éducatifs étalés : Alors que les programmes qui envoient des stagiaires dans des centres régionaux soient utiles, notamment en exposant les stagiaires aux régions rurales et aux petites villes du Canada (augmentant la probabilité qu'ils pratiqueront un jour dans ces localités), ils retirent par le fait même des ressources dans les CUSSs classiques. Il y a actuellement 12 campus régionaux au Canada et ils offrent des programmes complets de formation en médecine. Cependant, s'ils sont indûment étendus, cela détourne les stagiaires et les ressources nécessaires pour le CUSS principal. L'expérience australienne, résumée par Joyce et al, montre que ces modèles remettent en question les CUSSs classiques (MJA 2009 ; 191 : 169-172). Ils notent, « le modèle traditionnel d'enseignement médical et la pérennité de la médecine universitaire sont sous pression. » Une meilleure coordination est nécessaire pour

surmonter la fragmentation du système de formation médical, afin d'assurer une reconnaissance appropriée de l'enseignement et de la recherche dans toutes les organisations cliniques. De nombreux hôpitaux communautaires sont des participants vitaux dans la formation médicale, offrant des perspectives uniques pour la formation médicale appliquée. Cependant, la possibilité de créer et de diriger les nouveaux modèles éducatifs et l'expertise administrative d'opérer les facultés de médecine et les programmes de résidence qui forment les médecins du Canada, sont basés dans (la plupart des cas) ou appuyés (dans tous les cas) par les CUSs et leurs médecins. Au sein des CUSs, les DUMs représentent généralement la majorité des participants aux programmes pré-doctoraux et post-doctoraux. De nombreux chefs de département croient fermement que le modèle éducatif étalé a été un succès. Ce n'est peut-être pas le problème; les partenaires en éducation sont essentiels pour de nombreuses raisons. Cependant, si on prend la perspective à plus long terme (c'est-à-dire ce qui se passe en 20 ans) le modèle d'enseignement s'effondre en l'absence de CUSs et de DUMs en santé. Ainsi, le succès des facultés de médecine du Canada dépend aussi de CUSs et de DUMs forts et suffisamment financés.

11) Conséquences inattendues des politiques provenant d'intervenants externes : La médecine universitaire est influencée par de nombreux partenaires extérieurs. Dans le cas du CRMCC, les voies de communication sont indirectes, via les doyens et les vice-doyens, plutôt que directement au DUM (qui ont les responsabilités immédiates envers le personnel). Le CRMCC a créé des normes de pratique qui favorisent le plus petit dénominateur commun et n'a pas réussi à valoriser l'importance de la recherche et de l'innovation clinique. Le CRMCC a créé récemment un mandat, non financé, qui est motivé par des aspirations nobles, mais qui est difficile pour certains DUMs de soutenir sans financement, (p. ex. les CBME avec ses exigences importantes en personnel d'encadrement, en enseignement et en support informatique). Arrivant en même temps que des compressions budgétaires aux universités, c'est un mandat difficile à autofinancer.

12) Recherche sous-financée et changements chaotiques dans le modèle de financement de la recherche par les IRSC : Puisque les DUMs abritent plusieurs chercheurs, leur financement est essentiel. Dans l'ensemble, les provinces qui ont la baisse la plus rapide, et soutenue, du taux de mortalité par causes potentiellement évitables, sont celles qui ont la majorité des fonds fédéraux de recherche des IRSC (Ontario, Québec, Colombie-Britannique, Alberta). Ceci suggère que le financement de la recherche fédérale peut avoir un impact sur cette mesure de santé (<http://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2016/03/funding-medical-research-zwickeremery.Pdf>). Lorsque l'Alberta a fait un investissement substantiel dans la recherche au cours des années 1980 (en investissant des milliards de dollars dans l'*Alberta Heritage Foundation for Medical Research, AHFMR*) elle a aussi observé un déclin dans le taux de mortalité évitable. Comme le résume l'exposé de position de Zwicker et Emery, ce bénéfice s'est atténué avec la dissolution du programme de la fondation Heritage. Ce point est développé plus amplement dans les faiblesses identifiées et met l'emphase sur les préoccupations à multiples facettes, et les risques associés à la baisse du financement de la recherche et l'absence de considération pour les frais généraux. Ces préoccupations sont réelles et doivent être corrigées pour que le Canada puisse poursuivre en recherche et en innovation tout en attirant un nouveau groupe d'étudiants qui ont un intérêt pour le développement de la science.

