

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA GESTION  
MÉDICALE DU CENTRE HOSPITALIER DE  
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

26 mars 2015

Dr Michel Baron et M. Claude Desjardins



## Sommaire

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	1
<b>MANDAT</b> .....	1
Contexte .....	1
Notre compréhension du mandat.....	1
<b>DÉMARCHE D'ENQUÊTE</b> .....	3
<b>GOVERNE MÉDICALE</b> .....	5
Appréciation générale du climat entourant la gouverne médicale .....	5
Cogestion médico-administrative.....	6
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) .....	6
Vision hospitalière et vision universitaire.....	7
Nomination des chefs de département et de service .....	8
Comité de nomination du chef de département de chirurgie .....	8
Arguments des médecins réfutant la conclusion du premier comité.....	9
Gouverne médicale – Évolution .....	10
<b>UNE PISTE POUR L'AVENIR</b> .....	12
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	13
Recommandations à l'endroit du conseil d'administration du CHUM.....	13
Recommandations à l'endroit du conseil d'administration du CHUM et de la direction de l'UdeM .....	13
Recommandations à l'endroit de la Direction générale du CHUM .....	13
Recommandations à l'endroit du ministère de la Santé et des Services sociaux.....	14
<b>ANNEXE 1 – MANDAT D'ENQUÊTE</b> .....	15
<b>ANNEXE 2 – STRUCTURE DE GOUVERNANCE – PROJET DE MODERNISATION DU CHUM....</b>	17
<b>ANNEXE 3 – MODIFICATION À LA PLANIFICATION INITIALE DU TRANSFERT</b> .....	19
<b>ANNEXE 4 – EXTRAIT DU CONTRAT DE SERVICE (RÉVISION 2014-04-13) INTERVENU ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL ET LE PRESTATAIRE DE SERVICE MÉDICO-ADMINISTRATIF</b> .....	23



## REMERCIEMENTS

Nous remercions la direction du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) pour leur accueil et leur collaboration pour mener à bien cet accompagnement, en particulier le directeur général, monsieur Jacques Turgeon, et ses collaborateurs, monsieur Yvan Gendron, directeur général adjoint, et docteure Christiane Arbour, directrice des services professionnels. Merci également au personnel de soutien pour leur disponibilité et leur diligence, particulièrement madame Lucie Boucher, secrétaire adjointe à la Direction générale, et madame Caroline Desmarais, qui nous a accompagnés dans la rédaction. Toutes les personnes rencontrées ont fait preuve de transparence et répondu très ouvertement à nos questions, et ceci, à tous les niveaux de l'organisation médicale, de l'administration hospitalière et universitaire.

## MANDAT

### Contexte

Différentes informations rendues publiques dans la semaine du 2 mars 2015 sont susceptibles d'affecter la confiance du public et des différentes parties prenantes au sujet de la gestion médicale du CHUM.

Plus particulièrement, les doutes soulevés sur le processus de nomination du chef du département de chirurgie et le climat entourant ce processus ont amené certains intervenants du CHUM à démissionner de leur fonction. Ce qui mettait en péril les étapes cruciales à venir de la transformation du CHUM à un an du grand déménagement.

À la suite de ces événements, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) souhaite faire la lumière sur ces allégations et c'est dans ce cadre qu'elle nous a nommés enquêteurs (Dr Michel Baron et M. Claude Desjardins) en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, article 414.2 (RLRQ, chapitre S-4.2).

### Notre compréhension du mandat

Une copie du mandat se retrouve en annexe 1. Les principaux éléments sont :

- ✓ Une analyse factuelle de la gouverne médicale et son impact sur les différentes missions du CHUM.
- ✓ La définition des écarts aux règles et bonnes pratiques, le cas échéant.
- ✓ Une appréciation générale du climat entourant la gouverne médicale et, plus particulièrement, les doutes soulevés sur le processus de nomination du chef du département de chirurgie.
- ✓ Enfin, une proposition des actions en vue de réaffirmer la coopération entre le corps médical et l'administration assurant ainsi la meilleure transition possible vers le nouveau CHUM.

Cependant, de façon plus large, nous croyons opportun de réfléchir sur des pistes de solution à moyen et long terme qui peuvent permettre d'éviter des crises semblables dans le futur. L'incident récent n'en est qu'un de plus dans la saga des affrontements internes entre l'administration hospitalière et le corps médical, non pas seulement au CHUM, mais aussi ailleurs. C'est plus fréquent au CHUM, mais peut-être que la longue histoire de la création du CHUM est un facteur qui n'a pas été aidant. Les intérêts en jeu sont immenses, la complexité du dossier aussi. La rencontre des missions hospitalières et universitaires rajoute à la complexité. Un court chapitre sur cette réalité fera l'objet de notre rapport.

Le court délai nous a permis d'explorer certaines pistes, mais la réflexion devra se poursuivre, car il existe un véritable problème.

Notre rapport n'analysera pas l'incident de la nomination du chef de département pour trouver qui a tort ou raison, mais il nous servira de base pour comprendre les tensions présentes entre l'administration hospitalière et la gouverne médicale.

Il n'est pas de notre mandat de remettre en question la qualité des soins médicaux.

## DÉMARCHE D'ENQUÊTE

Notre enquête a débuté le lundi 9 mars 2015.

Nous nous sommes engagés auprès de l'Agence à déposer notre rapport au plus tard le 31 mars. Celui-ci a été déposé le 26 mars 2015.

