
Bilan et perspectives du RUIS de l'UdeM dans le cadre du 10e anniversaire des RUIS

Dre Hélène Boisjoly, présidente
Madame Isabelle Bayard, directrice exécutive
Le comité directeur et l'équipe du RUIS
Novembre 2014

L'année 2013 marque le 10e anniversaire des RUIS, tel qu'ils ont été conceptualisés en 2003, puis inscrits dans la loi de la santé et des services sociaux (LSSSS) en 2005 (extrait pertinent en annexe). Un premier bilan en 2008, après 5 ans d'activités, a permis au MSSS d'orienter les travaux des RUIS et leurs divers mandats. Après 10 ans d'activités, qu'en est-il?

Ce document présente le point de vue des instances du RUIS de l'UdeM dans le cadre d'un rappel de la position de 2008 et de l'évolution du RUIS depuis ce premier bilan, en tenant compte des expériences concrètes des travaux qui ont été menés au RUIS ainsi que du contexte de réflexion entourant le projet de loi 10.

NOTE AU LECTEUR	4
I. CONTEXTE	4
II. LA CRÉATION DES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ (RUIS)	5
1. LA VISION INITIALE	5
2. LA CARTE DES RUIS ET SES COMPOSANTES	5
III. L'ÉVOLUTION DU RUIS DE L'UDEM DE 2003-2014	6
1. GOUVERNANCE	6
2. PRÉSIDENTE	6
3. COMITÉ DIRECTEUR ET SON COMITÉ EXÉCUTIF	6
4. COMITÉ DIRECTEUR ÉLARGI	7
5. PRINCIPES DIRECTEURS	7
6. STATUT JURIDIQUE DES RUIS	9
IV. LA MISSION, LA VISION ET LES FONCTIONS DU RUIS DE L'UDEM	9
1. LA MISSION	9
2. LA VISION	9
3. LES FONCTIONS	9
V. ACTIVITÉS ET RÉALISATIONS SPÉCIFIQUES DU RUIS DE L'UDEM	10
1. L'OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ	10
1.1. SOINS SURSPÉCIALISÉS ET CORRIDORS DE SERVICES	10
1.2. EFFECTIFS MÉDICAUX	11
1.3. GUICHET UNIQUE POUR LA GESTION DES TRANSFERTS DE PATIENTS	11
1.4. MESURES DE QUALITÉ ET AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES	11
1.4.1. IM-QUÉBEC	12
1.4.2. AVC-QUÉBEC	12
2. ENSEIGNEMENT	13
2.1. COMITÉ DE COORDINATION DE L'ENSEIGNEMENT	13
2.2. FORMATION INITIALE ET GESTION DES STAGES	13
2.3. TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES	14
2.3.1. ENVIRONNEMENT NUMÉRIQUE D'APPRENTISSAGE ET DE COLLABORATION	14
2.3.2. FORUM BIENNUEL DU RUIS DE L'UDEM	14
2.3.3. JOURNÉE DE FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE EN TÉLÉSANTÉ	15
3. RECHERCHE	15
4. ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION	16
5. LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE COLLABORATION ET DE PARTENARIAT AVEC LE PATIENT ET SES PROCHES	16
VI. TABLE NATIONALE DES RUIS	17
VII. TABLES SECTORIELLES EN LIEN AVEC LES TABLES NATIONALES	17
1. CARDIOLOGIE TERTIAIRE	17
2. DOULEUR CHRONIQUE	17
3. EFFECTIFS MÉDICAUX (PREM)	17
4. ETMIS	18
5. GÉNÉTIQUE	18
6. MÈRE-ENFANT	18
7. NEUROVASCULAIRE	18
8. SOINS INFIRMIERS – DSI	18
9. TÉLÉSANTÉ	18

10.	TRANSPLANTATION	19
11.	VEILLISSEMENT.....	19
VIII.	COMITÉS INTRA-RUIS UDEM	19
1.	DSP-DRAMU	19
2.	COORDINATION DE L'ENSEIGNEMENT.....	19
3.	COORDINATION DE LA RECHERCHE	19
4.	COMMUNICATIONS.....	20
5.	CONSORTIUM DES RESSOURCES ÉLECTRONIQUES.....	20
6.	PRATIQUES COLLABORATIVES & PATIENT PARTENAIRE	20
7.	RÉADAPTATION:.....	21
IX.	MANDATS DU MSSS.....	21
X.	RECOMMANDATIONS AU MSSS SUITE AUX RÉFLEXIONS DU RUIS DE L'UDEM.....	22
1.	LSSSS : COMPOSANTES QU'IL SERAIT SOUHAITABLE DE MODIFIER	22
2.	RÔLE DES COMPLÉMENTAIRE DES RUIS ET DES AGENCES	22
3.	LES MANDATS DU RUIS	23
4.	RUISSS.....	23
5.	LE FINANCEMENT DES RUIS.....	23
XI.	CONCLUSION	23
XI.	ANNEXES	24
	ANNEXE 1 : EXTRAIT DE LA LSSSS : LES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES DE SANTÉ - ARTICLES DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q., CHAPITRE S-4.2)	24
	ANNEXE 2 : RÈGLEMENTS DU RUIS DE L'UDEM.....	28

NOTE AU LECTEUR

Nous savons qu'il ne sera pas possible d'aller en profondeur sur tous les dossiers que nous traitons au RUIS dans le cadre de ce bilan. Nous avons donc présenté, pour illustrer nos réflexions de manière concrète, quelques exemples probants qui présentent des travaux et des réalisations de notre RUIS. Bien que ce bilan soit déjà dense, il s'agit d'une sélection que nous avons voulue représentative de la richesse et de la diversité de nos activités.

Depuis la naissance du RUIS de l'UdeM, se sont succédé des présidents et vice-présidents qui ont eu beaucoup de leadership et qui ont permis à notre RUIS de se développer d'une manière très fructueuse avec les partenaires qui y prennent part activement et généreusement.

Le bilan présenté illustre bien cet engagement. Nous souhaitons qu'en le parcourant, il vous soit possible de capter l'esprit de collaboration et de développement qui anime nos instances.

I. CONTEXTE

L'année 2013 marque le 10^e anniversaire des RUIS, tel qu'ils ont été conceptualisés en 2003, puis inscrits dans la loi de la santé et des services sociaux (LSSSS) en 2005 (extrait pertinent en annexe). Un premier bilan en 2008, après 5 ans d'activités, a permis au MSSS d'orienter les travaux des RUIS et leurs divers mandats. Après 10 ans d'activités, qu'en est-il?

Le dépôt du projet de loi 10 au moment où ces réflexions ont cours, vient fortement les influencer.

Nous avons donc, tenant compte des travaux entourant la commission parlementaire sur le projet de loi 10 où la table nationale des RUIS a été conviée, et ainsi qu'à partir des avis présentés en 2008, concentré notre réflexion sur les aspects suivants:

- Pourquoi avoir créé les RUIS?
- Le mandat des RUIS et leur portée dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- Les RUIS : Évolution et bilan des réalisations - « succes story », enjeux, déploiement de l'académisme;
- La complicité des RUIS et du réseau - la valeur ajoutée des RUIS, rôle de concertation, rôle inter-régional, autonomie des régions;
- L'avenir des RUIS : quelques pistes de réflexion

Ce document présente le point de vue des instances du RUIS de l'UdeM dans le cadre d'un rappel de la position de 2008 et de l'évolution du RUIS depuis ce premier bilan, en tenant compte des expériences concrètes des travaux qui ont été menés au RUIS ainsi que du contexte de réflexion entourant le projet de loi 10.

II. LA CRÉATION DES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ (RUIS)

1. La vision initiale

La naissance des RUIS a coïncidé avec la réorganisation de 2005 du système québécois de santé et de services sociaux caractérisée par :

- La création de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS), instances locales appelées à coordonner un réseau local de services de santé et de services sociaux, sur un territoire donné, en fonction de deux principes directeurs : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services;
- La fusion des CLSC, CHSLD et hôpitaux communautaires et régionaux au sein des CSSS;
- La transformation des régies régionales en agences régionales, avec des pouvoirs accrus en termes d'organisation des services dans leur région.

Ainsi, le ministre de la Santé et des Services sociaux a créé les RUIS :

« Afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements pour chaque territoire de desserte que détermine le ministre de concert avec le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, un réseau universitaire intégré de santé. » (Art. 436.1)

Ces changements législatifs et structurels ont canalisé beaucoup d'énergie des agences et des établissements au cours des dernières années.

2. La carte des RUIS et ses composantes

Quatre réseaux, correspondant aux facultés de médecine du Québec (Université Laval, Université McGill, Université de Montréal, Université de Sherbrooke) et leur territoire d'enseignement ont ainsi vu le jour. Ils ont depuis été mis en œuvre de manière productive et fructueuse par les leaders de chacun de ces RUIS et par l'ensemble des partenaires qui y ont pris part : les facultés de médecine¹, les établissements de santé, les agences de santé et des services sociaux, ainsi que le ministère de la santé et des services sociaux.

Chaque RUIS est à la base composé de :

«...tous les établissements de son territoire qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés désigné centre hospitalier universitaire (CHU), institut universitaire (IU) ou centre affilié universitaire (CAU) et qui sont affiliés à l'université associée à ce réseau, ainsi que de tout établissement qui exploite un centre de réadaptation désigné institut universitaire ou centre affilié universitaire (LSSSSS, art. 436.1)».

Il est toutefois à noter que tout établissement du territoire d'un RUIS peut être appelé à contribuer à la mission académique - avec ou sans désignation universitaire ministérielle², avec ou sans contrat d'affiliation avec une université - par le biais de stages professionnels ou par la présence d'une Unité de médecine

¹ Les facultés de médecine, conformément à la loi ont une obligation d'animer les RUIS mais ce sont jointes à elles, selon la structure des universités concernées, les secteurs des sciences de la santé (réadaptation, nutrition, orthophonie et audiologie), les facultés de sciences infirmière, de pharmacie et de médecine dentaire et des sciences sociales favorisant ainsi une approche intégrée des disciplines de la santé et du secteur social.

