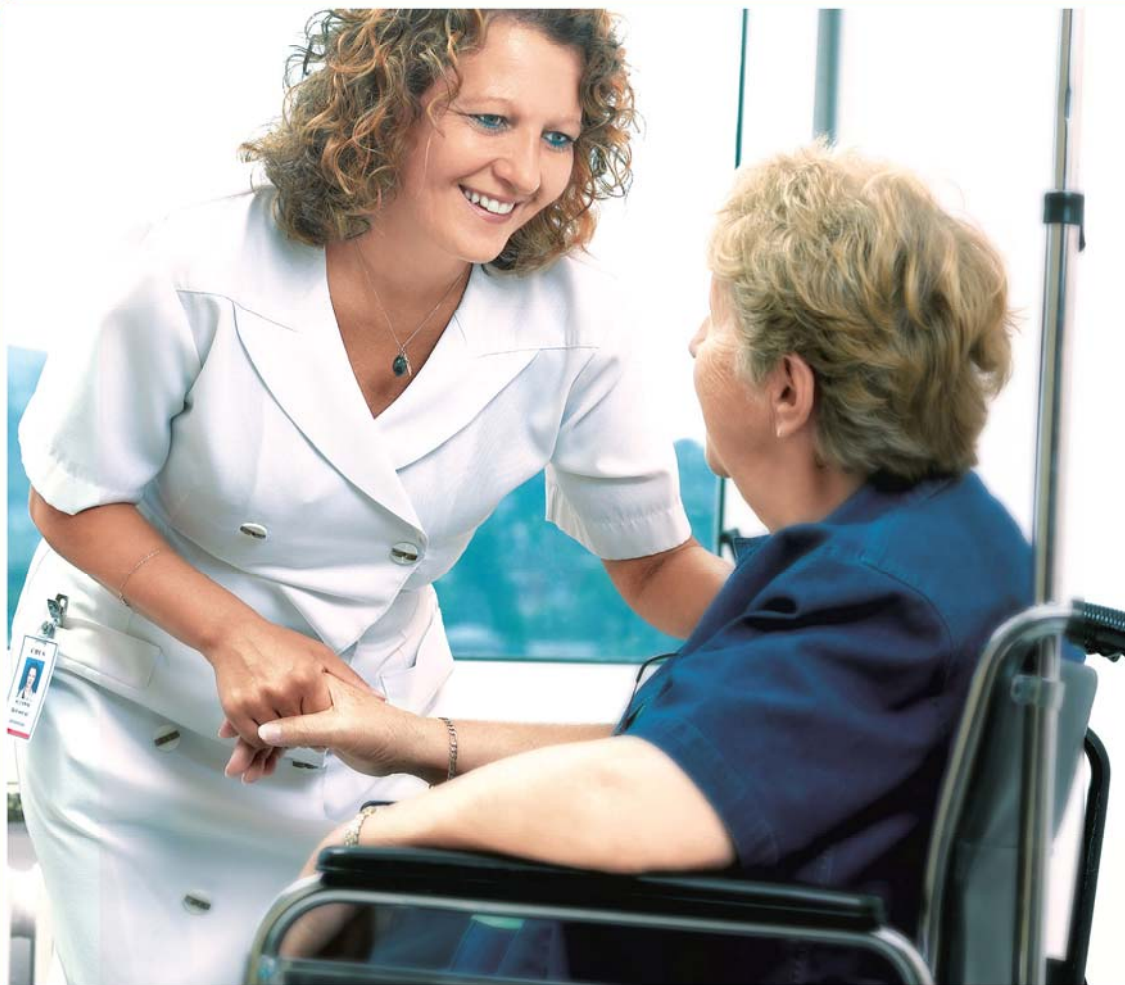


ÉVALUATION DES CLINIQUES
INTERDISCIPLINAIRES
MUSCULOSQUELETTIQUES
EN ORTHOPÉDIE : LE MODÈLE DU CSSS
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE

UÉT MIS

UNITÉ D'ÉVALUATION DES
TECHNOLOGIES ET DES MODES
D'INTERVENTION EN SANTÉ



Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

www.chus.qc.ca

© Unité ETMIS 2011

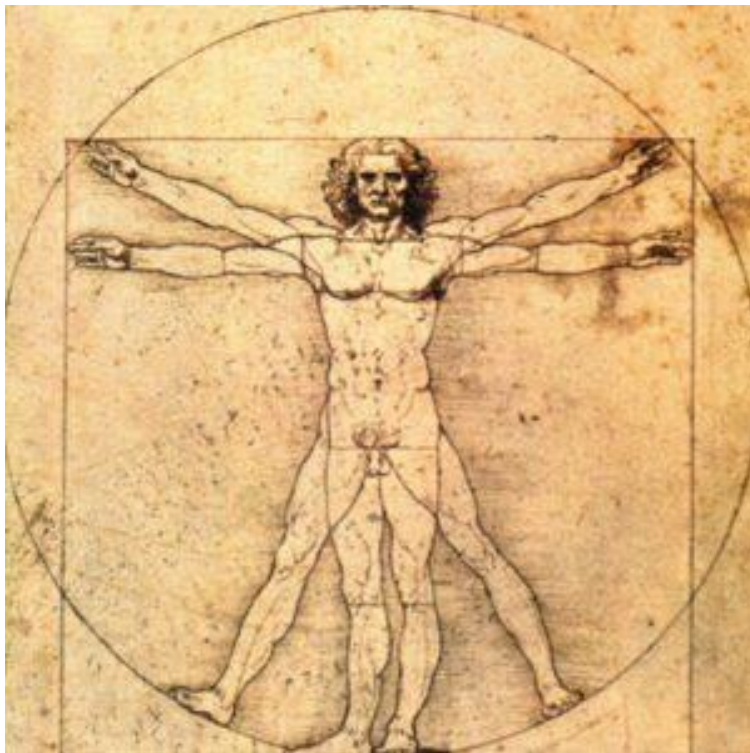


Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie

*Unité d'évaluation des technologies et
des modes d'intervention en santé*

ÉVALUATION DES CLINIQUES INTERDISCIPLINAIRES MUSCULOSQUELETTIQUES EN ORTHOPÉDIE : LE MODÈLE DU CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE- L'ÉRABLE



Avril 2011

© Unité ÉTMIS 2011

LA MISSION

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS) du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) est un regroupement d'experts dont les avis sont susceptibles d'influencer les décisions prises par l'Administration hospitalière concernant les investissements en technologie de la santé, l'implantation des technologies émergentes, les changements dans la pratique des soins et les modes d'intervention en santé (dispensation des soins et organisation des services). Le créneau privilégié par le comité directeur de l'Unité ÉTMIS est « *L'évaluation des pratiques et des modes d'intervention en santé* ». Les évaluations tiennent compte de plusieurs volets dont l'efficacité, la sécurité et l'efficience des technologies, ainsi que les impacts éthiques, légaux, sociaux et économiques liés à l'implantation et à l'administration desdites technologies. L'approche globale de l'Unité ÉTMIS est de développer l'évaluation des technologies en respectant les priorités établies dans la planification stratégique et les projets conjoints avec le Centre de recherche clinique Etienne-Le Bel du CHUS.

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ

Renald Lemieux, M. Ing., Ph. D., M.ETS.
Directeur adjoint, Direction de la qualité, planification,
évaluation et performance, CHUS, Sherbrooke

Thomas Poder, Ph. D.
Conseiller--cadre en évaluation des technologies,
CHUS, Sherbrooke

Christian Bellemare, M.Sc.
Coordonnateur, Unité d'évaluation des
technologies et des modes d'intervention en
santé, CHUS, Sherbrooke

Suzanne K. Bédard, T.M. B.A.,
Conseillère en évaluation des technologies,
CHUS, Sherbrooke

Pour tout renseignement sur ce document ou sur les activités de l'UÉTMIS-CHUS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
CHUS - Hôpital Fleurimont
3001, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
Téléphone : (819) 346-1110 13802

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-9807538-8-6

© Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2011

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

AVANT-PROPOS

ÉVALUATION DES CLINIQUES INTERDISCIPLINAIRES MUSCULOSQUELETTIQUES EN ORTHOPÉDIE : LE MODÈLE DU CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE

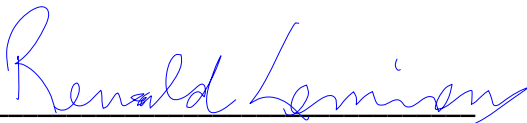
Selon le site de l'Association d'orthopédie du Québec, le nombre d'orthopédistes en activité dans la province était en légère augmentation avec 303 professionnels répartis dans 61 établissements au début de l'année 2009. Cependant, compte tenu du vieillissement de la population et de la difficulté à trouver un médecin de famille, ce nombre est insuffisant pour permettre aux cliniques externes en orthopédie des centres hospitaliers québécois d'accueillir une population de plus en plus nombreuse de patients souffrant de toutes sortes de problèmes musculosquelettiques. En conséquence, les cliniques externes ne se désemplissent pas et les délais d'attente pour une première consultation atteignent des sommets allant le plus souvent de plusieurs mois à quelquefois plusieurs années. Face à une telle situation, l'Association d'orthopédie du Québec a demandé au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec de réviser son plan d'effectifs et de permettre davantage de médecins orthopédistes à pouvoir pratiquer, en particulier dans les centres hospitaliers des régions. Toutefois, dans la situation actuelle où très peu de résidents en médecine choisissent une spécialisation en orthopédie, le nombre annuel de finissants en orthopédie ne saurait être suffisant pour combler la pénurie. En outre, les médecins orthopédistes du Québec présentent une moyenne d'âge dépassant 50 ans dont au moins 20 % d'entre eux sont âgés de plus de 65 ans. De fait, la situation actuelle de pénurie ne devrait pas s'améliorer dans les années à venir, mais au contraire s'aggraver.

Dans un tel contexte, les établissements de santé du Québec se doivent donc, plus que jamais, de renforcer leur culture d'innovation et se doter de façon proactive des outils nécessaires à l'amélioration de l'accessibilité. À cet égard, l'idée de cliniques interdisciplinaires en musculosquelettiques serait une façon de pallier à une partie de la pénurie et de réduire les délais d'attente pour une première consultation pour un problème musculosquelettique. Ainsi, pour un mal de dos, de hanche ou de genou, les patients pourraient s'y présenter directement et rencontrer une infirmière, un omnipraticien ou un physiothérapeute pour recevoir des soins. Selon le président sortant de l'Association d'orthopédie du Québec, le Dr Raymond Hould, un physiothérapeute pourrait être capable de distinguer si un mal d'épaule provient d'une déchirure ou d'un étirement du tendon. Une telle organisation aurait pour conséquence de rediriger les cas ne nécessitant pas l'expertise particulière d'un orthopédiste vers un autre professionnel compétent.

L'objectif de ce rapport est de fournir les informations nécessaires sur la pertinence d'une telle organisation de services au centre hospitalier du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable. Dans ce cadre, l'idée d'une clinique interdisciplinaire musculosquelettique, que les autorités médicales de l'hôpital Hôtel-Dieu d'Arthabaska ont décidé d'implanter, se doit d'être confrontée aux données probantes de la littérature et le cas échéant faire l'objet d'une enquête sur le terrain avant toute exportation du modèle.

Sous cet angle, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a

mandaté l'unité ÉTMIS du CHUS pour évaluer les gains potentiels associés à la mise en place d'une clinique interdisciplinaire musculosquelettique au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et les coûts inhérents à la première visite. Le type d'évaluation demandée s'apparente à une analyse des données probantes tirées de la littérature scientifique, ainsi qu'à une évaluation sur le terrain des impacts de la mise en place de cette nouvelle clinique par rapport à la situation préexistante.



Renald Lemieux, M. Ing., Ph. D., M.ETS.

Directeur adjoint,

Direction de la qualité, de la planification, de l'évaluation et de la performance, CHUS

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé à la demande de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-Du-Québec par Thomas Poder, Ph. D., cadre-conseil en évaluation des technologies, Suzanne K. Bédard, B.A., conseillère en évaluation des technologies, Christian Bellemare, M.Sc., coordonnateur de l'UETMIS et Renald Lemieux, Ph.D., Directeur adjoint à la Direction de la qualité, planification, évaluation et performance au CHUS.

Nous remercions le comité interdisciplinaire formé de personnes-ressources du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Arthabaska pour le soutien apporté et pour la générosité des personnes membres de ce comité dans le processus d'élaboration du protocole d'évaluation et de la collecte de données.

Composition du comité :

Mme Josée Simoneau, directrice du Programme santé physique CSSSAE
Mme Michelle Ross, adjointe clinico administrative du Programme santé physique CSSSAE
Mme Pierrette Langlois, coordonnatrice des Services ambulatoires
Mme Geneviève Cormier, infirmière pivot
Mme Michelle Bourassa, physiothérapeute
Dre Pascale Larochelle, chef du Département d'orthopédie

Nous remercions également nos précieux collaborateurs du CHUS :

M. Jean-François Lalande, chef de soins et services, Service interdisciplinaire de réadaptation multifonctionnelle (SIRF) et du Programme de neurotraumatologie
Mme Maryse Couture, coordonnatrice professionnelle biomédicale
Mme Denise St-Cyr Tribble, professeure titulaire, Faculté de médecine et des sciences de l'UdeS

Nous remercions également les personnes suivantes de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec :

Mme Johanne Ferland, répondante régionale, Mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés
Mme Danielle Hubert, chef de service, Direction des services de santé et affaires médicales

Nous remercions de façon tout aussi appuyée le personnel de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique en orthopédie du CSSSAE et des deux sites de la clinique externe en orthopédie du CHUS ainsi que Mme Louise Corbeil, consultante, pour son aide précieuse lors de la collecte des données.

Finalement, nous remercions Mme Brenda Couture, assistante administrative DQPEP, et Mme Louise Laperle pour la mise en page et la correction d'épreuves.

DIVULGATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler

TABLE DES MATIÈRES

LA MISSION	2
AVANT-PROPOS.....	3
REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIÈRES	6
LISTE DES TABLEAUX	8
ABRÉVIATIONS	9
ABRÉVIATIONS	9
RÉSUMÉ	10
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE.....	12
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS.....	14
2.1 Introduction	14
2.2 Méthodologie	14
2.3 Revues systématiques	15
2.4 Résultats des études basées sur le score de Jadad et al. (1996).....	16
2.5 Résultats des autres études.....	19
2.6 Discussion.....	26
2.7 Conclusion	28
2.8 Recommandations générales issues de la revue systématique de la littérature	30
CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DE LA NOUVELLE CLINIQUE ET PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	33
3.1 Introduction	33
3.2 Description de la clinique musculosquelettique du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	33
3.2.1 Problématiques.....	33
3.2.2 Fonctionnement de la clinique externe avant la mise en place de la nouvelle clinique.....	34
3.2.3 Objectifs généraux et spécifiques (CSSSAE, 2009)	35
3.2.4 Description du fonctionnement de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique.....	37
3.2.5 Cartographie des processus	41
3.2.6 Clientèle ciblée	42
3.2.7 Outils utilisés.....	42
3.2.8 L'équipe	44
3.2 Indicateurs de résultats de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique	46
3.2.1 Degré d'implantation	46
3.2.2 Accessibilité	46
3.2.3 Efficacité	49
3.2.4 Qualité de la demande transmise à la clinique par les médecins référents	52
3.2.5 Coût pour l'obtention d'une première visite.....	52
3.3 Obstacles rencontrés et solutions apportées	54
3.3.1 Obstacles.....	54
3.3.2 Ce qui a facilité la mise en place de la nouvelle clinique	55
CHAPITRE 4 : ÉVALUATION TERRAIN.....	57
4.1 Degré d'interdisciplinarité	57
4.1.1 Introduction.....	57
4.1.2 Méthodologie	57
4.1.3 Validité du questionnaire.....	58
4.1.4 Résultats.....	59

4.1.5	Analyse.....	61
4.1.6	Recommandations.....	62
4.1.7	Conclusion.....	62
4.2	Évaluation de la satisfaction des membres de l'équipe clinique.....	63
4.2.1	Introduction.....	63
4.2.2	Méthodologie et validité des questionnaires.....	63
4.2.3	Résultats et analyses.....	66
4.2.5	Recommandations.....	72
4.2.6	Conclusion.....	72
CHAPITRE 5 : RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION.....		73
5.1.	Recommandations.....	73
5.2.	Conclusion.....	74
Bibliographie Chapitre 1.....		76
Bibliographie Chapitre 2.....		76
Bibliographie Chapitre 4.....		80

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2-1 : Mots clés utilisés dans les différents moteurs de recherche	15
Tableau 3-1 : Délais d'attente avant l'implantation	46
Tableau 3-2 : Délais maximaux d'attente après l'implantation (1 ans).....	47
Tableau 3-3 : Délais d'attente après l'implantation (2 ans)	47
Tableau 3-4 : Cibles de délai d'accès	48
Tableau 3-5 : Variation annuelle du nombre de visites ajustée par effectif médical (orthopédistes)	50
Tableau 3-6 : Volume de visites par années pour les membres de l'équipe (hors orthopédistes)	51
Tableau 3-7 : Objectifs 2009-2010 : PTH et PTG	51
Tableau 4-1 : Résultats au questionnaire d'évaluation du degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité	60
Tableau 4-2 : Résultats au questionnaire d'évaluation du degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité : scores maximaux et minimaux	61
Tableau 4-3 : Résultats du questionnaire sur la satisfaction générale au travail : MINNESOTA satisfaction questionnaire (MSQ).....	66
Tableau 4-4 : Résultats du questionnaire sur la satisfaction face au processus qui a mené au changement.....	68
Tableau 4-5 : Résultats du questionnaire sur la perception du changement des rôles et des comportements : PROBES.....	70

ABRÉVIATIONS

ADT	Admission départ transfert
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local des Services communautaires
CSSS	Centre de Santé et de Services sociaux
CSSSAE	Centre de Santé et de Services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
HDA	Hôtel-Dieu d'Arthabaska
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
PTI	Plan thérapeutique infirmier
TRP	Thérapeute en réadaptation physique
‰	Pour mille

RÉSUMÉ

L'orthopédie est une discipline qui requiert un continuum de soins en étroite collaboration avec différents intervenants, dont les orthopédistes, les omnipraticiens, les infirmières, les physiothérapeutes, les thérapeutes en réadaptation et les ergothérapeutes, afin d'assurer une réadaptation rapide et efficace. Dans certains cas, l'attente pour une première consultation occasionne des délais très importants dans le processus du continuum de soins en orthopédie, ce qui peut compromettre la réadaptation du patient et parfois même provoquer des complications pouvant engendrer une certaine perte d'autonomie. Au Québec, la pénurie de médecins orthopédistes est palpable et pourrait s'aggraver au cours des prochaines années. Une des conséquences de cette situation se retrouve dans le délai d'attente moyen pour les chirurgies orthopédiques les plus communes est estimé à 120 jours et celui pour l'ensemble des cas orthopédiques et musculosquelettiques non chirurgicaux entre 210 et 400 jours. Dans un tel contexte, les établissements de santé du Québec se doivent de renforcer leur culture d'innovation et se doter de façon proactive des outils nécessaires à l'amélioration de l'accessibilité aux soins. C'est pourquoi l'implantation de cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique s'avère une solution novatrice à ce problème. Ces équipes interdisciplinaires regroupent plusieurs professionnels de la santé dans un but commun : offrir des soins de qualité et répondre aux besoins de la clientèle au bon moment avec le bon intervenant en santé. Donc de favoriser une meilleure utilisation des compétences de chacun. Dans cet axe, le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et le CSSS les Eskers de l'Abitibi ont implanté une clinique interdisciplinaire en musculosquelettique favorisant l'accessibilité, la continuité, l'efficacité et l'efficience pour une clientèle souvent négligée.

Pour mesurer les résultats de l'implantation de la nouvelle clinique interdisciplinaire, plusieurs indicateurs ont été utilisés. Tout d'abord, une étude réalisée sur l'impact des délais d'accessibilité affiche des résultats spectaculaires avec une réduction des délais d'attente de 50% ou plus, soit des gains similaires à ce qui a pu être observé dans la littérature à ce sujet. Dans cet ordre d'idées, une amélioration notable à l'accessibilité pour certaines problématiques musculosquelettiques a été notée dans la mesure où cette clientèle n'était auparavant pas ou très peu prise en charge. Quant à l'amélioration de la continuité des soins, elle s'est effectuée grâce à la réorganisation des soins en orthopédie, ainsi qu'à une meilleure gestion des dossiers et des suivis patients. Par contre, il n'a pas été possible de quantifier cet élément en raison du manque de données chiffrées. Toutefois, l'efficacité du nouveau modèle a été recensée. Il révèle une nette diminution du nombre d'usagers sur la liste d'attente, soit 77% malgré une hausse très marquée des demandes de consultation. En corollaire, il est désormais possible d'orienter directement et plus rapidement l'utilisateur vers le bon professionnel et au meilleur moment. De fait, environ 50% de la clientèle musculosquelettique n'est plus référée à un orthopédiste, mais à un autre professionnel de la clinique. Les orthopédistes peuvent donc pratiquer un plus grand nombre de chirurgies orthopédiques en PTG et PTH, soit une progression de plus 10% au cours des 4 dernières années comptables, et ce avec un nombre réduit d'orthopédistes (-12,5%). À la lumière des résultats obtenus dans notre revue de la littérature, il est possible que la mise en place d'une clinique interdisciplinaire en musculosquelettique puisse conduire à une plus grande efficience. Ce dernier point n'a cependant pu être pleinement apprécié ici. Toutefois, l'évolution des coûts pour l'équivalent d'une première visite semble indiquer une telle tendance.

Finalement, les bénéfices retrouvés dans la littérature et ceux mesurés lors de cette évaluation, nous amènent à reconnaître les nombreux avantages de poursuivre le développement des cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique. Il est aussi permis de considérer la possibilité d'implanter d'autres cliniques interdisciplinaires au Québec, selon les modèles et l'expérience des cliniques déjà implantées, comme une solution novatrice à la pénurie d'orthopédistes et à l'augmentation de l'accessibilité en orthopédie au Québec.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Présentation générale

L'orthopédie est une discipline qui requiert un continuum de soins en étroite collaboration avec les omnipraticiens, les infirmières et les professionnels de la santé afin d'assurer une réadaptation efficace. Dans certains cas, l'attente pour une première consultation occasionne des délais très importants dans le processus du continuum de soins en orthopédie, ce qui peut compromettre la réadaptation du patient et parfois même provoquer des complications pouvant engendrer une certaine perte d'autonomie (Desmeules et al. 2010).

Au Québec, le nombre d'orthopédistes fait l'objet d'une pénurie. Par exemple, en 2009, à l'hôpital Hôtel-Dieu d'Arthabaska (HDA), il y avait seulement 3,5 orthopédistes (ETC) pour couvrir une population totale d'un peu plus de 90 000 habitants. De plus, plusieurs autres enjeux émergent des observations dans le continuum de soins en orthopédie du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable : offrir des services à une clientèle de cas complexes, investigation préalable des usagers souvent insuffisante, faible niveau d'accès à un médecin de famille, établissement d'un diagnostic précis et prise en charge à l'intérieur de délais trop longs, listes d'attente très élevées pour obtenir une consultation auprès des ressources spécialisées, augmentation de la clientèle ambulatoire de 65 ans et plus, etc. L'ensemble de ces éléments favorise les bris de service à l'intérieur du continuum en orthopédie. Par ailleurs, plusieurs médecins omnipraticiens semblent mal à l'aise avec certaines techniques telles que l'infiltration, ce qui conduit à grossir le flot de patients vers la clinique d'orthopédie de l'HDA. Devant ces constatations, le CSSSAE a entrepris de définir et d'implanter une clinique interdisciplinaire musculosquelettique comme une solution à l'amélioration du continuum de soins en orthopédie.

Dans ce contexte, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a mandaté l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (JETMIS) du CHUS pour réaliser une évaluation propre à son contexte afin d'étudier les bénéfices potentiels de cette clinique.

Contexte

Anticipant l'importance d'une réorganisation des services de soins en orthopédie, le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable a amorcé des travaux en vue de la mise en place d'une clinique interdisciplinaire en musculosquelettique dès la mi-2007, et ce, dans l'expectative d'obtenir un soutien financier afin de pérenniser une telle approche.

Objectifs d'évaluation

L'objectif principal de cette évaluation est d'étudier les bénéfices potentiels de l'implantation d'une clinique interdisciplinaire en musculosquelettique au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Arthabaska dont le bassin de desserte est celui du territoire Arthabaska et de l'Érable.

Cinq (5) objectifs font l'objet de critères d'évaluation : 1) l'accessibilité aux services, 2) l'efficacité et 3) l'efficience de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique, 4) le degré d'interdisciplinarité de l'équipe clinique et 5) la satisfaction de ses membres.

Plan d'évaluation

Dans ce rapport, nous présentons tout d'abord une revue de la littérature des différents modèles

d'organisation de cliniques orthopédiques où la présence d'une structure formelle ou informelle permet d'harmoniser les pratiques et d'améliorer le continuum de soins. Cette revue de la littérature a été effectuée pour en retirer les principales lignes de recommandations (Chapitre 2). Par la suite, nous établissons un parallèle entre le modèle d'organisation des soins avant et après la mise en place de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique du CSSSAE, en précisant le contexte et les différentes problématiques vécues. Cette étape vise à mettre en évidence la grande différence d'organisation entre ces deux types de cliniques orthopédiques, ainsi qu'à présenter les principaux résultats obtenus en termes d'accessibilité, d'efficacité et d'efficience (Chapitre 3). Suivront les résultats de l'évaluation terrain réalisée au cours du premier semestre de l'année 2010, soit la mesure du degré d'interdisciplinarité de la nouvelle équipe clinique et la satisfaction de ses membres (Chapitre 4). Finalement, nous présentons nos recommandations et nos conclusions (Chapitre 5).

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

2.1 Introduction

Afin de procéder à l'évaluation conjointe de trois cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique au Québec, une revue systématique de la littérature scientifique exécutée en 2008 par l'UETMIS du CHU de Sherbrooke a été mise à jour (i.e. 25 nouvelles références ont pu être ajoutées). Tout comme la revue de la littérature précédente, cette mise à jour vise à répertorier les différents modèles de clinique en orthopédie où la présence d'une structure formelle ou informelle permet d'unifier les pratiques et d'améliorer le continuum de soins. Les modèles d'organisation de soins orthopédiques faisant référence à de l'interdisciplinarité et/ou à de la multidisciplinarité ainsi qu'à une extension des responsabilités des physiothérapeutes et surtout des personnels infirmiers bénéficient ici d'une analyse plus poussée. Les principaux domaines d'intérêt de notre recherche ont porté sur les impacts de ces différents types d'organisation sur l'accessibilité (réduction des durées d'attente), la continuité, la qualité et l'efficacité des soins, l'efficience de l'organisation, la satisfaction des patients et l'évolution de leur qualité de vie.

Dans la mesure où il est recommandé aux cliniques traitant des cas musculosquelettiques complexes de posséder un volet clinique de la douleur, nous croyons utile de mentionner qu'il existe à ce sujet une revue de la littérature réalisée par l'AETMIS (2006) « Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : Organisation des services de santé ». Nous ne recommencerons pas ici une nouvelle revue de la littérature sur ce sujet, d'autant plus que le mandat principal de cette évaluation porte sur les cliniques musculosquelettiques. Quant au volet douleur nous le considérons dans notre évaluation comme un élément supplémentaire très important ayant une réelle valeur ajoutée, mais n'étant pas au cœur de l'évaluation demandée. Toujours en regard du volet douleur, nous nous référerons plutôt au travail réalisé par l'AETMIS (2006) dont les principaux résultats se résument comme suit : au niveau mondial, la prévalence de la douleur chronique atteint une moyenne pondérée de 35 % chez la population adulte; la formation des divers professionnels de la santé sur le diagnostic, le traitement et le suivi de la douleur chronique souvent inadéquats, notamment au Québec; l'importance pour les omnipraticiens d'avoir des liens directs avec les professionnels paramédicaux; le niveau de preuves de l'efficacité du traitement dans les cliniques multidisciplinaires de la douleur est élevé pour la lombalgie chronique, moyen pour la douleur pelvienne chronique, et faible pour la fibromyalgie ou la douleur généralisée ainsi que pour les douleurs au cou et à l'épaule; les études sur les soins interdisciplinaires sont prometteuses quant à leur efficacité, mais restent assez limitées en nombre.

2.2 Méthodologie

Les moteurs de recherche utilisés pour cette recherche systématique sont Embase, CINALH, AMED, OVID Healthstar, OVID Medline, Mantis, Pubmed, Sciencedirect, British Medical Journal, Cochrane Database et Center for Reseach and Dissemination. Les sites web de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et du NIHR Health Technology Assessment Programme ont également été consultés.

La recherche des articles couvre une période de référence allant de janvier 1980 jusqu'à janvier 2010. Cette recherche s'est effectuée principalement en anglais et en français.

Tableau 2-1 : Mots clés utilisés dans les différents moteurs de recherche

No1	ORTHOPAEDIC and CLINIC	No 7	PIVOT NURSE and/or ORTHOPAEDIC
No 2	ORTHOPAEDIC and CLINIC and ORGANISATION	No 8	ORGANISATION and ORTHOPAEDIC
No 3	ORTHOPAEDIC and CLINIC and DESIGN	No 9	DESIGN and ORTHOPAEDIC
No 4	ORTHOPAEDIC and CLINIC and EVALUATION	No 10	EVALUATION and ORTHOPAEDIC
No 5	ORTHOPAEDIC and CLINIC and ASSESSMENT	No 11	ASSESSMENT and ORTHOPAEDIC
No 6	NURSE-LED and/or ORTHOPAEDIC	No 12	INTERDISCIPLINARY or MULTIDISCIPLINARY and ORTHOPAEDIC

Les résultats fournis par les moteurs de recherche et les deux sites web d'évaluation des technologies ont permis de lister plus de 1000 articles issus de revues possédant un comité de lecture¹. Parmi ces 1000 articles, tous ceux qui ne correspondaient pas à l'objet de notre recherche c'est-à-dire la mise en place d'un nouveau mode de fonctionnement au sein d'une clinique orthopédique ont été mis de côté. Pour sélectionner les articles, nous avons lu les résumés de chacun et discuté de leur adéquation avec l'objet de notre recherche. Résultat : 67 ont été retenus lors de cette première sélection

Notre volonté étant de baser notre analyse et nos recommandations sur les données les plus probantes possibles, dans un premier temps, nous mettons l'emphase sur les résultats des revues systématiques de la littérature dont les critères d'inclusion ne retiennent que les études ayant des niveaux de preuve au maximum égaux à trois (sur une échelle de 1 à 9, où 9 représente le niveau de preuve le plus faible) selon la grille de Hailey et al. (2002), ainsi que les revues systématiques suivant les principes méthodologiques d'inclusion des *Cochrane Reviews*. Dans un deuxième temps, dans la mesure où les revues systématiques de la littérature retenues n'ont abordé qu'une partie restreinte de notre champ initial de recherche, nous présentons les résultats d'études individuelles. Nous distinguons ici deux catégories d'études individuelles. D'une part, celles dont le niveau de preuves se trouve au maximum égal à trois selon la grille de Hailey et al. (2002) et dont l'indice de Jadad et al. (1996) sur la qualité des études donnent un score minimal de 2. D'autre part, se retrouvent les études dont le niveau de preuves s'affiche supérieur à trois selon la grille de Hailey et al. (2002) et qui sont habituellement considérées comme étant de moindre qualité. En fait, nous ne pouvons pas totalement exclure de notre analyse les études dont le niveau de preuve est supérieur à trois selon la grille de Hailey et al. (2002). Et cela dans la mesure où certaines études ont démontré qu'il n'existe pas de différence significative de qualité entre les études randomisées méthodologiquement bien construites et les études observationnelles méthodologiquement bien construites (Benson et Hartz, 2000 ; Concato et al., 2000 ; Pocock et Elbourne, 2000).