Notre travail d'enquête comportait deux approches. Étant donné la courte période de temps dont nous disposions, nous avons décidé de favoriser les rencontres individuelles, mais nous voulions entendre des opinions d'intervenants de tous les niveaux hiérarchiques, en particulier médicaux. Nous avons consulté les documents suivants :

- ✓ Règlements départementaux
- ✓ Règlements du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- ✓ Règlements du bloc opératoire et procès-verbaux
- ✓ Règlements de nomination des chefs
- ✓ Extrait du contrat d'affiliation
- ✓ Rapports des comités de sélection pour la nomination des chefs de département
- ✓ Calendrier des rencontres des comités d'évaluations médicales
- ✓ Plan de modernisation du CHUM et structure de gouvernance
- ✓ Plan du transfert du 19 mars 2015
- ✓ Lettres et pétitions adressées au ministre de la Santé et des Services sociaux, Dr Gaétan Barrette
- ✓ Lettre adressée au premier ministre du Québec, Dr Philippe Couillard

De plus, nous avons rencontré :

- ✓ Comité de direction
- ✓ Comité exécutif du CMDP
- ✓ Table des chefs de département
- ✓ Membres du conseil d'administration
- ✓ Président du conseil d'administration
- ✓ Directeur général
- ✓ Directeur général par intérim
- ✓ Président du CMDP
- ✓ Directeur du projet de construction du nouveau CHUM
- ✓ Directrice adjointe du plan de transfert
- ✓ Représentant de la firme PROJETCO
- ✓ Chef intérim de chirurgie
- ✓ Directrice des services professionnels

- ✓ Doyenne de la faculté de médecine de l'Université de Montréal (UdeM)
- ✓ Vice-doyenne, responsable des programmes de l'UdeM
- ✓ Directeur universitaire de chirurgie de l'UdeM
- ✓ Directrice des soins infirmiers
- ✓ Directeur du centre de recherche
- ✓ Directrice des mécanismes d'accès
- ✓ Directrice de l'enseignement
- ✓ Directeur des services multidisciplinaires
- ✓ Consultant externe impliqué dans une réflexion stratégique d'un département médical
- ✓ Huit (8) chefs de département
- ✓ Six (6) chefs de service du département de chirurgie
- ✓ 26 médecins, dont 17 chirurgiens

## GOUVERNE MÉDICALE

### Appréciation générale du climat entourant la gouverne médicale

Compte tenu des événements, nous sommes en droit de nous poser des questions sur la gouverne médicale et les relations qu'elle entretient avec la Direction générale du CHUM. Les constats qui suivent ne visent pas la direction intérimaire actuellement en place. D'ailleurs, les difficultés signalées dans ce chapitre ont déjà été abordées et sont en voie d'amélioration.

Nos constats :

- ✓ Il y a absence de vision commune du nouveau CHUM (besoins cliniques versus besoins académiques).
- ✓ L'arrimage académique et clinique est variable selon les départements et services.
- ✓ La reconnaissance du leadership de l'UdeM est mitigée.
- ✓ L'arrivée du docteur Jacques Turgeon amène un vent nouveau et le climat s'est amélioré.
- ✓ La nouvelle Direction générale a établi un lien fort avec l'UdeM.
- ✓ Le fonctionnement de la Table des chefs de départements joue bien son rôle sous la gouverne de la Direction des services professionnels.

Pour résumer, nous pouvons affirmer que la gouverne médicale du CHUM est bonne et s'est améliorée avec la venue de docteur Jacques Turgeon et son équipe.

Par ailleurs, nous observons que la gouverne du département de chirurgie est dysfonctionnelle :

- ✓ Deux (2) visions s'affrontent (académique, hospitalière).
- ✓ L'approche hospitalière est quasi exclusive.
- ✓ Les chirurgiens sont sceptiques par rapport à l'avenir du CHUM.
- ✓ Le processus de nomination du chef de département n'est pas crédible à leurs yeux.
- ✓ Les priorités opératoires versus les listes d'attente ne sont pas prises en considération.
- ✓ Les partenariats médicaux et administratifs sont déficients.
- ✓ Il n'y a pas de transparence.
- ✓ Il existe un blocage dans le processus de révision des règlements du bloc opératoire pour les éléments suivants :
  - Gouverne;
  - Règles d'utilisation;
  - Gestion des listes d'attente.
- ✓ Les informations ne se rendent pas jusqu'aux membres.
- ✓ Les contacts directs entre l'administration et les services et leurs membres sont rarissimes.
- ✓ La tension est forte entre la direction du département et les autres chefs de département.

Par ailleurs, il faut reconnaître que, malgré les lacunes identifiées, le chef de département avait l'estime de ses collègues de chirurgie et d'anesthésie. Pendant ses huit ans de mandat, il a bien défendu les intérêts de son département et apporté une contribution significative aux grands dossiers du CHUM touchant la chirurgie.

Dans les prochaines pages, nous aborderons de façon plus détaillée certains aspects importants dans la gestion médicale, soit la cogestion de programme, le rôle du CMDP et les processus de nomination des chefs de département, en particulier celui récent du chef de département de chirurgie.

## Cogestion médico-administrative

La gestion médico-administrative par programme de soins existe au CHUM depuis de nombreuses années. Mise en place dans les années 1990 par le directeur général, le docteur Denis Roy, elle a subi de nombreuses mutations. L'harmonisation des responsabilités des chefs de départements médicaux et celle des cogestionnaires médicaux et administratifs a dû être refaite à plusieurs reprises. Depuis l'arrivée de la nouvelle direction, de gros efforts ont été faits pour optimiser le processus de cogestion et de décision.

Les programmes ont été divisés en trois (3) :

- ✓ Laboratoires, radiologie et radiothérapie sous la Direction des services multidisciplinaires
- ✓ Soins intensifs, urgences et bloc opératoire sous la Direction des services professionnels
- ✓ Et tous les autres programmes médicaux sous la Direction des soins infirmiers

Le fonctionnement demeure variable; exemplaire et très évoluée à la Direction des services multidisciplinaires et en recherche de définition des responsabilités à la Direction des soins infirmiers. Cette cogestion fonctionne très bien pour l'urgence et pour les soins intensifs. Elle rencontre de sérieuses difficultés dans le programme du bloc opératoire; les conflits sont fréquents dans ce secteur, les orientations de la Direction générale et du conseil d'administration sont mal reçues par les chirurgiens. Par exemple, la révision des priorités opératoires en tenant compte des listes d'attente n'est pas acceptée comme critère de priorisation.

