



Territoire de santé et responsabilité populationnelle

L'exemple du Québec

Pauline MAISANI
Directrice de la planification stratégique
CHU de Montréal

13 juin 2013



PLAN

1) Une donnée territoriale

- une organisation hiérarchisée du système de santé
- appuyée par la notion de santé populationnelle

2) La nécessité du fonctionnement en réseau

- le rôle des RUIS

3) Une nouvelle façon d'appréhender le territoire : applications de la télésanté au Québec



1- Une donnée territoriale

- Une organisation hiérarchisée du système de santé
 - Un principe : la responsabilité populationnelle

Canada : une donnée géographique



4

CHUM 

Québec

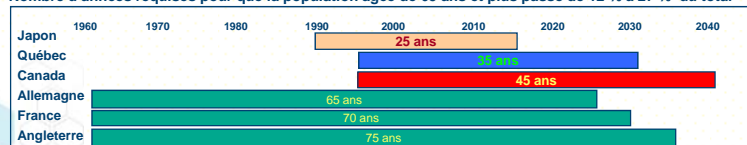
- Population (octobre 2011) : 8 millions d'habitants
- Densité : 4,9 hab./km²
- Espérance de vie à la naissance (2006): 80,6 ans
 - Hommes : 78 ans
 - Femmes : 83 ans
- Âge médian (2008): 41 ans

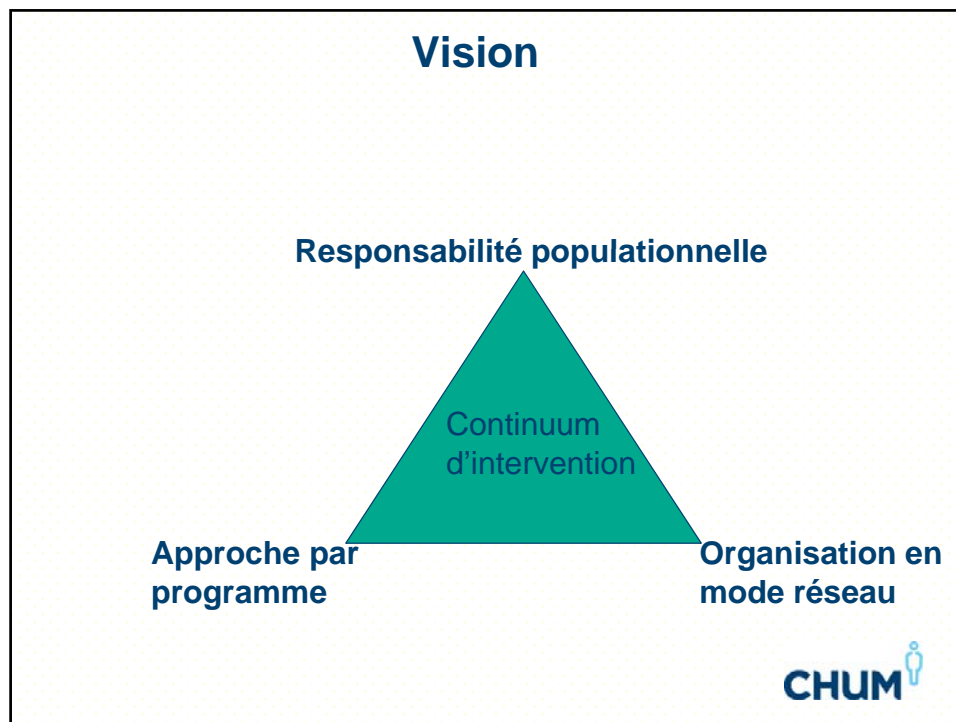


Enjeux majeurs

- Évolution rapide des besoins
- Évolution des technologies et des pratiques
- Pression continue sur le besoin de financement
- Vieillesse de la population

Nombre d'années requises pour que la population âgée de 65 ans et plus passe de 12 % à 27 % du total