2.3 Revues systématiques

Nous avons répertorié 8 revues systématiques de la littérature, dont 5 ne retiennent que les études ayant des niveaux de preuve au maximum égaux à trois selon la grille de Hailey et al. (2002) ou suivent les principes des *Cochrane Reviews*. Ces revues systématiques ne recouvrent toutefois qu'un seul aspect de la réorganisation des cliniques d'orthopédie, à savoir : la mise en place d'équipes multidisciplinaires pour certains soins de réadaptation. Parmi ces 5 revues systématiques, 2 se rapportent à des soins de réadaptation après une chirurgie (Handoll et al., 2009; Khan et al., 2008) et 3 concernent le traitement des douleurs chroniques (Karjalainen et al., 1999, 2003a, 2003b). Dans chacune de ces revues systématiques, le traitement a été considéré multidisciplinaire s'il a fait intervenir des professionnels de la santé de différentes spécialités.

¹ Aucun rapport réalisé par une agence d'évaluation n'a ici été trouvé.

Handoll et al. (2009)

Les auteurs de cette revue ont recensé 13 études randomisées ou quasi randomisées qu'ils considèrent de bonne qualité et qui portent sur la réadaptation de personnes âgées de plus de 65 ans après une fracture de la hanche. Bien que les résultats individuels de ces 13 études dégagent en général un avis en faveur de l'approche multidisciplinaire, la méta-analyse de ces études ne démontre pas de façon statistiquement significative la supériorité de cette méthode de réadaptation par rapport à une réadaptation standard en ce qui concerne des variables telles que l'état de santé, les taux de mortalité et de réadmission à l'hôpital.

Khan et al. (2008)

L'objet de cette revue systématique consiste à comparer l'efficacité d'une approche multidisciplinaire avec l'approche standard en regard de la réadaptation après une chirurgie de prothèses de hanche ou de genoux pour des patients atteints d'arthropathie. Le nombre d'études randomisées rencontrant les critères d'inclusion se chiffre à 5. Compte tenu de l'hétérogénéité des indicateurs utilisés dans ces études, aucune méta-analyse n'a pu être réalisée. Ces études indiquent toutes à court terme (moins de 6 mois de suivi) de meilleurs résultats pour l'approche multidisciplinaire par rapport à l'approche standard en ce qui a trait aux gains fonctionnels et à la durée des hospitalisations. Aucun résultat de long terme n'est fourni. Aux yeux des auteurs de cette revue systématique, toutes ces études se classent dans une catégorie de faible qualité d'un point de vue méthodologique, ce qui ne permet pas d'en tirer une conclusion forte.

Karjalainen et al. (1999)

Les auteurs de cette revue systématique ont répertorié 7 études correspondant à leurs critères d'inclusion en rapport avec le traitement en multidisciplinarité de la douleur issue d'une fibromyalgie chez des adultes de 18 à 65 ans. Par rapport au traitement standard, le traitement en multidisciplinarité n'indique aucune différence quantifiable.

Karjalainen et al. (2003a, 2003b)

Ces deux revues systématiques établissent la comparaison de l'efficacité relative des traitements de réadaptation biopsychosociaux en multidisciplinarité par rapport aux traitements standards. D'une part, les douleurs au niveau du cou et des épaules. D'autre part, les douleurs situées au bas du dos chez des adultes âgés de 18 à 65 ans. Seules 2 études correspondant aux critères d'inclusion ont pu être retenues pour chacune des deux revues systématiques. Toutes ces études considérées comme étant de faible qualité méthodologique fournissent très peu d'éléments permettant de démontrer de meilleurs résultats en faveur de la pratique biopsychosociale en multidisciplinarité pour des variables telles que le retour plus rapide au travail, le nombre de jours d'arrêt de travail et la réduction de la douleur.

2.4 Résultats des études basées sur le score de Jadad et al. (1996)

L'indice de Jadad et al. (1996) confirme ou infirme si l'étude se qualifie randomisée, à double insu et si une bonne description des cas d'attrition est fournie. Chaque réponse positive reçoit un point. Si la randomisation ou le double insu est bien fait, un point s'ajoute. Dans le cas contraire, un point se soustrait.

La méthode de Jadad et al. (1996) permet de recenser 5 articles avec un score de 3 (Daker-White et al., 1999 ; Fleissig et al., 1999; Mundinger et al., 2000; Huddleston et al., 2004; Sandell, 2008) et 1 article avec un score

de 2 (Dickens et al., 2003). Toutes ces études sont randomisées et contrôlées. Par contre, aucune n'est à double insu. Deux de ces articles évaluent l'efficacité d'un modèle élargissant le rôle d'un physiothérapeute (Daker-White et al., 1999 ; Dickens et al., 2003), un article évalue l'efficacité d'un modèle donnant plus de responsabilités à l'infirmière (Mundinger et al., 2000), un article étudie l'efficacité d'un modèle faisant appel à des hospitaliers (Huddleston et al., 2004), un article analyse l'impact de la mise en place d'une équipe multidisciplinaire pour l'évaluation et la préparation de patients en attente d'une prothèse totale de hanche (Sandell, 2008) et un article évalue l'efficacité d'un modèle visant à encourager les patients à mieux préparer leur premier rendez-vous à l'hôpital (Fleissig et al., 1999).

Daker-White et al. (1999)

Les auteurs de cet article cherchent à évaluer l'efficacité et l'efficience d'un modèle où des physiothérapeutes ont été formés pour évaluer et gérer certaines catégories de patients référés au département d'orthopédie de deux hôpitaux britanniques. Ainsi, 244 patients sont évalués et gérés par des « junior doctor orthopaedic surgeons » et 237 par des physiothérapeutes. Différents types d'indicateurs sont retenus tels que la douleur des patients, le handicap fonctionnel et l'handicap perçu. Les deux groupes présentent des caractéristiques initiales identiques. Le temps de suivi moyen des patients s'échelonne sur 5 à 6 mois. Quant à l'efficacité du modèle, la seule différence statistiquement significative a trait à la satisfaction des patients, avec une plus grande satisfaction exprimée à l'encontre des physiothérapeutes qui leur consacrent davantage de temps. L'efficience du modèle engendre une baisse significative des coûts directs pour les hôpitaux pour les patients traités par les physiothérapeutes (256 £ vs. 498 £). Par contre, il n'y a pas de différence de coût direct pour le patient ou le centre de soins primaires. La différence de coût à l'hôpital s'explique principalement par le comportement des physiothérapeutes qui demandent moins de radiographies et qui réfèrent moins de patients en chirurgie que les « junior doctor ». Par ailleurs, cette étude révèle que les « junior doctor » et les physiothérapeutes considèrent les demandes des médecins référants comme appropriées à 85 %.

Dickens et al. (2003)

Ces auteurs cherchent à évaluer si un physiothérapeute expérimenté (5 années de pratique) peut réaliser un diagnostic sûr et efficace pour un patient ayant une blessure au genou. Selon Weale et Bannister (1995), le rôle de ce physiothérapeute est d'autant plus important que la majorité des patients référés en orthopédie ne requièrent pas de chirurgie. Dans l'étude de Dickens et al. (2003), 50 nouveaux patients vont être tour à tour évalués par deux physiothérapeutes et par un chirurgien orthopédiste. Toutes les évaluations s'effectuent en 5 à 10 minutes. Chaque intervenant pose son diagnostic, puis indique si le patient doit être référé ou non en chirurgie. Si l'état de santé du patient s'améliore sans le recours à une chirurgie, le diagnostic est considéré comme correct. Si une arthroscopie est réalisée, le résultat de l'arthroscopie est comparé au diagnostic initial. 33 patients bénéficient ici d'une arthroscopie et 17 patients d'un traitement conservateur (physiothérapie). Tous les patients bénéficiant d'un traitement conservateur voient leur situation s'améliorer dans les 6 semaines. Parmi les patients ayant subi une arthroscopie, les résultats indiquent que le chirurgien orthopédiste réalise 92 % de diagnostics corrects et que les deux physiothérapeutes réalisent respectivement 81 et 84 % de diagnostics corrects.

Mundinger et al. (2000)

Les auteurs de cet article cherchent à comparer l'efficacité et la qualité des soins primaires dispensés par des infirmières ou des médecins en situation d'urgence et bénéficiant du même degré d'indépendance pour leur pratique (possibilité de prescrire certains médicaments, de référer à des spécialistes, de procéder à des hospitalisations, etc.). La population touchée par l'étude est en grande partie d'origine hispanique et composée de femmes. Le suivi s'étale sur 6 mois ; 649 patients par une infirmière et 391 patients par un médecin. Les indicateurs retenus pour réaliser la comparaison reposent sur la satisfaction et la qualité de vie (SF-36) du patient à la première

consultation et à 6 mois, les résultats de tests physiologiques à 6 mois et l'utilisation de services de soins dans un délai de 1 an après la première consultation. Les résultats n'indiquent aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes de patients, à l'exception de l'une des 4 dimensions de la satisfaction à 6 mois qui indique un résultat légèrement meilleur pour les médecins.

Huddleston et al. (2004)

Ces auteurs cherchent à évaluer l'efficacité et l'efficience d'un modèle de soins postopératoires d'arthroplastie de la hanche et du genou, selon que l'équipe médicale soit multidisciplinaire ou non (avec « hospitalist » ou non). L'expérience postuniversitaire moyenne des « hospitalist » se chiffre à 6,2 années. 469 patients présentant un haut risque de morbidité postopératoire sont répartis entre les deux équipes (232 vs. 237). Les deux groupes de patients sont statistiquement identiques. Aucun changement dans les procédures habituelles de soins n'est à recenser et dans les deux cas, le chirurgien orthopédiste assure un suivi journalier du patient hospitalisé. Les résultats indiquent que les patients suivis par l'équipe multidisciplinaire font significativement moins de complications mineures (30,2 % vs. 44,3 %), alors que le pourcentage de complications intermédiaires et sévères est statistiquement le même. En ce qui concerne la durée du séjour et le coût par patient, il n'y a aucune différence statistiquement significative – on remarque cependant un problème dans le calcul du coût. Par contre, s'il n'y avait aucun problème de transfert des patients, ces derniers partiraient plus tôt avec l'équipe multidisciplinaire (5,1 vs. 5,6 jours). Cette étude révèle également que les infirmières et les chirurgiens en orthopédie préfèrent l'organisation en équipe multidisciplinaire à celle en équipe standard.

Sandell (2008)

Cet article compare l'efficacité de l'évaluation et de la préparation de patients en attente d'une prothèse totale de hanche dans un hôpital londonien par une équipe multidisciplinaire par rapport à une équipe standard. L'objectif est ainsi d'évaluer si cette prise en charge en multidisciplinarité pour des patients ayant attendu plus de six mois avant leur opération permet d'obtenir de meilleurs résultats en regard de la variation de leurs scores au Nottingham Health Profile (mesure de la qualité de vie) et au Arthritis Impact Measurement Scale 2 entre le début (6 mois avant l'opération) et la fin (juste avant l'opération) de l'étude. L'équipe multidisciplinaire se compose d'un physiothérapeute, d'un thérapeute en réadaptation, d'une infirmière spécialisée en soins orthopédiques et d'une infirmière spécialisée en douleurs aiguës. Vraisemblablement en raison d'un nombre assez faible d'observations (n=63), les résultats de l'étude ne montrent aucune différence significative entre les deux groupes.

Fleissig et al. (1999)

Les auteurs de cet article cherchent à évaluer l'impact de l'envoi d'un courrier préparatoire visant à aider les patients à préparer les questions pour lesquelles ils souhaitent obtenir une réponse lors de leur premier rendez-vous dans un hôpital de Londres. On mesure l'impact de ce courrier préparatoire sur les attentes, la préparation et sur l'expérience de ce rendez-vous par les patients grâce à l'envoi d'un questionnaire; ce questionnaire est envoyé après le premier rendez-vous à des patients ayant reçu ou non le courrier préparatoire. Les résultats indiquent que ceux qui ont reçu le courrier préparatoire posent en général les mêmes questions aux médecins que ceux qui ne l'ont pas reçu. Ceux qui ont reçu le courrier préparatoire sont cependant plus nombreux à demander si leur problème de santé est fréquent dans la population générale. Ceux qui ont reçu le courrier préparatoire sont significativement plus nombreux à préparer leurs questions (88 vs. 84 %). Ce courrier préparatoire ne réduit cependant pas la proportion de patients ayant oublié de poser leurs questions. Dans le groupe de patients ayant consulté en orthopédie, on remarque, contrairement aux attentes des auteurs, que ceux qui ont reçu un courrier préparatoire sont

significativement moins enclins à discuter de la gravité de leur problème, des différents tests, du diagnostic, des différents traitements et sur la pertinence d'avoir des activités physiques. Par ailleurs, on observe de façon générale que les patients ayant préparé leurs questions se disent plus satisfaits que ceux qui ne l'ont pas fait (62 % vs 39 %).

2.5 Résultats des autres études

Compte tenu du faible nombre d'articles résultant de la sélection basée sur le critère de Jadad et al. (1996), nous décidons d'élargir notre revue de la littérature à des études théoriquement de moindres qualités, le plus souvent descriptives, mais dont les informations fournies peuvent s'avérer être d'une très grande utilité. Ces études sont au nombre de 56. Toutefois, nous ne présentons ici que les principales études selon la pertinence et la qualité des informations qu'elles fournissent en rapport avec la question posée en introduction à cette revue de la littérature.

Effets sur l'accessibilité

Les différents modèles de réorganisation des cliniques orthopédiques portent fruit pour réduire divers délais d'attente. L'étude de Lowry et Lewis (2004) montre ainsi qu'une réorganisation des équipes médicales avec une extension des responsabilités des infirmières (évaluation avant inscription sur la liste d'attente en chirurgie, gestion des listes d'attente et possibilité de référer à certains spécialistes), la mise en place de rencontres interdisciplinaires une fois par mois pour discuter des cas n'ayant pas été référés à l'orthopédiste, la réorganisation des locaux et le développement des dossiers patients, l'informatisation des listes d'attente avec l'établissement d'un système de score pour fixer la date de la chirurgie, ainsi qu'une plus grande collaboration avec les équipes de soins primaires, ont allégé les délais d'attente en chirurgie à 3 mois, contre 6 à 9 mois auparavant. De fait, ce mode d'organisation, avec un renforcement du rôle de l'infirmière, permet : au patient d'identifier un contact, d'obtenir des informations plus tôt dans le processus, de réduire le nombre d'annulations le jour même de la chirurgie et par conséquent de limiter les temps de bloc opératoire non utilisés, d'éviter des chirurgies jugées non nécessaires, de vérifier si le patient désire toujours bénéficier d'une chirurgie et d'actualiser les données du patient avec possibilité de rétroaction grâce à l'utilisation d'un questionnaire patient sur son état fonctionnel. En outre, une revue de la littérature réalisée par Craig (2005) sur les taux d'annulation de « dernière minute » en chirurgie montre que les cliniques ayant mis en place une infirmière pivot, pour la gestion et le suivi des patients, connaissent de meilleurs résultats (de 0 à 27 fois moins d'annulations)².

Plus en amont, dans une clinique de soins primaires, un professionnel avec des compétences en infiltration peut également contribuer à la réduction des délais d'attente en orthopédie en gérant lui-même sur place un grand nombre de patients. Par exemple, dans l'étude de Hattam et Smeathem (1999), la présence de 2 physiothérapeutes, 2 jours par mois, dans une clinique de médecine familiale, a raccourci les délais d'attente pour une première consultation de 11 mois en clinique d'orthopédie à 32 jours pour l'un des deux physiothérapeutes. Du total des patients examinés par l'un des physiothérapeutes de cette étude, seulement 19 % ont par la suite été référés pour une consultation avec un orthopédiste. Par ailleurs, 16 % n'avaient pas besoin de traitement, 38 % ont pu être soignés le jour même par le physiothérapeute et 25% ont été référés pour des séances de physiothérapie. Au final, 72 % des patients ont été gérés avec succès dans un environnement de soins primaires et moins de 5 % ont eu besoin de reconsulter leur omnipraticien. De plus, ce type d'organisation permet aux patients de recevoir un soin approprié beaucoup plus tôt qu'auparavant.

De même, la mise en commun de certaines ressources peut conduire à une réduction des délais d'attente. Par exemple, l'étude de Maddison et al. (2004) décrit la situation d'un hôpital gallois avec 4 services fournissant des

² Cependant, ces différences résultent davantage de la mise en place d'une évaluation préopératoire dans un délai compris entre 2 et 4 semaines avant l'intervention que de la nature de l'organisation réalisant cette évaluation.

soins musculosquelettiques (orthopédie, rhumatologie, gestion de la douleur et service de thérapie). L'absence au sein de cet hôpital d'un centre de triage commun à ces 4 services conduisait à des consultations inappropriées, à des allers et retours inutiles des patients entre les différents services et à des délais d'attente très longs. Pour tenter de solutionner ces problèmes, il a été décidé de mettre en place un système de triage commun pour les problèmes musculosquelettiques électifs et de standardiser les processus de demandes des médecins omnipraticiens. Il a également été décidé d'ouvrir des cliniques musculosquelettiques conduites par des omnipraticiens et des physiothérapeutes experts, ainsi que de créer un nouveau service au sein de l'hôpital qui soit dirigé par des physiothérapeutes ayant suivi une formation complémentaire afin de gérer les problèmes de dos des patients. Les résultats de cette expérience sont spectaculaires. Sur une durée de 18 mois, les nouvelles demandes de consultation ont augmenté de 116 % alors que les délais d'attente en semaine subissent une réduction dans certains services jusqu'à 94 % (clinique de gestion de la douleur). En ce qui concerne l'orthopédie, la diminution du délai d'attente est de 54 % alors que le nombre de nouvelles demandes a baissé d'environ 25 %. Par ailleurs, les demandes simultanées de consultation dans deux services différents ont été abolies. Par contre, le taux de chirurgie en orthopédie reste sensiblement le même, soit environ 1 patient sur 3. En ce qui concerne les cliniques musculosquelettiques conduites par les médecins omnipraticiens et les physiothérapeutes experts, celles-ci présentent un délai d'attente de 4 et 6 semaines et moins de 10 % de leurs patients sont référés dans un des services de l'hôpital. On observe toutefois que la charge des physiothérapeutes au sein de l'hôpital s'est beaucoup alourdie et que les patients qui leur sont référés ne devraient parfois pas l'être.

Les raisons expliquant l'allongement des listes d'attente pour une consultation relèvent parfois d'un simple problème d'actualisation. Un travail d'actualisation de la liste d'attente pour des chirurgies du pied, réalisé sur des patients anglais en attente depuis plus de neuf mois, a ainsi permis de réduire le nombre de patients en attente de 337 à 65 et à ces derniers d'être opérés dans un délai inférieur à 1 mois (Mangan et al., 1992). Une autre étude dans une clinique générale d'orthopédie indique une réduction de la liste d'attente pour une première consultation de près de 50 % après un travail d'actualisation (Elwyn et al., 1996). Au CHU de Sherbrooke, au Québec, un travail similaire a aussi réduit la liste d'attente pour une consultation de plus de 55 %. Si aucune actualisation n'est faite, la liste d'attente pour une consultation en orthopédie est en moyenne selon Lewis et al. (2000) surévaluée de 30 % et cela peut aller dans certains cas jusqu'à 70 %. Dans la plupart de ces études, les patients enlevés de la liste d'attente ne désirent plus venir en consultation ou être opérés, ont déménagé, étaient inscrits plusieurs fois sur la liste, ont été réorientés vers d'autres spécialistes ou sont décédés. Toutefois, si la durée d'attente pose des problèmes, des temps trop courts peuvent également constituer un handicap, notamment en limitant le temps de réflexion du patient pour une chirurgie. Au Canada, les patients se disent généralement satisfaits d'une attente moyenne de 4 semaines pour une consultation et de 8 semaines pour une chirurgie (Ho et al., 1994).

Par ailleurs, l'allongement des délais d'attente peut dans un grand nombre de cas être imputable à des demandes inappropriées de la part des médecins omnipraticiens et à un système de priorisation inadéquat. L'étude de Drobnic et Pavlovcic (2005) réalisée en Croatie indique ainsi que 57 % des demandes ne reçoivent pas la bonne priorisation. De son côté, l'étude de Roland et al. (1991), effectuée auprès de 4 orthopédistes anglais, souligne que 43 % des demandes des patients examinés sont possiblement ou définitivement inappropriées.

Finalement, le mode de financement des cliniques en orthopédie peut également influencer sur les temps d'attente pour une consultation. L'étude très contrôlée de Kammerling et Kinnear (1996) montre qu'accorder la responsabilité aux cliniques de gérer elles-mêmes leur propre budget contribue à réduire considérablement les temps d'attente pour une première consultation en atteignant un meilleur équilibre entre le nombre de nouvelles demandes pour une première consultation et le nombre de premières consultations réalisées.

Effets sur la continuité

Développer le rôle des infirmières apporte de grands bénéfices pour le suivi des patients tout en maintenant

un haut niveau de qualité et de sécurité des soins (Earnshow, 1997; Hill, 1997; Whiteley et al., 1997). Par exemple, dans l'étude de Flowers et Wright (2003), les infirmiers ont identifié que le suivi postopératoire de prothèse totale de la hanche ou du genou était le plus souvent « évitable » par le médecin orthopédiste, car de nature assez peu médicale et beaucoup plus « sociale ». Dans cette étude, le médecin orthopédiste appuie ce constat. Il a ainsi été décidé de mettre en place un suivi postopératoire par téléphone réalisé par l'infirmière à 1 puis 7 semaines. À 3 mois, le patient se présente pour une radiographie qui est ensuite analysée par le médecin. À ce stade, le patient voit également l'infirmière pour discuter des progrès réalisés et des éventuels problèmes. Les résultats de cette étude montrent que les patients préfèrent voir les infirmières que le médecin pour le suivi, car ils se sentent plus à leur aise pour échanger avec ces dernières. Par ailleurs, pour 8 consultations de suivi téléphonique réalisées par les infirmières, le médecin récupère du temps pour réaliser 4 nouvelles premières consultations. Quant aux infirmières, elles vivent très bien cette expérience, car elles se sentent plus efficaces, plus responsables et plus autonomes.

Une autre étude, celle de McGinley et Lucas (2006), révèle que le suivi des patients par téléphone réalisé par des infirmières à la suite d'une injection pour traitement de l'ostéoarthrite contribue à réduire les temps d'attente pour une infiltration au sein de la clinique de 12 à 5 semaines³. De plus, sur un faible échantillon de patients interrogés, 90 % préfèrent le suivi par téléphone au déplacement à la clinique, ceci principalement pour des raisons de temps, de difficulté à se déplacer et de coûts. Par ailleurs, ce système donne la possibilité de rassurer et de délivrer davantage d'informations au patient grâce à un temps de conversation plus long avec le personnel médical que sur le site de la clinique. Selon McGinley et Lucas (2006), ce système pourrait également être étendu au suivi des opérations de prothèse totale de la hanche et/ou du genou.

Finalement, l'étude de Newey et al. (2006), menée auprès de 305 patients, indique que dans une clinique où l'infirmier assure la gestion et les soins à apporter aux patients souffrant du syndrome du tunnel carpien, cela permet de réduire le parcours de soins du patient de 100 à 6 semaines⁴. Dans le même temps, la qualité des soins est maintenue, ce qui est vérifié par un taux de complications à 6 mois de 2,5 % et un taux de patients ne rapportant aucune amélioration à 6 mois de 1,3 %; des taux comparables à ceux obtenus dans la littérature. Pour atteindre un tel résultat, trois orthopédistes ont formé l'infirmier chargé de cette responsabilité en l'initiant à la décompression du tunnel carpien. De même, chaque patient référé à la clinique pour un syndrome du tunnel carpien est examiné conjointement par l'infirmier et un orthopédiste. Au cours des chirurgies de décompression réalisées par cet infirmier, celui-ci a la possibilité de faire appel à un orthopédiste. Dans les faits, l'infirmier a demandé conseil à un orthopédiste dans 2,3 % des chirurgies de décompression qu'il a réalisées. Par la suite, l'infirmier assure le suivi du patient.

Effets sur la qualité et l'efficacité des soins

Un élargissement des responsabilités des infirmières et/ou des physiothérapeutes permet au patient de bénéficier de davantage d'informations et au personnel médical de mieux prendre en considération les particularités et/ou volontés de ce dernier (Newton, 1996; Fellows et al., 1998; Lucas, 2002), ce qui conduit à baisser le niveau de consommation des analgésiques, à fortement baisser le niveau d'anxiété et à réduire les temps de convalescence (Johnson, 1984; Boore, 1994; Hjelm-Karlsson, 1996; Newton, 1996). Avec cette façon de faire, il devient plus facile pour l'hôpital de mieux identifier les besoins des patients et d'avoir une meilleure gestion des lits, de mieux connaître les traitements déjà préconisés, de pouvoir commander à l'avance le matériel pour les tests à réaliser, d'obtenir davantage de dons d'os, d'envisager la possibilité de transfusion homologue, de réduire les durées d'hospitalisation (Fellows et al., 1998) et les risques d'infection (Cruse et Foord, 1980; Cronin-Waelde, 2009). De plus, le temps consacré par les infirmières et/ou les physiothérapeutes avec les patients s'avère généralement 3 à 4 fois plus long que celui passé avec les orthopédistes; ils/elles peuvent ainsi déceler d'éventuels problèmes de rétablissement et de

³ Cette étude ne contrôle pas l'évolution du volume de la demande envers cette clinique. Le personnel médical de celle-ci pense néanmoins que le volume de demande est resté constant sur la période considérée.

⁴ Le temps d'attente pour une première consultation est réduit de 40 à 2 semaines.

rappeler certaines consignes aux patients (Jackson, 2007). Par ailleurs, la mise en place d'une équipe multidisciplinaire permet de mieux cerner l'ensemble des différents aspects de la pathologie du patient en optimisant son rétablissement et en minimisant les risques du traitement (Fellows et al., 1998; Huddleston et al., 2004).

De fait, certaines études montrent qu'un physiothérapeute ayant reçu certaines formations complémentaires (infiltrations, lecture des radiographies, etc.) peut gérer seul entre 30 % et 85 % des patients habituels référés en clinique (Byles et Ling, 1989; Hockin et Bannister, 1994); et entre 41 % et 70 % des patients référés en clinique spécialisée dans les problèmes de dos (Hourigan et Weatherley, 1994, 1995). Une enquête, réalisée en Grande-Bretagne, sur des cliniques possédant un système de triage – pour patients souffrant de problèmes de dos – géré par des physiothérapeutes ayant reçu un complément de formation par un chirurgien orthopédiste, indique que dans 72 % des cliniques, le physiothérapeute réfère moins de 25 % des patients à l'orthopédiste pour un nouvel examen (dans les autres cliniques, ce taux se hausse jusqu'à 50 %) (Weatherley et Hourigan, 1998). Dans la plupart de ces cliniques, les physiothérapeutes sont autorisés à faire des demandes de radiographies (82 % des cliniques), des demandes de bilan sanguin (77 %), des demandes d'IRM et de myélographie (64 %). Dans 85 % des cas, les physiothérapeutes ne discutent avec l'orthopédiste que des cas jugés complexes – dans les autres 15 %, ils discutent de tous les patients. Quand on demande aux physiothérapeutes de ces différentes cliniques d'énumérer les bénéfices de ce type d'organisation, ces derniers avancent une réduction des listes d'attente (citée à 80 %), une meilleure communication entre les départements médicaux (44 %), un meilleur emploi du temps du chirurgien orthopédiste (33 %) et des compétences accrues pour les physiothérapeutes (23 %). Afin de maximiser la qualité des soins et de réduire le poids de la responsabilité des physiothérapeutes, les auteurs de cette enquête (Weatherley et Hourigan, 1998) recommandent toutefois aux physiothérapeutes de discuter de tous les nouveaux patients avec l'orthopédiste, que l'orthopédiste vérifie toujours les radiographies, et que les physiothérapeutes ne voient ni les enfants ni les cas potentiellement difficiles. Une autre étude, montre quant à elle, avec une sélection stricte (cas « bénins » référés par médecins omnipraticiens) de patients pouvant être examinés par un physiothérapeute ayant un champ de compétence élargie, que 55 % de ces patients peuvent être examinés et gérés de façon indépendante par le physiothérapeute et que le traitement donné par ce dernier au 3 % des patients qu'il a référés à nouveau à la clinique n'a pas eu à être modifié par l'orthopédiste (Pearse, MacLean et Ricketts, 2006).

À l'instar de l'étude de Dickens et al. (2003), celle de Hattam (2003) indique que les évaluations réalisées par les physiothérapeutes ayant reçu une formation complémentaire sont correctes à 79 %. L'étude rétrospective de Gardiner et Turner (2002) indique même que le diagnostic des physiothérapeutes⁵ peut être plus précis que celui des médecins de l'équipe d'orthopédie dans le cas de patients se présentant avec un problème de genou. Cette étude montre ainsi que les diagnostics vérifiés par une arthroscopie demeurent corrects à 52 % pour les physiothérapeutes, contre 37 % pour les médecins. De plus, les arthroscopies se sont révélées nécessaires et ont engendré un gain de santé pour le patient dans 100 % des demandes des physiothérapeutes, contre seulement 79 % pour les médecins. Il existe toutefois un biais dans cette étude, dans la mesure où il n'est pas indiqué si les patients examinés par les physiothérapeutes ont les mêmes caractéristiques que ceux examinés par les médecins. À l'opposé, l'étude prospective de Lawson et Nutton (1995) indique une plus grande précision du diagnostic du chirurgien orthopédiste comparativement à celle des autres membres de l'équipe médicale (71 % vs. 49 %). Pour sa part, l'étude de Bhattacharyya et al. (2005) fait valoir que l'infiltration pour l'ostéoarthrite du genou est aussi bien pratiquée par des infirmières spécialisées que par les médecins. Dans chacun des groupes de patients traités, les résultats indiquent une évolution similaire de l'échelle visuelle analogue de la douleur et de l'Oxford knee score. À contrario, il existe significativement moins d'épisodes de complications dans le groupe de patients traités par les infirmières. De même, la satisfaction des patients à l'encontre des infirmières est significativement plus importante par rapport au groupe de patients traités par les médecins.

⁵ Ces physiothérapeutes ont reçu une formation pour faire des infiltrations, interpréter une radiographie et un bilan sanguin. Ils peuvent également directement référer à un autre spécialiste et prendre la décision de « libérer » le patient.

Pour sa part, l'étude de Haugh, Trainor et Kernohan (1997) indique que les infirmières qui reçoivent la responsabilité de détecter les malformations de la hanche chez les enfants contribuent à diminuer la charge des orthopédistes et à détecter les cas plus précocement. Par ailleurs, les infirmières voient beaucoup plus d'enfants par an que les médecins orthopédistes; elles peuvent ainsi développer rapidement une expertise. Dans cette étude, sur 887 enfants, 55 cas suspectés par les infirmières ont été confirmés par le médecin, et tous les cas considérés comme normaux ont été confirmés comme normaux après un suivi de 4 ans. De plus, ce type d'examen permet dans certains cas de détecter d'autres problèmes qui autrement auraient été pris en charge bien plus tard. De son côté, l'étude de Maxwell et al. (2002) montre que la mise en place d'un système avec infirmière pivot – dans une approche multidisciplinaire – pour la détection précoce de la dysplasie de la hanche chez les enfants de moins de 6 mois avec l'utilisation conjointe des ultrasons a fait diminuer en Irlande du Nord le taux de prévalence après l'âge de 6 mois de $1,14/100$ entre 1983-1987 à $0,59/100$ entre 1991-1997. Toutefois, nous ne connaissons pas quelle est la part de cette réduction attribuable à la mise en place de l'infirmière pivot, et ceci d'autant plus qu'entre-temps les évaluations à la maternité sont devenues plus systématiques.