Pour les programmes sous la Direction des soins infirmiers, la situation n'est pas conflictuelle, mais mériterait une réflexion en ce qui a trait aux responsabilités des cogestionnaires. Plusieurs des cogestionnaires dans ce secteur, contrairement à la situation de la Direction des services multidisciplinaires, ne sont pas chefs de département ou de service, ce qui entraîne des difficultés d'autorité et de communication pour la gouverne des programmes-services. Il serait souhaitable que les cogestionnaires soient tous des chefs de service ou de département, mais dans le cas où cela ne serait pas possible, que le chef de département ou de service délègue un membre avec qui il existe un véritable lien hiérarchique et que ce dernier fasse rapport régulièrement à l'assemblée départementale ou de service.

## Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

À la lecture des documents fournis, nous avons pu constater que les responsabilités habituelles d'un CMDP pour la qualité de l'acte sont accomplies. Il n'était pas dans notre mandat de vérifier la qualité du travail, ce qui revient au Collège des médecins du Québec, dont la dernière remonte à trois ans et demi et dont les recommandations ont été suivies par le CMDP.

Le règlement général du CMDP est à date, ayant été révisé en février 2015. Il tient compte de la réalité du nouveau CHUM. Cependant, le règlement du bloc opératoire est toujours en suspens. Le chef intérimaire actuel fait un travail remarquable pour actualiser ce règlement pour le mois de juin de cette année. Il peut compter sur l'appui du CMDP, mais, jusqu'à très récemment, la collaboration des services et du département de chirurgie n'était pas au rendez-vous. Ce règlement est essentiel pour le déménagement dans le futur CHUM. Le règlement actuel comporte de nombreuses lacunes et

doit être refait pour correspondre à la nouvelle réalité. Le consensus est nécessaire à l'harmonie du fonctionnement du futur bloc opératoire qui sera doté de 39 salles opératoires.

Chaque département possède ses règlements, tous à l'exception de trois datent d'avant 2006. Avec le déménagement, ceci mérite une révision exhaustive. Le CHUM est un nouvel hôpital, non pas le cumul de trois hôpitaux. Une révision des règlements permettrait de s'assurer que la vision médicale du futur CHUM est partagée. À leur défense, quelques-uns sont en cours de révision, mais l'échéancier n'est pas précisé.

Les réunions de l'exécutif se tiennent toutes les deux semaines et l'assiduité est excellente. Le directeur général, la directrice des services professionnels, la responsable de l'enseignement ainsi que la responsable de la qualité à la Direction des services professionnels assistent régulièrement aux rencontres comme invités. De façon statutaire, un espace de temps est réservé au directeur général et à la directrice des services professionnels pour information et discussion. Les sujets importants concernant l'organisation des soins et les dossiers à propos du futur CHUM, dont le déménagement, sont discutés et, au besoin, font l'objet de présentation par les responsables des grands dossiers.

## Vision hospitalière et vision universitaire

Ce qui devrait être une vision commune et partagée par tous n'est pas encore une réalité au CHUM. Actuellement, au lieu de s'unir et de se renforcer mutuellement, ces deux visions sont encore perçues comme s'opposant, en particulier dans le département de chirurgie. Au-delà des conflits personnels, cette conception différente du futur CHUM est source de conflits.

Sur 17 chefs de département, huit (8) possèdent un poste régulier à l'Université de Montréal (UdeM). Les autres sont des adjoints ou agrégés de clinique. Certains n'ont pas de titre universitaire. Toutefois, la majorité des médecins réguliers ont un titre universitaire, mais plusieurs refusent de le renouveler. Le CHUM compte seulement une poignée de chefs universitaires de programme. Dans la majorité des départements, la cohabitation entre chefs universitaires et chefs hospitaliers est bonne à excellente. En chirurgie, c'est une guerre ouverte entre les deux directions. Il n'existe au CHUM aucun chef à la fois universitaire et hospitalier, ce qui est tout à fait contraire à la réalité des centres hospitaliers universitaires dans le reste du Canada ou à travers le monde. Même au Québec, les trois autres universités ont un certain nombre de directions communes; c'est même souhaité et favorisé à l'Université de Sherbrooke et à l'Université McGill.

Le CHUM étant le plus gros centre affilié de l'UdeM, il serait normal d'y retrouver une plus grande concentration de plein temps universitaire, de chefs universitaires et de chefs de programme.

Lors de la création du CHUM en 1995 et de l'autorisation de la construction en 2010, la présence d'un plan de pratique avait été jugée comme une condition sine qua non pour le futur CHUM. C'était considéré comme un outil essentiel pour soutenir les missions académiques ainsi que la vie hospitalière.

Cette exigence a été abandonnée et même plus, le nombre de médecins fonctionnant en partage de revenus et de tâches a diminué depuis 2010. Il est vrai que plusieurs services et départements contribuent financièrement au soutien académique, mais cette contribution est largement insuffisante et n'inclut pas un partage de tâches; ce qui est contraire à l'approche dans tous les centres hospitaliers universitaires de renom à travers le monde. À travers tous les conflits entre les différents membres du CMDP, le problème financier est très présent et empoisonne la collaboration entre universitaires et non-universitaires dans certains secteurs, dont la chirurgie.

## **Nomination des chefs de département et de service**

Le processus de nomination des chefs de département et de service a fait l'objet de nombreuses discussions l'année dernière et a été précisé lors de la révision récente des règlements du CMDP et de la signature du contrat d'affiliation entre le CHUM et l'UdeM en juin 2014. Sur chaque comité, les trois médecins participants sont nommés par le CMDP, la participation de la direction hospitalière (trois membres) est constante ainsi que celle de la direction universitaire (trois membres). Les procédures sont rigoureuses et bien observées. Les profils recherchés sont publiés et comprennent tous les aspects de la mission du CHUM. Le volet académique est généralement bien décrit dans la description de tâches. Cependant, à la lumière des difficultés récentes, le conseil d'administration a voté à sa rencontre du 21 mars dernier des étapes supplémentaires dans le processus, dont la signature d'un engagement à la confidentialité et un avis de déclaration d'intérêt pour les membres du comité.