² La désignation universitaire est conférée par le ministère de la Santé et des services sociaux.

familiale (UMF) qui accueille des résidents en médecine de famille. Ils font donc partie intégrante des RUIS, bénéficient de leurs activités de développement et contribuent à leurs travaux.

III. L'ÉVOLUTION DU RUIS DE L'UDEM DE 2003-2014

1. Gouvernance

Conformément au texte de la LSSSS, le RUIS de l'UdeM a créé un comité directeur, lequel est présidé en alternance par le doyen de la faculté de médecine et le directeur général du CHU adulte. Le directeur général du CHU mère-enfant est vice-président ex-officio.

En outre, le comité directeur du RUIS de l'UdeM s'est doté en 2009 de règles de fonctionnement qui ont été amendées en 2013-2014 (en annexe).

2. Présidence

Depuis 2003, quatre présidents se sont succédé à la présidence du RUIS, respectant ainsi le principe d'alternance proposé dans la loi :

- Dr Denis R. Roy, directeur général du CHUM
- Dr Jean Rouleau, doyen de la faculté de médecine
- M. Christian Paire, directeur général du CHUM
- Dre Hélène Boisjoly, doyenne de la faculté de médecine (en cours)

En 2008, le comité directeur du RUIS a proposé qu'une certaine souplesse permette de *«tenir compte de situations particulières : titulaire intérimaire ou nouvellement nommé, priorités du RUIS, etc. Le doyen et le DG du CHU pourraient faire des recommandations au ministre pour le renouvellement de la nomination.»*³. Dans les faits, cette recommandation a été appliquée au RUIS de l'UdeM par consensus entre les présidents lors de l'alternance.

3. Comité directeur et son comité exécutif

Le comité directeur se réunit à quatre reprises pendant l'année. Les membres du comité directeur sont, conformément à la loi :

- Tous les directeurs généraux des établissements qui composent ce RUIS
- Le PDG de chacune des agences du territoire de desserte du RUIS (PDG de la Montérégie désigné par ses pairs⁴)
- Le doyen de la faculté de médecine de l'université associée au RUIS

Le RUIS de l'UdeM a pris pour résolution⁵ d'inviter de manière permanente les représentants suivants :

- Les directeurs généraux des centres hospitaliers affiliés sans désignation universitaire
- Les doyens des facultés de Sciences infirmières, Pharmacie et Médecine dentaire
- Le vice-doyen exécutif de la faculté de médecine
- Les directeurs généraux des CSSS ayant une désignation universitaire
- Le directeur des affaires universitaires du MSSS.

³ Selon les règlements de régie interne du RUIS, en annexe.

⁴ idem

⁵ Selon les règlements de régie interne du RUIS, en annexe

En 2008, le comité directeur a manifesté le souhait que les PDG des agences ne se fassent pas représenter par leur DRAM-U, ce qui était une pratique courante pour certaines agences. Cette recommandation a été respectée puisqu'en 2014, la majorité des PDG siège personnellement au comité directeur.

Par ailleurs, dans son évaluation de 2008 le comité directeur *«considère que les CSSS affiliés universitaires devraient être inclus au deuxième paragraphe de l'article 436.1»*. Cette recommandation a été mise en application dès lors au RUIS de l'UdeM.

Le comité exécutif se réunit une fois par mois. Les participants au comité exécutif sont les suivants :

- Les directeurs généraux des centres hospitaliers ayant une désignation universitaire,
- Le président directeur général de l'agence de santé et des services sociaux de Montréal
- Un président directeur général d'une ASSS représentant les autres régions du RUIS, désigné par ses pairs pour un mandat de deux renouvelable.
- Le doyen de la faculté de médecine
- Le vice-doyen exécutif de la faculté de médecine,
- Le directeur général d'un centre hospitalier psychiatrique nommé par le président,
- Le directeur général d'un centre hospitalier de réadaptation nommé par le président,
- Le directeur général d'un CSSS affilié nommé par le président,
- Le directeur général d'un CAU montréalais, désigné par ses pairs pour un mandat de deux ans renouvelable
- Les directeurs généraux des CSSS affilié et/ou CAU régionaux avec campus universitaire (Mauricie et Laval)
- Le directeur des affaires universitaire du MSSS

Cette composition date du printemps 2013 afin de refléter la contribution des milieux de première ligne et du secteur social au RUIS.

4. Comité directeur élargi

Le comité directeur du RUIS a introduit dans sa gouvernance en 2014 une rencontre élargie qui figure dans le cadre de sa programmation et qui se réunit une fois par année (l'une des 4 rencontres prévues). Cette rencontre annuelle est constituée des membres du comité directeur et des présidents et membres des tables sectorielles et comités intra-RUIS de même que des experts cliniciens responsables de dossiers et mandats du RUIS.

5. Principes directeurs

Le comité directeur du RUIS de l'UdeM dans le cadre de travaux de planification stratégique⁶, a souhaité établir des principes directeurs pour réaliser sa mission. Ces principes sont les suivants :

«Le RUIS de l'UdeM est essentiellement un mécanisme de concertation d'un réseau de savoirs, d'expertises et d'expériences de ses membres.

- *Il n'a pas de personnalité juridique et n'a pas d'autorité sur ses membres;*
- *Il exerce ses responsabilités dans un univers socio sanitaire caractérisé par trois niveaux de gouvernance (locale, régionale et nationale), au sein duquel les établissements et les agences ont des responsabilités différenciées les uns par rapport aux autres;*

⁶ Planification stratégique 2012-2015

- *Certaines conditions de succès sont essentielles au bon fonctionnement d'un réseau :*
 - *Intérêt supérieur commun et partagé*
 - *Reconnaissance des autonomies, des complémentarités et des interdépendances*
 - *Partage d'informations, de connaissances et d'expertises*
 - *Confiance mutuelle*
 - *Contribution active et engagement*
 - *Effet de synergie, « intelligence collective »*
 - *Résultats à « valeur ajoutée »*
 - *Leadership partagé*
 - *Règles de jeu claires et acceptées*
 - *Actions centrées sur des objets concrets d'intérêt commun*

- *Le RUIS de l'UdeM est un mécanisme du réseau de la santé :*
 - *Il est créé par la LSSSS et est imputable au ministre de la Santé et des Services sociaux;*
 - *Sa mission est plus en lien avec les « services de santé » qu'avec les « sciences de la santé »;*
 - *En matière d'organisation des services, il agit en appui au fonctionnement performant des réseaux régionaux (agences) et du réseau national (MSSS).*

- *Le RUIS de l'UdeM est composé des membres partenaires suivants :*
 - *Les établissements de santé ayant une désignation universitaire affiliés à l'UdeM;*
 - *L'UdeM et ses facultés, avant tout sa Faculté de médecine;*
 - *Les agences de la santé et des services sociaux du territoire de desserte du RUIS.*

- *Chacun des membres partenaires du RUIS de l'UdeM doit participer activement au RUIS tant en amont (proposer des sujets d'étude, donner des mandats, prendre des engagements) qu'en aval (contribuer à la mise en œuvre, assurer le suivi et évaluer les résultats).*

- *Il y a interdépendance entre soins, enseignement et recherche. Les soins ont besoin de la contribution de l'enseignement et de la recherche, l'enseignement à besoin de la contribution des soins et de la recherche, la recherche a besoin de la contribution des soins et de l'enseignement.*
- *Comme mécanisme de concertation, le RUIS de l'UdeM intervient là où l'intégration harmonieuse des missions de soins, d'enseignement et de recherche requiert la collaboration et la contribution des établissements, des agences et de l'université.*

- *L'action du RUIS de l'UdeM s'inscrit dans le contexte suivant :*
 - *Les agences ont la responsabilité de l'organisation et de la coordination des services dans leur région et de s'assurer de la mise en place de corridors de services interrégionaux;*
 - *La coordination locale de la responsabilité populationnelle a été attribuée aux CSSS;*
 - *La hiérarchisation des services entre la 1re, la 2e et la 3e ligne requiert des corridors de services bidirectionnels;*
 - *Le RUIS doit favoriser et soutenir une 1re ligne forte;*
 - *Le RUIS doit favoriser la concentration des services hautement spécialisés.*

- *Le RUIS de l'UdeM doit collaborer avec les autres RUIS.»*

Ces principes directeurs demeurent toujours d'actualité pour les instances du RUIS de l'UdeM.

6. Statut juridique des RUIS

En 2008, le comité directeur du RUIS a affirmé que :

« Le RUIS est une entité sous l'égide du Ministère. Elle exige des échanges, des consensus et des débats sans avoir besoin nécessairement de recourir à une personnalité juridique. Cette absence de statut juridique n'est pas un problème. L'inconvénient est qu'il fait porter la responsabilité et les risques associés à la gestion des ressources humaines, financières et matérielles des RUIS uniquement au fiduciaire des fonds du RUIS (le CHUM dans le cas du RUIS de l'UdeM). L'attribution d'un statut juridique pourrait par contre alourdir la gestion des RUIS. Il serait préférable de simplement préciser clairement le mandat et les responsabilités de l'institution mandatrice quant à la gestion des ressources humaines, financières et matérielles des RUIS.»⁷

Nous estimons que cette analyse est toujours valable en 2014. En effet, le cadre législatif du RUIS recèle certaines ambiguïtés qui, à l'usage, créent des difficultés sur le plan de la mission et de la gouvernance du RUIS, par exemple, les agences sont-elles des membres à part entière du RUIS ou des « clients » du RUIS qui reçoivent des propositions? Le champ d'intervention du RUIS, en termes de propositions, ne touche-t-il que les services médicaux spécialisés? L'université n'est-elle identifiée qu'à sa faculté de médecine? Les établissements membres ne sont-ils que les CHU, CAU et instituts?

