

— 2012 —  
FORUM  
*des* PDG

PLACE À L'INNOVATION :  
RÉINVENTER LES SOINS  
AMBULATOIRES ET COMMUNAUTAIRES

RAPPORT DU SIXIÈME  
FORUM ANNUEL DES PDG

LE 15 FÉVRIER 2012  
MONTRÉAL (QUÉBEC)

## REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier les 180 PDG, responsables des politiques et experts du Canada et de partout au monde qui ont pris part au Forum des PDG 2012. Nous voulons aussi exprimer nos remerciements à nos conférenciers – Yves Bolduc, Adalsteinn Brown, Ann Colbourne, Irfan Dhalla, Robert Howard, Alain Larouche, Thomas Lee, David Levine, Dante Morra, Nigel Murray, Tammy O'Rourke, Shirlee Sharkey et John Sloan – ainsi qu'à André Picard et Kaveh Shojania, les modérateurs de la séance, à Terry Sullivan, qui a présidé le forum, à nos partenaires du forum, l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association médicale canadienne, à nos commanditaires du forum, le Partenariat canadien contre le cancer, Agrément Canada, l'Association canadienne des soins de santé et le Conseil canadien de la santé, et au personnel de la FCRSS.

### Partenaires



### Commanditaires



Le présent document est disponible à [www.fcrrs.ca](http://www.fcrrs.ca).

Le présent rapport est publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). Financée dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada, la FCRSS est un organisme indépendant et sans but lucratif qui a pour mandat de promouvoir l'utilisation des données probantes afin de renforcer l'offre de services destinés à améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes. Les opinions exprimées ici sont celles des auteurs et ne représentent pas forcément celles du gouvernement du Canada.

*Rapport sur le sixième Forum des PDG – Place à l'innovation : réinventer les soins ambulatoires et communautaires*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé © 2012.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite en tout ou en partie aux fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCRSS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel à [info@fcrrs.ca](mailto:info@fcrrs.ca). Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé © 2012. »

FCRSS  
1565, avenue Carling, bureau 700  
Ottawa (Ontario)  
K1Z 8R1  
Courriel : [info@chrsf.ca](mailto:info@chrsf.ca)  
Téléphone : 613-728-2238  
Télécopieur : 613-728-3527

## RAPPORT DU SIXIÈME FORUM ANNUEL DES PDG

### RÉINVENTER LES SOINS AMBULATOIRES ET COMMUNAUTAIRES : NOUVELLES APPROCHES AUX MALADIES CHRONIQUES

L'histoire des services de santé au Canada est marquée, de nos jours, par le nombre croissant de patients atteints de maladies chroniques qui sont mal desservis par un système conçu pour des soins aigus et épisodiques. Aussi faut-il changer le cours de cette histoire, mais est-ce possible? Et comment?

Il est généralement admis que la solution passe par des équipes communautaires multidisciplinaires, dédiées à la prestation de soins aux malades chroniques qui font face à de multiples problèmes de santé, mais qui réagissent bien à des soins coordonnés et bien gérés. Des services de santé intégrés dispensés par des équipes qui mettent l'accent sur les patients et sur l'auto-prise en charge sont essentiels pour éviter que les malades chroniques subissent des crises récurrentes qui les obligent à recourir aux services hospitaliers. Mais comment créer ce monde?

C'était justement l'objet du Forum des PDG 2012, organisé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association médicale canadienne et l'Association canadienne des institutions de santé universitaires. Chaque année, le forum réunit des dirigeants du secteur de la santé de partout au pays afin de partager des stratégies visant à améliorer les services de santé.

### OBSTACLES À L'AMÉLIORATION DU RENDEMENT AU CANADA

Lors du Forum 2012, un certain nombre de chefs de file cliniques ont échangé leurs points de vue sur les moyens d'assurer la qualité des soins ambulatoires et communautaires pour les personnes atteintes de maladies chroniques complexes. Il en a résulté des aperçus de plusieurs projets efficaces, une longue liste des obstacles au changement et une meilleure compréhension de la façon de progresser, ainsi que des mises en garde que le processus est lent et que l'apport de changements radicaux n'est pas une tâche aisée.

Les statistiques sont familières, mais sombres. Un pour cent des patients représentent un quart des dépenses de santé, 5 % des patients utilisent jusqu'à la moitié du budget des soins de santé et 81 % des Canadiens âgés de plus de 65 ans ont au moins une maladie chronique. Ces personnes entrent et sortent des hôpitaux, pour des raisons allant de l'insuffisance cardiaque congestive, de la maladie pulmonaire obstructive chronique à des problèmes de santé mentale.



John Sloan, médecin de famille, HomeVIVE.