## **Comité de nomination du chef de département de chirurgie**

Les travaux pour la nomination d'un chef de chirurgie ont débuté à la fin de l'an 2013 et se sont terminés en janvier 2015 pour aboutir à un constat d'échec. Les causes de l'échec sont multiples.

Selon nous, les bris de confidentialité n'ont pas aidé. Le débat s'est fait autant à l'extérieur du comité qu'à l'interne. Le président du comité a produit un rapport très articulé justifiant la recommandation du comité. L'exécutif du CMDP ainsi que le conseil d'administration n'ont pas accepté la recommandation et ce dernier a décidé de procéder à la création d'un deuxième comité. Les raisons motivant cette décision sont multiples et il nous ne revient pas d'en faire l'analyse. Nous émettons cependant l'avis que cette décision a été largement discutée et nous en comprenons le bien-fondé. La crédibilité de ce deuxième comité est déjà attaquée par les départements d'anesthésie et de chirurgie. Ils prétendent qu'il est télécommandé et partial. Certains vont jusqu'à s'opposer à la présence de l'UdeM et de la Direction générale du CHUM sur le comité. Cependant, il faut s'assurer que le deuxième comité ne subisse pas le même sort. L'engagement à la confidentialité et la déclaration d'intérêt aideront, mais il faut aller plus loin, d'où la recommandation d'un observateur neutre qui verra à témoigner de la rigueur du processus. Cet observateur, choisi par le conseil d'administration après consultation des chirurgiens, n'aura pas droit de parole ni droit de vote au comité.

## **Arguments des médecins réfutant la conclusion du premier comité**

Il nous semble nécessaire de tenir compte, dans ce rapport, des arguments des chirurgiens et anesthésiques qui ont refusé les conclusions du premier comité.

La majorité des membres des départements de chirurgie et d'anesthésie ont demandé, avant et pendant les travaux du premier comité de nomination, que le chef du département soit reconduit comme intérim, pour deux à trois ans ou jusqu'à la fin du déménagement. Leur argument était qu'un changement de chef pourrait avoir de graves conséquences sur toute l'opération de déménagement. Cet argument a été largement discuté lors de nos rencontres. Nous en sommes venus à la conclusion que cette inquiétude est non fondée et mériterait une explication auprès de tous les chefs de service de chirurgie. Actuellement, l'opération de déménagement est sous la direction d'un directeur chevronné pouvant compter sur une équipe de 50 personnes. De multiples comités stratégiques ont été créés, auxquels participe activement l'ensemble des chefs de service. Une adjointe administrative de haut calibre assure la liaison permanente entre les différents services de chirurgie et cette équipe. Elle maîtrise parfaitement tous les aspects du dossier.

Nous avons assisté à une rencontre avec la responsable du déménagement clinique avec tous les chefs de département. Pour nous, il est clair que les travaux sont très avancés et satisfaisants. Les grands éléments ont été réglés et font l'objet d'un consensus. Le plan de déménagement va du général jusqu'au plus petit détail, inclut un plan solide de formation pour le personnel et la participation médicale est excellente. Cette opération ne dépend pas d'un seul homme, mais d'une très grande équipe multidisciplinaire dirigée d'une main de maître et accompagnée par une firme d'expérience. D'ailleurs, vous trouverez en annexe 2 la Structure de gouvernance – Projet de modernisation du CHUM ainsi qu'un état du plan de transfert au 19 mars 2015 en annexe 3.

L'autre argument largement répandu est le danger de perdre les acquis dans les dossiers importants de la chirurgie comme le zonage de lits, le nombre de salles d'opération et la déclinaison des activités cliniques à développer au CHUM. Les membres de chirurgie perçoivent que la finalisation de ces dossiers a été l'objet de lutte et est fragile. Toutes les décisions prises ont, au contraire, fait l'objet de larges discussions, parfois difficiles, mais toujours avec comme objectif l'intérêt des patients. Les décisions ont fait l'objet d'un vaste consensus, ont été sanctionnées par le conseil d'administration et ont été approuvées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il n'existe aucun projet ni intention de remettre en question ces décisions. Ce message a été dit et répété et devra probablement être dit et répété.

L'administration reconnaît que le projet du nouveau CHUM ne sera complété qu'à 80 % en 2016. La démolition de l'Hôpital Saint-Luc et la construction du pavillon D pour l'ensemble des services ambulatoires se termineront en 2020. Un plan très précis a été approuvé pour vivre cette transition de quatre ans. Tous les aspects ont été considérés. Certains médecins du département de chirurgie n'en acceptent pas des éléments particuliers. Le critère numéro un de ce plan est l'accès pour les patients et la qualité des services, mais tous les efforts sont faits pour minimiser les impacts négatifs sur l'organisation des services et le fonctionnement du corps médical.

Cependant, quoique des efforts très importants aient été faits pour faire ce travail en collaboration avec les chefs de département et de service, les étapes du déménagement ainsi que les conclusions des grands dossiers devraient faire l'objet d'une communication constante et intense auprès de tous les médecins du CHUM, ce qui permettrait de réduire l'inquiétude et d'augmenter l'adhésion.

## Gouverne médicale – Évolution

Au cours des 20 dernières années, le réseau de la santé et des services sociaux est passé d'une réforme à l'autre. La façon de pratiquer la médecine a aussi évolué. Pensons à l'explosion de la technologie, l'affirmation des autres professions de la santé, la multidisciplinarité, l'informatisation, sans oublier l'arrivée de nouvelles générations de médecins avec des valeurs différentes de leurs aînés.