La mise en place d'une coopération entre divers établissements de santé peut également se révéler être une avenue très bénéfique au patient. C'est le cas notamment lorsque les cliniques de douleur permettent une prise en charge plus rapide de problèmes musculosquelettiques ne pouvant pas être résolus par les orthopédistes. Par exemple, dans le cas de douleurs chroniques du cou, la réorientation précoce vers une clinique de douleur peut permettre de faire intervenir plus en amont la physiothérapie ainsi que d'autres pratiques alternatives, telles que l'acupuncture dont l'efficacité serait désormais reconnue (Bibby, 2006). Dans le même ordre d'esprit, la mise en place d'une coopération avec des cabinets de chiropraticiens apporterait des bénéfices à certaines catégories de patients (fixation lumbopelvique soudaine, sciatique aiguë, etc.) en permettant dans certains cas de réduire la durée du traitement de plus des deux tiers comparativement au traitement médical standard et par conséquent d'autoriser un retour plus rapide au travail (Orlin et Didriksen, 2007).

Dans le même ordre d'idées, quand les délais d'attente s'annoncent trop longs pour une consultation en clinique d'orthopédie et que cela devient une option crédible, les médecins omnipraticiens peuvent décider de référer leurs patients vers d'autres professionnels de soins primaires tels que les acupuncteurs, les chiropraticiens et les ostéopathes. L'étude d'Emanuel (1999) indique ainsi que sur 8 médecins omnipraticiens se prêtant à une telle expérience, un seul croit qu'il n'y a aucun bénéfice observable aux patients. Par ailleurs, au fur et à mesure de cette expérience anglaise, la position des médecins omnipraticiens envers ces autres professionnels évolue de façon favorable. L'établissement d'une relation de confiance entre ces deux types de professionnels permet ainsi d'améliorer la justesse des cas référés, notamment en présentant davantage de patients ayant un problème potentiellement chronique. Bien que les données fournies par cette étude soient difficilement exploitables, son auteur indique en moyenne une baisse du taux de patients référés en clinique orthopédique par rapport à la situation sans partenariat avec les acupuncteurs, chiropraticiens et ostéopathes. Cependant, il existe une baisse très nette de ce taux en ce qui concerne le médecin omnipraticien possédant l'interaction la plus forte avec ces autres professionnels de soins primaires.

Pour sa part, Cronin-Waelde (2009) signale que la mise en place d'une équipe interdisciplinaire avec une infirmière pivot pour les cliniques de remplacement d'articulations (principalement au niveau de la hanche et du genou) facilite l'éducation sur leurs soins (séances de formation, suivis téléphoniques) et de mieux prendre en charge les patients, ce qui en retour a conduit à une baisse de la durée d'hospitalisation de 5,3 à 4,2 jours. De même, l'étude de Story (2000) indique que la mise en place d'une équipe interdisciplinaire pour les chirurgies de prothèses totales de la hanche et du genou avec l'ajout d'un thérapeute en réadaptation et d'un physiothérapeute a réduit les durées d'hospitalisation de 2,8 et 3,8 jours pour PTH et PTG, respectivement. Dans cette optique, la mise en place d'une équipe interdisciplinaire en orthogériatrie dans un hôpital de São Paulo, basée sur la collaboration de professionnels de santé issus de différentes spécialités ayant la possibilité de se rencontrer une à plusieurs fois par semaine a permis de réduire en moins de 4 années le taux de mortalité à la suite d'une fracture de la hanche chez

les personnes âgées de 5 % à 1,4 % (Amatuzzi et al., 2003).

De leur côté, Gholve et al. (2005) comparent la procédure « fast track » en vigueur dans 75 % des cas en Grande-Bretagne pour ce qui a trait à la gestion du continuum de soins pour les fractures du col du fémur avec une procédure dite multidisciplinaire pour ce même type d'urgence. La procédure « fast track » correspond en une évaluation, une référence et une admission moins de 60 minutes après l'arrivée aux urgences pour une fracture du col du fémur. La procédure multidisciplinaire consiste à mieux coordonner les activités des différents professionnels de santé impliqués dans le continuum de soins des fractures du col du fémur. Les données de la procédure « fast track » sont issues d'une analyse rétrospective alors que les données de la procédure multidisciplinaire sont issues d'une étude prospective. Les résultats n'indiquent aucune amélioration significative en faveur de la procédure multidisciplinaire pour ce qui a trait au taux de mortalité à 30 jours ($p=0,056$; 8 vs. 13 %), le pourcentage de patients opérés en moins de 24 heures ($p=0,048$; 79 vs. 71 %) et le temps d'attente avant admission (79 vs 82 minutes). Par contre, il existe une amélioration significative en regard de la durée du séjour à l'hôpital ($p=0,001$; 15,3 vs. 19,2 jours).

Finalement, du point de vue de l'emplacement de la clinique, la réorganisation de celle-ci autour d'un même lieu peut également être avantageuse en permettant non seulement de minimiser les déplacements de patients souvent en souffrance, mais aussi de réduire le risque de donner de mauvaises informations au patient ou de les répéter trop souvent (Fellows et al., 1998). Pour Lucas (1998), cela permettrait également de réduire les retards dans la mesure où de nombreux patients ont de la difficulté à trouver les différents endroits où réaliser leurs tests⁶. De plus, la réorganisation de la clinique en un même lieu faciliterait les échanges entre professionnels de santé et favoriserait le regroupement des dossiers des patients.

Effets sur l'efficacité de l'organisation

La mise en place de structures avec un renforcement des responsabilités des infirmières (préévaluation, gestion des listes d'attente, etc.) conduit dans un premier temps à des coûts de réorganisation qui devraient rapidement être couverts par des économies dans les différents domaines suivants (Fellows et al., 1998) : réduction du temps de bloc opératoire non occupé, réduction des séjours pré et postopératoires, réduction du nombre d'admissions évitables, meilleure orientation des patients non opérés, principe de subsidiarité. L'étude de Fellows et al. (1998) montre ainsi qu'une pré-évaluation réalisée dans un délai de deux semaines avant la chirurgie aurait permis d'éviter 172 annulations sur 500 chirurgies prévues, soit un coût d'opportunité minimal par patient de 1300 £ (livres sterling) (les coûts de préparation et de transport en ambulance ne sont pas pris en compte). Une étude similaire de Newton (1996) énonce que ce type de pré-évaluation par une infirmière pivot a évité 168 annulations sur 535 prévues pour un coût total évité de 18300 £ (le détail des calculs de coûts n'est pas fourni et est très probablement sous-évalué).

Les économies de coûts réalisées grâce à une baisse des taux d'annulations de dernière minute en chirurgie ne sont cependant pas les seuls éléments étudiés dans la littérature. Par exemple, l'étude de Carter et al. (2002) se penche sur la réduction du coût par patient résultant de la mise en place d'une infirmière pivot dans un service réalisant des arthroplasties du genou. Cette infirmière pivot réalise l'évaluation pré-opératoire, dispense les informations de santé, recueille le consentement du patient, assure le suivi clinique postopératoire en collaboration avec l'équipe médicale et gère la base de données des patients. Le coût du suivi (hors opération) est ainsi égal de moitié à celui réalisé par une clinique traditionnelle. Un résultat similaire se retrouve dans l'étude de Flowers et Wright (2003) où le coût d'un suivi réalisé par une infirmière est estimé à 50 £ contre 110 £ pour le médecin. Par contre, dans l'étude de Walton et al. (2008), la réalisation du suivi des arthroplasties par un physiothérapeute abaisse les coûts par patient de seulement 1 % (4,97 £ vs. 5,04 £ pour une consultation de suivi traditionnelle en orthopédie).

⁶ Lucas (1998) mentionne également l'inconfort qu'il peut y avoir pour certains patients à devoir se dévêtir dans chacun de ces lieux.

Toutefois, cette étude montre que la réalisation de ces suivis par un physiothérapeute à la place du médecin orthopédiste libère un espace à ce dernier pour ajouter deux patients nouveaux par clinique dans la mesure où seuls 7,5 % des patients examinés en suivi par le physiothérapeute sont ensuite référés au médecin orthopédiste. De ce point de vue, Walton et al. (2008) estiment que la réorganisation du système de suivi des arthroplasties est efficiente. Dans un autre registre, l'étude contrôlée de Jensen et al. (2009) indique que la mise en place d'un programme multidisciplinaire de réadaptation pour les douleurs au cou et au dos d'une durée de 4 semaines a réduit sur une période de suivi de sept ans le nombre de jours d'arrêt maladie de 22 % par rapport au programme standard de soins pratiqué en Suède, donc une économie nette par patient de 94 494 euros actualisés sur sept ans pour la société.

Finalement, de nombreuses autres études confirment que la réorganisation d'une clinique d'orthopédie avec un rôle accru des infirmières ou des physiothérapeutes dans l'évaluation et la gestion des patients demeure une solution coûts efficaces, sans pour autant que cela soit démontré par des données chiffrées (Hattam et Smeatham, 1999 ; Hattam, 2003). De même, selon Haugh, Trainor et Kernohan (1997), la possibilité donnée aux infirmières de mener le dépistage des malformations de la hanche chez les enfants serait efficiente dans la mesure où ce dépistage est réalisé de façon efficace à un coût moindre que s'il avait été réalisé par le médecin orthopédiste, et que cela permet de détecter les enfants plus tôt (réduction des listes d'attente pour consultation) et donc d'éviter des opérations chirurgicales tardives très coûteuses.

Effets sur la satisfaction des patients

Les taux de satisfaction des patients ayant reçu des soins donnés par un physiothérapeute ou une infirmière pivot, au lieu d'un médecin orthopédiste, ressortent en moyenne supérieurs ou égaux à 75 % (Byles et Ling, 1989; Hourigan et Weatherley, 1995; Carter et al., 2002; Lee, 2005; Pearse, MacLean et Ricketts, 2006 ; Oldmeadow et al., 2007). La satisfaction des patients est par ailleurs souvent bien meilleure dans les cliniques réorganisées avec une extension des responsabilités des infirmières et des physiothérapeutes, car ces professionnels passent plus de temps avec les patients – que dans les cliniques qui ne le sont pas (Daker-White et al., 1996; Williams et al., 2003; Jackson, 2007).

L'étude de Flynn (2005) révèle que les scores de satisfaction relatifs à l'infirmière pivot, après 2 années de suivi postopératoire, sont les plus élevés pour les dimensions de la qualité technique et de la compétence, ainsi que pour les informations délivrées, l'empathie et l'attitude envers les patients. Par ailleurs, les entrevues semi-structurées réalisées par Flynn (2005) indiquent 3 grandes catégories de déterminants de la satisfaction des patients : l'expérience générale de la clinique (places de stationnement disponibles et gratuites, nombre de personnes en salle d'attente, etc.), les caractéristiques de l'infirmière (personnalité et compétence; bien que la perception de la compétence soit très peu reliée à la compétence réelle selon Hughes (1991)), l'information et la communication (pas l'impression de déranger l'infirmière, explications claires et détaillées, etc.). La grande majorité des patients donnent leur accord pour continuer avec ce système tout en se réservant la possibilité de consulter le médecin orthopédiste s'ils en font la demande.

Dans deux cliniques de rhumatologie, Hill (1997) énonce, pour des patients ayant des caractéristiques similaires, que ces derniers expriment davantage de satisfaction envers la clinique avec infirmière pivot, surtout pour ce qui a trait à l'information délivrée, l'empathie et le temps passé à l'écoute des problèmes des patients.

Effets sur la qualité de vie des patients

En dehors des études de Moudinger et al. (2000) et de Sandell (2008), décrites plus haut, nous n'avons trouvé aucune autre étude ayant utilisé une mesure de la qualité de vie des patients.

2.6 Discussion

À la lecture de ces différentes études, il apparaît que la réorganisation des cliniques en orthopédie et en particulier l'extension du rôle des infirmières et des physiothérapeutes demeure une avenue permettant de fournir un service plus efficient et de mieux utiliser les compétences de chacun⁷. De manière générale, ces professionnels pivots travaillent comme des assistants en orthopédie en réalisant – sous la supervision du médecin orthopédiste – le triage, l'évaluation, la gestion et les soins de certaines catégories de patients. Leurs efforts influencent les listes d'attente et limitent le nombre de consultations superflues pour le médecin orthopédiste (Weatherley et Hourigan, 1998 ; Gardiner et Wagstaff, 2001).

De fait, ces professionnels dégagent le chirurgien orthopédiste afin qu'il puisse poser davantage de diagnostics et prodiguer les traitements nécessaires à l'intérieur de délais pour prévenir la survenue d'éventuelles complications. L'infirmière ou le physiothérapeute pivot a également, dans ce cadre, la possibilité d'agir à titre de personne-ressource pour les patients lorsque ceux-ci ont des questions. Il en est de même pour les omnipraticiens dans la mesure où l'orthopédie n'est que très peu abordée dans les programmes d'études universitaires du Québec. De plus, le professionnel pivot apporte une étroite collaboration à l'orthopédiste dans sa pratique quotidienne en remplissant les premiers éléments de la fiche patient et en collectant les données de base (poids, taille, antécédents, tension artérielle, etc.). De même, en s'assurant que le dossier contient tous les éléments nécessaires avant la consultation (résultats des prises de sang, des radiographies, etc.), l'infirmière ou le physiothérapeute pivot optimise le travail de l'orthopédiste. En effet, il arrive fréquemment lors de la première visite, que les résultats des prises de sang et les radiographies nécessaires ne soient pas disponibles; ce qui retarde de plusieurs semaines ou de plusieurs mois l'établissement du diagnostic et/ou du traitement adéquat. Dans certains cas, ces professionnels pivots peuvent également être proactifs en faisant une pré-évaluation, en réalisant des demandes de tests diagnostiques⁸ et en référant le patient au spécialiste le plus approprié selon son état. Finalement, la promotion de postes de professionnels pivots crée un milieu propice à retenir les médecins dans le domaine de leur pratique, car leur charge de travail se voit réduite et ils peuvent ainsi se consacrer aux cas les concernant réellement (Durell, 1996).

Si la mise en place d'infirmières ou de physiothérapeutes pivots hausse la qualité du continuum de soins en orthopédie, certains éléments visant à améliorer le fonctionnement de la clinique sont toutefois à prendre en considération. Il est ainsi essentiel de faire attention à ce que les patients ayant été considérés – d'après les informations disponibles sur leur demande de consultation – comme pouvant être évalués par une infirmière ou un physiothérapeute, mais qui au final ont besoin d'être examinés par un orthopédiste, ne conduisent pas à des interruptions incessantes du travail de ce dernier. À cet égard, un réexamen de la procédure de présélection des patients, une standardisation plus précise des demandes de consultation, ainsi que la mise en place de réunions interdisciplinaires pour discuter de ces patients, pourraient s'avérer être des outils très efficaces. Par ailleurs, la mise en place de professionnels pivots n'est une solution viable que si ces derniers se sentent pleinement soutenus par l'équipe médicale dans laquelle ils évoluent (en particulier par le médecin orthopédiste), bénéficient de perspectives de carrières et voient leur salaire évoluer en conséquence. Si ces différents éléments ne sont pas réunis, la désillusion risque d'être forte compte tenu du poids des nouvelles responsabilités auxquelles ces nouveaux praticiens font face (Durell, 1996; Weatherley et Hourigan, 1998 ; Dawson et Ghazi, 2004).

⁷ Il est ici à noter que si les infirmières et les physiothérapeutes ont des formations très différentes, les infirmières ayant une formation organique et les physiothérapeutes une formation en musculosquelettique, le rôle qu'il est cependant demandé à ceux-ci de jouer au sein de ces nouvelles cliniques est très similaire, les connaissances supplémentaires nécessaires étant acquises soit par une formation complémentaire, soit par une pratique encadrée.

⁸ Au Québec, cela devrait se faire sous la supervision et avec la contresignature d'un médecin.

Un autre problème de taille auquel font face les cliniques ayant mis en place un professionnel pivot touche la compétence de ce dernier. En effet, cela peut prendre beaucoup de temps pour que l'infirmière ou le physiothérapeute pivot puisse augmenter ses compétences. Dans la plupart des études abordées, ces professionnels pivots possédaient le plus souvent un minimum de 4 années de pratique professionnelle usuelle et de façon assez fréquente près de 10 années d'expérience. L'expérience de ces professionnels ne garantit pas toujours un gage de compétence. Par exemple, dans l'étude d'Oldmeadow et al. (2007), menée sur 38 patients, on remarque que des physiothérapeutes post-gradués ayant plus de 10 années d'expérience ont posé un diagnostic erroné potentiellement dommageable pour 13 % des patients. Toutefois, dans cette même étude, les physiothérapeutes ne sont pas autorisés à ordonner et à interpréter des tests diagnostiques, ni à faire des infiltrations. Le principal rôle des physiothérapeutes se limite dans cette étude à s'assurer que les tests ont été faits et que toutes les options alternatives à l'orthopédiste ont été explorées avant de référer le patient à ce dernier. Dans cette situation, avec un protocole bien précis, les physiothérapeutes deviendraient aptes à gérer de façon indépendante 58 % des patients non urgents de plus de 18 ans référés à la clinique pour des problèmes de dos, d'épaule ou de genou. Néanmoins, dans la grande majorité des études que nous avons étudiées, les professionnels pivots se sont révélés être, dans le cadre de leurs responsabilités, des personnes très compétentes (Gardiner et Turner, 2002; Dickens et al., 2003; Hattam, 2003).

De manière générale, il ressort qu'il existe un manque de formation formelle pour ces nouveaux praticiens et que la formation complémentaire manquante s'acquiert le plus souvent sur le « plancher » et au fur et à mesure que se présentent les difficultés. Par contre, l'étude de Mulligan (2003) montre bien à quel point ces professionnels pivots sont attentifs au problème de leur manque de connaissances pour l'établissement du diagnostic. C'est pourquoi leur travail ne peut être accompli qu'en étroite collaboration avec l'équipe médicale de la clinique. De plus, ces derniers sont également très conscients du besoin d'informer les patients sur la structure de leur clinique, ainsi que d'obtenir leur plein consentement afin de dissiper tout « malentendu ». Dans cette optique, il apparaît comme essentiel d'identifier clairement le rôle de ces professionnels pivots afin de limiter les risques d'erreurs, et aussi pour faciliter leur recrutement et leur maintien au sein de la clinique. Une meilleure rétention du personnel assurera un meilleur fonctionnement de la clinique et limitera les retards dans l'orientation des patients (Lucas, 2002). De plus, le recrutement ne doit pas se limiter seulement à l'interne afin d'accroître les chances de recruter du personnel spécialisé.

Pour réduire les listes d'attente et éviter les consultations superflues, d'autres avenues que celles des professionnels pivots sont également possibles. Roland et al. (1991) recommandent ainsi aux médecins omnipraticiens de trouver une source de soins alternative aux orthopédistes quand cela est possible, de mieux former les médecins omnipraticiens aux problèmes musculosquelettiques afin de prendre en charge eux-mêmes un certain nombre de patients, de développer une ligne d'appel téléphonique avec un orthopédiste dans les cas incertains, et de définir un protocole précis pour l'envoi en consultation des patients par les médecins omnipraticiens – la réalisation de ce dernier point s'effectuerait par le développement d'une lettre standard de demande de consultation qui regrouperait les principaux critères de référence prédéfinis par les orthopédistes (Pearse, MacLean et Ricketts, 2006). De même, dans les cas où les délais d'attente sont longs, les patients devraient être contactés dans un délai minimal d'une semaine avant leur rendez-vous afin de vérifier la pertinence de celui-ci.

Pour inviter les patients à contribuer davantage à leur rétablissement, il faut prévoir la création de séances d'informations sur les problèmes musculosquelettiques les plus fréquents et s'inspirer du modèle déjà pratiqué dans les services de soins palliatifs pour susciter la participation des patients. Ces séances pourraient se tenir une fois par mois et aborderaient les thèmes de l'opération, des soins, du retour au domicile, des exercices à pratiquer, etc. (Lucas, 2002).

À l'opposé, certaines pratiques visant à améliorer le continuum de soins en orthopédie sont à éviter. Par exemple, une politique d'accès rapide à une consultation grâce à la mise en place d'un délai maximal d'attente

générerait des effets pervers dans la mesure où cela favoriserait surtout les individus n'ayant besoin que d'une seule consultation (20 % de la clientèle) et ne permettrait pas aux ressources actuellement en place de procéder à un traitement rapide des patients demandant plusieurs consultations (80 % de la clientèle). Une telle politique ciblerait par conséquent le mauvais groupe (celui ayant le moins besoin de soins orthopédiques) (Kavadas et Newman, 2002). Toutefois, si les « délais médicalement acceptables » sont dépassés, les patients concernés devraient avoir la possibilité de se faire soigner dans un autre centre public, dans un centre privé ou encore à l'extérieur de la province du Québec, grâce à des ententes concertées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les résultats des revues systématiques exposés à la section 2.3 (Handoll et al., 2009; Khan et al., 2008; Karjalainen et al., 1999, 2003a, 2003b) et des études de la section 2.4 (Huddleston et al., 2004; Sandell, 2008) indiquent, quant à elles, que le fonctionnement d'équipes qui se disent multidisciplinaires ne semble pas être plus efficace que le système qui est rapporté comme étant celui des soins usuels dispensés en orthopédie. À l'inverse, les résultats d'études décrivant un fonctionnement en interdisciplinarité semblent plus prometteurs dans la mesure où ce mode de fonctionnement est beaucoup plus axé sur l'interaction et la synergie entre les différents professionnels de la santé (Lowry et Lewis, 2004; Cronin-Waelde, 2009; Story, 2000; Amatuzzi et al. 2003). En effet, les professionnels en équipe interdisciplinaire travaillent moins en « silo » que les professionnels en équipe multidisciplinaire puisqu'ils interagissent beaucoup plus entre eux en vue d'établir un plan de traitement en commun. Toutefois, dans la mesure où la notion d'interdisciplinarité n'est pas clairement définie dans ces études, nous devons rester prudents sur l'interprétation à donner à ces résultats. À l'opposé, le rôle d'intervenant pivot est bien mieux décrit dans la littérature et semble être plus prometteur en termes de résultats.

Finalement, si dans cette revue de la littérature, nous nous sommes essentiellement concentrés sur les soins orthopédiques, des exemples de réussites de mise en place d'une clinique multidisciplinaire (fonctionnant en interdisciplinarité) avec création d'un poste d'infirmière ou de physiothérapeute pivot peuvent également provenir de disciplines telles que la rhumatologie ou la cardiologie. Prenons une étude pilote menée depuis 2006 au Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette (CSSSRN), dans le cadre d'une collaboration à raison de trois jours par semaine entre une rhumatologue, une équipe d'omnipraticiens appuyée par une infirmière, une physiothérapeute et une secrétaire, il a été possible de réduire le délai d'attente pour les cas urgents de 8 à 1 mois et pour les cas semi-urgents ou non urgents de 26 à 8 mois⁹. Qui plus est, le taux global de satisfaction des patients a atteint 84% en 2007.

2.7 Conclusion

Pour l'essentiel, le rôle des infirmières pivots consiste à accueillir les patients, à procéder à une pré-évaluation¹⁰, à éduquer et à informer les patients, à référer ces derniers vers un des professionnels de la clinique en orthopédie, à assurer le bon suivi des consultations et des interventions auprès des différents professionnels de la santé et à faciliter une bonne gestion des listes d'attente. Cependant, dans un nombre limité de cas, les responsabilités des infirmières pivots ne s'arrêtent pas là. Les infirmières pivots peuvent en effet, en accord avec le chirurgien orthopédiste, procéder à des demandes de radiographie, de bilan sanguin, de myélographie, etc.; décider, pour les cas les plus évidents, de référer le patient vers un spécialiste extérieur à la clinique ou de retourner le patient chez lui; orienter le patient vers le bon professionnel de la clinique suite à l'établissement d'une première évaluation ou impression clinique; réaliser certains suivis postopératoires et gérer les listes d'attente. La gamme des responsabilités des intervenants pivots (demandes de tests diagnostiques, infiltrations, etc.) connaît ainsi une forte

⁹ Ce projet pilote a également diffusé auprès des omnipraticiens de la région une feuille de référence standard pour les demandes de consultation en rhumatologie afin de rendre plus efficace le triage des patients. Cette feuille de référence a été très bien acceptée par les omnipraticiens et fait l'objet d'une large utilisation par ces derniers.

¹⁰ Cette préévaluation consiste souvent à mesurer la température, le rythme cardiaque et la pression sanguine (Lucas et Sample, 2001).

tendance à s'élargir compte tenu des besoins toujours croissants des cliniques en orthopédie. Toutefois, afin d'éviter une dérive et un risque de diminution de la qualité des soins, de nombreux auteurs recommandent d'établir une charte claire des responsabilités de chacun, ainsi que des contacts réguliers entre ces nouveaux praticiens et le chirurgien orthopédiste afin de discuter du cas de tous les patients (Hourigan et Weatherley, 1995; Weatherley et Hourigan, 1998; Gardiner et Wagstaff, 2001; Dawson et Ghazi, 2004). Par ailleurs, afin de remplir leur rôle et de fournir des soins de qualité, ces nouveaux praticiens doivent également être autonomes, posséder les connaissances, l'expérience et la possibilité de se former davantage (Pickergill, 1995).

En se basant sur les études dont la qualité est élevée (Cochrane Reviews; Jadad et al., 1996), notre revue de la littérature permet de conclure, sous certaines conditions particulières (présélection basée sur les feuilles de demande de consultation, patients se présentant à l'urgence pour des soins primaires), que la précision du diagnostic et la qualité des soins délivrés par les infirmières et/ou les physiothérapeutes sont identiques ou très proches de celles des médecins (Daker-White et al., 1999; Mundinger et al., 2000; Dickens et al., 2003). Par ailleurs, dans le cas où le patient est suivi par une équipe multidisciplinaire, certains résultats de santé s'avèrent supérieurs (Huddleston et al., 2004). En ce qui concerne les coûts directs pour l'hôpital, les patients évalués, gérés et suivis par un physiothérapeute pivot peuvent conduire à des économies substantielles (50 % de réduction dans l'étude de Daker-White et al., 1999). Toutes ces données, bien que probantes, demeurent insuffisantes en nombre pour conclure à la supériorité d'un modèle d'organisation sur un autre. Il y a donc place à des études complémentaires de bonne qualité méthodologiques (études prospectives randomisées ou contrôlées) pour avoir des preuves et non seulement des tendances ou des indications. Pour le moment, afin de pallier modérément à ce problème, nous devons nous appuyer sur des résultats d'études de moindre qualité au sens de Jadad et al. (1996). Ces différentes études permettent de mieux appréhender la spécificité des différentes organisations de clinique en orthopédie et viennent confirmer les résultats des études ayant passé avec succès le test de Jadad et al. (1996).

Les études de moindre qualité que nous avons répertoriées indiquent ainsi, dans leur grande majorité et sous certaines conditions spécifiques, que l'efficacité de l'infirmière ou du physiothérapeute pivot peut être équivalente à celle du médecin (Gardiner et Turner, 2002; Hattam, 2003; Flynn, 2005). La possibilité pour le médecin orthopédiste de déléguer une partie de son travail habituel à des professionnels de santé « moins diplômés » que lui, de même que de travailler en multidisciplinarité, tout en maintenant un haut niveau de qualité des soins pour le patient, contribue fortement à réduire les délais d'attente pour une consultation (Flowers et Wright, 2003; Lowry et Lewis, 2004)¹¹, de réduire les délais entre chaque suivi (Flowers et Wright, 2003; MacGinley et Lucas, 2006; Newey et al., 2006), de mieux prendre en considération les besoins des patients (Fellows et al., 1998; Lucas, 2002; Jackson, 2007), d'améliorer le fonctionnement de la clinique (Fellows et al., 1998), de diminuer les coûts par patient (Carter et al., 2002; Flowers et Wright, 2003) et d'accroître ou de maintenir un haut niveau de satisfaction de la part de ces derniers (Byles et Ling, 1989; Hourigan et Weatherley, 1995; Carter et al., 2002; Lee, 2005; Pearse, MacLean et Ricketts, 2006; Oldmeadow et al., 2007).

Cette revue de la littérature ouvre également la porte sur de nombreuses autres avenues possibles pour améliorer le continuum de soins en orthopédie, tel le regroupement en un même lieu des différents professionnels impliqués dans la gestion des problèmes musculosquelettiques ou encore le renforcement de la coopération entre établissements de santé (Fellows et al., 1998; Emmanuel, 1999; Bibby, 2006).

Finalement, rappelons-nous que quel que soit le type de réorganisation projeté, que la réussite d'un projet demeure tributaire du respect de certaines grandes étapes (Upton et Brooks, 1995), c'est-à-dire définir la portée du projet, faire un état des lieux de la situation, créer une vision du futur désiré, analyser le décalage et gérer le

¹¹ Toutefois, une réduction des délais d'attente peut dans un premier temps être obtenue grâce à un travail d'actualisation de la liste d'attente et à une standardisation des feuilles de demande de consultation à remplir par les médecins omnipraticiens (Elwyn et al., 1996; Lewis et al., 2000).

changement, traiter les résistances, stabiliser la nouvelle situation. Ce rappel est d'autant plus important que chacune des études ici recensées possède son propre objectif, que très peu se comparent et que leurs résultats fluctuent selon leur contexte. La généralisation de ces résultats pourrait par conséquent s'avérer être un exercice hautement risqué. Néanmoins, dans la mesure où la très grande majorité des résultats de ces études conduisent à des améliorations dans le continuum de soins en orthopédie, ces solutions demeurent des avenues à considérer¹² et à contextualiser.

2.8 Recommandations générales issues de la revue systématique de la littérature

Basées sur les résultats de notre revue de la littérature et sur la réflexion engagée au sein de l'équipe chargée de cette étude, nous recommandons, de manière générale, afin d'améliorer le continuum de soins en orthopédie, de mettre en œuvre les différents éléments de discussion suivants :

1. Mettre en place (ou confirmer) un poste de professionnel pivot (infirmier ou physiothérapeute selon le rôle dévolu à ce professionnel);
2. Adjoindre au besoin un autre professionnel auprès du professionnel pivot pour une meilleure répartition des tâches;
3. Développer les protocoles de soins pré-existants en s'appuyant sur les points ci-dessous :
 - a. Redéfinir clairement le rôle et les tâches de chacun des membres de l'équipe médicale;
 - b. Évaluer la possibilité de permettre à l'infirmière pivot et au physiothérapeute de faire la demande de certains tests diagnostiques (radiographie, bilan sanguin, myélographie, IRM, etc.) sous la supervision d'un médecin, et le cas échéant permettre l'établissement d'ordonnances collectives;
 - c. Évaluer la possibilité de permettre à ces nouveaux praticiens d'inscrire certains patients directement sur une liste d'attente pour chirurgie, sous la supervision d'un médecin;
 - d. Donner la possibilité à ces nouveaux praticiens de pouvoir référer le patient à des spécialistes situés à l'extérieur de la clinique, sous supervision d'un médecin ou d'un comité interdisciplinaire;
 - e. Quand cela est souhaitable, permettre à ces nouveaux praticiens ou à d'autres professionnels de la santé de pratiquer certains actes auparavant dévolus au chirurgien orthopédiste (infiltrations, etc.);
 - f. Si la recommandation précédente est applicable, s'assurer que les actes chirurgicaux les plus complexes se réalisent à des périodes où le chirurgien orthopédiste est présent à la clinique – en cas de problème;
4. Organiser des séances de formation complémentaire et/ou continue pour les nouveaux praticiens, y compris pour les omnipraticiens qui le désirent (e.g. pratique de l'infiltration);
5. Ouvrir une salle de chirurgie mineure au besoin;
6. Favoriser la tenue de réunions interdisciplinaires sur une base hebdomadaire ou selon le besoin afin de discuter de tous les nouveaux cas non référés au médecin orthopédiste ainsi que des suivis complexes;
7. S'assurer régulièrement du respect du protocole de soins et des responsabilités accordées à chacun;
8. Regrouper physiquement les différents services de l'hôpital reliés aux problèmes musculosquelettiques, tout en conservant l'autonomie administrative et professionnelle de ces services, lorsque cela est pertinent;

¹² En considérant que le biais de publication est faible.

