ÉTUDE DE CAS · QUÉBEC, CANADA

Du silo au sillon

Comment le CHUM a réinventé le parcours de greffe hépatique avec Transplant'Action Connectée – Foie (TAC-F)

Une innovation clinique et de recherche de Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Soutenue par la télésurveillance cellulaire CareSimple

Grand Prix Hippocrate 2026 — Catégorie Transformateur · Prix innovation Jean-Paul Marsan

Résultats préliminaires (24 premiers patients vs cohorte historique 2019-2020), tirés de la candidature du CHUM au Prix Hippocrate 2026.
Montants en dollars canadiens.

CareSimple

Le CHUM : centre de référence québécois en greffe hépatique

Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) est l'un des deux seuls programmes de greffe hépatique adulte au Québec, tous deux situés à Montréal. Les patients y sont référés de toutes les régions de la province, souvent à des centaines de kilomètres. Son centre de recherche (CRCHUM) a mené l'évaluation de TAC-F, financée d'abord par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), puis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

60–75
greffes hépatiques par année au CHUM

2
programmes de greffe hépatique adulte dans tout le Québec

60
patients recrutés dans la cohorte TAC-F (août 2024 →)

54
patients dans la cohorte historique de comparaison (2019-2020)

Direction du projet

Dre Marie-Pascale Pomey, MD, PhD
Chercheure principale · Professeure titulaire, Université de Montréal · Chercheure-boursière clinicienne senior, CRCHUM · Codirectrice scientifique, CEPPP
Avec la clinique de greffe hépatique du CHUM (hépatologie, soins infirmiers, nutrition, kinésiologie, service social), la direction des soins infirmiers et cinq pairs accompagnateurs formés, tous greffés.

CHUM
CRCHUM
CENTRE DE RECHERCHE
Centre hospitalier de l'Université de Montréal



Les équipes clinique, de recherche et technologique de TAC-F au CHUM, décembre 2024

Le défi : un parcours long, fragmenté et anxiogène

Le parcours de greffe hépatique s'étend du bilan d'admissibilité jusqu'à un an après la chirurgie. L'état des patients se dégrade pendant l'attente, et chaque rendez-vous manqué ou mal coordonné se traduit par des jours de vie fragilisée. Avant TAC-F, chaque étape relevait d'une équipe distincte, sans fil conducteur.

Plusieurs intervenants, aucun référentiel commun

Hépatologues, infirmières, nutritionnistes, travailleurs sociaux et kinésiologues intervenaient à des moments différents, avec des messages parfois incohérents.

Des transitions à risque

Bilan → inscription → attente → chirurgie → congé : chaque passage de relais était une rupture potentielle du suivi.

Une fragilité croissante

La maladie hépatique avancée entraîne dénutrition et déconditionnement — pourtant, le bilan pré-greffe ne comportait aucune évaluation nutritionnelle ni kinésiologique.

La géographie

Les deux programmes étant à Montréal, les patients de toutes les régions cumulaient des déplacements longs, répétés et coûteux alors qu'ils étaient déjà affaiblis.

Pour les patients : répéter leur histoire à chaque nouvel intervenant, ne pas savoir qui appeler en cas de symptôme, ne pas même savoir s'ils sont encore sur la liste. **Pour les équipes :** aucun moyen d'intervenir tôt, avant qu'un besoin ne devienne une visite à l'urgence ou une hospitalisation évitable.

Le modèle TAC-F : cinq composantes, une seule équipe intégrée

Développé par la clinique de greffe hépatique du CHUM et une équipe de recherche du CRCHUM, TAC-F reconstruit le parcours de façon longitudinale autour du patient plutôt qu'autour des silos professionnels. Il opérationnalise les principes des soins fondés sur la valeur (Value-Based Health Care) : moins d'actes inutiles, plus de continuité relationnelle.

Ce qui le distingue

- Des rendez-vous ponctuels à un flux continu de données cliniques en milieu de vie réel
- Les pairs accompagnateurs sont membres à part entière de l'équipe de soins, et non une ressource périphérique
- Un langage et un document de référence communs aux cliniciens, aux pairs, aux patients et aux proches
- Une responsabilité partagée sur l'ensemble de la trajectoire plutôt que chaque équipe optimisant son propre segment

Une équipe interdisciplinaire unique

Médecins, infirmières, nutritionniste et kinésiologue suivent le patient du pré-greffe jusqu'à un an post-greffe — sans transfert d'une équipe à l'autre.

Un plan nutritionnel et kinésiologique coconstruit

Élaboré avec le patient lors d'une « journée Zéro » et ajusté dans le temps plutôt que fixé une fois pour toutes.

Objets connectés cellulaires + télésurveillance

Bracelet d'activité, tensiomètre et balance alimentent la plateforme CareSimple pour un suivi quotidien à domicile, en conditions réelles.