Trop souvent, après leur admission et la stabilisation de leur état, les personnes atteintes de maladies chroniques graves sortent de l'hôpital, « puis plus rien » de dire le conférencier Irfan Dhalla de l'Hôpital St. Michael de Toronto. « Il y a une baisse drastique des soins après le congé, » a-t-il dit en citant une étude américaine qui a montré que 21 % des patients de Medicare étaient de retour à l'hôpital dans les 30 jours suivants leur congé - et que dans 50 % de ces cas, les patients n'ont pas consulté un médecin avant d'être réadmis à l'hôpital<sup>1</sup>. La situation n'est d'ailleurs pas très différente dans de nombreuses régions du Canada<sup>2</sup>.

De l'avis des participants, cet effondrement des soins entre l'hôpital et la collectivité ne devrait jamais se produire. En Colombie-Britannique, le programme HomeVIVE (*Home Visits to Vancouver's Elders* ou visites à domicile des aînés de Vancouver) prend en charge les personnes âgées fragiles à domicile, grâce à une équipe de soignants qui croient que diriger des personnes très âgées vers les services d'urgence, c'est comme lâcher un objet fragile de très haut. À Toronto, un groupe d'hôpitaux du centre-ville transfère les patients vulnérables hospitalisés vers un « service virtuel » le jour même de leur congé et une équipe multidisciplinaire continue à leur fournir des soins à domicile. À Montréal, le CSSS de la Pointe-de-l'Île est en train de mettre à l'essai le programme Télésoins qui consiste en l'installation de moniteurs de haute technologie chez les malades chroniques récemment sortis de l'hôpital afin de leur permettre d'enregistrer leurs données de santé. Non seulement une infirmière surveille les résultats de 80 patients à la fois, mais le programme offre aussi un service d'urgence ainsi que de téléphone auquel les patients peuvent recourir en tout temps.

<sup>1</sup> Jencks et coll. (2009), *NEJM*, n° 360, p. 1418-1428

<sup>2</sup> <http://www.oha.com/NEWS/MEDIACENTRE/Pages/NewReportOffersStrategiestoHelpBendtheHealthCareCostCurve.aspx>

## PRESTATION DE SOINS OPTIMAUX

Aux États-Unis, on a mis sur pied des systèmes de santé responsables afin de fournir des soins aux patients de Medicare. Ces systèmes consistent en des groupes de médecins, de fournisseurs de services de santé et d'hôpitaux qui tirent des avantages financiers (ou qui partagent le risque) s'ils répondent à certaines normes de soins coordonnés et de grande qualité. Adalsteinn Brown de l'Université de Toronto a mentionné que les systèmes de santé responsables sont organisés en fonction des patients et non des hôpitaux ou des frontières politiques. Il a signalé néanmoins que la préoccupation des systèmes de santé canadiens de créer des structures, plutôt que de développer des services de santé axés sur le patient peut entraver l'établissement de tels systèmes au Canada.



Adalsteinn Brown, chaire de recherche sur les politiques de santé publique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto.

Robert Howard, le président et chef de la direction de l'hôpital St. Michael de Toronto, a indiqué que les véritables systèmes de santé responsables reposent sur un modèle de financement qui n'est pas utilisé au Canada. Ici, comme les hôpitaux fonctionnent avec des budgets annuels fixés à l'avance et que chaque patient leur coûte de l'argent, ils n'encouragent pas les traitements, alors que pour les médecins qui sont rémunérés à l'acte, tous les traitements sont remboursés, ce qui ne favorise pas la collaboration. Dans un système de santé responsable, le financement est lié au patient, afin d'inciter les médecins et les établissements à travailler ensemble. M. Howard a souligné que cela peut donner lieu à des soins plus intégrés, mais aussi à des traitements inutiles. Néanmoins, une chose est certaine : c'est un changement important. « Pour moi, le grand défi sera de changer de mode de financement », a-t-il dit.



Robert Howard, président et chef de la direction de l'Hôpital St. Michael.

Pour Shirlee Sharkey, la présidente et chef de la direction de Saint Elizabeth Health Care, les changements doivent aller bien au-delà du mode de financement. Elle a fait part aux participants du forum d'un programme que Saint Elizabeth met en place dans un hôpital de Toronto pour éviter que les patients de santé mentale se rendent aux services d'urgence. Les travailleurs en santé mentale qui y sont affectés ont une vaste connaissance des ressources disponibles dans la collectivité pour les personnes atteintes de maladie mentale en situation de crise. Le programme réduit de 57 % les réadmissions aux services d'urgence dans les 28 jours et a contribué ainsi aux changements dans les soins communautaires. « On doit non seulement aller au-delà de la réorientation de l'argent et des ressources, mais aussi réorienter la pensée, » a dit Mme Sharkey.



Shirlee Sharkey, présidente et chef de la direction de Saint Elizabeth Health Care.



Irfan Dhalla, médecin membre du personnel du Département de médecine à l'Hôpital St. Michael, et David Levine, président et chef de la direction de l'Association de la santé et des services sociaux de Montréal.