9. Mettre en commun les ressources des différents services concernés pour le triage des patients aux prises avec des problèmes musculosquelettiques;
10. Favoriser la collaboration et la confiance au sein de l'équipe médicale;
11. Mettre en place des séances d'information pour les patients sur des thèmes spécifiques;
12. Favoriser, par téléphone, le suivi des infiltrations et des chirurgies simples (Flowers et Wright, 2003; McGinley et Lucas, 2006; Cronin-Waelde, 2009);
13. Mettre en place un système d'actualisation continue des listes d'attente et des dossiers patients;
14. Informatiser les documents pertinents au suivi des patients et au parcours de ces derniers entre les différents professionnels ainsi que les documents requis à l'évaluation continue de l'organisation des soins : dossiers patients, listes d'attentes, etc. ;
15. Favoriser la mise en place d'un système de rappel téléphonique du patient peu de temps avant son rendez-vous pour vérifier si la consultation est toujours voulue et/ou nécessaire et rappeler au patient d'apporter avec lui les documents utiles, principalement en ce qui concerne la clientèle orthopédique, dans le cas de douleurs chroniques il est possible que cette démarche puisse démobiliser le patient;
16. Prévoir un questionnaire par téléphone, si un changement dans l'état du patient se produit, afin d'évaluer si son degré de priorisation doit changer (Lowry et Lewis, 2004);
17. Améliorer et standardiser les feuilles de demande de consultation remplies par les omnipraticiens pour optimiser la présélection et la priorisation des demandes (Drobnic et Pavlovic, 2005);
18. Prévoir, lors de la standardisation de ces feuilles de demande de consultation, l'ajout d'informations plus détaillées sur les symptômes, mais aussi sur les examens en imagerie diagnostique (date, lieu, numéro). Ces informations s'obtiennent en consultant les médecins orthopédistes qui indiquent ce qu'il est nécessaire de savoir pour parvenir à une meilleure présélection et à une meilleure priorisation des demandes;
19. S'assurer que les omnipraticiens acceptent ces nouvelles feuilles de demande de consultation. Pour en maximiser l'utilisation, organiser des séances d'informations et/ou de formation auprès de médecins omnipraticiens pour mieux la faire connaître. (CSSSRN, 2007);
20. Mettre en place une ligne de téléphone à laquelle les omnipraticiens auront accès en cas de doute sur la nécessité de référer un patient en clinique (Roland et al. 1991);
21. Renforcer la collaboration avec les équipes de soins primaires (Lowry et Levis, 2004);
22. Renforcer la collaboration avec la maternité pour la détection de certains problèmes musculosquelettiques (Haugh, Trainor et Kernohan, 1997);
23. Mandater les professionnels pivots, si cela est possible, de réaliser certains programmes de dépistage : dysplasie de la hanche, etc. (Haugh, Trainor et Kernohan, 1997);
24. Instaurer une collaboration active entre différents établissements de santé et/ou professionnels de santé : clinique de douleur, clinique de gériatrie, podologue, acupuncteur, chiropraticien, ostéopathe, etc. (Emmanuel, 1999; Bibby, 2006; Orlin et Didriksen, 2007);
25. Organiser un système de physiothérapeute(s) itinérant(s) : déplacements dans les cliniques de médecins omnipraticiens (Hattam et Smeathem, 1999);
26. S'assurer que le patient reçoit toujours l'information du titre de la personne qui l'évalue (Mulligan, 2003);
27. Informer le patient qu'il a toujours la possibilité de voir un médecin orthopédiste s'il le souhaite, mais que cela exigera un délai d'attente supplémentaire;
28. Développer l'information et la communication auprès des patients (Flynn, 2005; Hill, 1997).

Notons que si la plupart de ces recommandations s'adressent à une structure hospitalière, certaines d'entre elles gagneraient certainement en efficacité à être mises en place à un niveau régional. Mentionnons entre-autres la mise en place d'une ligne téléphonique à laquelle les omnipraticiens auraient accès en cas de doute sur la nécessité de référer un patient en clinique d'orthopédie.

CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DE LA NOUVELLE CLINIQUE ET PRINCIPAUX RÉSULTATS

3.1 Introduction

Le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable est une organisation offrant des services de type communautaire (CLSC), de soins de courte durée avec 199 lits, ainsi que des soins de longue durée avec 389 lits. Il regroupe environ 2400 employés et dispense des services généraux à la population de la MRC d'Arthabaska-et-de-l'Érable, comptant 90,000 habitants, ainsi qu'un certain nombre d'utilisateurs provenant de région limitrophe.

L'une des missions d'un CSSS est d'offrir à sa population des services de soins efficaces et de qualité. À cet égard et compte tenu des ressources limitées au sein du réseau de la santé, toute initiative visant à améliorer l'efficacité, l'efficacité et la qualité des soins dispensés doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des intervenants cliniques et des gestionnaires. C'est dans ce cadre et grâce à la volonté de ses différents initiateurs qu'une clinique interdisciplinaire en musculosquelettique a ainsi pu voir le jour au sein du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable dès l'été 2007.

3.2 Description de la clinique musculosquelettique du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

3.2.1 Problématiques

En 2007, le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable a eu à faire face à une grave problématique : la pénurie d'orthopédistes. En effet, en l'espace d'un an le nombre d'orthopédistes a chuté de cinq à trois seulement. À ce moment, le nombre de demandes de consultation en orthopédie s'élevait à 950 et certaines demandes étaient en attente depuis près de cinq ans. Ces demandes provenaient de plusieurs régions et concernaient tous les types de clientèle orthopédique du nouveau-né à la personne âgée. Toutes les demandes étaient acceptées, sans restriction territoriale ou de diagnostics. Toutefois, certaines demandes incomplètes ou jugées non appropriées pouvaient demeurer sous la pile de demandes sans être traitées. Les orthopédistes estimaient que seulement une consultation sur cinq nécessitait leur intervention, c'est-à-dire que les quatre autres auraient pu être faites par un autre professionnel, tel qu'un physiothérapeute. L'investigation préalable des utilisateurs était souvent insuffisante et elle devait fréquemment être complétée, ce qui ajoutait un délai aux traitements. Le long délai d'attente pour rencontrer un spécialiste avait un impact direct au niveau de la détérioration de la condition de l'utilisateur, amenait une démotivation face à sa récupération et une perte de qualité de vie. La difficulté d'accès à un orthopédiste engendrait donc une chronicisation de la problématique musculosquelettique pour certains utilisateurs. L'arrêt de travail prolongé pour plusieurs travailleurs faisait partie des conséquences. De fait, les principaux constats soulevés par les intervenants médicaux et les partenaires de la clinique en orthopédie, avant la mise en place de la nouvelle clinique interdisciplinaire en musculosquelettique, se retrouvent à l'annexe I du présent document.

En 2009, un certain nombre de ces problématiques ont été en partie ou totalement résolues alors que de nouvelles sont apparues (annexe II).

3.2.2 Fonctionnement de la clinique externe avant la mise en place de la nouvelle clinique

Avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique, plusieurs sites traitaient des problèmes musculosquelettiques. Parmi ces sites se trouvaient la clinique privée d'orthopédie Laurier, la clinique externe en orthopédie de l'HDA, les cliniques privées de physiothérapie (5) et d'ergothérapie (2), ainsi que les GMF. Les services offerts par les omnipraticiens œuvrant dans les GMF couvraient la consultation, le traitement médical par médication, le suivi des usagers et la référence en physiothérapie ou ergothérapie. Dans le cas d'une problématique nécessitant une chirurgie ou une consultation orthopédique, l'utilisateur recevait alors une référence à un orthopédiste ou à un autre spécialiste pouvant répondre au besoin de ce dernier. L'ensemble de ces sites ne formait pas une même entité, par contre, ils partageaient la même équipe de réadaptation en clinique externe de l'HDA et des cliniques privées de physiothérapie de Victoriaville et de Plessisville.

Quant à l'accès aux soins orthopédiques, la clinique externe d'orthopédie de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et la clinique d'orthopédie privée Clinique Laurier le garantissaient. Il n'y avait pas de guichet unique visant à centraliser les demandes de consultation. Toutes les demandes de consultation étaient acheminées aux orthopédistes et dans certains cas au chef de service du département de physiothérapie de l'HDA. Le premier professionnel de la santé vu en clinique externe d'orthopédie était toujours le médecin orthopédiste. À ce moment-là, il n'y avait pas de structure interdisciplinaire en orthopédie.

Les professionnels de la santé impliqués dans le continuum de soins étaient l'orthopédiste et l'infirmière au niveau de la clinique externe d'orthopédie de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, le physiothérapeute, le technicien en réadaptation physique et l'ergothérapeute au niveau du service de réadaptation. À la clinique privée Laurier l'orthopédiste et la secrétaire faisaient équipe et assuraient le suivi des demandes. L'anesthésiste pouvait à l'occasion recevoir une demande pour une intervention thérapeutique telle une infiltration ou autre traitement au niveau du soulagement de la douleur et cette demande provenait des orthopédistes. Il n'y avait aucun professionnel pivot pour assurer la coordination des soins aux usagers entre les différents professionnels de la santé et faire la distribution des demandes au bon intervenant.

Les requêtes adressées aux orthopédistes provenaient des médecins généralistes ou des spécialistes. Lorsque les requêtes présentaient un manque d'information, aucune demande d'information supplémentaire n'était acheminée au médecin référent et le triage se faisait en fonction des éléments disponibles sur la demande de consultation. De fait, avec peu d'informations disponibles, un grand nombre de demandes de consultation se classaient comme des cas électifs pour lesquels les délais d'attente étaient les plus longs.

La priorisation des demandes acheminées en clinique privée transigeait par la secrétaire de la clinique en fonction des données disponibles sur les requêtes aux orthopédistes. La secrétaire n'avait pas reçu de formation spécifique pour réaliser ce travail. Grâce aux indications des orthopédistes et à son expérience de 30 années dans cette clinique privée d'orthopédie, elle pouvait cependant pleinement réaliser ce travail et souvent seule. Lors de la réception d'une demande, elle priorisait tout ce qui touchait une demande de chirurgie. En premier lieu, on retrouvait les PTH et PTG, ainsi que d'autres cas chirurgicaux selon la disponibilité de la plage horaire. Pour les demandes plus complexes, la secrétaire demandait l'avis du médecin orthopédiste pour établir le code de priorité. En ce qui concerne les autres cas, il n'y avait pas de codes reliés aux priorités.

Épisode de soins en musculosquelettique avant la mise en place de la nouvelle clinique :

Demande de consultation au spécialiste

Orthopédie (clinique privée et clinique externe) :

- 1- Les orthopédistes priorisent les cas à rencontrer : cas urgents et cas potentiellement chirurgicaux (considérant le programme opératoire et respectant leur expertise);
- 2- L'orthopédiste rencontre les nouveaux cas en consultation, demande les examens pertinents si non faits (radiologie, scanner, résonance magnétique, etc.), il fait le traitement conservateur au besoin ou offre une chirurgie si l'usager est rendu à cette étape;
- 3- L'orthopédiste offre à l'usager à le revoir et assure le suivi au besoin ou donne le congé. Il arrive également que l'orthopédiste fasse lui-même une demande de suivi en physiothérapie ou autre service pertinent. De fait, comme il y a peu de ressources pour assurer le suivi de l'usager (peu de médecins de famille), l'usager continue à rencontrer l'orthopédiste.

Physiothérapie et ergothérapie (clinique externe) :

- 1- Priorisation des références reçues par le chef de service;
- 2- Évaluation par un physiothérapeute à partir du système de mesure et d'efficacité en physiothérapie. Après cette évaluation, l'élaboration du plan de traitement et les rencontres de suivi sont assurées par le physiothérapeute lui-même ou le TRP. Dans certains cas et en fonction des places disponibles, l'usager pouvait également être référé en privé pour sa physiothérapie;
- 3- Congé lorsque le potentiel maximal de récupération de l'usager est atteint (selon l'appréciation du médecin ou du physiothérapeute).

3.2.3 Objectifs généraux et spécifiques (CSSSAE, 2009)

L'objectif général est de parvenir à la mise en œuvre d'une clinique intégrée qui permettra d'offrir des services de qualité tout en accroissant l'accès rapide aux professionnels et aux services que requiert l'état de santé de l'usager, et ceci, en utilisant au mieux les ressources disponibles. Plus spécifiquement, l'implantation de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique aura comme effet d'orienter l'usager vers le bon professionnel et d'accroître l'accessibilité à un orthopédiste au moment opportun, et ce, dans un délai raisonnable. L'amélioration de la continuité des services et de la qualité des soins et des services est également un objectif important. Le projet vise l'efficacité, l'efficience, la pertinence et le partenariat avec les services des réseaux public et privé.

Améliorer l'accessibilité aux services

L'adoption d'un nouveau modèle d'organisation de soins s'impose afin d'améliorer l'accessibilité aux services de soins. L'ambition projetée : que la clientèle atteinte d'une problématique musculosquelettique ait accès à une large gamme de services de santé dans les meilleurs délais possible. Il est également recherché de favoriser une prestation de services par les omnipraticiens en première ligne dans des conditions normales d'intervention, puis des services spécialisés de deuxième ligne dans des situations plus complexes (hiérarchisation des services).

Améliorer la continuité des services

La prise en charge rapide des demandes et des références externes est visée afin d'atteindre de meilleurs résultats thérapeutiques, en évitant la multiplication des évaluations et les risques de détérioration de la condition de l'usager. Par le biais d'une infirmière pivot, on cherche ainsi à soutenir et à faciliter l'orientation des usagers dans le

continuum de services et à éviter des délais inutiles.

Améliorer la qualité des soins et des services

La nouvelle clinique interdisciplinaire en musculosquelettique se propose d'offrir une haute qualité de soins et de services par du personnel compétent et expérimenté. On vise à atteindre le meilleur résultat possible en regard des connaissances, de la technologie, des attentes, ainsi que des standards basés sur une pratique fondée sur des données scientifiques probantes.

Viser « efficacité »

Orienter l'utilisateur vers le bon service, au bon intervenant, au bon moment et dans les plus brefs délais. Par la création d'une équipe interdisciplinaire, on vise à améliorer l'efficacité des interventions.

Viser « efficience »

S'assurer d'une utilisation rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières pour offrir les services, en maximisant par exemple, les dispositions de la loi n° 90. Les compétences de chaque intervenant devront être bien définies de même que leur champ d'activités et leurs responsabilités propres.

Viser « pertinence »

On désire utiliser les ressources en fonction des problèmes de santé et de bien-être les plus importants pour les personnes ou groupes de personnes plus vulnérables. Ainsi, il est souhaité que l'ensemble de la clientèle qui présente un problème de santé complexe et à risque de complications puisse avoir accès à la clinique interdisciplinaire d'orthopédie afin d'améliorer ses chances de récupération.

Viser « partenariat »

Le travail en partenariat avec les services des réseaux public et privé fait également parti des objectifs à atteindre. Il s'agit d'allier les compétences et les forces de chacun pour maximiser la portée des actions de tous sur la santé et le bien-être de la population de la MRC d'Arthabaska-et-de-l'Érable. Il faut demeurer conscient que le secteur privé dispense des services principalement à une clientèle qui possède des assurances privées ou couverte par la CSST ou la SAAQ.

Favoriser le recrutement et la rétention des professionnels

Le point de service Hôtel-Dieu d'Arthabaska est un établissement affilié avec différentes universités pour l'enseignement médical. Chaque année, plusieurs résidents y viennent afin d'approfondir leurs connaissances. Cette visibilité fait connaître le milieu et favorise le recrutement. L'implantation d'une clinique interdisciplinaire en musculosquelettique offrira davantage à ces futurs professionnels. Les résidents touchés sont principalement ceux de médecine familiale et d'orthopédie et éventuellement les étudiants en médecine y feront un stage (externat), s'ils le désirent.

Sachant que la formation universitaire des médecins de famille en lien avec l'orthopédie n'est pas assez approfondie et, par ce fait, que peu d'entre eux s'y intéressent, un séjour à la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSSAE aura pour effet de mieux faire connaître ce type de clientèle, de développer leur intérêt et d'approfondir leurs connaissances.

Des stages pourront aussi être offerts à d'autres professionnels. Les étudiants et étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières y côtoieront un milieu spécialisé unique et seront en contact à chaque étape de la prise en charge du client en orthopédie. Par exemple, en pré et postopératoire, à la clinique externe, à la clinique de points et de pansements, à l'enseignement aux usagers, etc. Pour sa part, le service de réadaptation pourra aussi accueillir des stagiaires. Ces professionnels pourront ainsi développer de l'intérêt à poursuivre une formation plus spécialisée.

3.2.4 Description du fonctionnement de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique

L'approche préconisée est globale et vise à responsabiliser une gamme élargie d'intervenants du réseau local de la santé et des services sociaux. De fait, la principale solution retenue pour répondre aux principaux problèmes soulevés en annexe I a été de mettre en place une clinique interdisciplinaire musculosquelettique. La mise en place d'une telle clinique dès juin 2007 a permis de proposer un ensemble de services intégrés centrés sur les besoins de la personne en réhabilitation en passant par l'investigation, le traitement et le soutien.

Depuis l'implantation de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSS d'Arthabaska-et de l'Érable dans les murs de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, les demandes de consultations parviennent de divers endroits. Ainsi, certaines demandes parviennent à la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique après avoir été acheminées aux cliniques privées d'orthopédie, d'autres arrivent directement par courrier ou télécopieur à la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique, alors que quelques-unes sont transmises par téléphone (de médecin à médecin). À l'heure actuelle, il n'existe pas de guichet unique. Cependant, il est possible d'affirmer que la très grande majorité des demandes sont directement orientées vers la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique et que peu de demandes transigent au niveau de la clinique privée d'orthopédie Laurier.

Selon l'évaluation faite à la réception de la demande par l'infirmière pivot, le premier professionnel de la santé rencontré par l'utilisateur peut être l'infirmière pivot, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, l'orthopédiste ou l'omnipraticien¹³. Souvent, les cas référés à la clinique interdisciplinaire musculosquelettique ont déjà reçu une première investigation (en privé, en externe et/ou avec une médication), le traitement ayant échoué, c'est la raison qui motive le médecin référent à orienter l'utilisateur vers cette clinique. Par contre, cette clinique repose en grande partie sur la présence de professionnels de la santé dévoués.

Actuellement, l'équipe interdisciplinaire en musculosquelettique comprend les professionnels suivants :

- 1 infirmière clinicienne (infirmière pivot);
- 1 ergothérapeute;
- 2 physiothérapeutes;
- 1 technicienne en réadaptation physique;
- 1 nutritionniste¹⁴;
- 1 psychologue¹⁵;
- 4 orthopédistes;

¹³ En raison d'un problème de paiement des omnipraticiens, il n'y a actuellement plus aucun omnipraticien au sein de la clinique interdisciplinaire du CSSSAE, ce qui n'était pas le cas lors de la première année d'activité de la clinique. L'utilisateur peut cependant être référé dans certain cas au Dr Hébert qui possède une expertise en médecine sportive et qui collabore activement avec la clinique interdisciplinaire du CSSSAE.

¹⁴ Ce professionnel ne fait plus partie de la clinique depuis juin 2010 suite à une baisse du financement obtenu pour le fonctionnement de la clinique.

¹⁵ Ibid.

- 1 agente administrative.

Au premier abord, cette clinique a été développée autour d'un professionnel pivot. L'organisation a choisi une infirmière bachelière parce qu'elle croit que c'est une valeur ajoutée. En effet, cette dernière peut faire l'évaluation clinique de l'utilisateur, et l'orienter rapidement au bon intervenant, par sa capacité d'analyse et sa compréhension de la trajectoire de service à adopter en musculosquelettique. De plus, l'infirmière pivot a reçu le mandat d'optimiser le travail d'équipe. L'infirmière pivot du CSSSAE est une clinicienne formée au préalable par des orthopédistes afin d'identifier les usagers devant être pris en charge rapidement par un professionnel en lien avec le besoin identifié. De plus, le support quotidien des orthopédistes lui a permis d'approfondir ses connaissances en musculosquelettique. Cette infirmière assure également la coordination des soins et le suivi de l'utilisateur lors des différentes étapes de son épisode de soins en musculosquelettique. Donc à la réception d'une demande, quelle qu'en soit la provenance, l'infirmière pivot l'analyse et met tout en œuvre pour orienter l'utilisateur vers le bon intervenant. Elle s'assure que les examens préalables à la consultation soient effectués avant que l'utilisateur rencontre le médecin ou un des professionnels de la clinique. De cette manière, on s'assure de la rapidité de la prise en charge de l'utilisateur au bon intervenant et on prend bien soin de valider ses besoins biopsychosociaux.

De fait, l'infirmière pivot s'assure de la fluidité du cheminement clinique et de l'épisode de soins de l'utilisateur dès la réception d'une demande jusqu'à la fin du traitement. C'est également l'infirmière pivot qui organise les rencontres d'équipe et inscrit les notes au dossier de l'utilisateur en ce qui a trait au plan de traitement. De plus, elle actualise et assure l'application du plan thérapeutique infirmier (PTI). Par contre, lors des rencontres bihebdomadaires de l'équipe interdisciplinaire, il n'y a pas de procès-verbal standardisé.

Ensuite, la physiothérapeute, lorsqu'elle reçoit des demandes de l'infirmière pivot, évalue l'urgence d'intervention dans son champ de pratique. Lors d'une première rencontre, elle fait l'évaluation des besoins de l'utilisateur et l'informe du plan de traitement. La physiothérapeute débute le traitement et, après quatre à six semaines, si le traitement n'est pas optimal, elle demande une ré-évaluation par le comité interdisciplinaire. Une décision se prend en regard de la suite à donner au traitement. En effet, après quatre à six semaines de traitement, les professionnels de la clinique ont une meilleure idée de ce qu'ils peuvent offrir à l'utilisateur et peuvent ainsi se donner des objectifs plus précis vis-à-vis du rétablissement de l'utilisateur. À la suite de la discussion en équipe interdisciplinaire, l'utilisateur est informé et son accord sollicité pour poursuivre ou modifier son plan de traitement.

Le physiothérapeute joue également un rôle central dans le processus d'évaluation et d'orientation de l'utilisateur. En effet, il est fréquent que l'infirmière pivot réfère l'utilisateur rencontré lors d'une première évaluation au physiothérapeute afin de déterminer avec assurance que cet utilisateur a besoin ou non de rencontrer un orthopédiste. Il arrive également que le physiothérapeute exerce ce rôle d'« évaluation-orientation » comme tout premier intervenant. Ainsi, lors du triage, l'infirmière pivot peut décider de diriger directement la demande vers le physiothérapeute pour une première évaluation sans avoir préalablement rencontré l'utilisateur. Ceci rend le physiothérapeute autonome dans ce rôle et confère un caractère unique à la clinique.

De son côté, l'ergothérapeute reçoit les demandes qui lui sont assignées par l'infirmière pivot ou la physiothérapeute. À l'aide de grilles, il évalue l'utilisateur, la priorité qu'il lui accorde pour le traitement et entame avec lui un suivi. Il évalue les habiletés fonctionnelles et potentialise l'autonomie de l'utilisateur pour ensuite lui donner son congé. Dans le cas où le traitement ne permet pas la récupération, l'utilisateur reçoit une nouvelle évaluation pour amorcer d'autres traitements. L'utilisateur peut également être inscrit sur la liste afin que la problématique rencontrée avec cet utilisateur soit discutée lors d'une rencontre interdisciplinaire.

En ce qui concerne la technicienne en réadaptation physique, celle-ci reçoit, après l'évaluation de la physiothérapeute ou de l'orthopédiste, une demande de suivi pour l'utilisateur. Elle collabore avec la physiothérapeute à l'établissement d'un plan de traitement et réalise les activités visant à optimiser le potentiel de récupération souhaitée

pour l'utilisateur. Si l'orthopédiste demande une référence, elle doit au besoin enseigner des exercices et prodiguer des conseils pour les usagers en postimmobilisation, fournir un auxiliaire de marche, faire l'ajustement et donner les conseils pertinents. Par rapport à une équipe non interdisciplinaire, ses fonctions permettent au TRP d'agir avec davantage d'autonomie (i.e. le maximum d'autonomie possible à l'intérieur des actes qui lui sont délégués en considérant le strict respect du décret de l'ordre des physiothérapeutes).

La nutritionniste occupe aussi une place importante dans l'équipe interdisciplinaire pour le plan de traitement de l'utilisateur. Cette dernière reçoit de l'infirmière pivot les demandes jugées prioritaires dans le rétablissement de l'utilisateur, qu'il s'agisse d'une perte pondérale ou répondre à un besoin en matière d'une saine alimentation liée à une pathologie (ex. : le diabète, ou toute autre maladie chronique).

La psychologue interviendra auprès de personnes ayant un besoin significatif. L'accompagnement de la psychothérapie brève à la clientèle de la clinique musculosquelettique favorise la récupération de l'utilisateur. Elle évaluera l'état psychologique de l'utilisateur, les ressources psychologiques et sociales disponibles afin d'établir un plan d'intervention.

La consultation de l'annexe VII détaille de façon plus approfondie les rôles spécifiques dévolus aux membres de l'équipe interdisciplinaire en musculosquelettique.

Le premier professionnel à prendre en charge l'utilisateur varie donc selon le cas. Par exemple, cela peut être le physiothérapeute, qui après quelques séances va demander à l'ergothérapeute de voir l'utilisateur ; parfois la psychologue peut intervenir si aucun ou très peu de résultats attendus sont atteints. Il arrive également que les professionnels de l'équipe demandent à ce que l'orthopédiste rencontre l'utilisateur. Le plus souvent, c'est lors des réunions d'équipe interdisciplinaire que l'on détermine l'orientation à prendre pour le suivi des soins et services à offrir à l'utilisateur.

Actuellement, les références acheminées aux médecins orthopédistes représentent 50% des références totales en musculosquelettique. Le 50% restant est traité par les autres professionnels de la clinique en musculosquelettique.

Les requêtes de consultation pour la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique sont acheminées sous format papier (annexe III). Il s'agit d'un format standardisé afin d'obtenir des informations pertinentes sur la situation de l'utilisateur. Il arrive parfois que le médecin référant discute par téléphone avec l'orthopédiste ou l'infirmière pivot avant d'envoyer une requête. Dans le cas où des données sont manquantes ou illisibles, la demande de consultation est retournée au médecin référant, accompagnée d'une lettre explicative.

C'est l'infirmière pivot qui priorise les demandes de consultation. Elle reçoit les demandes, elle les évalue selon l'information disponible (communique parfois avec l'utilisateur afin de compléter la demande). Pour certaines demandes plus complexes, elle demande l'avis d'un orthopédiste. Les demandes sont classées, par priorité. Les voici-ci :

Priorités pour l'orthopédiste :

P1 : urgent : vu et opéré (< 1 mois) ;

P2 : semi-urgent : vu et opéré (< 3 mois) ;

P3 : électif : autres (\geq 6 mois). À ce stade-ci, l'équipe interdisciplinaire ne s'est pas dotée d'outils formels pour établir un délai maximum pour les cas électifs considérés non urgents. Par contre, l'utilisateur est avisé par l'infirmière pivot que si sa condition clinique se détériore, il peut contacter l'infirmière pivot et, à ce moment, il y aura une nouvelle priorité accordée à sa demande. Dans les cas complexes, l'infirmière pivot rencontrera et évaluera l'utilisateur.

En ce qui concerne les autres professionnels de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique, les priorités des demandes s'évaluent selon le mode urgent (< 3 mois) et le mode électif (≥ 3 mois). Les demandes électives sont ordonnées en fonction de la date de réception.

Épisode de soins après la mise en place de la nouvelle clinique :

- 1- Demande de consultation à la clinique interdisciplinaire musculosquelettique ;
- 2- Réception et évaluation de la demande par l'infirmière pivot (parfois on demande l'avis de l'orthopédiste ou d'un membre de l'équipe interdisciplinaire) ;
- 3- Orientation de l'utilisateur vers le bon professionnel (y compris vers l'infirmière pivot qui peut avoir besoin d'évaluer physiquement l'utilisateur avant de pouvoir l'orienter vers le bon professionnel) ;
- 4- Demande d'exams diagnostics additionnels au besoin. L'équipe n'a présentement pas d'ordonnance collective permanente. Dre Pascale Larochelle, orthopédiste, chef de file de cette clinique, a délégué à l'infirmière pivot certaines consignes en lien avec les exams complémentaires à effectuer dans certains cas. « Lorsque l'utilisateur doit rencontrer l'orthopédiste, une radiographie récente (moins de 6 mois) de la région atteinte doit être présente au dossier ». C'est une ordonnance verbale du médecin qui autorise l'infirmière à demander la radiographie ;
- 5- Si à la suite de l'évaluation physique de l'utilisateur, l'infirmière pivot est indéterminée sur l'orientation à donner à l'utilisateur (i.e. vers quel professionnel l'orienter), le dossier de cet utilisateur sera soumis au comité d'admission lors d'une rencontre interdisciplinaire. Le comité d'admission déterminera alors vers quel professionnel orienter l'utilisateur ;
- 6- Le professionnel qui évalue initialement l'utilisateur réalise l'intervention optimale pour ce dernier : intervention et congé ou intervention et référence à un autre acteur de la clinique, ou encore discussion de cas en réunion interdisciplinaire quant à l'orientation à définir ;
- 7- Le médecin référent est informé du suivi de l'utilisateur. La collaboration des professionnels impliqués ou pouvant être impliqués dans le processus est sollicitée (ex : physiothérapeute d'une clinique privée, etc.) ;
- 8- Après le début du traitement (environ quatre à six semaines) une réévaluation de cas se fait en équipe interdisciplinaire pour les utilisateurs qui sont encore dans le service et qui n'ont pas atteint leur potentiel maximum attendu. Il n'y a pas de réévaluation pour ceux dont la récupération est optimale et dont le dossier est fermé.

De plus, l'infirmière pivot réalise aussi un suivi téléphonique avec les utilisateurs ayant eu un traitement afin de s'assurer qu'il n'y a pas de bris dans le continuum de soins et de connaître l'évolution de l'utilisateur.

Si après analyse de la demande de consultation il est recommandé que l'utilisateur débute des traitements de physiothérapie, plusieurs options s'offrent à lui. Ainsi, il peut être dirigé en physiothérapie en clinique privée, aux services externes de l'hôpital ou en musculosquelettique. Les critères d'admission en musculosquelettique se définissent comme suit : l'utilisateur doit présenter une problématique complexe qui nécessitera les services de plusieurs membres de l'équipe (physio., ergo., psycho...) ou l'utilisateur doit avoir antérieurement eu un échec en physiothérapie pour ce même problème, ou l'utilisateur a besoin d'une évaluation ponctuelle pour décider de l'orientation à prendre (avis orthopédique nécessaire ou non). Si l'utilisateur est référé en physiothérapie privée, l'infirmière pivot réalisera cependant un suivi téléphonique auprès de cet utilisateur afin de connaître l'évolution de son état de santé.

Aux établissements qui traitaient des problèmes musculosquelettiques avant la mise en place de la clinique musculosquelettique (clinique privée Laurier, clinique externe et GMF) s'ajoutent évidemment la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSSAE, ainsi qu'un omnipraticien spécialisé en médecine sportive ; ce dernier a choisi de venir s'établir spécifiquement dans la région pour effectuer ce genre de pratique. Bien qu'une dynamique accrue ait été instaurée entre ces sites, ils ne forment cependant pas une entité commune. Ils partagent encore la même équipe de réadaptation en externe de l'HDA en plus des cliniques privées de physiothérapie et d'ergothérapie.

Avec le temps, le partenariat entre la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique et les cliniques privées de physiothérapie s'est très bien développé. Au même titre que les médecins et les professionnels de l'équipe interdisciplinaire, les physiothérapeutes des cliniques privées ont bénéficié de la formation donnée par les orthopédistes de l'HDA. De plus, il est à noter que la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique accepte les références faites par les physiothérapeutes des cliniques privées.