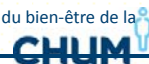


Un système de santé hiérarchisé

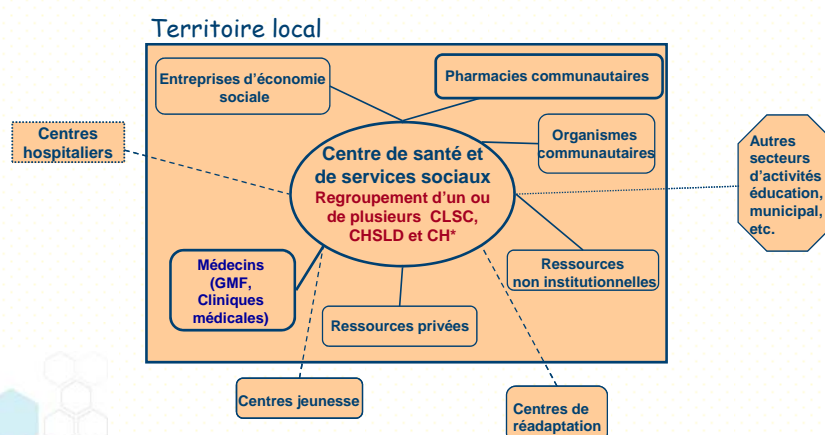
- **Fondé sur une première ligne forte**
 - services de première ligne, forte intégration avec la communauté
 - médecine de première ligne organisée
- **Supporté par une deuxième ligne efficace**
 - services spécialisés
 - notion de corridors de service (rôle des RUIS) ; hiérarchisation entre niveaux d'accès 1, 2 et 3
- **Travail d'équipe**
 - pratiques collaboratives
 - pharmaciens – physiothérapie ...
 - sages-femmes
 - PLACE DU PATIENT

Tableau comparé – MSSS 2004 – Approche populationnelle

	Système de soins fondé sur les besoins des utilisateurs de services	Système de soins fondé sur une approche populationnelle
Responsabilité	Individus qui utilisent les services	Population du territoire local, qu'elle utilise ou non les services
Mission	Améliorer la santé des individus au moment où ils le requièrent	Améliorer la santé de la population à moyen et à long terme
Offre de services	Accent mis sur les services diagnostiques et curatifs	Accent mis sur un continuum de soins allant de la prévention à la réadaptation
Acteurs interpellés	Professionnels et gestionnaires du système	Intervenants du système de soins et organismes communautaires
Pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des données probantes et guides de pratiques - Gestion axée sur les processus 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des données probantes en fonction d'une efficacité populationnelle - Priorisation des problèmes de santé de la population - Gestion axée sur les résultats de santé
Indicateurs privilégiés	Indicateurs de processus	<ul style="list-style-type: none"> - Ajout des indicateurs de résultats aux indicateurs de processus - Mesure de l'état de santé et du bien-être de la population



95 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux



* Un CSSS pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper ces services.



Les réseaux locaux de services (RLS)

- Offrir aux citoyens des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture
- Assurer une meilleure prise en charge des personnes
- Agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population
- Rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent
- Consolider le partenariat avec les nombreux acteurs concernés par les services de 1^{re}, 2^e et 3^e ligne
- Mobiliser les cliniciens et favoriser leur participation à l'organisation et à la gestion des services



Les services régionaux

- Services médicaux spécialisés dispensés dans les hôpitaux régionaux
- Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse
- Centres de réadaptation (déficience physique, déficience intellectuelle, toxicomanies)
- Santé publique



Les services nationaux

- 5 Centres hospitaliers universitaires (CHU)
- 5 Centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU)
- 6 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) avec désignation universitaire
- 9 Instituts universitaires (IU)
 - 4 Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) : corridors de services



Définition d'un CSSS

- Un CSSS est un établissement public de soins généraux et spécialisés qui a pour mission d'améliorer la santé et le bien être de la population dont il a la responsabilité.
- Il vise à permettre à sa population d'atteindre l'autonomie nécessaire au maintien de sa santé.



Exemple du CSSS Pierre Boucher

- Bassin de 246 500 personnes, sur 8 municipalités
- Le CSSS compte 4 400 employés, 315 médecins et 450 bénévoles
- Budget 267 millions \$
- Rassemble 1 hôpital (328 lits), 8 CLSC, 7 centres d'hébergement, 1 centre de santé mental, 1 point de service administratif



Une gestion par programme

- Objectifs : orienter l'organisation des services, selon les besoins de la population pour mieux
 - planifier;
 - allouer les ressources ;
 - organiser la reddition de comptes;
 - coordonner