Conclusions : Les DUMs sont des composantes essentielles d'un réseau national de CUSs. Leurs contributions comprennent la dispensation des soins spécialisés complexes, la formation des médecins dans les 17 facultés de médecine du Canada, et la production en recherche fondamentale et translationnelle qui améliorent la qualité de vie pour tous les Canadiens. Les CUSs et les DUMs sont des puissants moteurs financiers, tant sur le plan de l'emploi de personnel hautement qualifié que sur les retombées liées à l'innovation en science et en santé qu'ils favorisent. Nous avons identifié les menaces qui pèsent sur la médecine universitaire et souligné les opportunités de renforcer et d'officialiser la désignation des DUMs et des CUSs pour le mieux-être du Canada et des Canadiens. Avec une vision appropriée et le plaidoyer des dirigeants médecins, et une meilleure compréhension et le soutien des gouvernements fédéral et Provincial, les DUMs et les CUSs peuvent croître au Canada et servir de ressource pour la société. Cependant, le statu quo n'est pas tenable. L'attention à la gestion des ressources humaines, le développement de modèles de financement alternatifs qui prennent en charge de façon optimale la mission universitaire, la rationalisation des services et la formalisation des rôles/responsabilités des centres au sein du RCUSs sont nécessaires. De même, l'accréditation et la reconnaissance fédérale des DUMs et CUSs (avec définition claire des responsabilités des médecins et des ressources) seraient bénéfiques. De nouveaux mécanismes sont nécessaires pour les DUMs via l'ACPM, afin de s'interfacer avec les IRSC, le CRMCC et les ministères de la santé pour relever les défis actuels, et être une voix proactive qui guide l'édification de l'avenir pour les soins de santé, la recherche et l'enseignement au Canada.

Nous laisserons le lecteur avec 3 points clés :

1. **Les DUMs ont besoin d'un PFA plutôt que d'un financement à l'acte :** Le paiement à l'acte entraîne de mauvais comportements et ne récompense pas les actions du système qui amènent des améliorations pour l'avenir. Certes, les PFAs exigent des mesures claires et une structure de gestion robuste pour assurer une responsabilisation. Par contre, les modèles de paiement à l'acte n'ont pratiquement aucune responsabilisation autrement que de présenter une facture pour un service clinique qui a été rendu. Non seulement cela ne parvient pas à adresser les mandats pédagogiques et de recherche, mais n'assure pas non plus que le service a été rendu avec un haut niveau de qualité, même si c'était le bon service, etc.
2. **Les CUSs du Canada nécessitent un financement plus important en recherche:** Bien qu'il y ait des progrès à cet égard, suite au rapport Naylor, tel que reflété dans le budget de 2018, même cette augmentation du financement laisse les IRSC très bas sous le niveau désiré de financement. Le financement approprié des frais généraux associés aux structures, qui sont associés à un meilleur succès dans l'obtention des subventions aux IRSC, est nécessaire. Il est important de reconnaître que la recherche sauve des vies.
3. **L'ACPM peut être une voix pour défendre les intérêts en santé**

Ce blog a été rédigé par :

Stephen L. Archer¹, James Calvin², James G. Martin⁵, Phil Wells⁸, Mark Crowther⁹, Anita Ng¹, Ross Feldman³, Simon Jackson⁴, Eberhard Renner⁶, Jeffrey Schaefer⁷, Richard Leigh⁷ pour l'ACPM

• ¹ Département de médecine, Université Queens, Kingston, Ontario, Canada

• ² Département de médecine, Université Western, London, Ontario, Canada

- ³ Département de médecine, Université Memorial, St-Jean, Terre-Neuve, Canada
- ⁴ Département de médecine, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse, Canada
- ⁵ Département de médecine, Université McGill, Montréal, Québec, Canada
- ⁶ Département de médecine, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada
- ⁷ Département de médecine, Université de Calgary, Calgary, Alberta, Canada
- ⁸ Département de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada
- ⁹ Département de médecine, Université McMaster, Hamilton, Ontario, Canada