En plus de leur travail clinique, les médecins orthopédistes participant à la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique encadrent des résidents (quelques semaines pendant l'année), ont réalisé des formations auprès des omnipraticiens au cours de la première année de fonctionnement de la clinique interdisciplinaire (4 formations de 3 heures et support lors d'une clinique de musculosquelettique : 5% de leur temps)¹⁶, et assistent occasionnellement aux discussions de cas avec l'équipe interdisciplinaire (1 % de leur temps). De plus, certains orthopédistes offrent toujours de la disponibilité pour donner de la formation aux professionnels du territoire.

Pour sa part, l'équipe clinique affiche une belle complicité : les professionnels partagent leurs savoirs et leurs compétences dans le respect de chacun. Il y a ainsi une très bonne synergie qui facilite l'échange dû au fait que la plupart des professionnels sont les mêmes depuis le début de l'implantation de la clinique, ce qui constitue sans doute un élément déterminant à cette bonne coopération.

Deux réunions interdisciplinaires se tiennent chaque semaine, L'infirmière pivot les anime. L'une de ces réunions traite principalement de la discussion de cas complexes. L'infirmière pivot note au dossier la décision du plan de traitement et élabore un résumé du plan de traitement et d'intervention. La deuxième rencontre porte sur le comité d'admission, où l'infirmière pivot introduit aux membres de l'équipe les usagers présentant une problématique complexe qu'elle a rencontrée lors d'une première évaluation. En équipe, on précise alors le plan de traitement et on oriente l'usager au bon professionnel (à l'intérieur ou à l'extérieur de la clinique interdisciplinaire). Le comité d'admission discute chaque semaine environ 50% des cas que l'infirmière pivot a vu en évaluation (l'autre 50% a été directement référé au bon professionnel). De plus, une réunion d'équipe a lieu, environ aux six semaines, avec la coordonnatrice du service pour discuter du fonctionnement, voir à régler certaines problématiques et examiner les listes d'attente. Lorsque l'orthopédiste bénéficie de disponibilité, il se joint à l'équipe lors de ces réunions aux six semaines et prend part aux prises de décisions.

Une révision des rôles et des responsabilités de chacun des professionnels s'effectue annuellement en équipe interdisciplinaire lors de réunions de fonctionnement.

3.2.5 Cartographie des processus

En lien avec les différents intervenants cliniques et les gestionnaires du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, une cartographie des processus avant et après la mise en place de la clinique interdisciplinaire en

¹⁶ Il est à noter que la Dre. Larochelle a de nouveau offert pour cette année de dispenser des formations en musculosquelettique.

musculosquelettique a été réalisée. Ces informations sont disponibles en annexe IV. Cette cartographie identifie les principaux acteurs de l'équipe interdisciplinaire et à quel moment il est possible pour eux d'être sollicités.

3.2.6 Clientèle ciblée

La clientèle reste la même qu'auparavant, soit des personnes de tout âge (> 90% clientèle adulte) avec un certain nombre d'usagers présentant de multiples problèmes. Les principaux problèmes musculosquelettiques sont énumérés en annexe V.

La clientèle comprend autant d'hommes que de femmes et l'âge moyen est de 50 ans. La clientèle présente une grande diversité de cas ainsi que de nombreux problèmes complexes (d'un point de vue médical ou psychosocial) tels que des problèmes au cou, aux épaules, au dos, des problèmes d'épicondylite, etc. Il y a également des cas de syndromes douloureux régionaux complexes, qui sont des cas difficiles devant être traités sur de longues périodes. Il est à noter que la plupart de ces problèmes se chronicisent facilement. Par ailleurs, il s'agit souvent de cas qui ont échoué lors d'un premier traitement, avant d'arriver à la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique (ce qui répond à l'un des objectifs de la clinique).

Avant l'implantation de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique, toutes les demandes reçues à la clinique externe, qui faisaient foi d'une consultation en orthopédie, étaient automatiquement insérées dans un cartable et, selon le niveau d'urgence accordé, le délai pour rencontrer l'orthopédiste était plus ou moins long (aucune cible fixée). L'orthopédiste voyait tous les usagers, ce qui occasionnait un délai d'attente important avant la prise en charge pour certaines clientèles dont le diagnostic pouvait endommager le potentiel de récupération ou encore lors de cas plus simples qui auraient pu être réglés rapidement.

Depuis le début des activités de la clinique, les cas potentiellement chirurgicaux sont principalement orientés vers un orthopédiste. Pour les cas moins complexes, l'infirmière pivot, après avoir examiné l'urgence de la demande, peut référer les usagers au bon professionnel selon ce qui est requis par son état de santé. Les clientèles présentant un problème de santé complexe et à risque de complications sont discutées en séances interdisciplinaires afin d'établir un diagnostic ou un plan de traitement. De fait, le modèle de réorganisation adopté permet aux orthopédistes de se concentrer sur les seuls cas nécessitant réellement leur expertise, les autres cas pouvant être pris en charge par d'autres professionnels, ce qui était loin d'être le cas auparavant.

Les principaux critères d'admissibilité à la clinique interdisciplinaire sont : que l'utilisateur ait eu une première investigation, qu'il y ait eu échec du traitement, qu'il y ait un besoin de chirurgie ou que l'utilisateur nécessite une évaluation médicale orthopédique précise, que la situation de l'utilisateur requiert une approche interdisciplinaire.

Les usagers apprécient énormément la prise en charge de l'équipe dans la mesure où ils obtiennent une réponse rapide à leur problématique. De plus, ils ont l'impression d'être « écoutés » et ils savent où se référer quand ils ont des interrogations sur leur état de santé. De plus, comme ce service est unique en région, il y a même de la clientèle hors territoire qui est référée à la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSSAE. Dans de tels cas, ces clientèles sont systématiquement rencontrées par l'orthopédiste pour le plan de traitement.

3.2.7 Outils utilisés

De nombreux outils ont été conçus pour remplir les objectifs des cliniques. Ils sont :

1. Une feuille de demande de consultation standardisée (annexe III).
2. Une grille de suivi informatisée des usagers.
3. Un document descriptif des rôles et responsabilités de chacun des professionnels (annexe VII).
4. Une lettre explicative qui est retournée au médecin référent lorsque cette dernière est incomplète. Il y a également une demande de consultation que le médecin requérant doit compléter pour actualiser sa demande et une feuille de suivi de la demande que l'équipe de musculosquelettique fait parvenir au médecin requérant .
5. Plusieurs outils de collectes de données ont été élaborés afin d'évaluer la capacité physique et psychologique de l'usager en lien avec différents types de problématiques (liste en annexe VI).
6. L'utilisation du logiciel ADT (admission, départ, transfert) de Logibec depuis juin 2009 afin de gérer et d'actualiser les listes d'attente. Avant cette période, la liste des usagers qui consultaient à la clinique de musculosquelettique était saisie en mode papier.
7. Un guide de prise en charge à l'usage pour les médecins omnipraticiens afin de référer l'usager au bon moment et au bon intervenant rattaché à la clinique ainsi que les radiographies nécessaires pour assurer un meilleur suivi et augmenter la rapidité d'intervention. Il s'agit donc d'un algorithme d'interventions suggérées à l'usage des omnipraticiens. Ce guide de prise en charge de la clientèle orthopédique, élaboré par les orthopédistes de l'équipe interdisciplinaire en musculosquelettique, s'inspire de celui utilisé en Outaouais : « Guide de prise en charge de la clientèle orthopédique de l'Outaouais »¹⁷.
8. Des procès verbaux. En ce qui a trait aux rencontres convoquées par la coordonnatrice des services ambulatoires, un procès verbal est rendu disponible après chaque réunion.
9. Guides d'autosoins : il y a peu de documents produits afin de guider l'usager dans ses soins. Toutefois, des dépliants sont disponibles pour certaines pathologies de musculosquelettique. Lors de chirurgies, il existe aussi des dépliants qui sont remis à l'usager en postopératoire. Est également disponible un programme d'exercices à la suite d'une chirurgie du tunnel carpien, d'une fracture de la cheville et à une chirurgie ou à une fracture du poignet. Dans les projets et objectifs futurs, cet élément s'inscrira dans les priorités de la clinique interdisciplinaire.
10. Des protocoles d'intervention postopératoire en physiothérapie ont été réalisés par des membres de l'équipe interdisciplinaire : Bankart (chirurgie de l'épaule de type Bankart), supra et l'infra-épineux (déchirure de la coiffe de l'épaule), post amputation des doigts, Dupuytren, trigger finger et canal carpien.
11. Des questionnaires d'évaluation fonctionnelle. Les membres de l'équipe interdisciplinaire en musculosquelettique utilisent également des questionnaires d'évaluation fonctionnelle que certains usagers remplissent afin de pouvoir réaliser une meilleure évaluation des besoins et des cibles à atteindre. Il s'agit de questionnaires scientifiquement validés (Annexe VI).

¹⁷ Ce document est disponible auprès de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSSAE sur demande.

3.2.8 L'équipe

3.2.8.1 Composition

En équivalent temps complet (ETC), les professionnels impliqués dans la clinique étaient en avril 2010 :

- 1 infirmière pivot (1 ETC). Il y a eu deux infirmières pivot à la clinique entre août 2009 et septembre 2009 ;
- 1 physiothérapeute dédié et 1 physiothérapeute en support (1,85 ETC) ;
- 1 thérapeute en réadaptation physique (1,0 ETC) ;
- 1 ergothérapeute (0,6 ETC) ;
- 1 nutritionniste (½ journée semaine, 0,1 ETC) ;
- 1 psychologue (1 journée semaine, 0,2 ETC) ;
- 4 orthopédistes (dont 1 en fin de carrière, en support à l'équipe d'ortho ; 4 ETC).
- 1 agente administrative (1 ETC)

Depuis juin 2010, la structure a été modifiée due à une baisse du financement obtenu pour le fonctionnement de la clinique.

En équivalent temps complet (ETC), les professionnels impliqués dans la clinique sont en juin 2010 :

- 1 infirmière pivot (1 ETC);
- 1 physiothérapeute dédié et 1 physiothérapeute en support (1,85 ETC) ;
- 1 thérapeute en réadaptation physique (0,8 ETC) ;
- 1 ergothérapeute (0,4 ETC) ;
- 4 orthopédistes (dont 1 en fin de carrière, en support à l'équipe d'ortho ; 4 ETC).
- 1 agente administrative (0,8 ETC)

3.2.8.2 Rôles et responsabilités des intervenants

Les rôles et responsabilités de chaque intervenant sont décrits en détail à l'annexe VII.

3.2.8.3 Formations complémentaires dispensées

En collaboration avec la compagnie Pfizer et la Dre. Lyne Thériault, médecin responsable de la formation médicale continue pour le CSSSAE, un projet de formation a été offert à tous les omnipraticiens du territoire et aux professionnels de l'équipe interdisciplinaire. Le programme de formation proposé a été le suivant :

1. *En novembre 2007, pour les pathologies de l'épaule et du cou, formation donnée par la Dre Pascale Larochelle, orthopédiste du CSSSAE, et Nancy Landry, physiothérapeute (59 participants).*
2. *En février 2008, pour les pathologies du genou, conférence donnée par le Dr Richard Blanchet, médecine sportive du PEPS de l'Université Laval. La partie pratique a été dispensée par le Dr Dominique Fleury, orthopédiste du CSSSAE (37 participants).*

3. *En avril 2008, pour les pathologies du membre supérieur, une conférence a été donnée par le Dr Jean-François Bégin, orthopédiste de HDL (Lévis), et la partie pratique par les Drs Larochelle et Fleury, orthopédistes du CSSSAE (44 participants).*
4. *En mai 2008, lors d'une réunion d'enseignement, il y a eu une conférence « Le traitement des douleurs lombaires et la douleur neuropathique » donnée par la Dre Josée Fortier, physiatre à Trois-Rivières (64 participants).*
5. *En Janvier 2009 une formation a eu lieu « La douleur qui dure et perdure » dispensée par la Dr Josée Fortier, physiatre à Trois-Rivières (35 participants).*

Il y a eu une bonne participation des omnipraticiens du territoire et des membres de l'équipe interdisciplinaire en musculosquelettique. De plus, des physiothérapeutes des cliniques privées du territoire ont aussi bénéficié de cet éventail de formation. Ce fut un succès et tous ont, entre autres, bien apprécié les ateliers.

La Dre Pascale Larochelle a récemment réitéré son offre aux médecins omnipraticiens pour de la formation selon leurs besoins.

De plus, quelques membres de l'équipe ont reçu des formations plus spécifiques :

L'infirmière pivot :

- L'infirmière pivot a eu une journée de formation sur l'interdisciplinarité dans le cadre d'une formation qui se donnait pour le programme de lutte contre le cancer. (Depuis il n'y a pas eu de mise à jour de cette formation).
- Examen clinique sommaire de l'adulte : le système musculosquelettique par Francine Royer B. Sc m.a. ;
- Évaluation et soulagement de la douleur aiguë et chronique : rôle primordial de l'infirmière, par Céline Gélinas, inf, Ph. D et Gisèle Berner, inf, M.Sc.

Les physiothérapeutes :

Un premier physiothérapeute a reçu les formations suivantes:

- Formation sur l'épaule, niveau 1. Printemps 2009, par Dr Jean-François Bégin, ortho, Dr Richard Blanchet, Jean-Phillippe Boivin, pht, Marcel Hardy pht. ;
 - Vigilance sur les nerfs crâniens lors de l'examen et du traitement de la colonne cervicale: par Gaétan Thibault en septembre 2007;
 - Level 1/ Basic shoulder course: Lyn Watson en 2008;
 - Congrès annuel de L'ACP, septembre 2008;
 - Mobilisation du système myofasciale quadrant supérieur: Doreen Killens, mars 2009;
 - Symposium 2009 sur la douleur chronique/syndrome douloureux régional complexe: 03 avril 2009;
 - L'organisation du travail en physiothérapie, se mobiliser au profit du client et de la population: septembre 2009, colloque OPPQ 2009;
 - Instabilité de la Région cervicale moyenne, partie1, Janvier 2010 par Marie-France Lévesque pht;
 - Les nerfs crâniens (impacts lors de l'évaluation musculosquelettique cervicale) Février 2010 par Doreen Killens;
 - Symposium en physiothérapie manuelle orthopédique.
- Une deuxième physiothérapeute a reçu les formations suivantes :
- Le genou traumatique et non traumatique. Printemps 2009, Guy Asselin pht., Dr Jean Doré, Balise Dubois pht., Dr François Marquis pht.
 - Instabilité de la région cervicale moyenne, partie 1. Janvier 2010, par Marie France Lévesque pht.

La thérapeute en réadaptation :

- Pathologies musculosquelettiques du membre inférieur, partie 1, le genou, par Mme Michèle Giguère, pht;

- Session pratique de Taping.

L'ergothérapeute :

- Pathologie du membre supérieur, Hôpital Sacré-Cœur (Février 2008);
- Formation avancée sur le membre supérieur (février 2008);
- Principes d'intervention de l'ergothérapie en milieu de travail auprès des personnes présentant de la douleur persistante d'origine musculosquelettique (juin 2007 et avril 2009);
- Formation sur les protocoles de la main à Sherbrooke (mai 2008).

La psychologue :

- Intervention avec les douleurs persistantes.

3.2 Indicateurs de résultats de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique

3.2.1 Degré d'implantation

Après deux ans et demi de fonctionnement et de nombreux changements dans l'organisation du travail, la clinique interdisciplinaire musculosquelettique a atteint un niveau d'implantation estimé à environ 90%; en ce sens que les principaux problèmes restant à régler semblent être ceux des locaux et de la disponibilité en ressources humaines cliniques. Par ailleurs, étant donné le souci constant de l'équipe de s'améliorer, un niveau d'efficacité de 100% n'est pas recherché à court et moyen terme. En outre, malgré la réorganisation des locaux qui se réalisera en 2010, tous les membres de l'équipe ne seront pas regroupés en un seul lieu physique, ce qui n'est pas pour favoriser les échanges cliniques. En effet, la clinique externe d'orthopédie, la clinique interdisciplinaire musculosquelettique et deux physiothérapeutes seront regroupés aux consultations externes au 0C, alors que l'ergothérapeute et le plateau technique de la physiothérapie se retrouveront à l'étage du 1^{er} C, la nutritionniste et la psychologue au 2^e C. Toutefois, cette réorganisation des locaux constituera une réelle avancée vers davantage d'intégration.

Notons qu'il est difficile d'objectiver le degré d'implantation de la clinique interdisciplinaire. Pour avoir un aperçu du niveau d'implantation de la clinique selon les recommandations tirées de la littérature, consulter l'Annexe VIII de ce document. En somme, des 36 recommandations tirées de la littérature, 22 ont été implantées, 2 ont été implantées partiellement, 2 seront implantées prochainement et 1 est non applicable pour cette clinique.

3.2.2 Accessibilité

En mars 2007, il y avait 1000 demandes en attente de consultation avec l'orthopédiste, dont quelques-unes dataient de 3 à 5 ans. En mars 2010, 226 demandes étaient en attente de consultation avec l'orthopédiste. Soit une diminution de 77,4% du nombre de demandes en attente de consultation au cours des trois dernières années.

En ce qui concerne les délais d'attente, avant l'implantation du projet, ceux-ci étaient de :

Tableau 3-1 : Délais d'attente avant l'implantation

Services	Délais maximaux
Attente en physiothérapie en services courants *	6 mois
Attente pour une consultation en orthopédie **	465 jours

	(15,5 mois)
Attente pour le suivi postopératoire	aucun
Attente pour une chirurgie ***	6 mois

Source :

- * liste d'attente au service de réadaptation SIREADAPT
- ** liste d'attente au cabinet des orthopédistes
- *** liste d'attente du logiciel Gestred du bloc opératoire

Les délais indiqués dans l'encadré précédent sont des délais maximaux.

Un an après l'implantation de la clinique interdisciplinaire, en mai 2008, les délais maximaux d'attente (date de la plus ancienne demande) étaient de :

Tableau 3-2 : Délais maximaux d'attente après l'implantation (1 ans)

Services	Délais maximaux
Attente en physiothérapie en services courants *	3 mois
Attente pour une consultation par l'infirmière pivot **	3 mois
Attente en physiothérapie en clinique musculosquelettique	3 mois
Attente pour une chirurgie ***	
PTH	3 mois
PTG	4 mois
Autres	6 mois
Attente pour une consultation en orthopédie en clinique musculosquelettique	7 mois

Source :

- * attente au service de réadaptation SIREADAPT
- ** attente pour une première consultation réalisée par l'infirmière pivot
- *** liste d'attente du logiciel Gestred du bloc opératoire

À la lecture de ces deux tableaux, il apparaît globalement que les délais d'attente ont diminué de 50% pour toutes les catégories de services concernés.

Avant l'implantation de la clinique musculosquelettique, les orthopédistes voyaient 100 % de leurs usagers référés. Un an plus tard, environ 40 % des premières consultations sont évaluées par l'infirmière pivot qui fait la collecte de données et oriente l'utilisateur au bon professionnel. Il se peut que l'infirmière pivot oriente l'utilisateur en physiothérapie ou ergothérapie en attendant la visite à l'orthopédiste, et que suite à la bonne réponse au traitement, l'utilisateur n'ait plus besoin de voir l'orthopédiste. Dans ce cas, une lettre est envoyée par l'infirmière pivot au médecin traitant. Cette lettre lui explique la situation de son patient. De plus, elle informe que l'utilisateur a demandé d'annuler la demande de consultation en orthopédie étant donné une amélioration de sa condition de santé. Si toutefois, l'utilisateur ne présente pas une évolution favorable et qu'il doit rencontrer l'orthopédiste, celui-ci est inscrit sur une liste d'attente différente où il sera priorisé (en général à l'intérieur de six semaines).

Voici la liste d'attente en mars 2010, deux ans après l'implantation de la clinique interdisciplinaire, les délais maximums d'attente (date de la plus ancienne demande) étaient de :

Tableau 3-3 : Délais d'attente après l'implantation (2 ans)

Services	Délais maximaux

Attente en physiothérapie en services courants *	3 mois
Attente pour une consultation par l'infirmière pivot **	4 mois
Attente en physiothérapie en clinique musculosquelettique(en attente d'une évaluation, orientation)	3 semaines
Attente en physiothérapie en clinique musculosquelettique (en attente d'une opinion)	9 mois
Attente pour une chirurgie *** PTH PTG Autres	3 mois 3mois 4mois
Attente pour une consultation en orthopédie en clinique musculosquelettique**** Territoire du CSSSAE Hors territoire	8 mois 13 mois

Source :

* attente au service de réadaptation SIREADAPT

** attente pour une première consultation réalisée par l'infirmière pivot

*** liste d'attente du logiciel Gestred du bloc opératoire

**** dans ADT

En ce qui concerne l'attente pour une consultation en orthopédie en clinique musculosquelettique, le délai a augmenté dans la mesure où la clinique accepte désormais davantage de demandes hors territoire. En effet, le hors territoire ne concerne que l'accès aux orthopédistes. La clientèle hors territoire, en attente de voir l'orthopédiste, est avisée des délais possibles avant de rencontrer ce dernier pour des fins d'évaluation. Lors de la préparation des rendez-vous de la clinique par l'infirmière pivot, celle-ci inclut un usager hors territoire pour 7 à 8 usagers du territoire d'Arthabaska-et-de-l'Érable.

Grâce au triage et au classement des priorités, les usagers du territoire desservis par le CSSSAE ne sont pas tous en attente pour l'orthopédiste, car ils peuvent être transférés à un autre professionnel pour une évaluation de leur condition. L'orthopédiste va rencontrer les usagers qui nécessitent une chirurgie en plus de ceux aux prises avec une problématique complexe (référés en majorité par des membres de l'équipe). Donc, si l'usager n'a pas besoin de rencontrer un orthopédiste, mais un autre professionnel, ce temps d'attente n'existe plus, ce qui permet à l'usager d'être traité plus rapidement par le bon professionnel.

En ce qui concerne le respect des cibles de délai d'accès selon le degré de priorisation, les objectifs sont atteints, comme l'atteste le tableau suivant :

Tableau 3-4 : Cibles de délai d'accès

Atteinte des cibles de délai d'accès selon le degré de priorisation					
Avant			Après		
Degré	Cible	Résultat (% atteint?)	Degré	Cible	Résultat (% atteint?)
Urgent	inexistante	NA	Urgent	< 1 mois	100%
Semi-urgent	inexistante	NA	Semi-urgent	< 3 mois	Territoire CSSSAE : 100% Hors territoire : non atteint
Électif	Aucune	Très faible	Électif	6 mois et +	N/A

3.2.3 Efficacité

Lors du bilan de 2008, on pouvait dire que les orthopédistes rencontraient approximativement 25 % de la clientèle, contrairement à 100 % avant l'implantation de la clinique. En 2009, environ 50 % de la clientèle était vue par l'orthopédiste, car il s'agit en grande partie de demandes directement liées à un problème chirurgical. De fait, on observe que les demandes de référence en provenance des médecins omnipraticiens ciblent de mieux en mieux les besoins, ce qui explique la progression de ce taux de 25% à 50%. Le message de la clinique interdisciplinaire et des orthopédistes auprès des omnipraticiens visant à ce que ces derniers orientent mieux leurs usagers vers les différents services du continuum en orthopédie du territoire (notes d'informations, guide de prise en charge, feuille standardisée de demande de référence) s'avère donc une réussite. De plus en 2009, il est à noter que les médecins du territoire du CSSSAE réfèrent au bon moment en chirurgie.

Dans la section « efficacité et efficience » du document des indicateurs, intitulé « Projet de développement d'une clinique interdisciplinaire musculosquelettique », rédigé en 2007 par le chargé de projet au moment de l'implantation, il est indiqué dans les cibles et objectifs chiffrés : « En septembre 2007, que 30% des demandes de consultations auprès d'un orthopédiste soient dirigées vers une autre ressource professionnelle en première évaluation ». Cet objectif était motivé par le nombre important d'usagers mal référencés vers un orthopédiste. Depuis, cet objectif a été largement atteint dès les premiers mois de la mise en place de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique. De fait, il y a eu une amélioration considérable de la pertinence des demandes de consultations à l'orthopédiste. Considérant le taux actuel (novembre 2009) de 50% et l'objectif initial de 30%, le taux de réussite observé se chiffre à 166%.

Bien qu'il n'y ait aucune donnée chiffrée pour la période avant la mise en place de la nouvelle clinique en ce qui concerne le nombre de nouveaux usagers par semaine ayant eu une consultation, l'opinion des professionnels de la santé est que ce nombre est désormais plus important grâce à la réorganisation du mode de fonctionnement. Actuellement, le nombre de nouveaux usagers vus s'évalue à 20 par semaine pour un total de 4 orthopédistes (à la fois en clinique externe et en clinique interdisciplinaire en musculosquelettique) et à environ 20 nouveaux usagers vus pour l'équipe interdisciplinaire. Avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique, parfois aucun nouvel usager n'était pris en charge.

Nombre de visites par semaine en 2009 (données disponibles papier, calculs réalisés manuellement) :

Pour les orthopédistes : environ 20 (nouveaux et suivis)¹⁸ ;
Infirmière : moyenne de 15 nouveaux cas et suivis
Physiothérapeutes : moyenne de 60 nouveaux cas et suivis
TRP : moyenne de 30 nouveaux cas et suivis
Ergothérapeute : moyenne de 20 nouveaux cas et suivis
Psychologue : moyenne de 2 nouveaux cas et suivis
Nutritionniste : moyenne de 1 à 2 nouveaux cas et suivis par mois

Au cours des dernières années, les nombres de visites auprès des médecins orthopédistes se lisent comme suit :

2006-2007 : 9 238 visites (clinique externe) ;

¹⁸ Il est à noter qu'il n'y a pas de suivi réalisé par les orthopédistes en clinique interdisciplinaire ; les suivis sont tous réalisés en clinique externe.

2007-2008 : 9 677 visites en clinique externe plus 586 visites en clinique musculosquelettique ;
 2008-2009 : 11 119 visites en clinique externe plus 831 visites en clinique musculosquelettique.
 2009-2010 : 12 038 visites en clinique externe plus 742 visites en clinique musculosquelettique

Durant ces différentes périodes, les équivalents temps complets (ETC) en nombre de médecins orthopédistes ont été :

2006-2007 : 4 ETC ; diminution des activités d'un orthopédiste en automne 2006 ;
 2007-2008 : 2,5 ETC plus 1 ETC qui ne faisait que du bureau ; départ d'un orthopédiste à l'été 2007 ;
 2008-2009 : 3,5 ETC dont un orthopédiste qui ne fait pas partie de la clinique ; arrivée d'un nouvel orthopédiste juillet 2008 ;
 2009-2010 : 4,5 ETC dont un orthopédiste qui ne faisait pas partie de la clinique. Il est également à mentionner qu'en ce qui concerne l'ajout d'une orthopédiste, celle-ci n'est arrivée qu'en août 2009. Donc 3,5 orthopédistes étaient actifs au sein de la clinique musculosquelettique.

Rappelons que la diminution du nombre d'orthopédistes en activité fait partie des facteurs importants qui ont déclenché la révision des processus en orthopédie d'où découle la création de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique.

Tableau 3-5 : Variation annuelle du nombre de visites ajustée par effectif médical (orthopédistes)

Année	Nombre de visites (clinique externe + interdisciplinaire)	Nombre d'orthopédistes (ETC)	Ratio visites/ETC orthopédiste	Variation annuelle du nombre de visites ajustée par effectif médical (%)
2006-2007	9 238	4	2309,5	
2007-2008	10 263	2,5	4105,2	+ 77,8%
2008-2009	11 950	3,5	3414,3	- 16,8%
2009-2010	12 780	3,5	3651,4	+ 6,9%

Ces chiffres indiquent une nette augmentation du nombre total de visites. En 2007-2008 par rapport à 2006-2007, grâce à l'implantation de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique, il a même été possible d'apprécier une augmentation du volume de visites (+ 11,1%) malgré une forte baisse du nombre d'orthopédistes (- 37,5% en ETC). En ajustant le nombre de visites par effectif médical, c'est une augmentation de 77,8%. Cette augmentation a été possible grâce à la hausse de la charge de travail des orthopédistes, mais également grâce à des gains d'efficacité liés à la nouvelle clinique musculosquelettique. De fait, en implantant ce changement, les orthopédistes peuvent réaliser leurs diagnostics plus rapidement (dossier patient à jour, tests diagnostiques présents, etc.). À partir de juillet 2008, l'arrivée d'un nouvel orthopédiste donne un essor important aux volumes 2008-2009. Pour cette même année, l'ajout d'un orthopédiste n'a cependant pas permis d'augmenter le volume de visites dans la même proportion (+ 16,4%) que l'augmentation des ressources médicales (+ 40% en ETC) dans la mesure où il s'agit d'un jeune orthopédiste et que celui-ci avait encore besoin d'acquies de l'expérience. Par conséquent, la variation annuelle du nombre de visites ajusté par effectif médical est de -16,8% par rapport à l'année précédente. Cependant, l'augmentation de l'efficacité par rapport à l'année 2006-2007 est de + 47,8%. En 2009-2010, le volume de visites a continué à augmenter (+ 6,9%) grâce à l'arrivée d'une nouvelle orthopédiste en août 2009 et à la montée en puissance de l'orthopédiste recruté un an auparavant. Ainsi, la variation annuelle du nombre de visites ajusté par effectif médical a recommencé à croître (+ 6,9%).

Tableau 3-6 : Volume de visites par années pour les membres de l'équipe (hors orthopédistes)

Année	Infirmière	Physiothérapeute TRP	Ergothérapeute	Nutritionniste	Psychologue	Total
2006-2007	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
2007-2008	(07-08-01) 277	739	149	(07-10-27) 37	105	1307
2008-2009	373	2986	468	71	302	4200
2009-2010	876*	2391**	339***	26	180	3812

* Du 17 août 2009 au 6 novembre 2009 (2 infirmières à temps complet)

** Du 14 juillet 2009 au 7 septembre 2009 (1 physiothérapeute en absence maladie non remplacé)

*** Du 30 avril 2009 au 12 juillet 2009 (1 ergothérapeute en absence maladie, non remplacé)

En ce qui concerne spécifiquement la clinique interdisciplinaire, la hausse de 2008-2009 (+221%) correspond pour une moitié au fait que l'année 2007-2008 n'a pas été une année complète pour la clinique musculosquelettique et pour une autre moitié à une forte progression de la maturité de l'équipe, à l'implication de chacun des professionnels et à un mode de fonctionnement plus précis et mieux établi. De plus, la clinique est victime de son propre succès, dû au dynamisme de l'équipe, à sa rapidité de réponse envers la clientèle et à ses interventions promptes qui ont vite conquis les référants. Un fait à noter, l'absence non remplacée de certains professionnels au cours de l'année 2009-2010 a empêché le dépassement du nombre d'interventions par rapport à 2008-2009 (- 9,2%).

Lors de l'année budgétaire 2006-2007, la disponibilité de 4 chirurgiens orthopédistes pour opérer dans le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable a permis d'atteindre et de dépasser les cibles. Par contre, au cours des années budgétaires suivantes, le nombre de chirurgiens orthopédistes disponibles a connu une forte baisse. En effet, il y a eu le départ de deux orthopédistes soit un à l'automne 2006 et un autre à l'été 2007. De plus, un troisième orthopédiste n'a pas pu exercer sur une durée totale de presque trois mois en raison de problèmes de santé. En fait, seul un orthopédiste a pu opérer en continu toute l'année. Malgré ce contexte de 56% de chirurgiens orthopédistes en moins et en grande partie grâce à la mise en place de la clinique interdisciplinaire, les cibles de chirurgies de PTH et PTG ont pourtant pu être respectées et même être dépassées lors de l'année budgétaire 2007-2008. En 2008, avec l'arrivée d'un nouvel orthopédiste, trois orthopédistes étaient disponibles pour opérer des cas majeurs. En 2009, ce sont désormais quatre orthopédistes qui sont disponibles pour opérer et un 5^e en chirurgie mineure et assistance opératoire (voir annexe IX pour un récapitulatif des chirurgies en rapport avec le nombre de professionnels actifs). Ces apports en nouvelles ressources médicales ont permis de dépasser les objectifs fixés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour 2009-2010, soit +38% en ce qui concerne les PTH et +12% pour les PTG.