Une gestion par programme

- Les 9 programmes pilotés par MSSS et agences :
 - Santé publique (VIH; SIDA, tabagisme, obésité, périnat...)
 - Services généraux (première ligne sanitaire et sociale)
 - Perte d'autonomie liée au vieillissement
 - Déficience physique
 - Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (insertion)
 - Jeunes en difficulté
 - Dépendances
 - Santé mentale
 - Santé physique (cancer, soins pall., urgences, génétique)



2) La nécessité du fonctionnement en réseau

- le rôle des RUIS (réseau universitaire intégré en santé)

RUIS de l'Université de Montréal 19 établissements

- **Centres hospitaliers et instituts universitaires (4)**
 - Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
 - Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
 - Institut de cardiologie de Montréal
 - Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- **Centres de référence tertiaires (3)**
 - Hôpital Maisonneuve-Rosemont
 - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
 - Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- **Autres hôpitaux et instituts affiliés (12)**
 - CSSS Énergie (centre régional important)
 - Hôpital Louis-H Lafontaine (psychiatrie)
 - Cité de la santé de Laval (médecine familiale)
 - Institut de réadaptation de Montréal (réadaptation)
 - Institut Philippe-Pinel de Montréal (psychiatrie ultra-spécialisée)
 - Hôpital Rivières-des-Prairies (psychiatrie des enfants et adolescents)
 - Hôpital Pierre-Boucher
 - CSSS Sagamie
 - Hôpital de Verdun
 - Hôpital Santa-Cabrini
 - Centre hospitalier Le Gardeur
 - Institut de recherche clinique de Montréal

21



Fonctions du RUIS (art. 436.6)

Formuler à toute agence concernée ou au ministre, selon le cas, des propositions sur les sujets suivants (liste de 15 sujets que l'on peut regrouper sous les rubriques suivantes) :

- L'offre de services surspécialisés
- Les filières de soins (ex : CCR et télésanté)
- La prévention des ruptures de services : réseautage
- La répartition des effectifs médicaux
- L'enseignement : formation médicale en région, maintien des compétences, pratiques collaboratives
- La recherche : via Faculté de médecine
- L'ÉTMIS : collaboration avec INESS



Devoirs des établissements (art. 436.7)

Chaque établissement membre d'un RUIS doit:

- **contribuer à l'offre de services** proposée par ce réseau dans les domaines d'expertise qui lui sont reconnus;
- assurer à la **clientèle de sa zone de proximité** des **services généraux, spécialisés et surspécialisés** et, à la demande de l'agence, **apporter sa contribution** auprès des autres établissements du territoire de desserte du réseau pour **prévenir toute rupture de services**;
- offrir, par l'intermédiaire de l'agence, **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.



Devoirs des agences (art. 340.1)

Une agence exerce ses responsabilités en prenant en considération les propositions d'un RUIS 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 RUIS** qui dessert son territoire.
- La **décision de l'agence** prise à la suite des propositions ou d'un avis d'un RUIS doit être **motivée et transmise par écrit** à ce dernier.





Le RUIS de l'Université de Montréal

- Rôle d'organisation des soins de santé ultra-spécialisés sur son territoire, couvrant 3 millions de personnes
- Instance de concertation pour faire progresser la formation des professionnels, la recherche et l'ETMIS
 - Siègent à la table les agences régionales de santé et services sociaux

Centre de coordination et de référence (CCR)

1. Coordination des demandes de transfert et de formation
 - Corridors de services cliniques spécialisés et surspécialisés (transfert, références de patients)
 - Réception et répartition des demandes de transfert
 - Corridors de services de formation pour faciliter le retour des patients
2. Télésanté
 - Gestion de l'offre et de la demande en téléformation et téléconsultation
 - Soutien technique
 - Formation des utilisateurs
 - Développements de nouvelles solutions



Projet IM♥Québec

Projet d'évaluation de la qualité de l'acte, à partir d'une banque de données prospective et rétroaction périodique, dans les établissements du RUIS de l'Université Montréal et de certains hôpitaux affiliés au RUIS Mc Gill.

Clientèle visée

- Tous les Infarctus Aiguë du Myocarde avec Élévation du Segment **ST (IAMEST)** à l'ECG réalisé à l'urgence ou par les services pré hospitaliers
- Tous les IAMEST, quel que soit le traitement de reperfusion et l'évolution.