En outre, les instances du RUIS de l'UdeM estiment que le leadership d'influence qui est attendu des RUIS ne s'exerce pas nécessairement dans le cadre d'une structure formalisée juridiquement. Cette absence de personnalité juridique peut parfois même servir la dimension diplomatique du mandat des RUIS. En ce qui concerne le RUIS de l'UdeM, de nombreuses initiatives structurantes qu'elles soient le fruit de mandats du MSSS ou initiées par les tables sectorielles du RUIS, ont permis d'exercer du leadership, de faire évoluer les dossiers jusqu'à un certain niveau où des enjeux de pérennité financière des projets se sont présentés. Cette question, plus prégnante que les enjeux juridiques dans le leadership du RUIS, est un frein plus important et mériterait d'être approfondie à la lumière de l'expérience actuelle des RUIS.

IV. LA MISSION, LA VISION ET LES FONCTIONS DU RUIS DE L'UDEM

1. La mission

La mission du RUIS de l'UdeM est de favoriser la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement, de recherche et d'ÉTMIS au sein des établissements de santé ayant une désignation universitaire, tout en privilégiant la concertation et la collaboration entre les membres partenaires du RUIS.

2. La vision

Le RUIS de l'UdeM contribue à l'amélioration de la santé de la population par la mise en réseau, dans les milieux cliniques, du savoir, de l'expertise et de l'expérience de ses membres partenaires.

3. Les fonctions

Le RUIS de l'UdeM reçoit des demandes de ses membres partenaires et du ministre. Il leur formule des propositions sur les sujets suivants :

- L'offre de services de santé
- L'enseignement
- La recherche

⁷ Bilan du RUIS de l'UdeM, 2008

- L'ÉTAMIS
- Le développement d'une culture de collaboration et de partenariat avec le patient et ses proches

Les instances du RUIS de l'UdeM estiment que les RUIS constituent une richesse qui n'est pas encore exploitée à son plein potentiel. Ceux-ci peuvent et souhaitent continuer à offrir une plus-value dans les grands projets de société qui attendent le réseau de la santé et des services sociaux, notamment en soutenant l'essentielle alliance entre les milieux académiques et les équipes cliniques locales, régionales et suprarégionales des quatre territoires de RUIS.

V. ACTIVITÉS ET RÉALISATIONS SPÉCIFIQUES DU RUIS DE L'UDEM

Les instances du RUIS de l'UdeM se sont données depuis leur création deux plans stratégiques : un plan 2008-2011 et un plan 2012-2015. La présente section décrit succinctement les activités et réalisations du RUIS de l'UdeM dans ses grands champs d'intervention : l'offre de services de santé, enseignement, recherche, évaluation des technologies et modes d'intervention.

1. L'offre de services de santé

1.1. Soins surspécialisés et corridors de services

Ce dossier a été central dans la programmation du RUIS de l'UdeM, depuis ses débuts. Un premier portfolio de services ultraspecialisés, développé en 2007, été aligné principalement sur l'offre de services dans les spécialités chirurgicales a été dans l'ensemble bien respecté par les établissements et les agences régionales.

Une cartographie de l'offre surspécialisée en médecine, chirurgie, santé mentale et réadaptation, comprenant les volets enseignement et recherche a été amorcée en 2013. Cette cartographie vise :

«*Pour les **établissements du RUIS et les professionnels de la santé** :*

- *se donner des points de repère solides et fiables en termes de qui fait quoi en soins hautement spécialisés au sein du RUIS;*
- *favoriser un positionnement plus clair dans le plan stratégique de chaque établissement et contribuer à développer une meilleure complémentarité entre partenaires d'un même réseau.*

*Pour le **RUIS** et pour les **Agences** :*

- *définir, le plus clairement possible, l'offre de soins hautement spécialisés, et sa localisation...*
- *...afin que les partenaires du RUIS (cliniciens, établissements et agences régionales) puissent identifier les corridors de services à mettre en place ...*
- *...pour que leurs patients aient accès à ces services hautement spécialisés, avec un gage de qualité et de sécurité.*

*Pour le **MSSS** :*

- *en plus de ce qui précède, instaurer un processus d'introduction et de dissémination de l'innovation, i.e. les nouvelles technologies et les pratiques cliniques innovantes en lien avec ces soins hautement spécialisés.*

*Pour la **Faculté de médecine** et l'**Université de Montréal** :*

- *arrimer les soins hautement spécialisés à :*
- *des activités de recherche significatives, pérennes, financées par des comités de pairs ;*

- *des activités d'enseignement et de formation surspécialisée reconnues (ex. : fellowship, formation post-graduée, infirmière praticienne spécialisée (IPS), etc.).»⁸*

1.2. Effectifs médicaux

Le RUIS de l'UdeM a constitué un comité de coordination des services professionnels (DSP/DRAMU) et un comité technique PREM – RUIS qui s'est appliqué à réaliser ce mandat. Le bilan de 2008 indique que :

«...malgré toute la bonne volonté dont font part les membres de la table PREM-RUIS, ceux-ci ne disposent pas de toutes les informations requises pour tenir compte adéquatement des besoins de soins, d'enseignement, de recherche et de gestion.

Les plans d'effectifs médicaux gagneraient beaucoup à mieux refléter la réalité des milieux en tenant compte des ETC de soins, d'enseignement et de recherche, ce qui permettrait de mieux équilibrer les équipes en effectif. Si on ne tient pas compte des ETC, l'opération de validation des postes vacants risque fort de passer à côté des véritables problèmes.

Pour favoriser l'autosuffisance des régions et éviter des bris de services, il faudrait tout d'abord désigner des missions ou pôles régionaux de soins. Ceci permettrait de créer plus facilement en région des équipes stables et complètes de médecins spécialistes. Lorsque cela s'avérerait impossible ou insuffisant, il faudrait favoriser l'utilisation de PREM-réseau bien encadrés.»

Le comité sur les effectifs médicaux a suspendu ses activités en 2008. Le comité DSP-DRAMU a poursuivi son mandat en ajustant sa programmation pour pouvoir tenir compte des enjeux de ruptures de services.

1.3. Guichet unique pour la gestion des transferts de patients

Le Centre de coordination des demandes de transfert et de formation (CCDTF), mis sur pied par le RUIS, a coordonné l'organisation de plusieurs corridors de services entre les établissements universitaires et les CSSS. Ces corridors de services ont été entérinés par les agences.

Le CCDTF a également déployé un système d'information Web pour la gestion des demandes de transfert : vers le centre tertiaire et le retour à l'hôpital référant, dont l'organisation de la formation pour le retour des patients dans les établissements avec le soutien, notamment, de services de télésanté. Ce centre est le fruit de partenariat financier entre les Agences qui se sont cotisées pour la création et la mise en œuvre de ce service. L'entente de services arrive à son terme en 2014 et devra être révisée pour tenir compte des nouveaux besoins.

1.4. Mesures de qualité et amélioration continue des pratiques

En 2008, les instances du RUIS de l'UdeM se sont donné une orientation majeure pour l'amélioration de la qualité :

« Considérant l'importance des services généraux de 1ère ligne à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, considérant depuis plusieurs années l'identification des maladies chroniques comme problème de santé majeur, considérant l'importance de répondre à ces problématiques à l'aide de données probantes et de pratiques validées, considérant l'expertise dans les centres universitaires, considérant que la formation des professionnels de la santé se fait en bonne partie dans les centres affiliés universitaires, il nous apparaît primordial que les centres universitaires

⁸ Rapport préliminaire, cartographie des soins hautement spécialisés, RUIS de l'UdeM, 2013.

soient impliqués dans l'identification des pratiques qui amélioreront la santé et le bien-être de la population, dans la diffusion de ces pratiques auprès des professionnels en pratique et évidemment auprès des étudiants en formation. »

Certains travaux, lancés dans cette veine, ont présenté des résultats très intéressants en termes de contenu et d'impact, mentionnons particulièrement : cardiologie tertiaire, AVC–neurovasculaire, vieillissement, gestion de la douleur chronique, pratiques collaboratives, patients partenaires, consortium des ressources documentaires électroniques, pour ne citer que quelques exemples. Toutefois, les efforts financiers requis pour poursuivre ces activités, bien que celles-ci aient démontré des résultats spectaculaires, ne sont pas toujours réalisables sans le soutien du MSSS et fragilisent la pérennité des activités.

1.4.1. IM-Québec

La base de données IM-Québec fait partie des exemples les plus probants des réalisations du RUIS de l'UdeM et du potentiel de collaboration inter-RUIS. Cet outil a été développé sur l'initiative du comité de cardiologie tertiaire du RUIS de l'UdeM en 2010, grâce à un partenariat financier des agences de son territoire et du Centre des Essais Cliniques de l'Institut de Cardiologie de Montréal (CCEC) qui a accepté de mettre à contribution son équipe de spécialistes et ses infrastructures de technologies de l'information. La base de données IM-Québec vise à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints d'un infarctus du myocarde sur la base des meilleurs standards de la pratique : des temps de traitement de moins de 90 minutes pour l'angioplastie primaire et de moins de 30 minutes pour la fibrinolyse.

En effet, suite aux résultats d'ÉTIAMEST-1, 35 hôpitaux des régions Laval-Laurentides-Lanaudière et Montérégie-Mauricie-Montréal ont contribué à cette importante banque de données pour mieux comprendre les délais de traitement de leurs patients et depuis 2010, les équipes locales analysent les rapports trimestriels et annuels de leurs patients pour mieux cibler les actions nécessaires à l'amélioration des temps de traitement.

Après 5 ans d'activités, un déploiement sur l'ensemble du territoire du RUIS de l'UdeM, incluant la mobilisation des services pré-hospitaliers, les résultats sont impressionnants : cette importante banque de données qui inclue environ 1900 patients par an (pour le territoire de l'UdeM seulement) et les délais de traitement ont été améliorés d'année en année pour atteindre une amélioration globale de 30 minutes de moins entre l'appel aux services d'urgence et la sortie de la salle d'opération. Un déploiement progressif sur les territoires du RUIS McGill et du RUIS Sherbrooke est en cours.

1.4.2. AVC-Québec

Dans le cadre de la mise en place progressive du continuum de services AVC sur l'ensemble du territoire québécois (initié avec les établissements de santé physique et de réadaptation) le RUIS de l'UdeM, fort des résultats d'IM-Québec, s'est vu confier en 2011 le mandat de coordonner les travaux inter-RUIS de développement d'une base de données de patients ayant subi un AVC, à des fins de suivi longitudinal des personnes et des services rendus (outil clinique), d'assurance qualité et amélioration continue, de recherche et de comparaison avec juridictions comparables.