Tableau 3-7 : Objectifs 2009-2010 : PTH et PTG

Chirurgies réalisées	Cibles 2009-2010	Résultats
PTH	68	94
PTG	108	121
	Cibles 2008-2009	Résultats
PTH	68	66
PTG	108	112
	Cibles 2007-2008	Résultats
PTH	65	66

Chirurgies réalisées	Cibles 2009-2010	Résultats
PTG	76	108
	Cibles 2006-2007	Résultats
PTH	73	91
PTG	86	104

La nouvelle feuille standardisée de demande de consultation facilite considérablement l'obtention des résultats des tests diagnostiques et permet aux professionnels de poser plus rapidement une impression clinique. Ceci permet de débiter le traitement plus tôt, de limiter les risques de chronicité dans certains cas, et d'éviter les déplacements inutiles des usagers dans la mesure où ils n'auraient pas les résultats de leurs tests diagnostiques.

Maintenant que la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique existe, celle-ci augmente l'efficacité du réseau de la santé en ce qui concerne les problématiques musculosquelettiques. Les membres de l'équipe interdisciplinaire sont en effet devenus des experts de conseils, d'expertises et de recherche de solutions. Ils constituent ainsi des ressources externes très appréciées par les partenaires privés et publics du territoire du CSSSAE. De plus, considérant la proximité physique des acteurs locaux, les liens et la connaissance de ces acteurs créent depuis plusieurs années des échanges constructifs.

3.2.4 Qualité de la demande transmise à la clinique par les médecins référerants

La qualité de la demande transmise correspond ici au pourcentage de demandes de consultation retournées auprès des médecins référerants. De novembre 2009 à janvier 2010, une compilation des demandes retournées aux médecins référerants a été réalisée. Sur une période de trois mois, 32 demandes ont été retournées aux médecins référerants sur 224 demandes reçues. Ces demandes ont été retournées, car incomplètes. Cela représente 14,3% des demandes transmises à la clinique. Par rapport aux périodes précédentes, ce pourcentage est estimé être en baisse, car les demandes de consultation sont de mieux en mieux ciblées et de plus en plus complétées.

Par ailleurs, depuis février 2010, la clinique comptabilise le nombre de demandes retournées aux médecins référerants et qui reviennent modifiées. De ces demandes incomplètes, 46,5% reviennent avec les correctifs nécessaires pour assurer un suivi à la clinique musculosquelettique. Quant aux demandes qui ne reviennent pas, nous ne connaissons pas leur sort.

3.2.5 Coût pour l'obtention d'une première visite

En 2008, lors de l'évaluation réalisée par l'Unité ETMIS du CHUS, il a été démontré une baisse constante du coût en personnel pour l'équivalent d'une première visite dans une clinique non interdisciplinaire. Ce coût par première visite est constitué des salaires ou tarifs des professionnels de la santé (médecins et autres membres de la clinique) ainsi que des salaires versés aux agents administratifs. Seules les portions de salaires relatives à une première visite sont comptabilisées. Alors que dans une clinique non interdisciplinaire le premier professionnel rencontré par l'utilisateur est le médecin orthopédiste, en clinique interdisciplinaire, il peut en être autrement (cela peut être l'infirmière pivot, la physiothérapeute, etc.). Par conséquent, si en clinique non interdisciplinaire notre calcul de coût pour une première visite s'arrête avec l'orthopédiste, en clinique interdisciplinaire, le coût pour l'équivalent d'une première visite correspond au travail de l'infirmière pivot (triage et au besoin évaluation), du comité d'admission de la clinique et de la première visite avec l'orthopédiste (si l'utilisateur n'est pas référé vers un autre professionnel). Il est à noter que, pour certains professionnels de la santé de la clinique musculosquelettique (i.e. infirmier pivot,

physiothérapeutes, TRP, ergothérapeute, nutritionniste, psychologue), en dehors des rencontres interdisciplinaires, seul le temps passé avec les patients a été comptabilisé (ce temps est basé sur une estimation des professionnels concernés). Les titres d'emploi retenus sont ceux indiqués dans le tableau ci-dessous ; pour l'infirmière, il s'agit d'un titre d'infirmière bachelière et pour la secrétaire d'un titre d'agente administrative classe 3. Les salaires sont donnés pour un échelon d'emploi de 10 et les charges sociales et avantages sociaux ont été comptabilisés. Les coûts obtenus en 2008 pour la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSSAE étaient de 88,24 CAD, 75,58 CAD et 56,86 CAD en janvier 2008, en juin 2008 et en novembre 2008, respectivement. Ce chiffre est à comparer avec le coût en personnel pour une première visite à la clinique externe du CHUS (qui n'est pas interdisciplinaire), soit 47,93 CAD. En aucun cas les coûts en fournitures n'ont été comptabilisés.

Pour la présente étude, nous avons repris ces chiffres. Nous les avons actualisés aux valeurs de 2010. Les résultats obtenus sont 112,34 CAD, 90,89 CAD et de 69,38 CAD pour les périodes indiquées en 2008 au CSSSAE. De plus, nous avons calculé ce coût pour la période du 6 décembre 2009 au 19 juin 2010. Pour ce dernier calcul, compte tenu du fait que la plupart des problèmes d'organisation de la clinique ont été résolus (par rapport à la période d'implantation de 2007-2008), tous les temps de travail ont été comptabilisés (et pas uniquement les temps passés auprès des usagers comme pour le calcul des coûts en 2008). Le tableau suivant nous permet de calculer ce nouveau coût à environ 79,13 CAD (en comptabilisant le temps de réunion des comités interdisciplinaires ; soit 50% des dossiers examinés à un rythme de 6 dossiers par heure et la participation de l'infirmière pivot, des deux physiothérapeutes et de l'ergothérapeute). Cette hausse par rapport à novembre 2008 s'explique par le fait que les orthopédistes voyaient environ 21% des usagers de la clinique à cette date, alors qu'au début 2010 ce taux est remonté à 50%, suite à une augmentation des références mieux ciblées. Le calcul détaillé est présenté à l'annexe X.

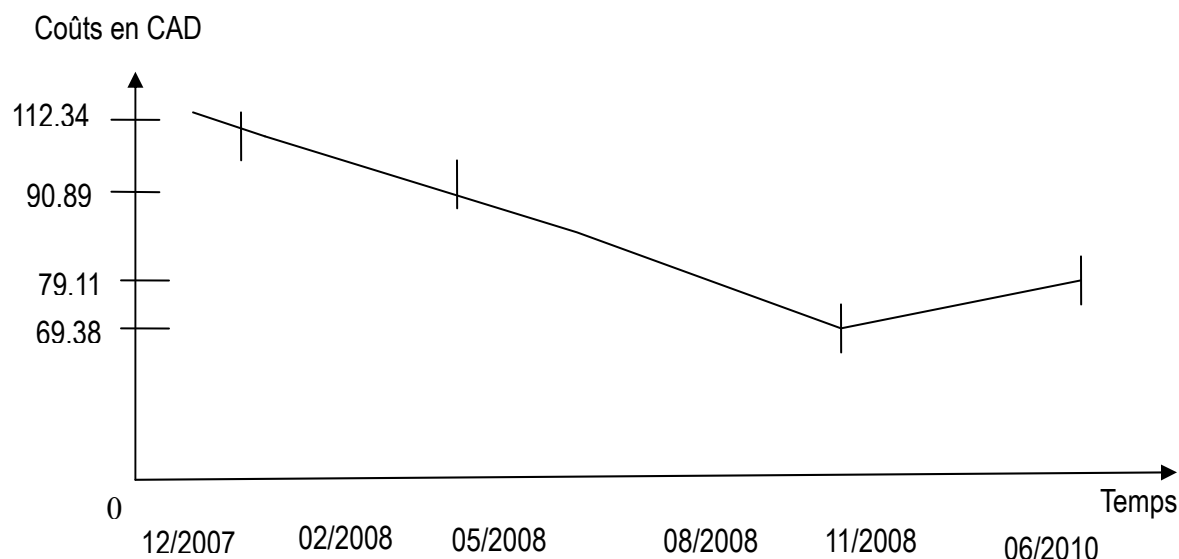
Tableau 3-8 : Heures de travail et nombre de visites entre le 6 décembre 2009 et le 19 juin 2010 (28 semaines) au CSSSAE

	Orthopédistes	Inf. pivot	Physiothérapeutes	TRP	Ergothérapeute	Psychologue	Nutritionniste	Inf. chef	Secrétaire
Nombre heures	306 ¹⁹	1015	1500	910	567	175	56	140	980
Total des visites	569	378	1003	440	347	40	6	-	2783
Total 1 ^{re} visite	511	149	130	-	17	5	6	-	818

Au niveau du CHUS, une actualisation de ce coût pour 2010 donne une valeur de 74,23 CAD²⁰. Tout comme en 2008, en aucun cas les coûts en fournitures n'ont été comptabilisés.

¹⁹ Estimation selon les cliniques cédulées et/ou ajoutées.

²⁰ Les taux de cotisation des avantages marginaux et des charges sociales ont augmenté de 9 points et le taux de rémunération des orthopédistes pour une première consultation en externe (avec référence) est passé à 59,60 CAD.



3.3 Obstacles rencontrés et solutions apportées

3.3.1 Obstacles

- Le fait de ne pas avoir d'historique pour la mise en place d'une telle clinique.
- Peu de données disponibles sur le fonctionnement des cliniques en orthopédie avant l'implantation de la clinique interdisciplinaire. En ayant eu davantage de données, il aurait été possible de mieux évaluer les retombées de la clinique musculosquelettique.
- Le fait de commencer à zéro, sans modèle au préalable et sans connaître ce qui devait être gardé comme données statistiques. L'équipe avait préparé un tableau correspondant au suivi des indicateurs mis en place pour mesurer les résultats de la clinique. Cependant, en cours d'implantation, l'équipe a dû ajouter d'autres données afin de mieux répondre au suivi de ses indicateurs.
- Il y avait quatre omnipraticiens intéressés à travailler avec l'équipe interdisciplinaire en musculosquelettique à raison d'une demie journée aux deux semaines, mais depuis janvier 2008, ils n'ont pas fait de clinique parce qu'il y a un problème du côté de la facturation. Tant et aussi longtemps que le problème ne sera pas résolu, ils ne feront pas de clinique musculosquelettique. Le Dr Christian Vinette, DSP, et le Dr Raymond Hould ont travaillé à régler cette formalité sans succès. Par conséquent, les omnipraticiens n'offrent actuellement pas de disponibilité pour travailler conjointement avec les orthopédistes de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique.
- La coordonnatrice des services ambulatoires a été mandatée pour coordonner le fonctionnement de la clinique. Ayant d'autres services à superviser, elle a dû partager son temps entre ce projet et son équipe de professionnels. La présence en permanence d'un chargé de projet aurait permis de consacrer tout le temps nécessaire pour suivre au quotidien, et dans les moindres détails, toute l'évolution du projet et le travail effectué.

- La nomination d'un leader médical qui se serait investi dès le début de l'implantation du projet aurait grandement aidé à diriger l'équipe.
- Il a souvent été difficile de départager le problème musculosquelettique de celui nécessitant la consultation proprement dite à un orthopédiste (i.e. cas de chirurgie). Lorsque la demande de référence était spécifiquement demandée pour l'orthopédiste, on ne pouvait pas la diriger à l'équipe interdisciplinaire. Par contre, le contraire pouvait s'effectuer, après évaluation d'un ou plusieurs membres de l'équipe. Le travail de l'infirmière pivot qui reçoit, évalue la demande, fait la référence, et ce, avec le support médical a grandement contribué à améliorer le cheminement clinique de l'utilisateur et son épisode de soins.
- Il était aussi confondant pour les médecins référants de diriger la demande au bon endroit ; la demande de référence ne semblait pas être comprise par tout le monde. Afin de pallier à cette problématique, la demande de référence a été révisée et modifiée par l'équipe pour une meilleure compréhension de tous.
- Malgré la présence du guichet unique (regroupant la clinique externe et la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique), certaines demandes de référence transigent parfois par le bureau privé des orthopédistes. Il arrive même qu'il y ait deux demandes pour un même usager : une demande dirigée à la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique et une autre au bureau privé. L'origine de cette pratique médicale correspond au fait que le médecin référant croit que son client ira là où la réponse sera la plus rapide. Par ailleurs, les orthopédistes n'acheminent pas à la clinique interdisciplinaire toutes les demandes de consultation qu'ils reçoivent à leur bureau privé.
- La non-réurrence budgétaire laisse l'équipe de professionnels dans une ambiguïté qui peut par moment démotiver l'équipe.
- Le problème d'accessibilité à l'orthopédiste s'est déplacé vers le service de réadaptation. Il manque ainsi des heures de physiothérapeute et d'ergothérapeute. De même, il manque des heures pour une infirmière pour l'évaluation de certains usagers et les suivis postopératoires, ainsi que des heures pour le volet psychologique.
- Les lieux physiques ne facilitent pas la communication, l'équipe est partagée à différents niveaux dans l'hôpital.

3.3.2 Ce qui a facilité la mise en place de la nouvelle clinique

- Dr Raymond Hould, orthopédiste, a lancé l'idée originale de mettre en place cette clinique. La mise sur pied d'un comité de projet afin de discuter, évaluer et mettre sur papier ce projet innovateur a donné son envol à cette clinique.
- La participation de l'équipe d'orthopédistes, qui se sont investis pour trouver des solutions à la pénurie d'orthopédistes et à l'accumulation des demandes de référence, a été le point de départ de ce projet. Jusqu'à aujourd'hui, ils ont tous été très disponibles pour répondre aux différents questionnements des membres de l'équipe et ont répondu présents aux rencontres et aux séances de formation.
- La volonté et le soutien de la Direction générale qu'une clinique musculosquelettique voit le jour dans l'établissement.
- Le soutien à l'interne et à l'externe des différents partenaires ainsi que la très grande motivation de l'équipe interdisciplinaire.

- Leadership médical : le leader médical de la clinique porte également le chapeau de chef médical de l'orthopédie. Il fait le lien auprès de ses pairs et s'assure de leur engagement et de leur collaboration au sein de l'équipe. Sa disponibilité est très grande, malgré la lourdeur de son travail.
- La formation théorique et pratique donnée par les orthopédistes et par certains spécialistes externes aux omnipraticiens, à l'équipe interdisciplinaire et aux physiothérapeutes provenant de milieux privés.
- Un projet d'aménagement du secteur externe d'orthopédie et de certains bureaux pour l'équipe interdisciplinaire en musculosquelettique demeure à l'étude. Toutefois, malgré cela, il ne sera pas possible de regrouper toute l'équipe dans un même secteur.

CHAPITRE 4 : ÉVALUATION TERRAIN

Pour faire suite à la description du modèle de clinique interdisciplinaire en musculosquelettique développé au CSSSAE et à la mesure de ses principaux résultats, notamment en termes d'accessibilité et d'efficacité, ce chapitre présente les résultats de questionnaires complétés par les membres de cette clinique. Les résultats concernent le degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité ainsi que l'impact de la création d'une clinique interdisciplinaire en musculosquelettique sur la satisfaction de ses professionnels de la santé.

4.1 Degré d'interdisciplinarité

4.1.1 Introduction

Dans cette section, nous avons mesuré le degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité (voir Petri, 2010 pour une définition de l'interdisciplinarité²¹). Le questionnaire utilisé à cette fin a été établi par l'UETMIS du CHUS et est actuellement en phase de validation statistique. La mesure de cette composante est très importante puisqu'il s'agit du plus grand changement organisationnel mis en place pour le développement de cette clinique, hormis l'intégration d'un intervenant pivot. C'est en effet à partir de cette caractéristique fondamentale que découle la majeure partie des résultats qui ont pu être présentés au chapitre 4 de ce document. De fait, tout élément favorisant l'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité devrait, à fortiori, conduire à une plus grande synergie entre les professionnels de la clinique, et ce, pour le plus grand bénéfice des patients.

4.1.2 Méthodologie

Le principe général de l'interdisciplinarité en santé consiste à faire travailler en synergie, à travers un partage de l'information, dans une atmosphère de confiance et de respect mutuel, des professionnels de différentes disciplines, afin de fournir des soins efficaces et de qualité aux patients (Hébert, 1997; Zeiss et Steffen, 2001 ; Petri, 2010).

N'ayant trouvé dans la littérature scientifique aucun questionnaire spécifique à la mesure de l'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité²² et à la mesure de l'efficacité attendue des cliniques dites interdisciplinaires, l'UETMIS du CHUS a élaboré son propre questionnaire d'évaluation.

Dans la mesure où la mise en place de cliniques interdisciplinaires vise à améliorer l'intégration du processus de soins, il nous a semblé pertinent de chercher à comprendre ce que signifie l'intégration des soins et quelles en sont les différentes dimensions. À cet égard, le travail de Contandriopoulos et al. (2001) aboutit à la définition suivante : « L'intégration est le processus qui consiste à organiser une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une gouverne et un système clinique de façon à créer un espace dans lequel des

²¹ Le contexte de collaboration interprofessionnelle est caractérisé par un partage des objectifs, du pouvoir décisionnel, des responsabilités et par la volonté de travailler ensemble pour trouver des plans de traitement élaborés collectivement (Petri, 2010).

²² Une équipe interdisciplinaire est constituée de membres de différentes disciplines, qui sont interdépendants, assurent un rôle de collaboration et se rencontrent pour partager de l'information dans le but de fournir efficacement des soins de qualité centrés sur le patient. Inspiré de Zeiss et Steffen (2001), p. 553.

acteurs (des organisations) interdépendants trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier » (p. 38). Ces mêmes auteurs ont ensuite distingué cinq dimensions²³ au processus d'intégration : l'intégration des soins²⁴; l'intégration de l'équipe clinique²⁵; l'intégration fonctionnelle²⁶; l'intégration normative²⁷; l'intégration systémique²⁸. Dans notre étude, nous n'avons retenu que les quatre premières dimensions, étant donné qu'elles concernent l'interaction des acteurs en situation d'interdépendance autour d'un projet collectif. Alors que l'intégration systémique concerne les relations entre le système d'acteurs interdépendants au niveau local et l'environnement dans lequel il se situe.

Nous avons par la suite procédé à une revue systématique de la littérature afin d'identifier les éléments pouvant mesurer les différentes composantes de l'interdisciplinarité ainsi que l'efficacité de tels micro-systèmes (Barach et Johnson, 2006; Bergeron et al., 1996; Campbell, Roland et Buetow, 2000 ; Glickman et al., 2007; Hetherington, 1991; Leprohon, 2000; Loisel et al., 2005a, 2005b; Michel et al., 2000; Nelson et al., 2002; Phaneuf et Gadbois, 2003; Roberge et al., 2004; Sicotte, D'Amour et Moreault, 2002; Zeiss et Steffen, 2001). Ces différentes composantes ont pu être regroupées à l'intérieur des quatre grandes dimensions de l'intégration définies par Contandriopoulos et al. (2001). À l'intérieur de chaque composante, nous avons pris en considération l'ensemble des items (pertinents et valides) favorables au bon fonctionnement d'une clinique interdisciplinaire et à la production des effets souhaités.

Le questionnaire conçu s'utilise en faisant la somme de tous les items. Le score global obtenu est la somme des scores répondus à chaque question, soit 4 pour totalement en accord, 3 pour plutôt en accord, 2 pour plutôt en désaccord et 1 pour totalement en désaccord (à l'exception des questions 6, 7, 9 et 10 de la section *Fonctionnement interne de travail et mode de résolution des conflits* où la cote est inversée). La cote « non applicable » n'a pas été considérée dans le calcul du score global. Aucune pondération entre les items n'a été réalisée, considérant ainsi une importance égale entre eux.

4.1.3 Validité du questionnaire

Tous les éléments issus de notre revue de la littérature et que nous avons retenus comme étant pertinents à la suite d'une première analyse ont été insérés à l'intérieur d'un questionnaire préliminaire composé de 134 questions relatives à 134 items en vue d'une première validation. Celle-ci a été conduite par différents professionnels de la santé œuvrant dans plusieurs équipes interdisciplinaires du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et ayant une grande expérience dans le domaine de l'interdisciplinarité (11 intervenants au total).

Durant ce premier exercice de validation, les intervenants en santé ont donné un score (1=peu important;

²³ Ensemble constitué d'éléments partageant des caractéristiques communes. Inspiré du Multi Dictionnaire de la Langue française, 5^{ème} édition, Éditions Québec Amérique inc., 2009.

²⁴ « L'intégration des soins est une des dimensions du processus général d'intégration [...] (dont l'objet est) d'assurer la continuité et la globalité des soins [...]; elle constitue aussi la finalité recherchée de ce processus ». Contandriopoulos et al. (2001), p. 45.

²⁵ « L'intégration des équipes cliniques comprend en plus de la constitution (et de l'articulation) des équipes [...], l'instrumentation (à des fins de coordination) de ces équipes, en particulier, la mise à disposition de l'équipe clinique, des informations nécessaires pour suivre et évaluer les prises en charge des patients et les résultats obtenus ». Contandriopoulos et al. (2001), p. 45.

²⁶ « L'intégration fonctionnelle peut s'apprécier en considérant le degré selon lequel les fonctions et les activités de support (gestion stratégique, leadership et gouverne, systèmes d'information, financement) sont coordonnées entre les acteurs et les unités opérationnelles des organisations partenaires de manière à fonctionner comme un seul système ». Contandriopoulos et al. (2001), p. 45.

²⁷ « L'intégration normative est celle qui vise à s'assurer qu'il y a une cohérence entre, le système collectif de représentations et de valeurs des acteurs et, simultanément, les modalités d'organisation du système intégré et le système clinique ». Contandriopoulos et al. (2001), p. 46.

²⁸ « L'intégration systémique renvoie à l'idée que l'on peut parler d'intégration dans le système de soins à plusieurs niveaux (et que cela nécessite une cohérence entre eux) ». Contandriopoulos et al. (2001), p. 46.

2=moyennement important; 3=très important) selon leur importance pour chacun des items. Ils ont aussi fourni leurs commentaires afin de déterminer si les questions étaient cohérentes entre elles, facilement compréhensibles, si certains éléments avaient été omis et si d'autres étaient redondants. Une fois les réponses et commentaires de cette première étape compilés, nous avons apporté les corrections nécessaires au questionnaire d'évaluation. Suite à cette première validation interne, 38 items ont été retirés.

Des lectures complémentaires issues de la littérature grise (Hébert, 1997) nous ont permis de compléter notre questionnaire par l'ajout d'un item supplémentaire : la sécurité personnelle et professionnelle.

Par la suite, grâce à la contribution de Mme Saint-Cyr Tribble, inf., Ph. D., directrice des Programmes de sciences cliniques à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, une validation externe qualitative a pu être menée. Les corrections et commentaires apportés nous ont une fois de plus conduits à l'amélioration de la formulation des items du questionnaire.

Finalement, un « test-retest » a été réalisé auprès d'un nombre réduit de professionnels de la santé (n=8) travaillant en interdisciplinarité afin de nous assurer de la bonne compréhension de nos questions à travers l'analyse de la cohérence temporelle des réponses. Les réponses obtenues nous révèlent quelques problèmes de compréhension pour 7 items en particulier et pour lesquels nous avons procédé à un ajustement.

Le questionnaire utilisé (Annexe XI) est celui qui découle de ces premières phases de validation. Une validation externe quantitative (i.e. validation statistique) est actuellement en cours.

4.1.4 Résultats

Les réponses au questionnaire d'évaluation sont cotées par une échelle de Likert à 4 niveaux afin de permettre d'exprimer le degré d'accord ou de désaccord (totalement en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, totalement en désaccord). Nous lui avons ajouté une cinquième cote (non applicable) pour nous assurer de coter tous les éléments normatifs du questionnaire, incluant ceux qui ne s'appliqueraient pas à la situation étudiée face à une affirmation non applicable. De l'analyse des réponses, il est possible de tirer les grands traits ou la perception des professionnels à un moment donné et dans un contexte donné, et de donner un score global. Nous présentons également les résultats pour chacune des quatre dimensions de l'intégration (intégration normative, fonctionnelle, clinique et des soins) et pour chacune des sous-dimensions de chaque dimension de l'intégration.

Nous avons reçu 9 questionnaires dûment complétés par des professionnels de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSSAE sur une possibilité de 11 personnes sollicitées pour cette enquête (taux de réponse de 81,8%). Voici les résultats pour ce groupe :

Tableau 4-1 : Résultats au questionnaire d'évaluation du degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité

Dimension de l'intégration	Sous-dimension	Score / 4	% de répondants
Intégration normative (1)		3,36	99,5
	Vision	3,39	98,4
	Valeurs	3,44	100
	Engagement	3,28	100
	Intérêt pour le travail en interdisciplinarité	3,44	100
	Confiance interprofessionnelle	3,50	100
	Leadership	3,24	100
Intégration fonctionnelle (2)		2,99	94,9 (0,9 NA)
	Appui administratif	2,96	100
	Ressources disponibles	3,07	94,4 (2 NA)
	Intégration et stabilité de l'équipe	2,75	88,9
	Participation aux formations	3,13	88,9
Intégration clinique (3)		3,25	98,5 (8,8 NA)
	Composition de l'équipe	2,93	100 (5,6 NA)
	Formalisation explicite des rôles	3,19	88,9
	Gestion et fréquence des réunions	3,55	100 (7,1 NA)
	Règles de travail et modes de fonctionnement	3,35	98,9 (12,4 NA)
	Fonctionnement interne de travail et mode de résolution des conflits	3,28	100 (11,1 NA)
Intégration des soins (4)		3,36	100 (8,5 NA)
	Résultats relatifs à la structure	3,06	100 (5,6 NA)
	Résultats relatifs à l'équipe	3,41	100 (6,2 NA)
	Résultats relatifs aux patients	3,65	100 (12,1 NA)
Degré global d'intégration		3,28	98,7 (5,7 NA)

Notes : NA = Non Applicable. Le nombre dans la parenthèse indique le pourcentage de réponses NA.

Le degré global d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité se chiffre à 3,28 sur 4, soit une atteinte des objectifs à 76,12 % [min : 41,33 %; max : 92,93 %²⁹] par rapport aux standards établis dans la littérature. Les meilleurs scores sont obtenus au niveau de l'intégration normative (75,33 %) et de l'intégration des soins (75,33 %). Ces premiers éléments démontrent une réelle aspiration à l'intégration alors que persistent certaines limites au niveau du fonctionnement (cf. score d'intégration fonctionnelle (66,33 %) et clinique (75,00 %)). Afin de mieux cerner les forces et les faiblesses de la nouvelle équipe, le tableau suivant indique les items/questions qui ont eu les meilleurs et les plus mauvais scores :

²⁹ Pourcentage minimal et maximal pour l'ensemble des items.

Tableau 4-2 : Résultats au questionnaire d'évaluation du degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité : scores maximaux et minimaux

Items à partir des scores maximaux (>3,65)		Items à partir des scores minimaux (<3,00)	
Q52 – ouverture d'esprit	3,88	Q35 – moyens de rétention	2,25
Q47 – réunions patients utiles	3,75	Q70 – logiques individuelles	2,50
Q49 – réunions bien gérées	3,75	Q37 – composition équipe adéquate	2,63
Q50 – présence aux réunions inter	3,75	Q4 – spécificité du mandat confié	2,75
Q51 – fréquence réunions inter	3,75	Q77 – rétention du personnel	2,75
Q53 – comptes rendus rencontres	3,75	Q24 – soutien de l'établissement	2,83
Q98 – image équipe unie et crédible	3,75	Q3 – moyens clairement identifiés	2,89
Q99 – collaboration partenaires ext.	3,75	Q75 – réduction durée épisodes soins	2,89
Q90 – services sécuritaires	3,71		
Q1 – vision d'un travail en synergie	3,67		
Q5 – coordination interventions clin.	3,67		
Q82 – dév. compétences profess.	3,67		
Q88 – rassurer sur condition patient	3,67		

4.1.5 Analyse

À partir des tableaux de la section précédente, en considérant les meilleurs scores obtenus à la fois au niveau des sous-dimensions et des items pris de façon individuelle, on remarque que les éléments perçus comme étant les plus atteints au niveau de l'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité peuvent être regroupés au niveau :

- 1) des valeurs et d'une vision commune (sous dimension valeurs, Q1, Q5)
- 2) de l'intérêt commun pour le travail en interdisciplinarité
- 3) de l'ouverture d'esprit et de la confiance interprofessionnelle (sous dimension confiance interprofessionnelle, Q52, Q88, Q98)
- 4) de la gestion et de la fréquence des réunions (sous dimension gestion et fréquence des réunions, Q47, Q49, Q50, Q51, Q53)
- 5) du développement des compétences (Q82)
- 6) du maintien de la qualité des soins (sous dimension résultats relatifs aux patients, Q88, Q90, Q98, Q99)

Les deux premiers points mentionnés présentent une importance toute particulière dans la mesure où, selon Larivière et Ricard (2010), les membres de l'équipe doivent au préalable être intéressés par ce type de travail. De plus, l'équipe a développé une ouverture d'esprit ainsi qu'une confiance interprofessionnelle; deux notions complémentaires essentielles à une bonne dynamique de groupe basée sur une concertation en vue de parvenir à une prise de décision partagée (Oandasan et al. 2006). En ce qui concerne la gestion des réunions, nous nous apercevons qu'il existe un cadre bien établi lors des discussions de cas et des réunions de travail (méthode, temps, objectifs, animation, etc.). En outre, la mise en place d'une approche en interdisciplinarité a permis de développer les compétences de chacun. L'accroissement de ces compétences découle logiquement de la collaboration

interprofessionnelle et de l'élargissement du rôle des intervenants. De fait, ce type de fonctionnement (approche interdisciplinaire et gestion des réunions) favorise la montée de l'efficacité de la structure dans le but de fournir des soins de qualité tels que perçus par l'équipe (point 6) (Larivière et Ricard, 2010).

Parmi les sources potentielles de renforcement de la clinique, on retrouve la rétention du personnel, le soutien apporté par l'établissement, la reconnaissance du mandat qui leur est donné et le manque de ressources. De plus, nous remarquons qu'il existerait une problématique vis-à-vis des rôles dans la mesure où certaines logiques individuelles pourraient miner la collaboration en interdisciplinarité (Q70, score de 2,50). Une autre source potentielle de renforcement de la clinique consisterait à renforcer la stabilité de la ligne directrice du projet, ce qui est peut-être lié à plusieurs changements de leaderships, un facteur important pour le développement de la clinique (D'Amour et Oandasan, 2005). Cette situation pourrait ainsi avoir eu un impact dommageable sur les logiques individuelles, la composition de l'équipe et sur les moyens spécifiques à identifier pour le développement de la clinique. En effet, lors de la mise en place d'une nouvelle structure, il est important de reconnaître les divers intérêts et l'asymétrie de pouvoir des différents collaborateurs en santé et sur les négociations qui en résultent (Corser, 1998 ; Henneman, 1995 ; Sullivan, 1998). Dans le même esprit, la perception des rôles de chacun prend du temps à s'établir, car peu de professionnels ont été formés sur le travail d'équipe et sur la collaboration interprofessionnelle, d'où la difficulté pour certains à s'approprier leur rôle et à établir leur identité professionnelle à l'intérieur de la nouvelle équipe (Larivière et Ricard, 2010). La formation de type coaching permettrait ainsi d'améliorer les connaissances, les compétences et l'efficacité des professionnels (Gendron, M. 2010) et de consolider l'équipe (D'Amour et Oandasan, 2005), en plus de contribuer à fournir des soins de qualité conduisant à une amélioration des issues de santé de certaines catégories de patients grâce à la pratique de la collaboration interprofessionnelle (Zwarenstein, Reeves et Perrier, 2005, D'Amour et Oandasan, 2005).

4.1.6 Recommandations

Voir chapitre 5.