Buts du projet

- Raccourcir les délais de traitement de reperfusion, par fibrinolyse ou angioplastie primaire (mettre en place les stratégies pour y arriver).
- Améliorer le devenir clinique de cette clientèle



Projet IM♥Québec

- **Régions visées:**

- Laval, Laurentide Lanaudière, Montréal, Mauricie, Montérégie pour la phase 1

- **Importance de recueillir des données sur chaque IAMEST:**

- Rétroaction à chaque établissement sur ses temps d'intervention
- Permettre à l'équipe soignante de bien évaluer ses interventions
- Amélioration de la performance des services pré hospitaliers, d'urgence et d'hémodynamie
- Mise à jour de la formation de base et de la formation continue
- Établissements: Développer un plan d'action local
- Agences: Développer un plan d'action régional



29



Patient partenaire de soins

Les grandes réalisations 2010-2012

1. **Promotion et consolidation conceptuelle / pratique de la vision du patient partenaire**
 - Tournées Facultés/Écoles sciences de la santé et établissements de santé
2. **Compréhension intime des tendances en matière de partenariat de soins avec les patients / proches**
 - Recensions, réseau/partenariat de recherche et stratégie de publication
3. **Développement et expérimentation de nouveaux contenus de formation**
 - Formation sur les compétences de soins des patients (étudiants, DPC et patients)
4. **Intégration expérimentale de patients dans la dynamique facultaire**
 - Comité de patients, collaborations ponctuelles, expériences pilotes d'enseignement
5. **Positionnement au cœur de la transformation du programme MD**
 - Table patient partenaire, recommandations et participation à la conception
6. **Début de collaboration avec plusieurs établissements du RUIS et le MSSS**
 - Promotion, partage d'expériences et rôle conseil (CHUM, HMR, LHL,...)
7. **Partenariat privilégié avec le CHUM sur la question de l'expérience patient**
 - Co-leader dans le cadre de la réflexion stratégique sur l'expérience patient



Patient partenaire de soins

Déploiement RUIS UdeM

- **Large sensibilisation des établissements de soins du RUIS**
 - Plus d'une vingtaine de conférences depuis un an, niveau gestion et soins
 - Résonnance dans la grande majorité des établissements de RUIS
- **Influence sur les orientations stratégiques des établissements**
 - Conception et déploiement de la fonction expérience patient au CHUM
 - Mais aussi influence sur HMR, IUGM, Sacré-Cœur, plusieurs CSSS...
 - Soutien du MSSS et de Santé Canada
- **Conception d'outils de bilan du partenariat de soins (voir p3)**
 - Bilan sur les pratiques collaboratives (structure, fonctionnement et résultat)
 - Stratégies d'intégration des patients / proches comme partenaires de soins
- **Déploiement du programme partenariat de soins**
 - À partir des bilans, mise en place de démarches d'amélioration continue
 - Actuellement : début du déploiement expérimental dans 4 centres hospitaliers « phare » et plusieurs unités de médecine familiale
 - Formation de patients ressources
 - Déploiement plus global en 2013-15 – Changement culturel important



Projet RUIS UdeM Les télésoins à domicile

Les grandes lignes

Description du projet

- Mettre en place des **centres de télésoins à domicile dans un projet pilote** dans des milieux de 1^e, 2^e et 3^e ligne
- Cofinancement **MSSS et Inforoute Santé du Canada**
- Étude menée par la Chaire de recherche du Canada en TI dans le secteur de la santé à HEC Montréal visant à **évaluer la viabilité économique des télésoins**
- Principes directeurs :
 - **Habiliter les patients** dans la prise en charge de leur maladie
 - **Interventions complémentaires** favorisant l'accessibilité et la continuité des soins
 - Améliorer la **coordination des soins et des ressources**



33

CHUM

Télésoins

- Modèle d'organisation de soins à domicile supporté par les technologies de l'information permettant à des professionnels de suivre et de **soutenir des patients à distance dans la gestion de leur état de santé.**
- C'est aussi un ensemble d'activités cliniques réalisés par les professionnels à distance : la consultation, l'intervention, l'enseignement, la surveillance, l'évaluation et le suivi.