Pendant ce temps, la gouverne médicale a peu bougé dans les établissements de santé. D'ailleurs, depuis cinq ans, les mandats d'accompagnement et d'enquête donnés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par les agences se sont multipliés (CUSM, CHUM, Hôpital général juif, St. Mary, St-Eustache, etc.). Les problèmes soulevés étaient multiples, mais le problème de gouverne médicale était constamment présent. Le statut de libre entrepreneur du médecin se heurte fréquemment à la nécessité de l'établissement d'ajuster son offre non pas seulement aux besoins de la population, mais aussi à la disponibilité des ressources. De plus, il est difficile d'optimiser le processus, d'améliorer la pertinence et de maintenir la qualité à moindre coût sans la collaboration médicale. La profession médicale collabore, mais n'est pas imputable ni solidaire à plusieurs occasions, surtout quand des problèmes surviennent.

Nous reconnaissons que, dans les établissements, l'administration et tous les corps professionnels doivent participer, collaborer et adhérer au consensus. Les lois et règlements définissent bien les privilèges des médecins en établissement et leur confient leur propre gérance de la qualité de l'acte professionnel, ce qui est en général bien fait et surveillé par le Collège des médecins du Québec, mais c'est le silence sur leurs autres obligations. N'étant pas des employés de l'établissement, la Direction générale doit les convaincre de participer et d'être solidaires. Elle ne possède pas de moyens dans une situation de refus.

Même les chefs de département et de service, qui sont maintenant rémunérés, peuvent échapper à leurs obligations sans véritable conséquence. Cet état de fait est encore plus néfaste dans un hôpital universitaire comme le CHUM, où s'ajoutent les missions d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies.

L'établissement fournit au médecin toutes les ressources humaines et physiques nécessaires à l'exercice de sa profession, lui donnant ainsi l'occasion d'exercer son art pour le bien de la population, mais aussi un revenu de haut niveau à long terme. Il est raisonnable de penser que, en retour, un médecin ait des obligations allant au-delà d'un exercice professionnel de qualité.

Le bon fonctionnement d'un établissement exige qu'un médecin inscrive sa pratique professionnelle en conformité avec les orientations de l'établissement, et cela, pour toutes les missions de ce dernier. Le médecin devrait, comme tous les autres employés de l'établissement, être soumis régulièrement à une évaluation de son rendement. Les attentes, vis-à-vis de chaque médecin obtenant des privilèges dans un établissement, devraient leur être signifiées et prises en compte lors du renouvellement des privilèges.

Dans ce contrat entre l'établissement et le médecin, les tâches académiques doivent également être mentionnées et assujetties à une évaluation dans le futur, et ce, particulièrement dans le cas d'un centre académique.

Actuellement, la loi et la réglementation ne permettent pas cette approche contractuelle avec la profession médicale. Une réflexion sérieuse, sous l'égide du ministère de la Santé et des Services sociaux avec la collaboration du Collège des médecins du Québec et les fédérations médicales, devrait rapidement être envisagée pour introduire les modifications réglementaires et législatives nécessaires pour encadrer la gouverne médicale dans les établissements.

## UNE PISTE POUR L'AVENIR

En terminant ce rapport, nous voulons citer une excellente initiative du CHUM dans le domaine médico-administratif qui va exactement dans le sens proposé au dernier chapitre.

Au cours de la dernière année, la Direction des services professionnels, avec l'appui de la Direction générale, a mis en place un *contrat de service intervenu entre le CHUM et le prestataire de service médico-administratif* régissant la participation médicale aux activités médico-administratives. Ce contrat a fait l'objet d'une large consultation auprès des chefs de département et des cogestionnaires des programmes-services.

Ce contrat fixe les paramètres de la rémunération du travail administratif du chef de département et des cogestionnaires. Les montants sont raisonnables et ne constituent qu'une fraction des honoraires que les médecins réclament à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Elle est basée sur un nombre d'heures théorique qu'exige la fonction. Le contrat est d'une durée de trois ans. Le médecin doit produire chaque mois une facture détaillée selon un formulaire standardisé. Pour les frais de déplacement, il doit présenter les pièces justificatives. Le contrat rappelle les obligations stipulées à l'article 189 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* pour un chef de département et énumère une série d'obligations pour les cogestionnaires de programme (en annexe 4).

Les obligations ne vont pas au-delà de la loi et ne comprennent pas les tâches académiques.

C'est un premier pas, mais un grand pas. Si seulement tous les établissements suivaient cette voie et s'assuraient du respect des responsabilités décrites, nous pourrions progresser.

Ce contrat, comme la loi, ne prévoit rien si les obligations ne sont pas respectées. Et pour le membre régulier sans fonction administrative, c'est le vide. Au CHUM, tous les chefs de département et les cogestionnaires de programme ont signé leur contrat, à l'exception du chef du département de chirurgie.

La crise survenue au CHUM est un symptôme d'une maladie plus sérieuse à laquelle des remèdes à moyen et long terme doivent être apportés. Il en va du fonctionnement harmonieux des futurs établissements. Le dysfonctionnement de la gouverne médicale dans les établissements, lorsque présent, nuit à la gouverne en général, influence fortement la performance de l'établissement et peut avoir des conséquences néfastes sur les soins de santé.

Il est intéressant de constater que l'organisation du CHUM a souvent, dans le passé, été victime de problèmes de gouverne médicale, mais que c'est aussi au CHUM que nous retrouvons les premières pistes de solution à long terme.

## RECOMMANDATIONS

### Recommandations à l'endroit du conseil d'administration du CHUM

Nous recommandons au conseil d'administration du CHUM de :

1. Poursuivre la démarche actuelle de nomination du chef de département de chirurgie.
2. Mettre l'emphase sur la capacité du candidat ou de la candidate à :
  - a. Gérer le changement;
  - b. Assumer, dans sa vision, l'ensemble des missions du CHUM;
  - c. Communiquer adéquatement l'information;
  - d. Travailler en équipe;
  - e. Poser un regard neuf sur les problématiques actuelles.
3. S'assurer que les règlements des départements et du bloc opératoire soient rapidement révisés et ajustés pour répondre à la réalité du futur CHUM.
4. Nommer au comité de nomination du chef de département de chirurgie, après consultation des membres du département de chirurgie, un observateur neutre qui aura comme mandat de surveiller la rigueur des processus et qui en fera rapport au conseil d'administration.