4.1.7 Conclusion

Au regard des résultats obtenus et de l'analyse réalisée, il apparaît que de très nombreux éléments au niveau de l'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité ont été adoptés. Toutefois, quelques éléments demandent encore à être améliorés afin d'optimiser davantage cette intégration. De fait, selon D'Amour et Oandasan (2005), dans la mesure où les dimensions de l'interaction sont concernées, le partage d'objectifs communs et d'une vision commune est de première importance. À cet égard, l'équipe doit être concentrée sur les issues des patients et les meilleures façons d'y parvenir. Ainsi, en dépit de l'occurrence de changements dans les lignes directrices de la clinique, nous constatons une forte intégration au niveau de la collaboration interprofessionnelle ainsi qu'un intérêt commun à travailler en interdisciplinarité. De fait, nous observons que les résultats du questionnaire auquel ont répondu les intervenants démontrent une forte perception du degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité (76,12 %). En conséquence, il semble que l'organisation ait globalement mis en œuvre une bonne structure avec de bonnes méthodes pour atteindre un haut niveau de collaboration interprofessionnelle et par conséquent espérer avoir autant d'efficacité qu'une équipe interdisciplinaire fonctionnelle, telle que définie dans la littérature.

4.2 Évaluation de la satisfaction des membres de l'équipe clinique

4.2.1 Introduction

Dans cette section, nous avons mesuré l'impact de la création d'une clinique interdisciplinaire en musculosquelettique au CSSSAE sur la satisfaction de ses professionnels de santé et de ses médecins. À cet égard, nous avons utilisé trois questionnaires d'évaluation, soit un questionnaire sur la satisfaction générale au travail, un questionnaire sur la satisfaction face au processus qui a mené au changement, et un questionnaire sur la perception du changement des rôles et des comportements.

Dans un deuxième temps, nous avons estimé la pertinence des requêtes étant destinées aux médecins, en mesurant si l'objectif de réduction du pourcentage de consultations ne nécessitant pas de façon impérative la présence d'un orthopédiste avait été atteint ou non par la création de la nouvelle clinique. Cette partie a été intégrée à la suite de l'un des trois questionnaires de satisfaction utilisés.

4.2.2 Méthodologie et validité des questionnaires

La satisfaction est ici définie comme étant l'écart entre les attentes et les perceptions.

4.2.2.1 Satisfaction générale au travail : Minnesota Satisfaction Questionnaire

Le questionnaire sur la satisfaction générale au travail utilisé pour cette évaluation résulte de l'adaptation de la version française du Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) (Weiss et al., 1967; Roussel, 1996). Il s'agit, à notre connaissance, du seul questionnaire de langue française qui ait été internationalement validé³⁰ et qui nous soit disponible. Ce questionnaire a été adapté au contexte linguistique québécois et validé en interne par une équipe de professionnels de l'UETMIS et du Centre de recherche clinique Etienne-Le Bel quant à la pertinence, la cohérence, la précision et l'univocité de chacun de ses énoncés. De fait, nous avons utilisé la première personne du singulier au lieu de la deuxième personne du pluriel dans chacun des choix de réponse proposés afin d'impliquer davantage le répondant. De plus, en lien avec le modèle original en anglais et pour mieux correspondre au sens original des termes utilisés, certains mots et tournures de phrases ont été modifiés par rapport à la version française du MSQ. Le MSQ s'utilise en faisant la somme de tous les items sur une échelle de Likert à 5 niveaux (score de 18 à 90). Un score de 1 est donné pour une réponse *très insatisfait*, 2 pour *Insatisfait*, 3 pour *ni insatisfait ni satisfait*, 4 pour *satisfait* et 5 pour *très satisfait*. Le questionnaire adapté est présenté à l'Annexe XII.

4.2.2.2 Satisfaction face au processus qui a mené au changement

Le questionnaire sur la satisfaction face au processus qui a mené au changement se veut un questionnaire élaboré par l'Unité ETMIS du CHUS (Annexe XIII). La satisfaction face au processus qui a mené au changement est mesurée par la perception de l'efficacité du fonctionnement et de la mise en place de la nouvelle clinique. Ce questionnaire a été validé en interne de façon qualitative par plus de 10 professionnels de la santé, dont une forte

³⁰ Dans un contexte européen (Paris).

proportion possède une expérience reconnue dans le domaine de la recherche. Le contenu de ce questionnaire a été validé quant à la pertinence, la cohérence, la précision et l'univocité de chacun de ses énoncés. L'échelle de Likert à quatre niveaux varie en intensité soit de totalement en accord à totalement en désaccord. L'absence de neutralité dans l'échelle adoptée assure une prise de position du répondant envers chacun des énoncés. Par ailleurs, notre question spécifiquement adressée aux médecins orthopédistes, en ce qui concerne la pertinence des requêtes qui leur sont adressées, est incluse à la fin de ce questionnaire. Ce questionnaire s'utilise en faisant la somme de tous les items (score de 19 à 76). Un score de 1 est accordé pour une réponse *totalement en désaccord*, 2 pour *plutôt en désaccord*, 3 pour *plutôt en accord* et 4 pour *totalement en accord*. La cote « non applicable » est exclue dans le calcul du score global.

4.2.2.3 Perception du changement des rôles et des comportements

Afin d'examiner l'effet d'un changement organisationnel sur les rôles des professionnels de la santé au niveau de la collaboration interdisciplinaire, nous avons repris le modèle de classification proposé par Lopopolo (2001). Selon cet auteur, la littérature visant les soins orientés autour du patient classe les tâches hospitalières en tâches cliniques, administratives et/ou opérationnelles de soutien. Ce modèle ne reconnaît cependant pas la nature multidimensionnelle du travail réalisé par les différents professionnels de la santé. Pour remédier à cette lacune, Lopopolo (2001) propose une alternative par l'inclusion de deux catégories de tâches cliniques : les soins prodigués et la gestion de ces soins. Ces deux catégories de tâches cliniques sont interreliées et occasionnellement se substituent.

Les soins prodigués réfèrent au processus par lequel tous les éléments nécessaires sont réunis pour la livraison des soins aux patients. Cela représente les livrables du plan de soins au patient. Ainsi, plusieurs études qui traitent de la restructuration dans les hôpitaux identifient des changements au niveau du rôle dans la livraison des soins par les physiothérapeutes et les infirmières. Selon D'Aunno et al. (1996), les intervenants cliniques devraient ainsi être capables de réaliser une plus grande variété de tâches. Sous cet angle, Lopopolo (2001) a trouvé, à la suite d'une restructuration ou d'une réorganisation des équipes de soins, que les gestionnaires s'attendaient à ce que les physiothérapeutes soient plus flexibles à endosser et à réaliser des tâches lorsque celles-ci sont allouées formellement. De leur côté, Larivière et Ricard (2010) décrivent la transformation des pratiques avant la mise en place d'équipes interdisciplinaires et après leurs actualisations. Au regard du professionnel, trois éléments identifiés par Larivière et Ricard (2010) sont décrits : 1) celui de la vision, qui doit être partagée par l'équipe; 2) celui de l'information, qui est d'abord partielle (chaque professionnel ayant son propre champ de compétences), puis, après l'actualisation de l'équipe, qui est mise en commun (plan de traitement); et 3) celui de la pratique professionnelle individuelle, qui peut être appliquée de manière coordonnée par l'équipe de travail interdisciplinaire (plan d'intervention).

La gestion des soins réfère à la planification et à la coordination des soins livrés dans une optique qui se concentre sur les soins prodigués par plusieurs intervenants de différentes disciplines (Lopopolo, 2001). Ainsi, la gestion des soins dans un contexte de collaboration interprofessionnelle se caractérise par un partage des objectifs, du pouvoir décisionnel, des responsabilités et par la volonté de travailler ensemble pour trouver des plans de traitement élaborés collectivement (Petri, 2010). Alors, ce processus s'intègre mieux dans les pratiques à travers la formation interprofessionnelle en faisant la promotion d'une atmosphère de confiance et de respect mutuel, d'une communication ouverte et efficace avec une ouverture et une acceptation des rôles, des compétences et des responsabilités de chacun des intervenants à l'intérieur d'une équipe (Petri, 2010). Dans la même optique, D'Amour et Oandasan (2005) définissent le développement d'une pratique cohérente entre les professionnels de différentes disciplines par : un processus par lequel les professionnels développent et réfléchissent sur des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins du patient, de la famille et de la population. Depuis l'introduction de l'approche-patient, la participation active dans les équipes de soins

interprofessionnelles a apporté un changement dans les comportements vis-à-vis certains rôles exercés par les différents intervenants dans la mesure où la gestion des soins demande un haut taux de prise de décisions et d'imputabilité, et que l'équipe de soins s'attend à ce que les intervenants soient à la hauteur. De plus, les professionnels de la santé des différentes disciplines doivent démontrer plus d'assurance dans leur rôle afin de rendre leur pratique cohérente lors du développement de leur collaboration au sein de leur équipe et au-delà du cadre de soins hospitaliers dans le continuum de soins offerts aux patients (Lopopolo, 2001; D'Amour et Oandasan, 2005).

En conséquence, depuis la restructuration des équipes de soins dans les hôpitaux, il existe un grand intérêt pour connaître la nature du changement apporté au niveau du rôle des professionnels de la santé. La nature de ce changement est toutefois difficile à appréhender dans la mesure où la prévalence du changement de comportement en lien avec ce rôle n'est pas tout à fait connue et que nous ne savons pas comment ces changements affectent la vision des intervenants en lien avec leur expérience de travail. De plus, cette expérience de travail peut à son tour affecter les issues/outcomes³¹ de l'individu et de l'organisation puisque les conséquences liées à la collaboration interdisciplinaire rapportent des bénéfices autant pour le patient, l'organisation, que pour les soignants (Petri 2010). Afin de mieux comprendre ces issues, nous avons besoin d'un instrument pour mesurer la nature et la portée de ces changements. Nous avons donc retenu celui proposé par Lopopolo (2001) et nous l'avons traduit et adapté au contexte québécois.

Le questionnaire sur la perception du changement des rôles et des comportements a finalement été traduit et adapté du questionnaire PROBES développé par Lopopolo (2001). La version de langue anglaise de ce questionnaire a été internationalement validée (Lopopolo, 2001). Sa traduction en français et son adaptation à une clientèle plus large que les thérapeutes en réadaptation ont été réalisées en interne par des membres de l'UETMIS et de la DISC³² du CHUS. Cette version francophone (annexe XIV) a été validée quant à la précision et l'univocité de chacun de ses énoncés. Ce questionnaire s'utilise en faisant la somme de tous les items (score de -78 à 78). Un score de -3 est donné pour une réponse *grandement diminué*, -2 pour *quelque peu diminué*, -1 pour *légèrement diminué*, 0 pour *pas du tout changé*, 1 pour *légèrement augmenté*, 2 pour *quelque peu augmenté* et 3 pour *grandement augmenté*.

³¹ 1- Pour le patient : l'amélioration des soins prodigués ou l'amélioration de la qualité des soins offerts (Lindeke et Sieckert, 2005 ; Mizrahni et Abramson 2000 ; Vazirani et al., 2005; Yeager, 2005). L'atteinte de ce résultat est souvent reconnue comme une augmentation du standard de soins prodigués auprès des patients et des issues patients (Baggs et al., 2004; Dechairo-Marino, Jordan -Marsh, Traiger et Saulo, 2001 ; Disch, 2001; Freeth, 2001). En conséquence, la satisfaction du patient est souvent identifiée comme un résultat de la collaboration interdisciplinaire (Dechairo-Marino et al. 2001; Vazirani et al. 2005 ; Yeager, 2005). En outre, la diminution du taux de mortalité, du temps de séjour et du nombre de réadmissions peuvent être des conséquences possibles puisqu'il existe dans la littérature quelques évidences pour supporter ces hypothèses (Zwarenstein et Bryant, 2000).

2- Pour l'organisation : le contrôle des coûts (c'est l'élément le plus cité en lien avec la collaboration interdisciplinaire) (Baggs et al. 2004; Dechairo-Marino et al., 2001 ; Vazirani et al, 2005; Zwarenstein et Bryant 2005). Une meilleure productivité et efficacité de l'équipe due à une amélioration de la coordination des services offerts aux patients est ainsi une des raisons importantes de la réduction des coûts de santé (Henneman et al., 1995; Mc Callin, 2001). Il est également suggéré dans la littérature que la collaboration interdisciplinaire est essentielle à la survie de l'organisation (Mizrani et Abramson, 2000).

3- Pour le professionnel de la santé : l'augmentation de la satisfaction (D'Amour et Oandasan, 2005; Henneman et al. 1995; Lindeke et Sieckert, 2005). Cette satisfaction se traduit par un meilleur climat et une amélioration de l'enthousiasme au travail, la rétention du personnel et une diminution de l'épuisement professionnel (burnout) (Abramson et Mizrani, 1996; Lindeke et Block, 1998 ; Yeager, 2005). L'accroissement du professionnalisme, plus particulièrement chez les infirmières, a aussi été noté (Dechairo-Marino et al., 2001 ; Lindeke et Sieckert, 2005). De plus, une augmentation de la participation lors du processus de prise de décision renforce la confiance collective et promeut la confiance en soi (Petri, 2010).

³² Direction interdisciplinaire des services cliniques

4.2.3 Résultats et analyses

4.2.3.1 Satisfaction générale au travail : Minnesota Satisfaction Questionnaire

Le questionnaire sur la satisfaction générale au travail a été rempli par huit professionnels de la clinique sur une possibilité de 11 (taux de réponse de 72,7%). Le score global moyen est de 73,99 sur 90, soit un taux relatif de 77,76 % de satisfaction [min : 52,78 %; max : 98,61 %]. Cependant, ce résultat doit être nuancé dans la mesure où certaines des questions posées ne concernent pas directement un travail en situation d'interdisciplinarité en soins de santé. Par exemple, si la possibilité de travailler seul est importante, elle ne constitue pas un objectif dans le cadre d'une équipe interdisciplinaire, au contraire. Nous devons alors regarder de plus près les résultats question par question afin de déterminer quels sont les points forts et les points faibles au niveau de la satisfaction des membres de l'équipe interdisciplinaire.

Tableau 4-3 : Résultats du questionnaire sur la satisfaction générale au travail : MINNESOTA satisfaction questionnaire (MSQ)

N°	Question	Score / 5	Nb. répondants
Q1	Des possibilités d'occuper pleinement mes heures de travail	4,38	8
Q2	Des possibilités de travailler seul(e)	3,71	7
Q3	De la possibilité de faire des choses différentes de temps en temps	4,25	8
Q4	De la possibilité d'être reconnu(e) dans mon équipe	4,50	8
Q5	Des possibilités de faire des choses qui ne vont pas à l'encontre de ma conscience	4,25	8
Q6	De la stabilité de mon emploi	3,88	8
Q7	De la possibilité de faire des choses pour les autres	4,50	8
Q8	De la possibilité de dire aux gens ce qu'il faut faire	4,13	8
Q9	De la possibilité de faire des choses qui utilisent mes capacités	4,63	8
Q10	De la manière dont les règles et les procédures internes de l'entreprise sont mises en application	3,25	8
Q11	De mon salaire en lien avec à la charge de travail	3,38	8
Q12	De mes possibilités d'avancement	3,63	8
Q13	Des possibilités de prendre des décisions de ma propre initiative	4,13	8
Q14	Des possibilités d'essayer mes propres méthodes pour réaliser le travail	4,25	8
Q15	De mes conditions de travail	4,25	8
Q16	De la manière dont mes collègues s'entendent entre eux	4,50	8
Q17	Des compliments reçus pour la réalisation d'un bon travail	4,00	8
Q18	Du sentiment d'accomplissement que je retire de mon travail	4,38	8
Total		4,11	

Notes : Les scores les plus élevés sont surlignés en vert tandis que les scores les plus faibles sont surlignés en orange.

Les points forts qui ressortent de ce questionnaire portent principalement sur ceux qui impliquent la reconnaissance des compétences et l'entraide entre les membres de l'équipe (Q4, Q7, Q9 et Q16). Ces résultats prennent de l'importance dans la mesure où une équipe interdisciplinaire se base sur la rétroaction entre des individus apportant chacun une contribution en fonction de leurs compétences, et ce, dans un climat de confiance et de respect mutuel. Par conséquent, les professionnels ont la possibilité d'exercer un certain pouvoir décisionnel

partagé à travers le processus de soins dans ce contexte interdisciplinaire non hiérarchisé (D'Amour et Oandasan, 2005; Henneman et al. 1995 ; Yeager, 2005). Par ailleurs, le résultat de la question 9 suggère que l'organisation prévoit que les professionnels remplissent un rôle qui correspond à leur capacité, ce qui est une preuve d'efficacité. En outre, selon Corser (1998) et D'Amour et al. (2004), une collaboration efficace entre les intervenants devrait permettre une réduction des coûts ainsi qu'un fonctionnement en plus grande adéquation avec les besoins des patients, en plus d'accroître la satisfaction des professionnels, ce que les résultats obtenus au questionnaire MSQ semblent refléter. Quant aux points faibles ressortant du MSQ, ils correspondent à des points liés à la rétention du personnel (Q11 et Q12), ainsi qu'à la mise en application des règles et procédures (Q10) et aux possibilités de travailler seul (Q2). Concernant les deux premiers points, ceux-ci viennent renforcer la perception d'une problématique au niveau de la rétention du personnel, comme nous l'avons souligné lors de l'analyse des résultats au questionnaire d'interdisciplinarité et en marquant ici davantage les questions du salaire et des possibilités d'avancement. La question 2 apparaît ici partiellement en opposition avec un mode de fonctionnement en interdisciplinarité dans la mesure où les soins se dispensent de façon individuelle et que le plan de traitement s'établit en commun. En regard de la question 10 sur les règles et procédures internes, celle-ci montre l'existence d'une certaine faiblesse. Il pourrait donc être opportun d'amorcer une nouvelle réflexion sur cet aspect de l'organisation de la clinique. De plus, il devient impératif de travailler à l'obtention des bons outils de travail, de trouver du temps réservé à l'amélioration du fonctionnement de l'équipe, ainsi que de rétroagir afin de mieux connaître le stade de développement de l'équipe (Larivière et Ricard, 2010).

4.2.3.2 Satisfaction face au processus qui a mené au changement

Le questionnaire sur la satisfaction face au processus qui a mené au changement créé par l'UETMIS du CHUS a été rempli par huit professionnels de la clinique sur une possibilité de 11 (taux de réponse de 72,7%). Le score global moyen est de 60,36 sur 76 pour les 19 premières questions, soit un taux relatif de 72,56 % de satisfaction [min : 48,15 %; max : 100 %]. Ce questionnaire offre la possibilité aux répondants d'exprimer leur opinion sur les éléments qu'ils souhaiteraient voir améliorer dans la clinique et d'adresser leurs commentaires plus généraux. De ces commentaires émerge un besoin général pour l'ajout de ressources matérielles et humaines (psychologue, nutritionniste, physiothérapeute, omnipraticien), ainsi que pour une stabilisation de développement de la clinique (ligne directrice et financement). Ces deux questions ouvertes ont aussi permis de pointer des besoins plus spécifiques, tels qu'un besoin de reconnaissance accru de la part de l'établissement et de sa direction générale, la possibilité pour les professionnels de travailler à temps plein uniquement pour la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique, ainsi que d'accroître l'accessibilité à la clinique. Finalement, la question spécifiquement adressée aux médecins orthopédistes a fait l'objet de deux réponses. Pour l'un des deux répondants, la réponse donnée indique que la proportion de patients qui aurait pu être directement examinée et traitée par une personne autre que le médecin orthopédiste (physiothérapeute, rhumatologue, etc.) a considérablement diminué après la mise en place de la nouvelle clinique (60 vs. 20 %). Autrement dit, pour ce premier répondant ce résultat indique qu'avant la mise en place de la clinique, l'orthopédiste jugeait qu'environ 40 % de sa clientèle nécessitait réellement son expertise et qu'après ce pourcentage atteint 80 %. Ce résultat démontre une meilleure allocation de leur temps et donc la possibilité de consulter davantage de nouveaux patients nécessitant réellement leur expertise, ce qui génère une plus grande valeur ajoutée pour le réseau de la santé et la population en général. Pour les patients non vus par les orthopédistes, ils sont pris en charge par l'équipe interdisciplinaire, ou par une ressource externe à la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSSAE. Par contre, la réponse est inversée (60 vs. 80 %) pour le deuxième répondant. Cette situation reflète la préoccupation délivrée par une majorité des professionnels dans la clinique, à savoir le manque de ressources humaines pour le triage et le traitement des patients. Ce manque a pu conduire certains médecins orthopédistes à y pallier en augmentant leur charge de travail (incluant des cas qui auraient pu être vus par d'autres professionnels de la santé). Ce deuxième résultat se veut un indicateur critique montrant que la réduction des ressources allouées (en relation avec le volume de clientèle) pourrait mettre en péril la

survie de la clinique en remettant en cause sa raison d'être. Les résultats du questionnaire UETMIS se retrouvent dans le tableau 4.4 pour les 19 premières questions.

Tableau 4-4 : Résultats du questionnaire sur la satisfaction face au processus qui a mené au changement

N°	Question	Score / 4	Nb. répondants
Q1	Les objectifs du projet ont été clairement exprimés	3,00	8
Q2	Les exigences ont été bien définies	3,00	8
Q3	Les contraintes du projet sont réalistes	3,00	7
Q4	Le plan est détaillé et précis	2,88	8
Q5	Le plan est suivi	2,88	8
Q6	L'équipe du projet suit les objectifs du projet	3,25	8
Q7	Le rôle de chacun est clairement expliqué	3,13	8
Q8	Un niveau de contrôle approprié a été mis en place et suivi	3,25	8
Q9	La gestion du contenu du projet est efficace	3,25	8
Q10	Les ressources sont disponibles	2,88	8
Q11	Les personnes sont assignées aux tâches pour lesquelles elles sont compétentes	3,63	8
Q12	La consultation de personnes ressources est utile	3,57	7
Q13	Les risques sont bien identifiés et gérés	3,14	8 (1 NA)
Q14	Les mesures correctives sont efficaces	3,29	8 (1 NA)
Q15	Les résultats rencontrent les exigences des patients	3,63	8
Q16	Des rapports sur l'état d'avancement du projet de clinique interdisciplinaire sont rédigés et distribués à temps	3,29	8 (1 NA)
Q17	Les rapports sur l'état d'avancement du projet sont utiles	3,38	8
Q18	La Direction fournit l'appui nécessaire au projet	2,75	8
Q19	Votre « Qualité de vie » n'est pas compromise par le projet	3,38	8
Total		3,18	

Notes : NA = Non Applicable

Nous observons, en plus des besoins exprimés dans les questions ouvertes, que les personnes sont assignées aux tâches pour lesquelles elles possèdent des compétences (Q11), ce qui suggère que les pratiques de travail sont intégrées (co-intervention ponctuelle, travail en commun, discussions de cas...) (Larivière et Ricard, 2010). De même, le bon résultat obtenu à la question 12 indique l'existence d'une confiance entre les différentes parties prenantes au projet. Ces deux éléments viennent confirmer les résultats obtenus dans le questionnaire MSQ et contribuent aux bons résultats pour les patients, tels que perçus par les professionnels de la clinique (Q15). Par ailleurs, il apparaît que les rapports sur l'état d'avancement du projet ont été utiles (surtout dans un contexte où la ligne directrice du projet a pu changer) et que la qualité de vie des parties prenantes n'est pas compromise par le projet. Ces éléments positifs prennent de l'importance dans la mesure où ils constituent un préalable à toute bonne gestion du changement et à l'atteinte de résultats satisfaisants pour les patients (tels qu'exprimés par la réponse à la question 15). Par contre, il apparaît que certains éléments auraient pu être améliorés afin de parvenir plus rapidement et avec un plus grand succès aux résultats escomptés. Les principaux points auraient été de mieux détailler le plan d'action de mise en place de la clinique dès le départ et par la suite de s'assurer de son bon suivi, en plus d'avoir prévu davantage de ressources pour le projet et un plus grand soutien de la part de la direction de l'établissement. De nombreux chercheurs considèrent ces éléments comme essentiels à l'atteinte des objectifs fixés. En effet, selon une revue de la littérature menée par Ginsburg et Tregunno (2005), les deux facettes institutionnelles pouvant influencer sur les opportunités de renforcer les compétences interprofessionnelles sont : 1) le leadership et les

ressources, ce qui inclut des administrateurs ayant le pouvoir de bousculer l'agenda par la mobilisation de ressources et le soutien aux porteurs du projet, et 2) les processus administratifs, ce qui inclut les méthodes adéquates de gestion du changement.

4.2.3.3 Perception du changement des rôles et des comportements

Le questionnaire sur la perception du changement des rôles et des comportements PROBES rempli par huit répondants présente un score global moyen de 26,43 sur 78, soit un taux relatif de perception du changement des rôles de +33,88 % [min : -7,69 %; max : 81,33 %] se situant entre *légèrement augmenté* et *quelque peu augmenté*. Ce résultat moyen supérieur à zéro indique la fréquence des rôles et des comportements ciblés par le questionnaire est plus élevée.

Dans le tableau ci-dessous, nous identifions en jaune les questions qui nous semblent être les plus pertinentes au contexte du travail en équipe interdisciplinaire. En effet, en interdisciplinarité, les professionnels sont responsabilisés face à leurs fonctions : les attentes se font sentir au niveau des résultats et non pas au niveau d'un contrôle strict des actions. De ce fait, nous avons retenu les éléments du questionnaire répondant le mieux à cette perspective. Parmi ces questions, les questions 6, 21 et 22 ont obtenu un score inférieur à 1, relevant l'existence d'une problématique potentielle. À noter que la question 23 de ce questionnaire a été éliminée, car elle peut porter à confusion dans sa formulation.

Tableau 4-5 : Résultats du questionnaire sur la perception du changement des rôles et des comportements : PROBES

N°	Question	Score entre [-3,3]	Nb. répondants
Q1	L'interaction sociale avec les professionnels d'autres services	1,30	8
Q2	La participation des professionnels à la formation des étudiants et à la supervision des stagiaires	0,63	8
Q3	La capacité à planifier et à réévaluer comment les soins et traitements seront prodigués	1,30	8
Q4	L'interaction et le soutien mutuel avec les autres professionnels vis-à-vis des soins et traitements à apporter aux patients	1,60	8
Q5	Le travail sur plus d'un programme clientèle ou unité et/ou plus d'un site	0,70	7
Q6	La participation aux réunions de l'équipe de soins	0,38	8
Q7	L'implication dans des activités professionnelles en dehors du travail	0,60	8
Q8	L'intégration des professionnels au sein des équipes interdisciplinaires	1,90	7
Q9	L'utilisation de cheminements cliniques pour guider les soins	1,40	7
Q10	Le rôle des professionnels en tant que consultant ou clinicien expert	1,40	7
Q11	La prise de responsabilité formelle en tant que gestionnaire de cas	1,40	7
Q12	L'enseignement en regard de la prise en charge du patient par lui-même, sa famille et les autres personnels de soins	1,00	7
Q13	L'enseignement à d'autres groupes d'intervenants dans la communauté	0,70	7
Q14	La participation à des formations continues	1,10	7
Q15	L'identité professionnelle des professionnels	1,10	7
Q16	La communication/collaboration avec les autres professionnels de santé	1,70	7
Q17	Le temps passé à l'évaluation interdisciplinaire des patients et à l'établissement du plan de traitement interdisciplinaire	1,29	7
Q18	La cible sur les besoins fonctionnels des patients	1,40	7
Q19	La documentation des résultats de soins et traitements des patients	1,00	7
Q20	Les tâches administratives	1,60	7
Q21	Le temps passé à faire autre chose que de délivrer des soins	0,71	7
Q22	Le temps passé à prodiguer des soins directs aux patients	0,43	7
Q23	L'approche professionnelle des patients aux soins	1,30	7
Q24	La délégation et la supervision des activités de traitement	1,40	7
Q25	La performance des activités (soins et traitements) centrée sur l'efficience/productivité	1,70	7
Q26	La charge de travail, attribuée de manière rotative, pendant les fins de semaine/vacances	-0,17	7 (1 NA)
Total		1,02	

Notes : NA = Non Applicable ; Les scores les plus élevés sont surlignés en vert tandis que les scores les plus faibles sont surlignés en orange.

Selon Lopopolo (2001), il est possible de regrouper les changements de rôle à travers trois grandes dimensions : 1) les soins directs au patient, 2) l'interaction professionnelle, et 3) les tâches annexes de travail. En considérant principalement les éléments correspondant à une attente au niveau des résultats, soit les éléments en

jaune dans le tableau 4.5, nous allons donc réaliser une analyse selon les trois dimensions recommandées par Lopopolo (2001).

De fait, le score le plus élevé obtenu au questionnaire PROBES touche la question 8. Il indique un accroissement de l'intégration des professionnels au sein de l'équipe interdisciplinaire (score de 1,90 correspondant à une situation entre *légèrement augmentée* et *quelque peu augmentée*). Ce résultat correspond bien à la bonne intégration de l'un des piliers de l'interdisciplinarité, tel que mentionné lors de l'analyse du questionnaire d'interdisciplinarité à la section 4.1.1, à savoir la communication/collaboration interprofessionnelle (Larivière et Ricard, 2010). De fait, nous remarquons un mouvement marqué vers un plus grand partage de l'information et des connaissances, ce qui a pour effet de créer une synergie entre les professionnels afin de répondre de la façon la plus efficace possible aux besoins des patients (Freeth, 2001 ; Kenny, 2002 ; Kerfoot, 2002 ; Wiecha et Pollard, 2004 ; Yeager, 2005). Cette dynamique se démarque par les bons scores obtenus aux questions 4 et 16. Par ailleurs, le questionnaire PROBES révèle également, à travers la question 25, que la performance des activités (soins et traitements) centrée sur l'efficience/productivité a augmenté, ce qui est vraisemblablement à relier au renforcement de l'interaction professionnelle dans le but de fournir des soins de qualité aux patients (Vazirani et al. 2005 ; Yeager, 2005). L'autre dimension qui ressort dans les résultats du questionnaire PROBES concerne les tâches annexes de travail. Nous remarquons une légère augmentation des tâches administratives (score de 1,60 correspondant à une situation entre *légèrement augmentée* et *quelque peu augmentée*). Il nous apparaît possible de croire que ce résultat puisse refléter l'accroissement du volume des tâches administratives de l'intervenant pivot dans la mesure où nous prévoyons, selon la description des tâches des professionnels (Annexe VII), accentuer le rôle de cet intervenant autour de la coordination de la nouvelle clinique. Toutefois, nous ne pouvons confirmer cette hypothèse puisqu'il est impossible d'identifier les résultats de l'intervenant pivot parmi l'ensemble des répondants.

En ce qui a trait aux plus bas scores obtenus, nous en répertorions deux principaux. Les deux questions concernées (Q6 et Q22) touchent les dimensions de l'interaction professionnelle et des soins directs aux patients. La question 6 indique ainsi que la participation aux réunions de l'équipe de soins n'a presque pas changé (score de 0,38 compris entre *pas du tout changée* et *légèrement changée*). Bien que globalement, il existe une forte collaboration interprofessionnelle au sein de la nouvelle clinique, il semble que celle-ci ne passe pas par ce type de réunion, mais peut être lors de discussions informelles ; à cet égard, la question 57 du questionnaire sur l'interdisciplinarité indique un score de 3,70/4 ce qui constitue l'un des plus hauts scores pour ce questionnaire. De fait, les rencontres informelles mobilisent moins d'intervenants, ce qui permet une réaction plus rapide pour ajuster le plan de traitement, les changements effectués étant par la suite rapportés à l'ensemble des intervenants de la clinique lors des réunions formelles. Par ailleurs, nous croyons que la question 6 du questionnaire PROBES pourrait être mal cotée. En effet, la clinique mise en place au CSSSAE n'est pas récente et la réponse à cette question aurait pu être dictée par une référence temporelle plus courte. Ce qui indiquerait qu'au cours des derniers mois il n'y a pas eu d'évolution, alors que depuis l'implantation de la clinique le changement aurait pu être plus marqué, d'autant plus que les réunions formelles se tiennent sur une base hebdomadaire. La seconde question ayant un bas score et correspondant à une ligne jaune (Q22), indique quant à elle que le temps passé à prodiguer des soins directs aux patients a également très peu augmenté (score de 0,43), ce qui peut signifier, soit que le plan de traitement est efficace, soit que davantage de temps est passé à réaliser des tâches connexes (Q20) et/ou à collaborer avec ses collègues, ce qui en soi peut apparaître logique, voir indispensable pour procurer des soins de qualité (Kenny, 2002 ; Yeager, 2005). Toutefois, il est à noter qu'avec l'augmentation de la maturité de la nouvelle clinique, les tâches connexes devraient être standardisées, ce qui allouerait de plus en plus de temps à prodiguer des soins directs aux patients. Finalement, on observe qu'il existe une apparente contradiction dans les réponses données aux questions 20, 21 et 22. En effet, nous observons que le temps passé à faire des tâches administratives (Q20), à faire autre chose que de délivrer des soins (Q21) ainsi que le temps passé à prodiguer des soins directs aux patients (Q22) ont tous les trois augmenté (score supérieur à 0 de 1,60, 0,71 et de 0,43 respectivement). Ceci pourrait signifier que la charge de travail a globalement augmenté.