34

CHUM

Objectifs de l' évaluation

- Évaluer les bénéfices associés aux programmes de télésoins à domicile :
 - Structurels (consommation de services de santé)
 - Économiques
 - Attitudinaux

NOTA : Le mandat de l' évaluation a été confié à l'équipe de Guy Paré, Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en technologies de l' information dans le secteur de la santé à HEC Montréal



35



Description du devis de recherche

- Devis :
 - CSSS JR : Étude de cohorte de type rétrospectif et prospectif (groupe contrôle constitué à *posteriori* – analyse de dossiers uniquement)
 - SRSAD : Essai comparatif randomisé (ECR) de type rétrospectif et prospectif (randomisation à l' aveugle)
- Clientèle visée par l' évaluation :

Site	Clientèle
CSSS JR	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque (grade 3 ou 4) • Hypertension non contrôlée • MPOC sévère • Diabète non contrôlé
SRSAD	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) avec un niveau de gravité élevé exigeant des visites à domiciles fréquentes

36

Source: Paré, 2012

Période de l'Évaluation

Durée totale de l'évaluation: 21 mois

- Période pré: 12 mois
- Période per: moyenne de 4 mois
- Période post: moyenne de 5 mois

Les résultats ont été ajustés afin de comparer les périodes sur 12 mois.

37

Source: Poirier et al. (2012)



Profil des participants SRSAD

		Groupe expérim. n=60		Groupe témoin n=60	Tous n=20
Langue maternelle	Français	54	90%	85% francophone	55%
	Anglais	6	10%		15%
Sexe	Masculin	19	32%	68% femmes	32%
	Féminin	41	68%		68%
Dépendance O2	Oui	37	62%	61% O2	61%
	non	23	38%		39%
Nombre de patients avec diagnostics secondaires		15	25%	1	26%
Âge	Moyenne	Age moyen 68 ans		68,6	68,2
	Écart-type			6,8	6,6
VEMS moyen		28,6		28,5% VEMS	

38

Source: Poirier et al. (2012)



Principaux Résultats SRSAD

- Visites à l'urgence
 - Groupe expérimental vs groupe témoin
 - Période per : ↓43% (↓38%) Période post : ↓29% (↑11%)
Tper+Tpost vs Tpré : ↓ **37%** (↓19%)
 - 65% des exacerbations observées chez les patients du groupe expérimental durant la période per n'ont pas nécessité de visites à l'urgence comparativement à 51% pour le groupe témoin
- Hospitalisations et DMS
 - Une baisse du temps total passé à l'hôpital dans les 2 groupes lors des périodes per et post, toutefois cette baisse est plus importante pour le groupe expérimental (↓50%) comparativement au groupe témoin (↓31%)

Source: Paré et al. (2012)

39



Principaux Résultats SRSAD (suite)

- Une **diminution du nombre de visites infirmières** durant la période per (34%) comparativement à une hausse de 4% pour le groupe témoin
- Une **diminution importante des coûts associés** au suivi d'un malade pulmonaire chronique (économie annuelle nette de 1 911\$ par patient, soit un gain net de 15% par rapport au programme traditionnel de suivi à domicile)
- Près de **9 patients sur 10 auraient souhaité poursuivre** leur utilisation du système lors du retrait de l'appareil à la fin de la période per

Source: Paré et al. (2012)

40



Conclusion TSD

- Projets économiquement viables
- Implantation clinique adaptée

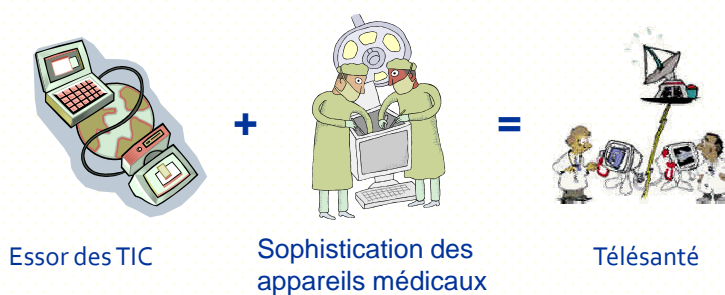
Recommandation RUIS UdeM :

Déployer pour la clientèle âgée souffrant de maladies chroniques



3- Une nouvelle façon d'appréhender le territoire:
Applications de télésanté au Québec

La télésanté comme levier



CHUM 

Deux définitions

Télémédecine:

« L'exercice de la médecine à distance à l'aide de moyens de télécommunication »