Ces travaux mettant en collaboration une équipe inter-RUIS multidisciplinaire sont dans leur dernier droit. L'outil a été développé dans les règles de l'art des technologies disponibles, dans le respect des contraintes liées à la sécurité des actifs informationnels du réseau de la santé et conformément aux plus hauts standards de la pratique internationale en matière de traitement et de suivi des patients ayant souffert d'un AVC. Il a en outre bénéficié d'un pilotage en milieu réel grâce à la collaboration de la région de la

Montréal, couverte par trois RUIS, qui a permis de déployer l'outil dans sa phase expérimentale et en lien avec un centre tertiaire de référence à Montréal. Le produit sera livré au ministère dans le premier trimestre de 2015.

2. Enseignement

2.1. Comité de coordination de l'enseignement

Un comité de coordination universitaire de l'enseignement dans les centres hospitaliers a été constitué et a même précédé la création du RUIS dont il est, en quelque sorte la première manifestation. Ce comité est conjoint avec le rectorat de l'UdeM, conformément aux contrats d'affiliation des établissements. Il est entièrement pris en charge par la permanence du RUIS. Il a été présidé au fil des ans par les personnes suivantes :

Année	Nom	Établissement
1988-1992	Dr Jacques-Charles Ducharme	CHU Sainte-Justine
1993-1998	Dr Louis Laplante	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
1999-2001	Dr Normand Lapointe	CHU Sainte-Justine
2002-2005	Dr Jean-Paul Ferron	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
2006-2007	Dr Marc Girard	CHU Sainte-Justine
2008-2011	Dr Jacques Bernier	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
2011-en cours	Dre Marie-Josée Dupuis	CHUM

Le rôle du Comité de l'enseignement du RUIS de l'UdeM est double, soit stratégique et fonctionnel. D'une part, le Comité de l'enseignement du RUIS de l'UdeM agit comme vigie pour tous les aspects pertinents à l'évolution de l'enseignement clinique et influence les activités qui y sont reliées au sein du réseau affilié à l'UdeM. De ce fait, le comité assume un rôle de leadership en collaboration avec les Facultés de l'UdeM et en soutien à leurs programmes et au sein du RUIS.

D'autre part, le Comité de l'enseignement du RUIS de l'UdeM agit comme coordonnateur de l'enseignement clinique. Il s'assure ainsi du déploiement approprié des stages de l'Université de Montréal au sein des milieux cliniques affiliés ainsi que du soutien au bon fonctionnement des directions de l'enseignement qui s'occupent localement de la gestion des stages pour chacun des établissements du réseau, dans le respect des exigences des organismes d'agrément des écoles et programmes.

Selon le besoin, le Comité de l'enseignement du RUIS de l'UdeM peut créer des sous-comités de travail ou des groupes *ad hoc*, à durée limitée, afin de se pencher sur des enjeux ponctuels ou tout autre mandat jugé pertinent. Ainsi, depuis 2012, quelques sous-comités de travail ont œuvré à des problématiques spécifiques : la documentation des coûts indirects de l'enseignement pour les établissements affiliés⁹, les laboratoires d'habiletés cliniques, les systèmes d'information pour la gestion des stages en milieu hospitalier, l'intégration des problématiques des stages en sciences de la santé et en pharmacie, etc.

2.2. Formation initiale et gestion des stages

Le rôle du RUIS est de travailler en étroite collaboration avec les facultés afin, d'une part, que cette formation réponde de façon optimale aux besoins des établissements de santé et, d'autre part, que la formation clinique soit de haute qualité et prépare bien à tous les genres de pratique dans le réseau. Dès

⁹ Un rapport a été réalisé en 2013 en collaboration avec la Chaire internationale CPA en contrôle de gestion HEC Montréal

2002, nous avons manifesté notre volonté de mieux former nos étudiants à la pratique en région. Notre réseau a été particulièrement actif dans ce domaine avec l'ouverture du Campus de la Mauricie, de nombreuses UMF et de nouveaux milieux de stages en régions. Le défi (notamment au niveau de l'agrément) est maintenant de s'assurer que la qualité de l'enseignement demeure égale dans tous les milieux de formation clinique.

2.3. Transfert des connaissances et maintien des compétences

La responsabilité du transfert des connaissances et du maintien des compétences est beaucoup moins claire dans le mandat des RUIS et de nombreux organismes y sont impliqués (facultés, établissements, agences, ordres professionnels, fédérations, syndicats, etc.). Nous avons déjà plusieurs réussites dans ce domaine.

2.3.1. Environnement numérique d'apprentissage et de collaboration

L'équipe du Centre de Coordination et de Référence (CCR) du RUIS de l'UdeM a réalisé l'implantation d'une centaine de salles de visioconférence dans les établissements situés sur le territoire du RUIS. Ainsi, dans le cadre d'un plan de diffusion numérique, réalisé pour l'ensemble des activités du RUIS et avec toute l'expertise développée en téléformation, le RUIS de l'UdeM met à la disposition de tous les professionnels des établissements de santé un environnement numérique d'apprentissage (ENA du RUIS de l'UdeM).

Cette plate-forme de diffusion permet **d'augmenter l'impact de tous les efforts** déployés par les équipes depuis les dernières années en matière de téléformation, notamment par le biais de la visioconférence, en rendant accessibles ces vidéos en différé. L'ENA du RUIS de l'UdeM rassemble du matériel pédagogique tel que des enregistrements de visioconférence, des formations, des conférences, des colloques ainsi que des activités de cyber apprentissage («e-learning») et autres documents d'appoint en format numérique s'adressant à tous les professionnels de la santé.

Tout membre d'un établissement de santé partenaire du RUIS de l'UdeM peut y inscrire son établissement comme diffuseur dans l'ENA du RUIS et y verser du contenu, validé par le(s) représentant(s) désigné(s) de son établissement. L'inscription, le versement et l'hébergement de contenus à l'ENA du RUIS de l'UdeM sont gratuits et ouverts à toutes les organisations partenaires.

2.3.2. Forum biannuel du RUIS de l'UdeM

Trois éditions de ce forum ont eu lieu depuis 2009. Réunissant quelques 300 membres du RUIS de l'UdeM et des autres RUIS, cet événement de formation permet de discuter des enjeux et tendances dans le réseau de la santé dans le but d'une part, de promouvoir les travaux et réalisations des partenaires et, d'autre part, de nourrir la programmation des instances du RUIS, de ses tables sectorielles et comités. Par exemple, l'édition 2013 sous le thème : «Culture technologique et pratique collaborative : vers une nouvelle sociologie de la santé?» a été une tribune privilégiée pour orienter les discussions ministérielles sur la gouvernance de la télésanté; pour initier des travaux sur la propriété intellectuelle des protocoles cliniques en télésanté; sur les aspects légaux et éthiques des données numériques entre cliniciens par le biais d'appareils intelligents; pour identifier enfin des pistes porteuses d'amélioration pour lesquelles les RUIS ont été interpellés par le ministère, notamment le développement d'une culture de la mesure.

2.3.3. Journée de formation professionnelle continue en télésanté

La question de la propriété intellectuelle des protocoles cliniques en télésanté a été à l'ordre du jour à maintes reprises depuis le début du mandat des RUIS en télésanté. Pour mémoire, les préoccupations concernaient le fait que l'industrie privée prenne à sa charge le partage et le transfert de connaissances liés aux protocoles cliniques adaptés à la télésanté produits par nos milieux sans en respecter la propriété intellectuelle et sans considérer les enjeux de conformité aux meilleures pratiques.

Notre équipe de télésanté a apporté une solution innovante à cette question, en créant un événement annuel de formation professionnelle continue, en partenariat avec la Faculté des sciences infirmières(FSI). Il s'agit d'une initiative unique à laquelle le RUIS de l'UdeM, avec la complicité des autres RUIS, convie l'ensemble des cliniciens de la province qui œuvrent en télésoins.

3. Recherche

Le plan stratégique 2012-2015 du RUIS de l'UdeM rappelle que la composante recherche figure dans le mandat des RUIS tel que défini par la LSSSS. Il propose, pour couvrir ce secteur qui a été inexploité depuis la création des RUIS, de créer un comité stratégique de la recherche dont l'objet principal serait la concertation entre les acteurs clés en recherche sur le territoire du RUIS de l'UdeM et avec les autres RUIS, selon les problématiques visées.

Le mandat inscrit dans la LSSSS concernant la coordination des demandes de FCI est formellement exclus. Les commentaires de l'évaluation de 2008 demeurent encore aujourd'hui la position du RUIS de l'UdeM :

«La coordination des demandes de subvention au FCI se fait par l'Université. Les Centres de recherche et les départements universitaires déposent leurs projets au vice-décanat à la recherche qui retient dans un premier temps ceux qui sont en ligne avec les orientations de la recherche dans notre réseau. Le vice-décanat accompagne alors les centres de recherche et les départements dans le développement de leurs projets en s'assurant notamment que les infrastructures requises existent, que les équipes soient de très haute qualité et puissent profiter de toutes les expertises disponibles dans notre réseau et que les projets disposent de l'appui de tous les partenaires (fondations, etc.). Seuls les projets qui répondent à tous les critères sont déposés au FCI par l'Université.»

Une démarche de consultation auprès de représentants d'instances clés de la recherche a été réalisée au cours de l'hiver 2014 afin de connaître les avis, attentes et rôle d'un éventuel comité stratégique de la recherche du RUIS de l'UdeM. L'analyse des résultats de cette consultation a démontré la pertinence de créer un comité de la recherche et de lui confier un mandat initial qui se décline sous trois dimensions: diffusion, dissémination, représentation.

Le comité de la recherche du RUIS de l'UdeM siégera pour la première fois en novembre 2014.