### Recommandations à l'endroit du conseil d'administration du CHUM et de la direction de l'UdeM

Nous recommandons au conseil d'administration du CHUM et à la direction de l'UdeM de :

5. Planifier à moyen et long terme la double chefferie (universitaire et hospitalière) dans les grands départements du CHUM, mais pas dans tous; situation présente et acceptée dans tous les grands centres hospitaliers universitaires du monde.
6. Mettre sur pied une démarche structurée pour la mise en place de plans de pratiques dans le futur CHUM afin de favoriser la mise en commun des tâches et la protection des missions académiques.
7. Intensifier et préciser les meilleurs moyens d'introduire, en plus des tâches hospitalières, les exigences académiques lors des recrutements et des renouvellements de privilèges.

### Recommandations à l'endroit de la Direction générale du CHUM

Nous recommandons à la Direction générale du CHUM de :

8. Intensifier les outils de communication avec le corps médical.
9. Poursuivre l'approche contractuelle en cours avec les chefs de département et les cogestionnaires.

10. Amener les chefs de département à adopter une approche contractuelle similaire avec les différents services.
11. Introduire, dans cette approche contractuelle, les tâches académiques.
12. Poursuivre la réflexion sur la cogestion de programme et nommer des cogestionnaires qui sont soit chef de service ou chef de département.
13. S'assurer, à défaut de ne pas avoir de chef disponible, de nommer un médecin en lien direct avec le chef de département ou de service.

## **Recommandations à l'endroit du ministère de la Santé et des Services sociaux**

14. Proposer au gouvernement des modifications réglementaires ou législatives pour permettre l'harmonisation des gouvernes médicales et hospitalières en établissement et prévoir des mesures spécifiques pour les centres académiques.
15. Proposer au gouvernement des modifications réglementaires ou législatives encadrant les obligations des médecins en établissement en relation avec leurs privilèges.
16. Outiller les établissements par des mesures législatives ou réglementaires leur permettant d'encadrer l'approche contractuelle lors des recrutements ou renouvellements des privilèges des médecins en établissement.

## ANNEXE 1 – MANDAT D'ENQUÊTE



### **Mandat d'enquête sur la gestion médicale du Centre hospitalier de l'Université de Montréal**

10 mars 2015

## LE CONTEXTE

Différentes informations rendues publiques dans la semaine du 2 mars 2015 sont susceptibles d'affecter la confiance du public et des différentes parties prenantes au sujet de la gestion médicale du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et, particulièrement, les doutes soulevés publiquement sur la partialité du processus de nomination de chefs de départements cliniques et le climat identifié comme malsain à l'égard de la gouverne médicale.

## LE MANDAT

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (l'Agence) souhaite faire la lumière sur ces allégations, c'est pourquoi elle désigne deux enquêteurs en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* à l'article 414.2 (RLRQ, chapitre S-4.2):

L'Agence peut exercer un pouvoir de surveillance de la façon prévue à l'article 489, faire enquête ou charger une personne qu'elle désigne pour faire enquête dans les cas suivants :

(...)

2° lorsqu'un établissement tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes qu'il dessert;

(...)

L'Agence ou la personne qu'elle désigne pour faire enquête sont, pour la conduite de cette enquête, investies des pouvoirs et de l'immunité des commissaires nommés en vertu de la *Loi sur les commissions d'enquête* (chapitre C-37), sauf le pouvoir d'emprisonnement.

Ces enquêteurs sont le Dr Michel Baron et monsieur Claude Desjardins.

Ils devront contacter les personnes concernées au CHUM et consulter la documentation qu'ils jugeront appropriée, afin d'établir les faits, notamment l'impact potentiel sur les différentes missions du CHUM et définir les écarts aux règles et aux bonnes pratiques, le cas échéant. Une appréciation générale du climat entourant la gouverne médicale devra aussi être réalisée.