Collège des médecins du Québec

Télésanté:

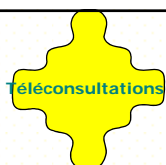
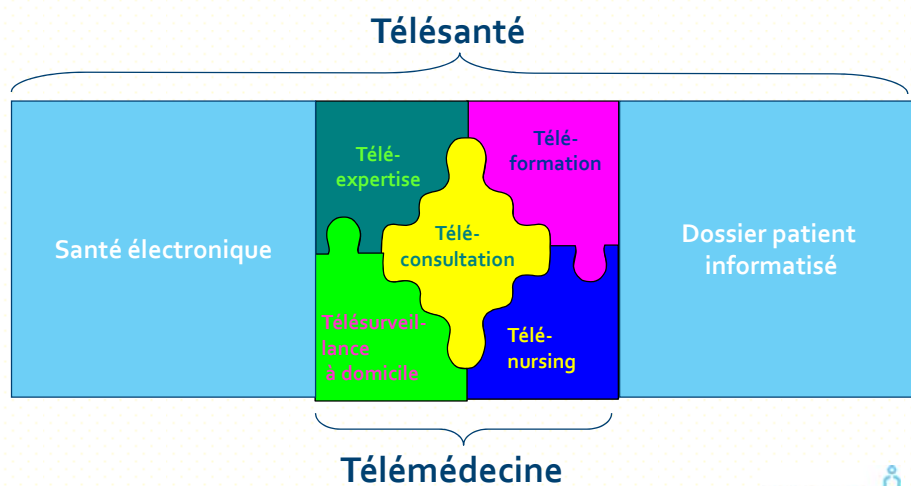
« Désigne les soins et services de santé,
les services sociaux, préventifs ou curatifs,

rendus à distance par le biais d'une télécommunication,
incluant les échanges audiovisuels à des fins d'information,
d'éducation et de recherche, et le traitement de données
cliniques et administratives »

MSSS

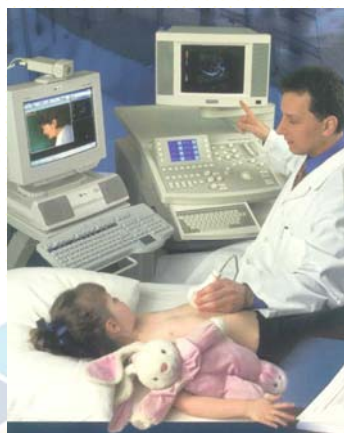
CHUM 

Télesanté ou télémedecine ?

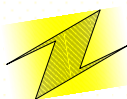
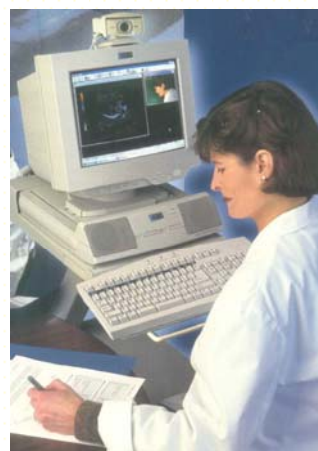


La télé-échocardiographie

Site émetteur

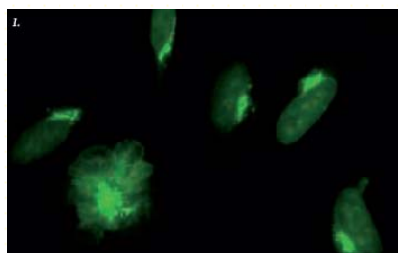


Site receveur

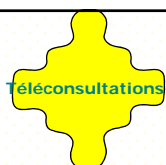




La télépathologie



CHUM




La téléradiologie




CHUM

Télésurveillance




**Monitoring fœtal de la femme
Enceinte au site émetteur**



**Analyse des données
par l'équipe médicale
au site receveur**

▶

CHUM 

Télésoins à domicile



**Télésurveillance
à domicile**




Le RUIS de l'UdeM en télésanté

- Mise en place d'un Centre de Coordination et Référence (CCR) et du Service de Soutien Technique aux Activités de Télésanté (SSTAT)
- **Projet Téléformation et Soutien Clinique Multidisciplinaire**
 - Cardiologie, Oncologie, Santé mentale, traumatologie, gériatrie
 - Réimplantation et Grands Brûlés, Transplantation, Douleur
- **Projet Télésoins à domicile**
 - CSSS Jardins Roussillon
 - Hôpital Maisonneuve-Rosemont : SRSAD
 - CHUM et CHU Sainte-Justine