4. Évaluation des technologies et des modes d'intervention

Le RUIS a mis sur pied un comité sur l'ÉTMIS pour promouvoir la culture d'évaluation au sein des organisations du RUIS. Depuis sa création, le comité a été actif sur le plan de la formation, du soutien au développement de l'ETMIS dans les établissements, de la promotion de la coopération entre les différents acteurs impliqués en ÉTMIS sur le territoire du RUIS et de la diffusion et l'utilisation des résultats des travaux des UÉTMIS, tant auprès de ses membres que de ses partenaires du RUIS et des autres RUIS.

Une ressource spécialisée en évaluation a joint l'équipe de télésanté du RUIS et est soutenue dans ses démarches d'identification d'indicateurs de suivi et de performance par le comité en ETMIS. Cet ajout à l'équipe a permis de mieux soutenir les établissements dans leur prise en charge des projets et dans la pérennisation des efforts une fois les projets réalisés.

5. Le développement d'une culture de collaboration et de partenariat avec le patient et ses proches

Depuis maintenant plus de quatre ans une transformation majeure s'orchestre au sein du RUIS de l'UdeM en vue de consolider les pratiques collaboratives entre intervenants et avec les patients à travers une démarche innovante et durable d'amélioration continue de la qualité.

De nombreux leaders du RUIS de l'UdeM ainsi que des réseaux académiques et de recherche ont uni leurs forces pour faciliter cette transformation à travers une offre de services en amélioration continue de la qualité du partenariat soins/services destinée aux milieux cliniques et développée en étroite collaboration avec eux. Une équipe de la Faculté de médecine, composée d'experts professionnels de la santé et patients, orchestre le déploiement opérationnel de cette offre qui propose aux équipes des expertises éprouvées en matière de leadership médical et de gestion, d'implantation des pratiques collaboratives interprofessionnelles en contexte de partenariat avec les patients, d'outils de bilan/d'intervention et de stratégie d'engagement des patients (approche patient partenaire).

Une douzaine d'établissements de santé des différentes régions de notre RUIS (CHU, CHA, CSSS, GMF, CRI, UMF, etc.) sont très impliqués alors qu'une 1ère vague de 25 équipes cliniques implantent avec succès notre offre et que les sollicitations sont de plus en plus nombreuses pour participer à une 2ième et une 3ième vague de déploiement. Le mouvement vers la réactualisation et l'optimisation de la collaboration entre intervenants et avec les patients par le biais de cette offre est clairement lancée et commence à structurer significativement l'évolution des membres de notre Réseau en proposant des solutions concrètes et globales aux enjeux populationnels du moment.

Après quatre ans d'expérimentation dans les milieux de soins et parallèlement dans les milieux d'enseignement (3500+ étudiants des sciences de la santé sensibilisés chaque année au partenariat de soins), force est de constater que la mobilisation et la demande pour cette offre structurée de transformation est en forte hausse et que l'adhésion à cette philosophie est unanime.

VI. TABLE NATIONALE DES RUIS

En 2008, le comité directeur estimait que « dans l'ensemble, la TCN a bien joué son rôle. Souvent essentiellement informatif. Pas assez d'échanges. Peu de débats. Les réunions, en vertu de leur mode en visio-conférence, ne sont pas très dynamiques et propices aux échanges.».

En 2014, la TCN n'a pas siégé depuis plus de deux ans. C'est son exécutif qui se réunit à quelques reprises dans l'année. Nous estimons que son potentiel n'est pas encore pleinement exploité, pour les mêmes raisons qu'en 2008. Il y aurait intérêt, nous semble-t-il, à développer le dialogue de manière bidirectionnelle afin que la TCN soit un moyen pour les RUIS de véhiculer auprès du ministère des problématiques qui mériteraient une attention particulière et des propositions de travaux pertinents pour les partenaires du réseau. Il nous apparaît en outre que les liens de la TCN avec les tables sectorielles nationales et les travaux qui y sont menés se sont estompés au fil des ans.

Enfin, le lien avec le ministère responsable de l'enseignement supérieur, prévu dans la composition de la TCN, serait à réaffirmer et à articuler, ne serait-ce que sur une base ponctuelle, compte tenu du rôle des universités au sein des RUIS.

VII. TABLES SECTORIELLES EN LIEN AVEC LES TABLES NATIONALES

Dans ses règlements, adoptés en 2009, le comité directeur du RUIS de l'UdeM a décidé de mettre en place pour chaque table sectorielle nationale, une table sectorielle intra-RUIS dans le but de faciliter la concertation sur l'ensemble de son territoire et de mandater le président de cette table sectorielle pour représenter le RUIS à la table nationale. Ainsi, le président d'une table sectorielle a pour mandat de consulter ses membres quant aux problématiques soumises à la table nationale et de faire circuler l'information de manière bidirectionnelle : du MSSS vers les établissements/régions, des établissements/régions vers le MSSS.

1. Cardiologie tertiaire

- Présidée par : Dr Denis Roy, directeur général de l'ICM
- Représentant à la table nationale : Dr Normand Racine
- Réalisations particulières : développement de la base de données sur l'infarctus du myocarde (IM-Québec), financée par les établissements et les agences du territoire du RUIS (voir section IV-4).

2. Douleur chronique

- Présidée par : Dr Gilles Lavigne, doyen de la faculté de médecine dentaire
- Représentant à la table nationale : Dre Aline Boulanger, anesthésiologiste, CHUM
- Réalisations particulières : le centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) réunissant 6 établissements, développement du service «avis d'expert» pour les médecins de famille, financé par MSSS et par cotisations des membres du RUIS.

3. Effectifs médicaux (PREM)

(Voir section IV-1.2)

4. ETMIS

- Présidée par : Dr Luigi Lepanto, UETMIS, CHUM
- Représentant à la table nationale : idem.
- Réalisations particulières : offre de services aux CSSS et Agences du territoire du RUIS; conseiller en ETMIS affecté aux travaux de télésanté, une dizaine de dossier en cours de documentation. Partenariat avec l'INESSS pour la revue systématique.(Voir section IV-4)

5. Génétique

- Co-présidée par : Dr Jacques Michaud, chef du service de génétique CHUSJ, Dr Pavel Hamet, chef du service de génétique CHUM
- Représentants à la table nationale : idem.
- Réalisations particulières : corridors de services pour le continuum pédiatrie-adulte.

6. Mère-enfant

- Présidée par : Dr Fabrice Brunet, DG du CHUSJ
- Représentants à la table nationale : Dr Marc Girard, DSP, CHUSJ, Dre Line Leduc, directrice du département universitaire d'obstétrique-gynécologie
- Réalisations particulières : soutien au centre d'activités réseau (CAR) du CHUSJ.

7. Neurovasculaire

- Co-présidée par : Madame Caroline Barbir, DG du CSSS Laval, Monsieur Jean-Philippe Cotton, DG IRGLM
- Représentant à la table nationale : vacant
- Réalisations particulières : développement de la base de données pour les AVC (AVC-Québec), mandat financé par MSSS, la fondation du CHUM, la Fondation Des Maladies Du Cœur et de l'AVC, le Réseau Canadien Pour l'AVC et par les cotisations des membres du RUIS (voir section IV-4.2).

8. Soins infirmiers – DSI

- Présidée par : Madame Francine Girard, doyenne de la faculté des sciences infirmières
- Représentant à la table nationale : Madame Sylvie Dubois, DSI, CHUM
- Réalisations particulières : plan de communication pour la valorisation de la profession et du leadership clinico-académique, développement de partenariats avec le réseau UQ présent sur le territoire de l'UdeM (UQTR), développement de partenariat avec le milieu collégial (CEGEP) pour assurer un continuum de formation.

9. Télésanté

- Présidée par : Dr Fabrice Brunet
- Représentant à la table nationale : idem
- Réalisations particulières : une offre de plus de 240 services aux patients et aux cliniciens réparties sur le territoire du RUIS et en collaboration inter-RUIS. Une centaine de stations de visioconférence déployées sur le territoire, approche intégrée de formation et d'accompagnement aux

établissements (gestion du changement, développement d'indicateurs, planification des activités, veille technologique, etc.).

10. Transplantation

- Présidée par : Dre Marie-Josée Hébert
- Représentant à la table nationale : idem
- Réalisations particulières : développement d'un programme Inter-RUIS visant la complémentarité des effectifs clinico-académiques, programme de transfert des connaissances et de recherche en partenariat.

11. Vieillesse

- Présidée par : Madame Marie-France Simard, DG de l'IUGM
- Représentant à la table nationale : Madame Marie-France Simard, DG de l'IUGM, Dre Céline Crowe, DSP, IUGM
- Réalisations particulières : Inter-RUIS, inventaire de la programmation de recherche au Québec en matière de vieillissement, animation d'une communauté de pratique web, soutien au déploiement du plan Alzheimer, activités financées par les cotisations des membres et soutien de l'IUGM.

Certaines tables sectorielles ont suspendu leurs activités pour diverses raisons : atteinte des objectifs, absence d'activités au niveau de la table sectorielle ministérielle, travaux nationaux, etc. Une évaluation est faite annuellement des besoins des partenaires, de l'intérêt et de la pertinence de poursuivre, de suspendre ou de modifier la programmation ou les modes opératoires des tables sectorielles intra-RUIS compte tenu de l'investissement requis par les partenaires et par la permanence du RUIS.

VIII. COMITÉS INTRA-RUIS UDEM

Les partenaires du RUIS de l'UdeM, en raison notamment de leur grand nombre et de la configuration particulière de leur territoire, ont rapidement déterminé des comités et instances leur permettant de réaliser de manière pertinente et fructueuse leurs mécanismes de concertation en impliquant leurs directions.

À l'occasion, le RUIS est appelé à gérer, à la demande de ses membres, des projets structurants. Ainsi, les comités directeur et exécutif soumettent les questions et mandats spécifiques soit à la table sectorielle adéquate ou à un comité intra-RUIS existant parmi les suivants :

1. DSP-DRAMU

- Présidé par : Dr Pierre Bourgoïn, vice-doyen exécutif, faculté de médecine (Voir section IV-1.2)

2. Coordination de l'enseignement

- Présidé par : Dre Marie-Josée Dupuis, directrice de l'enseignement, CHUM (Voir section IV-2)

3. Coordination de la recherche

- Présidé par : à venir (Voir section IV-3)

4. Communications

- Présidé par : madame Geneviève Bouchard, directrice du cabinet de la doyenne – faculté de médecine, UdeM, et madame Irène Marcheterre, directrice des communications-CHUM
- Réalisations principales : plan de communication du RUIS, diffusion des nouvelles académiques dans le réseau, coordination des calendriers de diffusion. Mode opératoire virtuel depuis 2014.