Des pairs accompagnateurs

Des greffés formés tiennent un entretien individuel mensuel avec chaque patient : soutien émotif, informationnel et de navigation, indépendant de l'horaire clinique.

Un Parcours d'Apprentissage en Santé (PAS) partagé

Un document de référence coécrit par les pairs et les cliniciens pour que chaque intervenant livre le même message au même moment du parcours.

Le parcours du patient, en trois phases continues

1 Pré-greffe

Liste d'attente

- Semaine de bilan GRIT-F enrichie des volets infirmier, nutritionnel, kinésiologique, éducatif et de littératie numérique — délai d'inscription réduit de 8 semaines à 1
- « Journée Zéro » : l'équipe coconstruit le plan kinésiologique et nutritionnel et remet les objets connectés
- Calendrier prévisible : infirmière et pair accompagnateur aux 4 semaines; nutritionniste et kinésiologue aux 3 mois
- Le patient rédige un contrat moral exprimant les raisons de son engagement dans la greffe

2 Épisode de greffe

Hospitalisation

- La continuité n'est pas interrompue : le kinésiologue et la nutritionniste de l'unité adaptent le plan aux capacités du patient hospitalisé
- L'infirmière de pré-greffe et le pair accompagnateur rendent visite au patient à l'unité
- Même équipe, même document de référence, mêmes messages

3 Post-greffe

Domicile, jusqu'à 12 mois

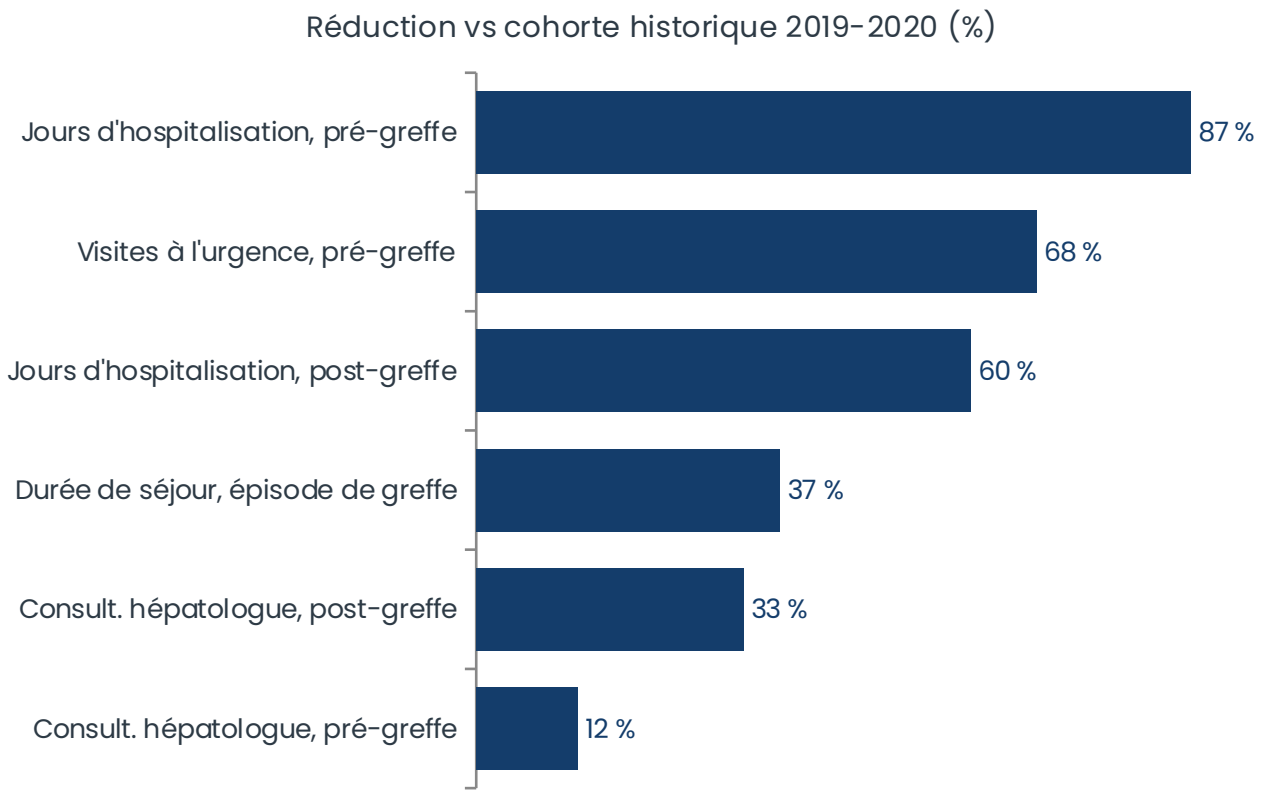
- Objets connectés remis en fonction au congé pour un suivi quotidien à domicile
- Infirmière post-greffe en contact hebdomadaire, puis mensuel
- Plans kinésiologique et nutritionnel réévalués en continu
- Le pair accompagnateur reprend ses entretiens mensuels



Une « journée Zéro » au CHUM, octobre 2024 : un futur greffé et son épouse avec les infirmières, l'équipe de télésanté et CareSimple.