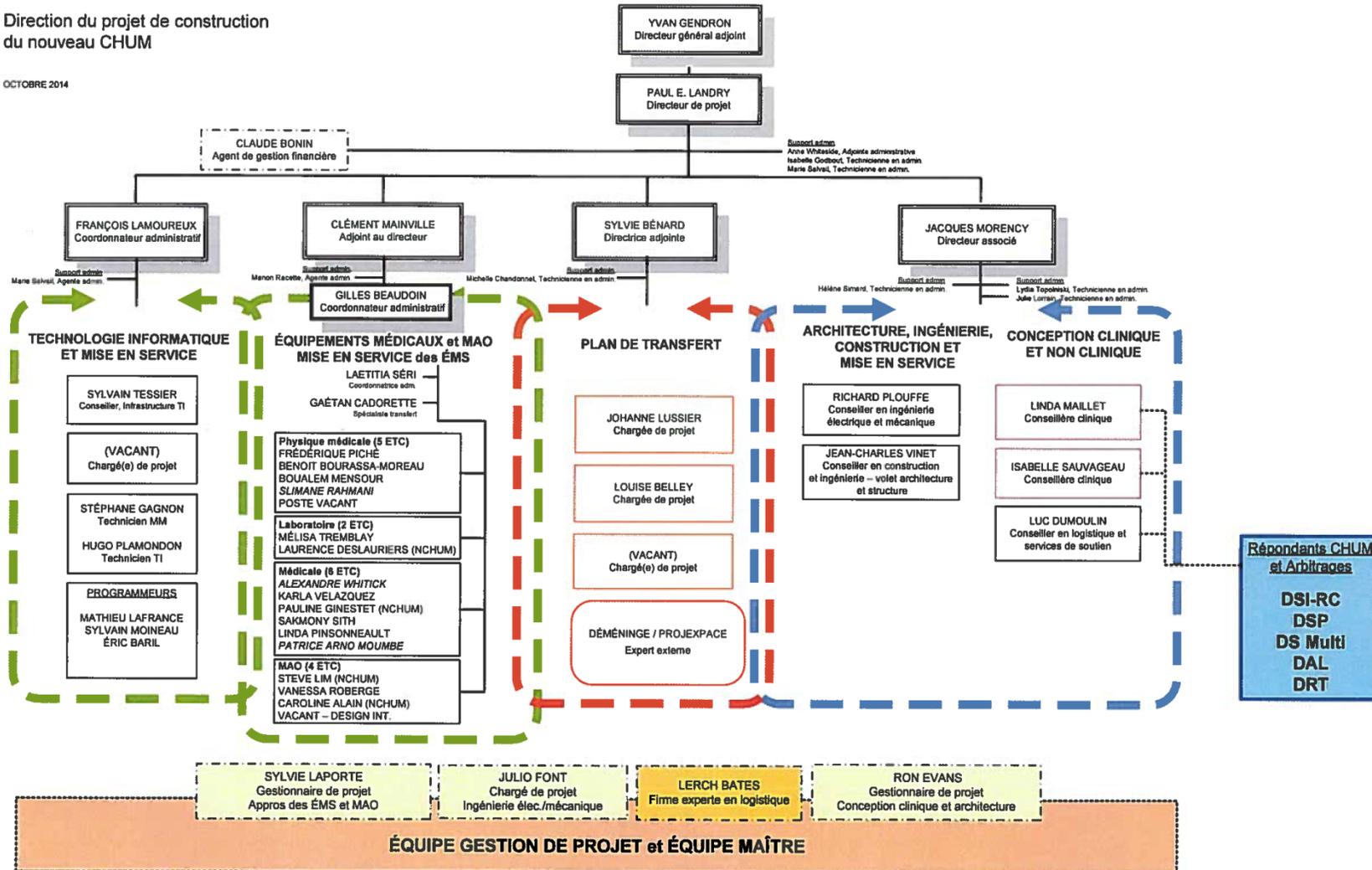
Un rapport écrit devra être soumis à la présidente-directrice générale de l'Agence au plus tard le 31 mars 2015. Ce rapport inclura l'analyse factuelle présentée au paragraphe précédent, mais aussi des recommandations aux autorités compétentes de l'établissement en vue de rétablir la confiance du public et des différentes parties prenantes envers les processus de gestion médicale.

Les enquêteurs pourront bénéficier du soutien logistique et clérical de l'Agence dans la réalisation de leurs travaux.



Direction du projet de construction  
du nouveau CHUM

OCTOBRE 2014



ANNEXE 3 – MODIFICATION À LA PLANIFICATION INITIALE DU TRANSFERT



## **Modification à la planification initiale du transfert**

Table des chefs  
Le 19 mars 2015

## Modifications apportées à la version initiale au niveau clinique

- Mineures
- Toutes les demandes des cliniciens ont été prises en compte
- Intégration des travaux au PEA et à HND pour les cliniques externes
- Niveau d'activités réduit de 5% à 10% (incluant la formation) de plus que durant la période estivale (85% au lieu de 90%), sauf pour HND qui requiert deux périodes de réduction d'activités
- Statut de la planification: ██████████
- Modifications possibles entre avril et octobre 2015. Le CHUM et ProjetCo doivent s'entendre sur le plan de transfert selon l'entente de partenariat. ProjetCo et le CHUM devront choisir conjointement le responsable du plan de transfert.

## Éléments qui peuvent influencer la planification du transfert

- Discussion avec ProjetCo sur les délais de transfert des équipements médicaux  
Statut:  (en cours)
- Mise en service opérationnelle physique (MESOP)  
Statut:
- Budget de transfert:  
Statut:  (en attente d'approbation)
- Échéancier des travaux de construction:  
Statut:  (contenu)
- Intégration des volumes issus des MAO, EMS et TI transférés  
Statut:  (en cours d'exécution)

## Autres éléments de suivis liés au plan de transfert

- MAO (mobilier, accessoire, outillage) transféré: budget à respecter

Statut:  (en cours d'évaluation)

- Suivi des risques du transfert

Statut:  globalement (quelques éléments à surveiller)

- Impact ressources humaines:

Statut:  (une centaine d'embauches à faire pour TI, DAL, hygiène et salubrité et PGMB et analyse fine à compléter pour la formation)

## ANNEXE 4 – EXTRAIT DU CONTRAT DE SERVICE (RÉVISION 2014-04-13) INTERVENU ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL ET LE PRESTATAIRE DE SERVICE MÉDICO-ADMINISTRATIF

CONTRAT DE SERVICE

Page 29 de 39

---

### ANNEXE XVI) – SERVICES

Le présent contrat remplace tout autre contrat ou entente précédente entre le CHUM et le prestataire de service.

**CONTRAT DE PRESTATION DE SERVICE MÉDICO-ADMINISTRATIF DEMANDÉ EN VERTU DE LA LOI SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX :**

### **TÂCHE A – PRESTATION DE SERVICE COMME CHEF DE DÉPARTEMENT**

#### LSSS SECTION III LES RESSOURCES HUMAINES

**Article 189. Le chef de département clinique exécute, sous l'autorité du directeur des services professionnels et mécanismes d'accès, les responsabilités suivantes :**

- 1° **Coordonner**, sous réserve des responsabilités exécutées par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens conformément à l'article 214, les activités professionnelles des médecins, dentistes et pharmaciens et, le cas échéant, des biochimistes cliniques de son département;
- 2° **Gérer les ressources médicales et dentaires** et, lorsqu'un département clinique de pharmacie est formé dans le centre, les ressources pharmaceutiques de son département et, dans la mesure prévue par règlement pris en vertu du paragraphe 13° ou 14° de l'article 505, les autres ressources;
- 3° **Élaborer, pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires ainsi que des ressources matérielles utilisées** par les médecins et dentistes; lorsqu'un département clinique de pharmacie est formé dans le centre, élaborer les règles d'utilisation des ressources pharmaceutiques ainsi que des ressources matérielles de son département;
- 3.1° **S'assurer, dans son département, du respect des règles et des modalités de fonctionnement** du mécanisme central de gestion de l'accès aux services prévu à l'article 185.1;
- 4° Dans le cas du chef du département clinique de radiologie, du chef du département clinique de laboratoires de biologie médicale et du chef du département clinique de pharmacie, **gérer les ressources de leur département clinique** dans la mesure prévue par règlement visé au paragraphe 2° du présent article. Le gouvernement peut dans ce règlement prévoir que la gestion d'une partie ou de la totalité des ressources du département clinique de radiologie, du département clinique de laboratoires de biologie médicale ou du département clinique de pharmacie est confiée par le directeur des services professionnels et mécanismes d'accès à une autre personne que le chef de ces départements cliniques;
- 5° **Faire la liste de garde** conformément aux règlements du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens approuvés par le Conseil d'administration et veiller à son application;