Au cours des premières années, le RUIS a surtout concentré ses efforts à analyser avec ses partenaires les différentes problématiques reliées à l'organisation des soins, de l'enseignement et de la recherche sur son territoire et à planifier les actions qu'il pourrait promouvoir. À ce stade, ce sont essentiellement les cadres et les leaders professionnels des CH, des CSSS et des agences qui devaient travailler ensemble pour réaliser la mission du RUIS. Au niveau des communications, ils constituaient notre premier public.

Pour les tenir informés des activités du RUIS, nous avons adopté un plan de communication ciblant l'ensemble des groupes d'intérêt chez nos partenaires, prévoyant l'envoi de compte rendu de réunion et d'une lettre bimensuelle du président, des tournées des régions et des établissements, la production d'un dépliant corporatif et le développement d'un site Web. La stratégie de communication principale a néanmoins toujours été de mettre en place des événements rassembleurs et formateurs. En 2013, le comité s'est penché sur une stratégie en matière de communications numériques. Le RUIS de l'UdeM est ainsi devenu actif sur les réseaux sociaux et favorise ainsi la circulation de l'information au-delà des rencontres des instances, des tables sectorielles et des comités.

5. Consortium des ressources électroniques

- Présidé par : Madame Monique St-Jean, directrice de la bibliothèque de la santé, UdeM, gestion du consortium par Monsieur Robin Dumais.

Le consortium des ressources électroniques s'assure que les professionnels soignants et gestionnaires des établissements puissent avoir un accès rapide aux nouvelles connaissances. S'inscrivant comme projet structurant dès 2006 au début des activités du RUIS de l'UdeM, le consortium, via ses ressources documentaires, facilite la planification de programme de formation afin de rehausser la compétence informationnelle des professionnels.

Cette initiative se distingue par une couverture légitime et normalisée des accès à l'ensemble des professionnels des organisations participantes, membres ou pas, de la communauté universitaire de l'UdeM. Le consortium constitue une réponse rentable et pertinente qui facilite la gestion et l'équité des coûts par un contrôle négocié de l'inflation dans le marché prohibitif de la documentation scientifique.

6. Pratiques collaboratives & patient partenaire

- Co-présidé par : Madame Diane Calcé, experte conseil à la direction générale du CHUSJ, madame Diane Filiatrault, DG du CSSS Ste-Thérèse de Blainville, Dre Paule Lebel, directrice du bureau facultaire du patient partenaire, faculté de médecine.
- Réalisations particulières : rapport sur leadership, guide d'implantation, outil d'aide à la décision publiés sur le web plus de 15 000 téléchargements (voir section IV-5).

7. Réadaptation:

- Présidé par : Monsieur Jean-Philippe Cotton, DG IRGLM
- Réalisations particulières : modèle de gestion et de transfert des connaissances; Inter-RUIS. Financement des activités par le Consortium des établissements de réadaptation exploitant un Institut Universitaire (CERIU).

Lorsqu'un mandat particulier est confié au RUIS et qu'une table sectorielle ou comité intra-RUIS n'est en mesure d'y répondre, un comité de travail ad hoc est constitué. Ce fut le cas récemment pour la réalisation du mandat confié aux RUIS pour la simplification du processus éthique des recherches multicentriques.

IX. MANDATS DU MSSS

De 2003 à 2008, les demandes d'avis sont surtout venues du MSSS, via les tables sectorielles, et, dans l'ensemble, elles ont reçu un accueil favorable du Ministère. Le RUIS de l'UdeM a reçu peu de demandes formelles des agences et leur a formulé peu d'avis spécifiques. Par contre, les agences ont toujours appuyé les orientations générales du RUIS et ses projets spécifiques (Télésanté, Consortium des ressources électroniques, Projet de centre de coordination des demandes de transfert et de formation, recommandations en cardiologie tertiaire, etc.).

L'arrimage du rôle des RUIS et du rôle des agences a fait l'objet d'une réflexion en profondeur lors du lac à l'épaule du RUIS de l'UdeM en décembre 2008 et lors de l'élaboration du plan stratégique 2012-2015. Il a été convenu qu'il fallait, ensemble, mieux arrimer nos priorités et axer notre collaboration sur la plus-value que les RUIS pouvaient apporter au système de santé (Projets requérant une solution suprarégionale ou comportant une forte composante enseignement et/ou recherche, etc.).

Les RUIS ont accueilli, depuis 2008, plus de mandats spécifiques du MSSS et des établissements membres, dont les modalités sont encore à définir et qui sont variables d'un mandat à l'autre et d'un RUIS à l'autre. Voici une liste non exhaustive des mandats auxquels les RUIS ont contribué depuis leur création :

- En adéquation avec les orientations ministérielles, les RUIS ont été sollicités pour formuler des avis concernant des dossiers ou mandats clinico-académiques (la prévention de la rupture de services à court, moyen ou long terme pour les établissements, les plans régionaux d'effectifs médicaux spécialisés et surspécialisés; la formation infirmière et l'enjeu des stages des IPS; l'arrimage des services spécialisés avec la 1ère ligne de soins, etc.).
- Ils ont soutenu le transfert des connaissances produites par les activités académiques et la dissémination des meilleures pratiques mises en œuvre par les établissements à vocation tertiaire et quaternaire.
- Ils se sont acquittés de différents mandats ministériels spécifiques en lien avec l'organisation de services tels :
 - Plan d'action ministériel pour la prise en charge des patients aux prises avec la douleur chronique, en soutenant le développement d'un centre d'expertise pour leur territoire;
 - Plan d'action ministériel pour l'Alzheimer, en soutenant le développement d'équipes locales, situées en GMF et s'intéressant au développement de meilleures pratiques et modalités de prises en charge pour les personnes âgées avec troubles cognitifs;

- Plan d'action ministériel pour la prise en charge de l'AVC, en développant un registre des interventions en AVC et en soutenant le développement d'un service de téléthrombolyse pour les patients présentant un AVC en phase aiguë et résidant loin des établissements spécialisés;
- Plan d'action québécois pour le déploiement de la télésanté en partenariat avec Inforoute Santé du Canada
- Plan d'action pour l'amélioration du mécanisme d'évaluation éthique des projets de recherche multicentriques.

X. RECOMMANDATIONS AU MSSS SUITE AUX RÉFLEXIONS DU RUIS DE L'UDEM

Dans le contexte des réflexions entourant le projet de loi 10, le mémoire déposé par la table nationale des RUIS présente des éléments de vision auxquels adhèrent les instances du RUIS de l'UdeM. Toutefois, indépendamment de ce projet de loi, puisque tous les articles de la LSSSS concernant les RUIS ne sont pas affectés a priori par cette loi transitoire, les instances du RUIS de l'UdeM tiennent, après 10 ans de fonctionnement, à partager leurs recommandations sur le texte de loi fondateur des RUIS.

1. LSSSS : composantes qu'il serait souhaitable de modifier

- **Champ d'action du RUIS** : il doit être étendu officiellement à la première ligne. **Des modifications à la loi seront nécessaires.** Ce nouveau champ d'action devra être reflété dans la composition des comités directeur (gouvernance);
- **Le rôle du RUIS** : il doit être défini clairement. **Le texte de la loi doit être modifié.** Plusieurs éléments sont obsolètes, par exemple :
 - Clarifier le « rôle » des RUIS en recherche : e.g. *coordination des demandes de subventions et la mise sur pied d'équipe de recherche* (art. 436.6 par. 5 et 6)
 - Préciser l'interaction et la portée des *propositions formulées au ministre* (art. 436.6)
 - Préciser le rôle de l'INESSS dans la *répartition des activités et la diffusion des résultats* (art. 436.6 par.7)

Ces quelques exemples tirés de la loi entretiennent l'ambiguïté à propos du rôle/mandat des RUIS dont celui en recherche qui plus est, n'ont jamais été réellement impliqués dans le secteur de la recherche (exception faite du mandat portant sur l'éthique de la recherche multicentrique).

2. Rôle des complémentaires des RUIS et des agences

Les agences ont tout intérêt à faire connaître le mandat du/des RUIS de leur région auprès des directions et ce à l'interne auprès des gestionnaires autant qu'à l'externe auprès des directions d'établissements qui ne siègent ou ne participent pas directement aux travaux des RUIS. Une reconnaissance mutuelle des rôles de chacune de ces organisations est la clé afin que s'établisse un climat de confiance homogène RUIS/Agence. Le RUIS de l'UdeM est un réseau composé d'organisations autonomes mais interdépendantes. La première condition de succès est que les membres du RUIS adhèrent à une vision commune et partagée : améliorer la santé de la population par la mise en réseau, dans les milieux cliniques, du savoir, de l'expertise, de l'expérience et des ressources que les membres du RUIS possèdent et s'engagent à mettre en commun.

Une autre condition est la participation active et l'engagement des agences en amont et en aval des activités du RUIS. Les agences sont responsables de l'organisation des services de santé et des services sociaux dans leur région. Le RUIS a pour mission de favoriser la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche au sein des établissements de santé. Cette mission ne

pourra pas se réaliser si les agences ne se perçoivent que comme des destinataires externes des propositions du RUIS. Les agences doivent être membres du RUIS de l'UdeM à part entière.

3. Les mandats du RUIS

Ils peuvent être confiés au RUIS par le MSSS ou les agences. Celles-ci doivent considérer le RUIS comme un partenaire/collaborateur et non comme un compétiteur/usurpateur. Le RUIS, pour sa part, peut avoir son propre programme (et ses propres projets) et demander la collaboration du MSSS et des Agences.