Remerciements : Le groupe de rédaction de l'ACPM tient à souligner la contribution de tous ses membres qui ont examiné la question et/ou apporté leur contribution éditoriale dans ce manuscrit. Un remerciement spécial à nos réviseurs qui ont commenté ce blog et fourni leur sagesse et leur contribution éditoriale (**Dr Jon Meddings**, doyen, Université de Calgary, **Dr Wendy Levinson**, professeure de médecine, Université de Toronto et Présidente de *Choisir Judicieusement* du Canada, **Dr. Paul Armstrong**, professeur et ancien chef de médecine, Université de l'Alberta et **Dr David Anderson**, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie.

Après le dépôt initial de ce blog, j'ai été ravi de recevoir des commentaires du Dr Eliot Phillipson. Eliot a été président et directeur général de la Fondation Canadienne pour l'Innovation de 2004-2010. Ses nominations précédentes étaient ceux de médecin-chef au Mount Sinai Hospital, de Toronto, et Professeur et Chef du département de médecine de Sir John et Lady Eaton, Université de Toronto. Il a également été coprésident de la Commission d'examen médical de la Fondation Gairdner ; Président de l'Institut Canadien de la Médecine Universitaire; et le Président du Comité d'experts sur l'État de la Science et de la Technologie au Canada en 2012, Conseil des Académies Canadiennes. Le Dr Phillipson a reçu son doctorat en médecine avec Distinction de l'Université de l'Alberta et a poursuivi sa formation postdoctorale en médecine interne, puis a entrepris une formation en recherche sur la régulation respiratoire à l'Université de Californie à San Francisco. Il est membre élu de l'*American Society for Clinical Investigation* et de l'*Association of American Physicians*, il est titulaire d'un doctorat honorifique ès sciences de l'Université de l'Alberta et est officier de l'ordre du Canada. Le Dr Phillipson donne ce conseil sage pour poursuivre cette conversation : « si je pourrais faire une suggestion, ce serait que dans la section sur les forces, il y a très peu de discussions sur les résultats de la recherche et son impact, mis à part le nombre de publications, brevets, etc. Vous voudriez peut-être envisager d'inclure certaines données concernant le classement international de la recherche médicale canadienne, qui est très élevé. En fait, comme le montre le tableau ci-joint, dans le champ de la médecine interne et de la médecine générale, le Canada se classe premier au monde en termes d'impact de ses recherches.

International Ranking of Canadian Research Impact and Reputation

MEASUREMENT	2012 REPORT ¹	2018 REPORT ²
FIELD OF CLINICAL MEDICINE		
International Ranking Based on Bibliometric Measurements	3	5
International Ranking Based on Survey of World Experts	4	4
SUBFIELD OF GENERAL AND INTERNAL MEDICINE		
International Ranking Based on Bibliometric Measurements	1	1

1. The State of Science and Technology in Canada, 2012
2. Competing in a Global Innovation Economy: The Current State of R&D in Canada (2018)

Both Expert Panel reports were published by the Council of Canadian Academies.

Pour être plus précis, le Conseil des Académies Canadiennes (CAC) a publié deux évaluations d'experts des forces du Canada en science et en technologie, une publiée en 2012 (l'état de la Science et la technologie au Canada, 2012) et l'autre le mois dernier (la concurrence dans une économie mondiale de l'Innovation : l'état actuel de la R & D au Canada). Les deux rapports sont disponibles sur le site Web de la CAC (scienceadvice.ca)

Dans les deux rapports, le secteur de la médecine clinique (un des 22 champs qui ont été évalués) et le sous-secteur de la médecine interne et générale (l'un des 176 sous-secteurs qui ont été évalués), se sont tous les deux classés très hauts par rapport aux mêmes secteurs et sous-secteurs de d'autres pays. Le tableau ci-joint que j'ai fait vous donne une idée des données fournies dans ces rapports. Je ne suis pas allé dans les détails concernant les mesures bibliométriques spécifiques sur lesquelles reposent les classements, ou les méthodes par lesquelles les experts internationaux dans chacun des domaines ont été identifiés. »

Merci, Dr Phillipson, pour cet ajout utile sur le blog.