Chaque donnée, chaque contact professionnel et chaque échange avec un pair alimentent une même équipe intégrée à responsabilité partagée.

Résultats : un recours aux soins aigus nettement réduit



Indicateur	Avant	TAC-F
Jours d'hospitalisation, pré-greffe (j/patient)	30,7	**4**
Visites à l'urgence, pré-greffe (par patient)	3,14	**1**
Jours d'hospitalisation, post-greffe (j/patient)	30,13	**12**
Durée de séjour, épisode de greffe (jours)	37,6	**23,7**
Consult. hépatologue, post-greffe (par patient)	8,9	**6**
Consult. hépatologue, pré-greffe (par patient)	4,26	**3,73**

8 sem. → 1 sem. délai entre le bilan et l'inscription sur la liste

70 % → 100 % satisfaction des professionnels envers le modèle de soins

2 sur 3 patients modifient leurs habitudes de vie avant la greffe; 100 % les maintiennent après

Comparaison avant-après, 24 premiers patients TAC-F vs cohorte historique de 54 patients (2019-2020); sans groupe témoin contemporain. La durée de séjour de l'épisode de greffe inclut 5 patients avec complications (15,8 jours sans eux). Source : candidature du CHUM au Prix Hippocrate 2026, tableau d'indicateurs IPAM.

Valeur créée : des coûts par trajectoire réduits de moitié

Coût global par trajectoire de greffe (CAD)

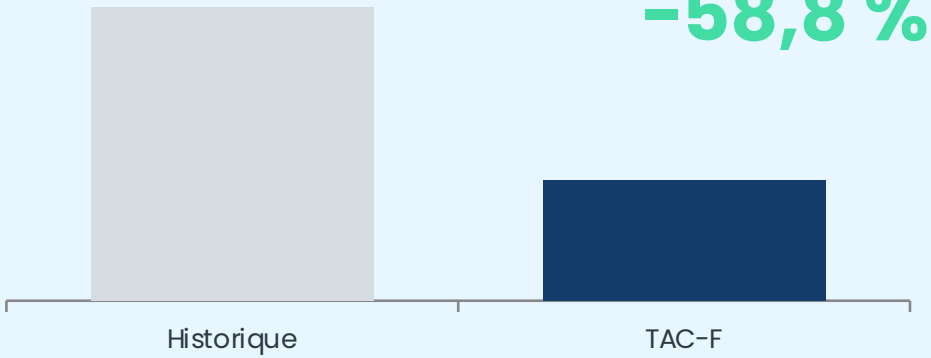
Cohorte historique

222 142 $

Cohorte TAC-F

91 458 $

−58,8 %



Inclut les hospitalisations, les consultations médicales et paramédicales, les objets connectés et la plateforme de télésurveillance.

Consommation de soins évitée par patient

58,7

jours-lits évités par patient

26,7 pré-greffe · 13,9 épisode de greffe · 18,1 post-greffe

2,1

visites à l'urgence évitées par patient

à 183 $ la visite

≈ 131 k$

de coûts de soins aigus évités par patient

à 2 225 $ la journée d'hospitalisation aiguë au CHUM

Projection sur la cohorte complète de 60 patients

3 522

jours-lits libérés pour le CHUM

7,8 M$

de soins aigus évités

− 1,3 M$

coût total de l'intervention*

6,5 M$

d'économie nette pour le CHUM

*Ressources humaines, objets connectés et plateforme de télésurveillance. La projection suppose que les résultats des 24 premiers patients se maintiennent sur la cohorte de 60. Données préliminaires, devis avant-après sans groupe témoin. Économie de soins aigus par patient : 58,7 jours-lits × 2 225 $ + 2,1 visites × 183,48 $. Source : candidature du CHUM au Prix Hippocrate 2026.

Télésurveillance cellulaire : la technologie derrière l'équipe

CareSimple est le partenaire de télésurveillance du CHUM pour TAC-F, aux côtés du Centre de coordination de la télésanté SQ-CHUM / Santé connectée du RUISSS de l'Université de Montréal, qui assure le soutien technique et opérationnel continu.

Des objets cellulaires, rien à configurer

Tensiomètre et balance transmettent par le réseau cellulaire — sans Wi-Fi, application ni appariement à un téléphone. Les patients à faible littératie numérique les utilisent avec succès; un questionnaire de littératie oriente chaque plan d'apprentissage.