4. RUISSS

Dans leur forme actuelle, les RUIS ne peuvent prétendre à « l'intégration » et au vocable « intégré ». Médico-centriste dans le texte de loi, et axé principalement sur les services surspécialisés, le concept est en porte-à-faux avec l'organisation du réseau et la tendance à intégrer la santé avec les services sociaux ainsi qu'avec les grands besoins de société liés notamment, au vieillissement de la population, aux clientèles vulnérables et aux défis majeurs de la première ligne académique.

5. Le financement des RUIS

En raison de son volume d'activité et de la complexité de la configuration de son réseau de partenaires, le RUIS de l'UdeM ne pourrait fonctionner sans un financement complémentaire à celui du MSSS. Ce financement complémentaire est basé sur des cotisations des établissements qui sont membres du comité directeur. Il nous apparaît opportun d'envisager dans ce contexte de bilan une approche plus équitable en préconisant une approche populationnelle dans le financement des RUIS et ce, tant au niveau du soutien financier des mandats dévolus que des budgets de soutien au fonctionnement.

Le financement des projets dans le cadre du plan Alzheimer est ainsi organisé et a permis de soutenir adéquatement les établissements du RUIS de l'UdeM. Dans les autres mandats confiés aux RUIS depuis ses débuts, les membres du RUIS de l'UdeM ont toujours dû soutenir financièrement en complétant le financement ministériel insuffisant pour couvrir les besoins générés par l'ampleur et la complexité de notre territoire.

XI. CONCLUSION

Après 10 ans d'activités, les instances du RUIS de l'UdeM reconnaissent sa plus-value et souhaitent poursuivre leurs travaux. Elles ont déjà entrepris des discussions pour jeter les bases d'une prochaine planification stratégique, alignée sur leurs besoins et sur les orientations ministérielles. Le contexte du projet de loi 10 vient renforcer certaines pistes de réflexion et d'évolution, notamment une approche qui intègre davantage la première ligne académique et le secteur psychosocial dans le giron du RUIS. En conséquence, le rôle du RUIS est à définir ainsi que le mode d'intégration de ces secteurs.

Les instances du RUIS de l'UdeM souhaitent aussi se pencher sur la sensibilisation, dans les milieux de formation, à la pertinence des actes médicaux, qu'il s'agisse des analyses et examens prescrits, des prescriptions de médicaments, des interventions offertes et pratiquées. Des discussions porteuses ont également eu cours sur la formation en soins palliatifs et de fin de vie dans le contexte de la mise en œuvre de la loi 52.

En somme, les instances du RUIS de l'UdeM sont convaincues que les RUIS sont en mesure de soutenir de manière constructive les prochaines transformations de notre réseau en misant sur et en développant le plein potentiel de la communauté professionnelle et universitaire.

XI. ANNEXES

ANNEXE 1 : EXTRAIT DE LA LSSSS : LES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES DE SANTÉ - ARTICLES DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q., CHAPITRE S-4.2)

CHAPITRE I.1

LES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ

436.1. Afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements, est institué, pour chaque territoire de desserte que détermine le ministre de concert avec le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, un réseau universitaire intégré de santé.

Ce réseau est composé de tous les établissements du territoire qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés désigné centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire et qui sont affiliés à l'université associée à ce réseau ainsi que de tout établissement qui exploite un centre de réadaptation désigné institut universitaire ou centre affilié universitaire.

Chacun des établissements d'un réseau universitaire intégré de santé peut être appelé à desservir une zone de proximité déterminée par l'agence sur le territoire de laquelle est situé le siège de cet établissement.

2005, c. 32, a. 175.

436.2. Les activités d'un réseau universitaire intégré de santé sont conduites par un comité de direction formé des membres suivants :

1° tous les directeurs généraux des établissements qui composent ce réseau;

2° du président-directeur général de chacune des agences concernées du territoire de desserte de ce réseau;

3° du doyen de la faculté de médecine de l'université associée à ce réseau.

Le comité peut également inviter toute personne dont il juge la participation à ses travaux pertinente.

2005, c. 32, a. 175.

436.3. Le directeur général de l'établissement qui exploite le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés désigné centre hospitalier universitaire du réseau, à l'exception d'un tel centre desservant exclusivement des enfants, et le doyen de la faculté de médecine de l'université associée à ce réseau sont désignés par le ministre pour agir comme président ou vice-président du réseau. Leur mandat est d'une durée de deux ans et peut être renouvelé. 2005, c. 32, a. 175.

436.4. Le président convoque les séances du comité de direction, les préside et voit à leur bon fonctionnement. Il voit de plus à l'exécution des décisions prises par le comité.

2005, c. 32, a. 175.

436.5. Le comité de direction du réseau universitaire intégré de santé peut adopter un règlement intérieur relativement à ses séances et à la conduite de ses affaires.

2005, c. 32, a. 175.

436.6. Chaque réseau universitaire intégré de santé formule à toute agence concernée ou au ministre, selon le cas, des propositions sur les sujets suivants :

1° l'offre de services dans les domaines d'expertise reconnus aux établissements ayant une désignation universitaire en réponse aux demandes des instances locales et des autres établissements associés;

2° l'assistance offerte à la faculté de médecine de l'université associée au réseau pour le déploiement de la formation médicale en région;

3° le transfert des connaissances entre la faculté de médecine et les établissements du territoire de desserte du réseau;

4° l'accès à des programmes favorisant le maintien des compétences des partenaires provenant des diverses professions reliées au domaine de la santé;

5° la coordination des demandes de subvention au Fonds canadien d'investissement en provenance des établissements membres du réseau;

6° la mise sur pied, au niveau régional, d'équipes de recherche;

7° la collaboration avec les autres réseaux universitaires intégrés de santé afin de déterminer les champs d'action prioritaires, de décider de la répartition des activités et d'assurer la diffusion des résultats, et ce, sous la direction de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux;

8° la prévention de la rupture de services à court, moyen ou long terme pour les établissements qui sont dans son territoire de desserte et qui ont de la difficulté à assurer les services généraux et spécialisés à leur clientèle;

9° la coordination, auprès des établissements membres du réseau, des activités de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux afin d'assurer la productivité et l'efficacité de ces activités;

10° l'élaboration d'un plan des effectifs médicaux universitaires dans le cadre du plan régional des effectifs médicaux;

11° l'instauration d'une culture de collaboration entre les établissements membres du réseau;

12° le regroupement des effectifs médicaux spécialisés pour éviter les dédoublements; 13°

l'instauration de corridors de services.

De plus, chaque réseau formule au ministre des propositions sur :

1° la formation médicale et la répartition, auprès des établissements membres du réseau, des étudiants de la faculté de médecine de l'université associée au réseau;

2° la coordination, avec le Fonds de recherche du Québec – Santé, des activités de recherche des établissements du territoire de desserte du réseau afin de favoriser l'atteinte d'une masse critique de chercheurs dans des secteurs donnés et le partage des plateaux techniques et d'éviter ainsi les doublons.

2005, c. 32, a. 175; 2010, c. 15, a. 85; 2011, c. 16, a. 244.

436.7. Chaque établissement membre d'un réseau universitaire intégré de santé doit :

1° contribuer à l'offre de services proposée par ce réseau dans les domaines d'expertise qui lui sont reconnus;

2° assurer à la clientèle de sa zone de proximité des services généraux, spécialisés et surspécialisés et, à la demande de l'agence sur le territoire de laquelle est situé le siège de cet établissement, apporter sa contribution auprès des autres établissements du territoire de desserte du réseau pour prévenir toute rupture de services;

3° offrir, par l'intermédiaire de l'agence sur le territoire de laquelle est situé le siège de cet établissement, des services généraux et spécialisés aux instances locales de ce territoire et convenir, le cas échéant, d'ententes ou d'autres modalités avec ces instances.

2005, c. 32, a. 175.

436.8. Le ministre constitue la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé de la façon suivante :

1° un représentant désigné par le ministre;

2° un représentant désigné par le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport;

3° le doyen de chacune des facultés de médecine associée à un réseau universitaire intégré de santé;

4° le directeur général de chacun des établissements exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés désigné centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire ou la personne que le directeur général désigne;

5° le président-directeur général de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux;

6° le président-directeur général du Fonds de recherche du Québec – Santé;

7° le président-directeur général de l'agence instituée pour les régions de la Capitale- Nationale, de l'Estrie et de Montréal;

8° un représentant de la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec désigné par la Conférence.

La Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé peut inviter toute personne dont elle juge la participation à ses travaux pertinente.

La direction de cette table est assurée par le représentant désigné par le ministre, lequel agit comme président.

Le président convoque les séances, les préside et voit à leur bon fonctionnement. 2005, c. 32, a.

175; 2010, c. 15, a. 86; 2011, c. 16, a. 244.

436.9. La Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé peut adopter un règlement intérieur relativement à la tenue de ses séances et à la conduite de ses affaires.

2005, c. 32, a. 175.

436.10. La Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé exerce les responsabilités suivantes :

1° assurer la place stratégique de la médecine académique auprès de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux;

2° coordonner l'action des réseaux universitaires intégrés de santé pour assurer l'accès à la médecine académique dans toutes les régions du Québec;

3° assurer la concertation entre tous les réseaux universitaires intégrés de santé et, en cas de désaccord, préciser la contribution attendue de chacun d'eux;

4° consulter les différents partenaires du domaine de la santé et des services sociaux. 2005, c. 32,

a. 175.

436.11. La Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé doit transmettre un rapport annuel d'activité au ministre. Ce rapport doit être inclus dans le rapport annuel de gestion du ministère produit en application de la Loi sur l'administration publique (chapitre A-6.01).

2005, c. 32, a. 175.

340.1. Une agence exerce ses responsabilités en prenant en considération les propositions d'un réseau universitaire intégré de santé visées à l'article 436.6.

De plus, sur toute question relative aux plateaux techniques, aux effectifs médicaux et aux corridors de services, une agence doit demander l'avis du réseau universitaire intégré de santé qui dessert son territoire.

La décision de l'agence prise à la suite des propositions ou d'un avis d'un réseau universitaire intégré de santé doit être motivée et transmise par écrit à ce dernier.

2005, c. 32, a. 133.