## UNE DIRECTION RESPONSABLE

La nécessité de remodeler la pensée doit commencer au sommet, a dit David Levine, le président et chef de la direction de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Tout enlisement des plans de restructuration des soins est dû à une question de leadership et au peu d'efforts déployés pour faire participer le personnel au projet. « La direction est craintive du risque, » de dire M. Levine. Comme la résistance au changement est très répandue parmi les professionnels de la santé, rien ne se passe. Plusieurs conférenciers ont convenu que le travail d'équipe, accompagné d'une formation multidisciplinaire, devrait commencer déjà à l'école, et d'autres ont dit que les professionnels de la santé doivent se départir du mode réactif traditionnel de la médecine. « Nous devons leur apprendre à ne pas attendre que les problèmes se manifestent, mais à les prévenir, » a dit Alain Larouche, du Groupe conseil santé Concerto à Montréal.

## ALLER DE L'AVANT : DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA PERSONNE

Thomas Lee, le président du réseau *Partners Healthcare System* (attaché au Brigham and Women's Hospital et au Massachusetts General Hospital à Boston) a dit, lors du forum, que la façon dont les gens travaillent ensemble est plus importante dans la mise sur pied des systèmes de santé intégrés que la structure. Pour réunir des professionnels et des organisations, il est essentiel de se concentrer sur un objectif global – un objectif qui, pour son groupe, consiste à « accroître la valeur pour les patients » et qui se traduit, entre autres, à demander aux patients quels sont leurs objectifs de santé. Les réponses diffèrent souvent des objectifs de processus que visent



Thomas Lee, professeur de médecine à la Harvard Medical School et professeur en gestion et politiques de la santé à la Harvard School of Public Health.

les établissements. « Je voudrais faire de vous des chefs de file mondiaux en évaluation des résultats importants pour les patients, » a-t-il dit au forum.

L'échec du système à s'adapter aux besoins des malades chroniques en matière de soins communautaires était un thème récurrent lors du forum. « Tous les grands systèmes prennent soin de leurs clients les plus importants, alors que ce n'est pas le cas du système de santé, » a observé John Abbott, le chef de la direction du Conseil canadien de la santé.



Récipiendaire du prix *Leadership au service de l'excellence 2012*, Les Levin, chef du Secrétariat des services consultatifs médicaux de Qualité des services de santé Ontario, et Maureen O'Neil, présidente de la FCRSS.

Un participant a voulu savoir si la taille est un facteur important – plus précisément, si seuls les établissements, comme ceux de Boston, peuvent se doter de systèmes de santé responsables efficaces. M. Lee a répondu que les établissements de petite taille sont bien placés pour établir des liens avec la collectivité, mais il a ajouté que les patients devraient être disposés à se déplacer pour recevoir de meilleurs soins. M. Brown a souligné que la géographie sera toujours un facteur à considérer dans les systèmes de santé au Canada, mais elle ne devrait pas empêcher le développement de meilleurs soins dans la collectivité. « Je ne pense que la densité détermine le modèle... décide de la nature de la structure. Différentes villes ont besoin de différentes façons de traiter des patients. »

Le forum s'est penché sur la prise en charge des maladies chroniques liée aux soins hospitaliers et en établissement, afin de montrer non seulement qu'on peut surmonter les obstacles qui empêchent les médecins internistes (dont la plupart travaillent dans les hôpitaux) de soigner des patients dans la collectivité et qui sont perpétués par les structures organisationnelles et de financement, mais aussi qu'il est nécessaire de mieux former les gens à travailler en équipe.

De l'avis de Rachel Bard, la directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, c'est une erreur de mettre l'accent sur les établissements. « Si nous voulons une révolution..., nous devons changer notre cadre de référence, » a-t-elle dit en

réclamant des soins communautaires qui éviteraient aux gens de se rendre d'abord à l'hôpital. Mme Sharkey a ajouté que « la question plus vaste ne réside pas dans la séparation entre les soins hospitaliers, communautaires et à domicile, mais dans la prestation de services de santé axés sur la personne. »

## CONCLUSION

Kaveh Shojania, le directeur du Centre for Patient Safety à l'Université de Toronto, a dit comprendre le message que les petits pas sont plus probables que la révolution. « Je pense que nous nous entendons tous pour dire que le changement commence au niveau local. »

Selon les données probantes, c'est vrai, mais est-ce suffisant? Non. Le gradualisme n'a pas su répondre aux besoins du système de santé en 2012 et n'aide pas les personnes les plus dépendantes des services de santé. Il reste encore beaucoup à faire afin d'abandonner la pratique en solo pour une meilleure intégration de la médecine interne générale avec les soins communautaires et primaires. Les prestataires de soins doivent être formés et rémunérés comme des membres d'une équipe dès le début, même si pour ce faire, le système doit renoncer aux règles et pratiques qui nuisent à la prestation de meilleurs soins. Des équipes professionnelles motivées peuvent contribuer aux aspects au regard desquels les responsables de politiques ont du mal à progresser.