Des rendez-vous au flux de données

Les mesures quotidiennes prises dans le milieu de vie du patient permettent à l'équipe d'anticiper une difficulté plutôt que de la découvrir au rendez-vous suivant — un suivi proactif plutôt que réactif.

Intégrée à l'environnement informatique du CHUM

Déployée dans le cadre d'une entente-cadre de partenariat, d'un avis d'intention public et d'un certificat de sécurité émis par le CHUM; conçue pour s'intégrer au dossier clinique informatisé en cours de déploiement dans le réseau.

Une structure de coûts transparente et modeste

Environ 125 $ par objet connecté cellulaire, plus 15 $ par objet par mois pour la plateforme — une fraction des coûts de soins évités par patient.

Dans les mots du CHUM

« Des objets connectés reliés à la plateforme de télésurveillance CareSimple remplacent la logique de rendez-vous en présentiel par un suivi quotidien fondé sur des données collectées en milieu de vie réel. »

« Cette intégration se traduit par des patients (et des proches) mieux accompagnés, plus engagés et moins isolés, y compris ceux à faible littératie numérique, capables eux aussi d'utiliser les objets connectés. »

« Fondé sur les principes du Value-Based Health Care, ce modèle crée de la valeur en réduisant les actes inutiles tout en renforçant la continuité relationnelle. »

— CHUM, candidature au Prix Hippocrate 2026

PRIX HIPPOCRATE 2026

Grand Prix Hippocrate 2026 — Catégorie Transformateur

et Prix innovation Jean-Paul Marsan — Transformation des parcours complexes et création de valeur en santé

Le Prix Hippocrate est le programme québécois de reconnaissance de l'innovation en santé, qui réunit le réseau de la santé et des services sociaux, le milieu universitaire et l'industrie. L'édition 2026 a décerné douze prix d'innovation répartis en six thèmes — de la santé des populations et des parcours intégrés à l'intelligence artificielle et au rayonnement international. Chaque prix distingue les projets « Transformateur » (18 mois et plus d'activité, résultats mesurés) des projets « Émergent ». Les prix ont été remis le 29 octobre 2026.

Le 29 octobre 2026, TAC-F a reçu deux distinctions : le Prix innovation Jean-Paul Marsan dans son thème, Santé des populations et parcours intégrés, puis le Grand Prix Hippocrate, catégorie Transformateur — la plus haute distinction de la soirée. Toutes deux ont été remises à l'équipe du CHUM dirigée par la Dre Marie-Pascale Pomey, avec la clinique de greffe hépatique, l'équipe de recherche du CRCHUM, la direction des soins infirmiers et ses pairs accompagnateurs. CareSimple est fière d'avoir soutenu l'équipe à titre de partenaire technologique en télésurveillance.



Le trophée Hippocrate 2026

Ce que le jury reconnaît

- La coordination sur le continuum de soins
- Moins de fragmentation, des délais réduits
- Des réponses intégrées aux situations cliniques complexes
- Des résultats avant-après mesurés
- Équité, pérennité et mise à l'échelle

CareSimple

Un modèle transposable, qui suscite déjà l'intérêt au-delà du foie

Québec	Centre universitaire de santé McGill (greffe hépatique) · CHU Sainte-Justine · Centre d'excellence intégré en santé métabolique du CHUM (obésité) · Hôpitaux Pierre-Boucher, du Sacré-Cœur et Jean-Talon (chirurgie bariatrique)
Canada	Programme hospitalier de Toronto (intérêt manifesté)
International	AP-HP Paris — Pitié-Salpêtrière et Paul-Brousse (implantation et financement à l'étude) · Hospices Civils de Lyon (adaptation à la greffe rénale)

Conditions de reproductibilité identifiées par le CHUM

- Adhésion de la haute direction et du leadership clinique local en amont du déploiement
- Environ un pair accompagnateur pour dix patients
- Un changement de culture vers l'interdisciplinarité, la transparence et la responsabilité partagée
- Mobilisation coordonnée de plusieurs directions (partenariat patient, affaires médicales, soins infirmiers, services multidisciplinaires, finances, télésanté)

Pérenniser le modèle

Le CHUM travaille à sécuriser un financement récurrent des postes d'infirmière, de kinésiologue et de nutritionniste, à financer les objets connectés par la Fondation du CHUM et à explorer un financement à l'épisode de soins avec le MSSS et Santé Québec — sur la base du retour sur investissement démontré. La télésurveillance ne dispose pas encore d'un code de facturation au Québec, contrairement à d'autres systèmes de santé.

Intéressé par l'approche TAC-F ou par la télésurveillance cellulaire des parcours complexes? sales@caresimple.com · (866) 822-8461