ANNEXE 2 : RÈGLEMENTS DU RUIS DE L'UDEM

1. COMPOSITION

1.1 Composition du comité directeur du RUIS de l'Université de Montréal

1.1.1 L'existence et la composition du comité directeur du RUIS de l'Université de Montréal sont prescrites à l'article 436.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (en annexe).

Membres réguliers :

- Les directeurs généraux des centres hospitaliers ayant une désignation universitaire
- Les présidents-directeurs généraux de chacune des agences concernées du territoire de desserte,
- Le doyen de la faculté de médecine.

Membres invités permanents :

- Les directeurs généraux des centres hospitaliers affiliés sans désignation universitaire,
- Les doyens des facultés de Sciences infirmières, Pharmacie et Médecine dentaire,
- Le vice-doyen exécutif et le vice-doyen aux Sciences de la santé de la faculté de médecine,
- Les directeurs généraux des CSSS ayant une désignation universitaire,
- Le directeur des affaires universitaire du MSSS.

1.1.2 Le président et les deux vice-présidents du comité directeur du RUIS de l'Université de Montréal sont désignés par le ministre (article 436.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux).

1.2 Le comité exécutif du RUIS de l'Université de Montréal

1.2.1 Le comité exécutif du RUIS de l'Université de Montréal est composé des membres suivants :

- Les directeurs généraux des centres hospitaliers ayant une désignation universitaire,
- Le président directeur général de l'agence de santé et des services sociaux de Montréal
- Un président directeur général d'une ASSS représentant les autres régions du RUIS, désigné par ses pairs pour un mandat de deux ans renouvelable.
- Le doyen de la faculté de médecine,
- Le vice-doyen exécutif de la faculté de médecine,
- Le directeur général d'un centre hospitalier psychiatrique affilié nommé par le président,
- Le directeur général d'un centre hospitalier de réadaptation affilié nommé par le président,

- Le directeur général d'un CSSS affilié nommé par le président, pour un mandat de deux ans renouvelable.
- Le directeur général d'un CAU montréalais, désigné par ses pairs pour un mandat de deux ans renouvelable
- Les directeurs généraux des CSSS affilié et/ou CAU régionaux avec campus universitaire (Mauricie et Laval)
- Le directeur des affaires universitaire du MSSS

1.2.2 Il est présidé par le président du comité directeur du RUIS de l'Université de Montréal

1.2.3 Toutes décisions prises par le comité exécutif et ayant des répercussions significatives sur le réseau doivent être entérinées par le comité directeur.

1.3 *Le directeur exécutif du RUIS de l'Université de Montréal*

1.4.1 Le directeur exécutif du RUIS de l'Université de Montréal agit à titre de secrétaire du comité directeur et du comité exécutif.

2. GÉNÉRALITÉS

2.1 *L'adresse de correspondance*

Cette adresse est celle du directeur exécutif

2.2 *La confidentialité*

Les membres du comité directeur préservent, lorsqu'elle est requise, la confidentialité des renseignements qui sont portés à leur connaissance dans l'exercice de leurs fonctions, pour la durée de leur mandat et après la fin de celui-ci.

2.3 *Les conflits d'intérêt*

Tout membre doit déclarer au président toute situation personnelle pouvant le placer en conflit d'intérêts. Le président prendra les dispositions nécessaires pour assurer la transparence et l'objectivité des travaux et décisions du comité directeur du RUIS de l'Université de Montréal.

2.4 *Les règles d'éthique*

Tous les membres respectent les règles d'éthique du gouvernement du Québec et celles du ministère de la Santé et des Services sociaux.

3. FONCTIONS

3.1 *Les fonctions du président du comité directeur du RUIS de l'Université de Montréal*

3.1.1 Il convoque et préside les réunions du comité directeur du RUIS de l'Université de Montréal et de son comité exécutif.

3.1.2 Il dirige les travaux du comité directeur en conformité avec les orientations ministérielles.

3.1.3 Il voit à ce que le comité directeur remplisse son mandat (décrit à l'article 436.6 de la Loi).

3.1.4 Il nomme les présidents des tables sectorielles du RUIS de l'Université de Montréal

3.1.5 Il assure la représentation officielle du comité directeur.

3.2 *Les fonctions du directeur exécutif du RUIS de l'Université de Montréal*

Sous l'autorité du président,

- 3.2.1 Il planifie les activités du comité directeur et du comité exécutif ;
- 3.2.2 Il assiste ex officio aux réunions du comité directeur et du comité exécutif ; il n'a pas droit de vote ;
- 3.2.3 Il assiste ex officio aux réunions des tables sectorielles du RUIS ;
- 3.2.4 Il assure le suivi des décisions du comité directeur et du comité exécutif ;
- 3.2.5 Il s'assure du respect des conventions du comité directeur ;
- 3.2.6 Il assure la mise sur pied des tables sectorielles ;
- 3.2.7 Il est responsable des activités du bureau exécutif proprement dites :
 - organisation des réunions ;
 - préparation des ordres du jour ;
 - avis de convocation ;
 - préparation des comptes rendus ;
 - communications ;
 - la tenue des dossiers et l'archivage.
 - Supervision et gestion des projets et mandats du RUIS
 - Administration des ressources humaines, matérielles et informationnelles
 - Représentation ?
 - Etc.

4. RÉUNIONS

4.1 *Les réunions du comité directeur du RUIS de l'Université de Montréal*

4.1.1 La fréquence des réunions régulières

Le comité directeur se réunit quatre fois par année entre les mois de septembre et juin inclusivement.

4.1.2 Le calendrier des réunions régulières

La date des réunions pour l'année suivante (septembre à juin) est déterminée lors de la dernière réunion de l'année en cours.

4.1.3 Avis de convocation pour une réunion régulière

Il est signé par le président. Il est accompagné de l'ordre du jour de la réunion, du compte rendu de la réunion précédente et de tout autre document jugé pertinent. Il est expédié aux membres au moins cinq (5) jours ouvrables avant la date d'une réunion régulière.

4.1.4 L'ordre du jour d'une réunion est ouvert jusqu'à son adoption par l'assemblée.

4.1.5 Le quorum

65% des membres réguliers constituent le quorum.

4.1.6 Remplacement

Les membres du comité directeur qui sont absents ne peuvent être remplacés à moins d'une autorisation spéciale du président ou d'avoir désigné un représentant permanent.

4.1.7 L'assistance aux réunions

Les membres peuvent assister aux réunions soit en personne ou par conférence téléphonique.

4.1.8 La prise de décisions et les modalités de vote

- Les décisions sont prises par consensus. Si un vote est requis, la majorité simple (50 % + 1) des voix des membres présents détermine l'adoption ou le rejet d'une proposition. En cas d'égalité, la voix du président devient prépondérante.
- Tout vote se prend à main levée à moins qu'un scrutin secret soit réclamé par le tiers des membres présents ou par le président.

- Seuls les membres réguliers ont droit de vote.

4.1.9 Invités

Le comité directeur peut inviter toute personne dont elle juge la participation à ses travaux pertinente (article 436.2).

4.1.10 Les réunions spéciales

Une réunion spéciale peut être convoquée par le président si les circonstances l'exigent ou si les membres la demandent. Dans ce dernier cas, la demande doit être soumise verbalement ou par écrit au président directement ou par l'entremise du directeur exécutif.

4.2 *Les réunions du comité exécutif du RUIS de l'Université de Montréal*

4.2.1 La fréquence des réunions régulières

Le comité exécutif se réunit une fois par mois entre les mois de septembre et juin inclusivement.

4.2.2 Le calendrier des réunions régulières

La date des réunions pour l'année suivante (septembre à juin) est déterminée lors de la dernière réunion de l'année en cours.

4.2.3 Avis de convocation pour une réunion régulière

Il est signé par le président. Il est accompagné de l'ordre du jour de la réunion, du compte rendu de la réunion précédente et de tout autre document jugé pertinent. Il est expédié aux membres au moins cinq (5) jours ouvrables avant la date d'une réunion régulière.

4.2.4 L'ordre du jour d'une réunion est ouvert jusqu'à son adoption par l'assemblée.

4.2.5 Le quorum :

65% des membres réguliers constituent le quorum.

4.2.6 Remplacement

Les membres du comité directeur qui sont absents ne peuvent être remplacés à moins d'une autorisation spéciale du président ou d'avoir désigné un représentant permanent. Le même représentant que pour le comité directeur.

4.2.7 L'assistance aux réunions

Les membres peuvent assister aux réunions soit en personne ou par conférence téléphonique.

4.2.8 La prise de décisions et les modalités de vote

- Les décisions sont prises par consensus. Si un vote est requis, la majorité simple (50 % +1) des voix des membres présents détermine l'adoption ou le rejet d'une proposition. En cas d'égalité, la voix du président devient prépondérante.
- Tout vote se prend à main levée à moins qu'un scrutin secret soit réclamé par le tiers des membres présents ou par le président.
- Seuls les membres réguliers ont droit de vote.

4.2.9 Invités

Le comité exécutif du RUIS de l'Université de Montréal peut inviter toute personne dont elle juge la participation à ses travaux pertinente.

4.2.10 Les réunions spéciales

Une réunion spéciale peut être convoquée par le président si les circonstances l'exigent ou si les membres la demandent. Dans ce dernier cas la demande doit être soumise verbalement ou par écrit au président directement ou par l'entremise du directeur exécutif.

5. TABLES SECTORIELLES

- 5.1 La création d'une table sectorielle est proposée par le président aux membres du comité directeur du RUIS de l'Université de Montréal.
- 5.2 Cette proposition doit être accompagnée du mandat de la table, d'un avis de pertinence et d'une proposition quant à sa composition.
- 5.3 Si la proposition est acceptée, le directeur exécutif du RUIS de l'Université de Montréal voit à la mise sur pied de la table sectorielle et le président du comité directeur nomme le président de ladite table.
- 5.4 La création d'une table sectorielle de la Table de coordination nationale des RUIS doit entraîner la création d'une sous-table sectorielle du RUIS de l'Université de Montréal sur le même thème.

Un grand merci aux instances et à l'équipe du RUIS de l'UdeM pour sa généreuse contribution à ces travaux.