51

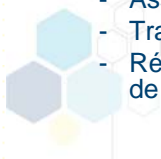


Réalisations et projets de télésanté CHUM

- **Téléconsultation**
 - douleur
 - psychiatrie
 - Grands-Brûlés
 - Nutrition clinique
 - Ré-implantation
 - Transplantation hépatique et pulmonaire
 - Neurochirurgie et rhumatologie

Objectifs multiples :

- Stabilisation du patient avant le transfert
- Éviter des transferts et des déplacements de patient
- Assurer un meilleur suivi post-op
- Transfert de connaissances en région
- Répondre à des problématiques de listes d'attente ou de rupture de service

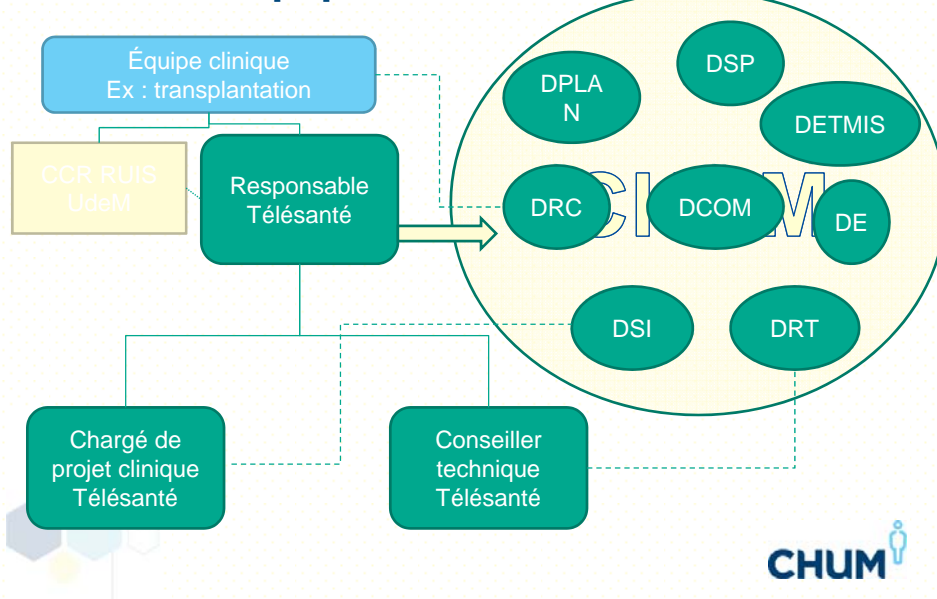


Projets de télésanté CHUM (suite)

- **Téléformation :**
 - Tous les secteurs du CHUM
 - 9 salles équipées pour diffuser des conférences
 - Comités interdisciplinaires : gériatrie, oncologie
- **Télésoins :**
 - Diabète et GARE
- **Télépathologie**
 - Santa Cabrini



Équipe Télésanté CHUM



Facteurs favorisant la télésanté

- Dotation globale de financement
- Pénurie de professionnels
- Infrastructure technologique en place au Québec ; soutien des RUIS
- Efficacité relative de la télésanté
- Amélioration de la performance des équipements et baisse des coûts
- Télé-enseignement



Avantages

- Évite les déplacements : améliore la qualité de vie des patients, des professionnels
- Réduit l'isolement professionnel
- Technologie relativement conviviale
- Permet d'améliorer l'**accessibilité** aux soins de pointe en région
- Est un outil pour contrôler les coûts de santé si utilisé judicieusement
- Permet d'optimiser l'utilisation des ressources si utilisé judicieusement



Freins à la télésanté

- La rémunération des médecins.
- Les aspects légaux encore présents:
 - Lieu de consultation
 - Tenue de dossier
 - Inter-juridiction (canadienne et internationale)
- Pénurie de professionnels
- Problèmes techniques
- Manque de locaux dans les établissements, coût des aménagements



Merci de votre attention

Questions ?

Pauline.maisani.chum@ssss.gouv.qc.ca