6° S'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques dans son département;

7° Voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département et informer, le cas échéant, le directeur des services professionnels et mécanismes d'accès ou le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'inobservation, par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de ces règles.

Les règles d'utilisation prévues au paragraphe 3° du premier alinéa doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources de l'établissement. Toutefois, ces sanctions ne peuvent être considérées comme une atteinte aux privilèges accordés par le Conseil d'administration au médecin ou au dentiste, selon le cas.

Lorsqu'aucun chef de département clinique n'est désigné, les responsabilités visées au premier alinéa sont exercées par le directeur des services professionnels et mécanismes d'accès.

Lorsque le chef de département clinique néglige d'élaborer les règles d'utilisation des ressources, le directeur général peut demander au directeur des services professionnels et mécanismes d'accès de les élaborer.

1991, c. 42, a. 189; 2006, c. 43, a. 8.

Article 190. Le chef de département clinique est responsable envers le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :

1° De surveiller la façon dont s'exercent la médecine, l'art dentaire et la pharmacie dans son département;

1.1° Le cas échéant, de surveiller, sous réserve des responsabilités exécutées par le directeur des soins infirmiers conformément aux paragraphes 1° et 1.1° du premier alinéa de l'article 207, les activités visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la Loi médicale (chapitre M-9) qui sont exercées par des infirmières, des infirmiers ou d'autres professionnels de son département habilités à les exercer par règlement du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec;

2° D'élaborer, pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;

3° De donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin ou à un dentiste lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ses privilèges; lorsqu'un département clinique de pharmacie est formé dans le centre, de donner son avis sur le statut à accorder à un pharmacien lors d'une demande de nomination.

---

Malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1), les dossiers qui concernent l'exercice des rôles décrits aux paragraphes 1<sup>o</sup> et 1.1<sup>o</sup> du premier alinéa sont confidentiels. Nul ne peut en prendre connaissance, sauf le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le Tribunal administratif du Québec ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui lui sont attribuées par la loi.

Les règles visées au paragraphe 2<sup>o</sup> du premier alinéa doivent prévoir que l'exercice professionnel des médecins, dentistes et pharmaciens des départements cliniques doit répondre à des règles uniques.

Lorsqu'aucun chef de département clinique n'est désigné ou lorsque celui-ci n'est pas un médecin, un dentiste ou un pharmacien, les responsabilités visées au premier alinéa sont exercées par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Lorsque le chef de département clinique néglige d'élaborer les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments, le Conseil d'administration peut demander au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de les élaborer.

1991, c. 42, a. 190; 1994, c. 40, a. 457; 1997, c. 43, a. 725; 2002, c. 33, a. 24; 2008, c. 11, a. 212.

#### **TÂCHE B – PRESTATION DE SERVICE COMME COGESTIONNAIRE MÉDICO-ADMINISTRATIF**

##### **a) Responsabilités générales :**

- Participer à l'élaboration des orientations du regroupement en collaboration avec le cogestionnaire clinico-administratif, la directrice des soins infirmiers/regroupements clientèles et le directeur des services professionnels et mécanismes d'accès;
  - S'approprier les orientations découlant de la planification stratégique, en tenir compte dans la détermination des objectifs du regroupement et dans la gestion du service;
  - En étroite collaboration avec le cogestionnaire clinico-administratif du regroupement, participer à la gestion de l'ensemble des ressources de façon efficace et efficiente et en être imputable, à savoir respect du cadre budgétaire, amélioration continue de la performance, utilisation rigoureuse des ressources, gestion des lits très serrée, tenue de comité de gestion mensuel, préciser les responsabilités communes et spécifiques entre les deux cogestionnaires;
  - S'assurer que les services médicaux sont accessibles en tout temps, selon les besoins de la clientèle et les ressources disponibles, en collaboration avec la direction;
  - S'assurer de la qualité des soins dispensés à l'intérieur du regroupement, (ex. utilisation rigoureuse des soins continus, formations requises dispensées, encadrement professionnel des ressources humaines et programme d'intégration, évaluation de la qualité, mesures d'ajustement mises en place lorsque requis);
-

- Collaborer à l'intégration des activités, l'harmonisation des pratiques et des processus (ex. activités réalisées en vue du Nouveau CHUM);
- Favoriser le développement de l'enseignement (formation) et de la recherche, de la promotion de la santé et de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) (indicateurs de résultats);
- Déterminer les objectifs annuels pour le regroupement et rendre compte de l'atteinte des résultats en fin d'année.

**b) Responsabilités spécifiques :**

- S'assurer de l'actualisation du plan d'action du regroupement pour le volet médical;
- Communiquer les priorités annuelles aux médecins et autre intervenants du service;
- Informer les médecins de la performance, de l'efficacité et de la qualité des services offerts par le service;
- Participer à l'évaluation des impacts des activités professionnelles des médecins du regroupement;
- S'assurer de la participation des médecins du service dans le processus de définition et de priorisation des demandes d'équipement et autres;
- Mettre en place les structures de communication du service en lien avec les différents départements et services médicaux;
- Collaborer :
  - o Au recrutement médical;
  - o À la formation médicale et à la recherche;
  - o Au plan de rétention et d'attraction de la main-d'œuvre au déploiement des ressources.