4.2.5 Recommandations

Voir chapitre 5.

4.2.6 Conclusion

On constate qu'en général, il existe un fort sentiment d'intégration parmi les membres de la nouvelle clinique, la communication/collaboration est ressentie comme étant réelle et les compétences de chacun sont utilisées pleinement, permettant ainsi d'accroître la productivité. Si ces éléments sont d'importance capitale pour un bon fonctionnement en interdisciplinarité, ils ne peuvent cependant suffire à eux seuls. Il existe ainsi un besoin d'améliorer un certain nombre de points, entre autres ceux concernant les mécanismes internes de fonctionnement, la formation continue, les outils de rétention du personnel, le soutien de la direction de l'établissement et tout particulièrement le manque de ressources.

Par ailleurs, en ce qui concerne la question spécifiquement adressée aux médecins orthopédistes, la réponse obtenue est mitigée. D'un côté, un répondant nous indique que la proportion de patients qui aurait pu être directement examinée et traitée par une personne autre que le médecin orthopédiste (physiothérapeute, rhumatologue, etc.) a considérablement diminué après la mise en place de la nouvelle clinique ; ce qui montre une meilleure allocation de leur temps et donc la possibilité de consulter davantage de nouveaux patients nécessitant réellement leur expertise, se traduisant ainsi par l'accroissement de l'accessibilité aux soins spécialisés pour la population du CSSSAE. D'un autre côté, le deuxième répondant indique un résultat inversé, reflétant ainsi la préoccupation délivrée par une majorité des professionnels dans la clinique, à savoir le manque de ressources humaines pour le triage et le traitement des patients, ce qui aurait pu conduire certains médecins orthopédistes à pallier à ce manque de personnel en augmentant de leur charge de travail (incluant des cas qui auraient pu être vus par d'autres professionnels de la santé).

CHAPITRE 5 : RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

5.1. *Recommandations*

Les recommandations suivantes sont tirées de la revue contextualisée de la littérature, de la description de la clinique et de l'analyse des quatre questionnaires complétés par les professionnels. Ces recommandations visent toutes à favoriser l'efficacité du fonctionnement de la nouvelle clinique.

- 5.1.1 Réaliser un suivi comparatif des usagers afin de mesurer par des outils validés scientifiquement l'effet de la mise en place d'une clinique interdisciplinaire sur l'évolution de leur état de santé (i.e. par rapport à une clinique non interdisciplinaire) (Chapitre 3).
- 5.1.2 Développer une clinique interdisciplinaire de la douleur avec des professionnels tels qu'un anesthésiste et un physiothérapeute. Aujourd'hui, avec le recul, les professionnels réalisent que la collaboration d'omnipraticiens dans la clinique permettrait d'élargir la gamme de services, et l'opportunité de voir un plus grand nombre d'usagers (AETMIS 2006). D'ailleurs, une omnipraticienne du CSSSAE a montré de l'intérêt pour une telle approche. Toutefois, il n'est pas recommandé à ce que cette nouvelle clinique soit intégrée à la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique. En effet, il est préférable que celle-ci ait une certaine indépendance afin d'établir son propre mode de fonctionnement, et ensuite établir les modalités de coopération avec la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique (Chapitre 3).
- 5.1.3 Identifier les goulots d'étranglement et rééquilibrer les ressources en fonction de l'offre de service : le problème d'accessibilité à l'orthopédiste s'est déplacé vers le service de réadaptation, soit la physiothérapie et l'ergothérapie. Si l'objectif est d'augmenter l'offre de services en musculosquelettique pour améliorer l'accessibilité, la solution la plus plausible serait d'ajouter des ressources (infirmière et physiothérapeute) et de développer les volets nutrition et psychologie. Une autre avenue possible serait de développer des protocoles de soins permettant aux patients de mieux se prendre en charge (empowerment) (Chapitres 3 et 4).
- 5.1.4 Regrouper physiquement les différents services de l'hôpital reliés aux problèmes musculosquelettiques afin de favoriser une synergie des professionnels et un meilleur partage de l'information et des conseils (Chapitres 2 et 3).
- 5.1.5 Développer d'autres outils d'informations pour les usagers (ex. : dépliants explicatifs en lien avec les problématiques soulevées) en plus de certains dépliants déjà mis à la disposition de l'utilisateur (Chapitres 2 et 3).
- 5.1.6 Développer de nouveaux mécanismes visant à renforcer la coopération avec les différents établissements de la santé de la région dans le domaine des problèmes musculosquelettiques (Chapitre 2).
- 5.1.7 Organiser un système de physiothérapeute(s) itinérant(s) dans les cliniques de médecins généralistes afin de prévenir la chronicisation à sa source (Chapitre 2).

- 5.1.8 Développer les ordonnances collectives lorsque cela est jugé pertinent (Chapitres 2 et 3).
- 5.1.9 Faire un suivi des demandes retournées incomplètes (Chapitre 3).
- 5.1.10 Réorganiser les façons de calculer les délais d'attente et mettre en place un mécanisme de relance et de suivi des relances pour les rendez-vous des usagers à la clinique (Chapitres 2 et 3).
- 5.1.11 Développer de nouveaux mécanismes de rétention de personnel et renforcer les mécanismes actuels (mécanisme d'intégration du nouveau personnel, reconnaissance, environnement de travail...) (Chapitre 4, sections 4.1.5 et 4.2.3)
- 5.1.12 Développer la formation (formation de type coaching sur le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle) (Chapitre 4, sections 4.1.5 et 4.2.3)
- 5.1.13 Standardiser les tâches connexes de travail afin de permettre de dispenser davantage de temps aux soins directs aux patients (Chapitre 4, section 4.2.3)
- 5.1.14 Réserver du temps pour améliorer le fonctionnement de la clinique (bilan, feedback, etc.) (Chapitre 4, sections 4.1.5 et 4.2.3)
- 5.1.15 Organiser des rencontres avec la direction en vue d'obtenir un mandat clair, de stabiliser la ligne directrice du projet, ce qui devrait avoir pour effet, d'une part, de renforcer les logiques collectives et, d'autre part, d'approfondir le lien entre la pratique de direction et la pratique d'appropriation par l'équipe (Chapitre 4, sections 4.1.5 et 4.2.3, annexe XV).

5.2. Conclusion

La clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable est fonctionnelle et présente une efficacité bien supérieure au mode d'organisation antérieur en ce qui concerne son accessibilité, sa gestion des rendez-vous, l'orientation de l'utilisateur et la gestion du temps de ses professionnels.

De fait, la mise en place de cette nouvelle clinique a permis d'améliorer la pertinence des références en orthopédie, de responsabiliser les omnipraticiens des GMF dans les tâches qu'ils ont à accomplir avant de référer leurs patients à la clinique interdisciplinaire ou à la clinique externe d'orthopédie. En outre, la mise en place d'une telle clinique a également permis d'augmenter la qualité des soins avec un suivi plus assidu. Il est également vraisemblable que la mise en place de cette clinique ait permis de réduire la chronicisation des problèmes musculosquelettiques chez un certain nombre d'utilisateurs grâce à une prise en charge beaucoup plus rapide. Par contre, si ce modèle est une réussite à bien des égards, un problème persiste : celui de la pénurie de professionnels de la santé. De fait, réduire la « pression » sur les orthopédistes par la mise en place d'une telle clinique a permis d'augmenter l'efficacité du continuum en orthopédie, par contre, cela a également conduit à accentuer la « pression » sur le service de physiothérapie (il y a plus de demandes et celles-ci arrivent plus tôt).

Ce type d'organisation du travail est donc pertinent et efficace. À cet égard, il est symptomatique d'un succès reconnu de noter que 1) les représentants de plusieurs centres d'orthopédie au Québec sont venus visiter la clinique

interdisciplinaire musculosquelettique du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable afin d'étudier leur mode de fonctionnement et 2) cette clinique ait décroché en 2009 le prix régional et provincial du prix « Innovation Clinique 3 M », décerné par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, pour l'implication de l'infirmière pivot dans l'implantation d'une clinique interdisciplinaire en musculosquelettique. Les chiffres le démontrent bien, aujourd'hui l'orthopédiste ne voit que 50 % des demandes de référence grâce à la bonne gestion de l'infirmière pivot et de l'ensemble des professionnels dédiés. Le succès de cette clinique repose sur une équipe dynamique dont on reconnaît l'expertise, de concert avec un fonctionnement bien arrimé entre les professionnels qui la composent.

Finalement, les bénéfices retrouvés dans la littérature et ceux mesurés par de cette évaluation, nous amènent à reconnaître les nombreux avantages de poursuivre le développement des cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique et de considérer la possibilité d'implanter d'autres cliniques interdisciplinaires ailleurs au Québec, selon les modèles et l'expérience des cliniques déjà implantées, comme une solution novatrice à la pénurie d'orthopédistes et à l'augmentation de l'accessibilité en orthopédie au Québec.

Bibliographie Chapitre 1

Desmeules, F., Dionne, C. E., Belzile, E., Bourbonnais, R. et Frémont, P. (2010). The burden of wait for knee replacement surgery: effects on pain, function and health-related quality of life at the time of surgery. *Rheumatology*, April 2010.

Bibliographie Chapitre 2

- AETMIS (2006). *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : organisation des services de santé*. Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Interventions en Santé, Montréal, Québec, Canada. Disponible sur le site de l'AETMIS au lien suivant : <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/download.php?f=9b90bdb6036926162c2544b4685fdf64>
- Amatuzzi M.M., De Rosa Carelli C., Garcez Leme L.E., Suzuki I. (2003). Interdisciplinary care in orthogeriatrics: a good cost-benefit model of care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (1): 134-136.
- Benson K, Hartz AJ. A comparison of observational studies and randomized, controlled trials. *N Engl J Med* 2000;342:1878–86.
- Bhattacharyya M., Bradley H., Teherani A., Gerber B. (2005). Nurse practitioners's knee injection clinics in the UK: The patient's perception. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9: 134-139.
- Bibby, P. (2006). The management of chronic neck-pain – A retrospective survey of the patient journey using in-depth semi-structured interviews. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 10, pp. 25-32.
- Boore, J. (1994). *Prescription for recovery*. RCN Research series, Scutari London.
- Byles, S.E. et Ling, R.S.M. (1989). Orthopaedic out-patients - A fresh approach. *Physiotherapy*, 75 (7), pp. 435-437.
- Carter, P.B., Finley, R. et Parkinson, R.W. (2002). The role of the Orthopaedic Nurse Practitioner in the care of Total Knee Arthroplasty patients. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 84-B (suppl. 2).
- Concato J, Shah N, Horwitz RI. Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. *N Engl J Med* 2000;342:1887–92.
- Craig, S.E. (2005). Does Nurse-Led Pre-operative Assessment Reduce the Cancellation Rate of Elective Surgical In-Patient Procedures?: A Systematic Review of the Research Literature. *British Journal of Anaesthetic & Recovery Nursing*, 6 (3), pp. 41-47.
- Cronin-Waelde D.L. (2009). Building a Bone & Joint Program. *Nursing Leads the Way in Developing a Cost-Effective, Quality-Driven Program in a Community Hospital Setting*. *Orthopaedic Nursing*, 28 (2): 64-67.
- Cruse, P.J.E. et Foord, R. (1980). The epidemiology of wound infection, a ten year prospective study of 62959 patients. *Surgical Clinics North America*, 6 (1).
- Daker-White, G. et al. (1999). A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 543, pp. 643-650.
- Dawson, L.J. et Ghazi, F. (2004). The experience of physiotherapy extended scope practitioners in orthopaedic outpatient clinics. *Physiotherapy*, 90, pp. 210-216.
- Dickens, V., Ali, F., Gent, H. et Rees, A. (2003). Assessment and Diagnosis of Knee Injuries. The value of an experienced physiotherapist. *Physiotherapy*, 89 (7), pp. 417-422.
- Drobic, M. et Pavlovic, V. (2005). Priority referrals to the orthopaedic outpatient clinic – what can we improve? *Lijecnicki Vjesnik*, 127 (7-8), pp. 178-181.
- Durrell, S. (1996). Expanding the scope of physiotherapy: clinical physiotherapy specialists in consultant's clinics. *Manual Therapy*, 1 (40), pp. 210-213.
- Earnshaw, J.J. (1997). First two years of a follow-up breast clinic led by a nurse practitioner. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90 (May), pp. 258-259.

- Elwyn G.J., Williams L.A., Barry S. et Kinnersley P. (1996). Waiting list management in general practice: a review of orthopaedic patients. *British Medical Journal*, 312: 887-88.
- Emanuel, J. (1999). Will the GP commissioner role make a difference? Exploratory findings from a pilot project offering complementary therapy to people with musculo-skeletal problems. *Complementary Therapies in Medicine*, 7, pp. 170-174.
- Fellows, H., Lucas, B., Burgess, L., Abbott, D., Clare, A. et Barton, K. (1998). Orthopaedic pre-admission assessment clinics: part I. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 2, pp. 209-218.
- Fellows, H., Lucas, B., Burgess, L., Abbott, D., Clare, A. et Barton, K. (1999). Orthopaedic pre-admission assessment clinics: part 2. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 3, pp. 60-66.
- Fleissig, A., Glasser, B. et Lloyd, M. (1999). Encouraging out-patient to make the most of their first hospital appointment: to what extent can a written prompt help patients get the information they want? *Patient Education and Counseling*, 38, pp. 69-79.
- Flowers, M. et Wright, S. (2003). The development of a nurse-led outpatient orthopaedic clinic. *Nursing Times*, 99 (37), pp. 32-34.
- Flynn, S. (2005). Nursing effectiveness: An evaluation of patient satisfaction with a nurse led orthopaedic joint replacement review clinic. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9, pp. 156-165.
- Gardiner, J. et Turner, P. (2002). Accuracy of Clinical Diagnosis of Internal Derangement of the Knee by Extended Scope Physiotherapists and Orthopaedic doctors. Retrospective audit. *Physiotherapy*, 88, pp. 153-157.
- Gardiner, J. et Wagstaff, S. (2001). Extended Scope Physiotherapy. The way toward consultant physiotherapists? *Physiotherapy*, 87 (1), pp. 2-3.
- Gholive P.A., Kosygan K.P., Sturdee S.W., Faraj A.A. (2005). Multidisciplinary integrated care pathway for fractured neck of femur. A prospective trial with improved outcome. *Injury*, 36: 93-98.
- Hailey D, Roine R, Ohinmaa A. (2002). Systematic review of evidence for the benefits of telemedicine. *J Telemed Telecare* 8 (suppl. 1): 1-7.
- Handoll HHG, Cameron ID, Mak JCS, Finnegan TP. (2009). Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD007125. DOI: 10.1002/14651858.CD007125.pub2.
- Hattam, P. (2003). Effectiveness of secondary referral by extended scope physiotherapists. *Physiotherapy*, 89 (5).
- Hattam, P. et Smeathem, A. (1999). Evaluation of an orthopaedic screening service in primary care. *Br J Clin Govern*, 4 (2), pp. 45-49.
- Haugh, P., Trainor, B. et Kernohan, G. (1997). Nurses detecting infant hip abnormalities. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 1, pp. 11-16.
- Hill, J. (1997). Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic. *Journal of Advanced Nursing*, 25, pp. 347-354.
- Hjelm-Karlsson, K. (1996). Comparisons of oral, written and audio-visually based information as preparation for intravenous pyelography. *Internal Journal of Nursing Studies*, 26 (1), pp. 53-68.
- Ho, E., Coyte, P.C., Hawker, G. et Wright, J.G. (1994). Ontario patients's acceptance of waiting times for knee replacements. *Journal of Rheumatology*, 21, pp. 2101-2105.
- Hockin, J. et Bannister, G. (1994). The extended role of a physiotherapist in an outpatient orthopaedic clinic. *Physiotherapy*, 80 (5), pp. 281-284.
- Hourigan, P.G. et Weatherley, C.R. (1994). Initial assessment and follow-up by a physiotherapist of patients with back pain referred to a spinal clinic. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87 (4), pp. 213-214.
- Hourigan, P.G. et Weatherley, C.R. (1995). The physiotherapist as an orthopaedic assistant in a back pain clinic. *Physiotherapy*, 81 (9), pp. 546-547.
- Huddleston, J.M. et al. (2004). Medical and Surgical Comanagement after Elective hip and Knee Arthroplasty. *Annals of Internal medicine*, 141 (1), pp. 28-39.
- Hughes, J. (1991). Satisfaction with medical care: a review of the field. Disponible sur : <http://www.changesurfer.com/hlth/patsat.html>
- Jackson, R. (2007). Is the extended scope practitioner the right person to undertake follow-up after joint arthroplasty? Editorial written for the 2007 National Knowledge Week on Osteoarthritis.

- Jadad, A.R. et al. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17 (1), pp. 1-12.
- Jensen I.B., Busch H., Bodin L., Hagberg J., Nygren A., Bergström G. (2009). Cost effectiveness of two rehabilitation programmes for neck and back pain patients: A seven year follow-up. *Pain* 142 : 202-208.
- Johnson, J.E. (1984). Coping with elective surgery. In: Werley, H. & Fitzpatrick, J. eds. *Annual Review of Nursing Research*, Volume 2, pp. 107-132.
- Kammerling, R.M. et Kinnear, A. (1996). The extent of the two tier service for fundholders. *British Medical Journal*, 312, pp. 1399-1401.
- Karjalainen KA, Malmivaara A, van Tulder MW, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes BW. (1999). Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD001984. DOI: 10.1002/14651858.CD001984.
- Karjalainen KA, Malmivaara A, van Tulder MW, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes BW. (2003a). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD002194. DOI: 10.1002/14651858.CD002194.
- Karjalainen KA, Malmivaara A, van Tulder MW, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes BW. (2003b). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD002193. DOI: 10.1002/14651858.CD002193.
- Kavadas, V. et Newman, J.H. (2002). Resource implications of a knee referral. *The Knee*, 9, pp. 281-283.
- Khan F, Ng L, Gonzalez S, Hale T, Turner-Stokes L. Multidisciplinary rehabilitation programmes following joint replacement at the hip and knee in chronic arthropathy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD004957. DOI: 10.1002/14651858.CD004957.pub3.
- Lawson et Nutton, J.R. (1995). A prospective study of the accuracy of clinical diagnosis and therapeutic value of 325 arthroscopies. *Journal of the College of Surgeons of Edinburgh*, 40 (2), pp. 135-137.
- Lee, A. (2005). A satisfaction survey of a nurse led paediatric clinic for hip dysplasia in infants. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9, pp. 77-80.
- Lewis, L. et al. (2000). Ending waiting-list mismanagement: principles and practice. *Canadian Medical Association Journal*, 162 (9), pp. 1297-1300.
- Lowry, L. et Lewis, V. (2004). Redesigning an orthopaedic pre-assessment clinic. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 8, pp. 77-82.
- Lucas, B. (1998). Orthopaedic patients' experiences and perceptions of pre-admission assessment clinics. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 2, pp. 202-208.
- Lucas, B. (2002). Developing the role of the nurse in the orthopaedic outpatient and pre-admission assessment settings: a change management project. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6, pp. 153-160.
- Lucas, B. et Sample, V. (2001). A survey of registered nurses' activities in British orthopaedic pre-operative assessment clinics. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5, pp. 30-36.
- Maddison, P. et al. (2004). Improved access and targeting of musculoskeletal services in northwest Wales: targeted early access to musculoskeletal services (TEAMS) programme. *British Medical Journal*, 329, pp. 1325-1327.
- Mangan, J.L., Ashford, R.L. et Beverland, D.E. (1992). A multidisciplinary approach to foot surgery waiting lists. *The Foot*, 2 (1), pp. 29-33.
- Maxwell, S.L., Ruiz, A.L., Lappin, K.J et Cosgrove, A.P. (2002). Clinical screening for developmental dysplasia of the hip in Northern Ireland. *British Medical Journal*, 324, pp. 1031-1033.
- McGinley, A. et Lucas, B. (2006). Telenursing: A pilot of telephone review after intra-articular knee injection. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 10, pp. 144-150.
- Mulligan, J. (2003). Physiotherapists working as extended scope practitioners. *Physiotherapy*, 89 (7), pp. 417-422.
- Mundinger, M.O. et al. (2000). Primary Care outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians. A Randomized trial. *JAMA*, 283 (1), pp. 59-68.
- Newey, M., Clarke, M., Green, T., Kershaw, C. et Pathak, P. (2006). Nurse-led management of carpal tunnel syndrome: an audit of outcomes and impact on waiting times. *The Royal College of Surgeons of England*, 88, pp. 399-401.

- Newton, V. (1996). Care in pre-admission clinics. *Nursing Times*, 92 (1), pp. 27-28.
- Oldmeadow, L.B. et al. (2007). Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Medical Journal of Australia*, 186 (12), pp. 625-628.
- Orlin, J.R. et Didriksen, A. (2007). Results of Chiropractic Treatment of Lumbopelvic Fixation in 44 Patients Admitted to an Orthopaedic Department. *Journal of manipulative and Physiological Therapeutics*, 30 (2), pp. 135-139.
- Pearse, E.O., MacLean, A. et Ricketts, D.M. (2006). The extended scope physiotherapist in orthopaedic out-patients – an audit. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 88, pp. 653-655.
- Pickergill, F. (1995). A natural extension? *Nursing Times*, 91 (30), pp. 24-27.
- Pocock SJ, Elbourne DR. Randomized trials or observational tribulations? *N Engl J Med* 2000;342:1907–9.
- Roland, M.O. et al. (1991). Improving care: a study of orthopaedic outpatient referrals. *British Medical Journal*, 302, pp. 1124-1128.
- Sandell C-L. (2008). A multidisciplinary assessment and intervention for patients awaiting total hip replacement to improve their quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 12: 26-34.
- Story S. (2000). Establishing an Interdisciplinary Early Supported Discharge Scheme for Orthopaedic Patients. *Physiotherapy*, 86 (11): 583-584.
- Upton, T. et Brooks, B. (1995). *Managing Change in the NHS*. Kogan Page, London
- Walton M.J., Walton J.C., Scammell B.E. (2008). The effectiveness of physiotherapist-led arthroplasty follow-up clinics. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 90: 117-119.
- Weale, A.E. et Bannister, G.C. (1995). Who should see orthopaedic outpatients – physiotherapists or surgeons? *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 77 (suppl), pp. 71-73.
- Weatherley, C.R. et Hourigan, P.G. (1998). Triage of back pain by physiotherapists in orthopaedic clinics. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91, pp. 377-379.
- Whiteley, M.S., Wilmott, D. et Galland, R.B. (1997). A specialist nurse can replace pre-registration house officers in the surgical pre-admission clinic. *Annals of the Royal College of Surgeons England*, 79 (Suppl.), pp. 257-260.
- Williams S.C., Hollins D., Barden-Marshall S., Harper W.M. (2003). Improving the quality of patient care: patient satisfaction with a nurse-led fracture clinic service. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 85: 115-116.

Bibliographie Chapitre 4

- Abramson, J.S., et Mizrahni, T. (1996). When social workers and physicians collaborate : Positive and negative interdisciplinary experiences. *Social work*, 41(3),270-281.
- Baggs,J.G., Norton,S.A., Schmitt, M.H.,et Sellers,C.R.(2004). The dyingpatient in the ICU : Role of the interdisciplinary team. *Critical Care Clinics*, 20(3), 525-540.
- Barach P., Johnson J.K. (2006). *Understanding the complexity of redesigning care around the clinical microsystem*. *Qual Saf Health Care* 2006; 15 (Suppl I), pp. i10 -i16.
- Bergeron J., Doyon H., Girouard J-C., Jean N., Lechasseur G., St-Arnaud C., Boulanger L., Houle H. (1996). De la multidisciplinarité vers l'interdisciplinarité. Guide à l'intention des travailleurs sociaux exerçant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.
- Campbell S.M.; Roland M.O; Buetow S.A. (2000). *Defining quality of care*. *Social science & Medicine* 51, pp. 1611-1625.
- Contandriopoulos A.P. et al. (2001) « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre » *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol 8, no 2, pp.38-52.
- Corser, W. D. (1998). A conceptual model of collaborative nurse-physician interactions: The management of traditional influences and personal tendencies. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 12, 325 – 341.
- D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J.F. et Remondin, M. (2004). Comparative study of inter-organizational collaboration and its effects in four Quebec health regions: The case of perinatal services. Montréal; Groupe de recherché interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.
- D'Amour et Oandasan (2005). Interprofessionality as the field of Interprofessional practice and education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(suppl1), pp. 8-20.
- D'Aunno, T., Alexander, J.A. et Laughin, C. (1996). Business as usual? Changes in health care's workforce and organization of work. *Hospital and Health Service Administration*, 41 (1) : 3-18.
- Dechairo-Marino, A. E., Jordan-Marsh,M, Traiger, G.Et Saulo, M.(2001).Nurse/ physician collaboration : Action research and lessons learned. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 223-232.
- Disch,J.(2001). Strengthening nursing and interdisciplinary collaboration. *Journal of Profesional Nursing Administration*, 31(5),223-232.
- Freeth, D. (2001). Sustaining interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 15 : 37-46.
- Gendron, M. (2010). Le coaching : rôle essentiel du gestionnaire. Groupe Conseil CFC., Présentation au CHUS novembre 2010.
- Ginsburg, L. et Tregunno, D. (2005). New approaches to interprofessional education and collaborative practice: Lessons from the organizational change literature. *Journal of interprofessional care*, 19 (Suppl. 1) : 000-000.
- Glickman S.W; Baggett K.A.; Krubert C.G., Peterson E.D; Schulman K. A. (2007). *Promoting quality: the health - care organisation from a management perspective*. *International Journal for quality in Health Care: Volume 19 Number 6*:pp.341-348.
- Hébert R. (1997). Définition du concept d'interdisciplinarité. Colloque : « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité ». Québec, 4 et 5 avril 1997. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Henneman E.A., Lee J.L. et Cohen J.I., (1995). Collaboration: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103-109.
- Hetherington R.W. (1991). The effects of formalization on departments of a multi-hospital system. *Journal of Management Studies*, 28 (2), pp. 103-141.
- Kenny, G. (2002). The importance of nursing values in interprofessional collaboration. *British Journal of Nursing*, 11 : 65-68.
- Kerfoot, K. (2002). The synergy model in practice: the leader as synergist. *Critical Care Nursing*, 22: 126-127.
- Larivière, C. et Ricard, C. (2010). L'interdisciplinarité comment l'actualiser dans nos équipes de travail ? Colloque des

- conseils multidisciplinaires du Québec, octobre 2010.
- Leprohon, J. (2000). Vers une culture d'amélioration continue. *L'infirmière du Québec*.
- Lindeke, L.L. et Block, D.E. (1998). Maintaining Professional Integrity in the Midst of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Outlook*, September/October : 213-218.
- Lindeke, L. L., et Sieckert, A.M.(2005). Nurse –physician workplace collaboration. *Online Journal of Issues in nursing*, 10(1),Manuscript 4. Retrieved August 24, 2007, from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANaperiodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No1Jan05/tpc26_416011.aspx
- Loisel P., Durand M-J., Baril R., Gervais J., Falardeau M. (2005). Interorganizational Collaborations in Occupational Rehabilitation: Perceptions of an Interdisciplinary Rehabilitation Team. *Journal of Rehabilitation*, 15 (4), pp. 581-590.
- Loisel P., Falardeau M., Baril R., Durand M-J., Langley A., Sauvé S., Gervais J. (2005). The values underlying team decision-making in work rehabilitation for musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation*, 27 (10), pp. 561-569.
- Lopopolo, R. B. (2001). Development of the Professional Role Behaviors Survey (PROBES). *Physical Therapy*, 81 (7): 1317-1327.
- Mc Callin,A. (2001). Interdisciplinary practice-a matter of teamwork : An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 419-428.
- Michel P; Salmi L.R; Sibé M; Salmi M.-T; *Évaluer les processus en santé :importance et limites actuelles*. *Rev. Épidém. et Santé Publ.*, 2000, 48,571-582.
- Mizrahi,T., Abramson,J.S., (2000). Collaboration between social workers and physicians : Perspectives on a shared case.*Social Work in health Care*,31(3),1-24.
- Nelson E.C.; Batalden P.B; Huber.T.P; Mohr J.J; Godfrey M.M; Headrick L.A; Wasson J.H. (2002). Microsystems in Health Care: Part.1 *Learning from High-Performing Front-line Clinical Units*. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28 (9): 472-494.
- Oandasan, I., Baker, R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., Kimpton, S., Lemieux-Charles, L., Nasmith, L., San Martin Rodriguez, L., Tepper, J. & Way, D. (2006). *Le travail en équipe dans les Services de santé au Canada : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Petri (2010). Concept analysis of interdisciplinarity collaboration. *Nursing Forum*, 45 (2), p. 73-82.
- Phaneuf M ; Gadbois C; *Interdisciplinarité et plan thérapeutique infirmier*, 2003, OIIQ
- Roberge D., Denis J.L., Cazale L., Comtois É., Pineault R., Touati N., Tremblay D. (2004). Évaluation du réseau intégré de soins et de services en oncologie : l'expérience de la Montérégie. Rapport final de recherche. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé. Disponible au : http://www.goias-quebec.com/app/DocRepository/1/MissionNovembre2005EvaluationSystemes/FR_RapportFinal_oncologie.pdf
- Roussel P. (1996). Rémunération, motivation et satisfaction au travail. *Economica*, Collection Recherche en Gestion, Paris, 1996.
- Sicotte C., D'Amour D., Moreault M-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, 55, pp. 991-1003.
- Sullivan, T. J. (1998). *Collaboration. A health care imperative*. New York: McGraw-Hill.
- Vazirani,S., Hays, R.D., Shapiro, M.F., et Cowan, M., 2005. Effect of multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care*,14(1).71-77.
- Weiss DJ, Dawis RV, England GW, Lofquise LH. (1967). Minnesota studies in vocational rehabilitation : 22, manual for Minnesota Satisfaction Questionnaire. *Vocational Psychology Research*, University of Minnesota.
- Wiecha, J. et Pollard, T. (2004). The interdisciplinary eHealth team : chronic care for the future. *Journal of Medical Internet Research*, 6: e22.
- Yeager, S. (2005). Interdisciplinary Collaboration: The Heart and Soul of Health Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17: 143-148.
- Zeiss A.M., Steffen A.M. (2001). Interdisciplinary Health Care Teams in Geriatrics: An International Model. In A.S.

Bellack & M. Hersen (Eds). *Comprehensive Clinical Psychology*. Vol. 7. Chapter 7.24. pp. 551-570. London: Pergamon Press.

Zwarenstein, M., et Bryant, W.(2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *The Cochrane Collaboration*, 3. Retrieved October 19, 2006, from <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/re10001/CD000072/frame.html>.

Zwarenstein, Reeves et Perrier (2005). Effectiveness of pre-licensure interdisciplinary education and post-licensure collaborative interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl. 1), pp. 148-165.

Annexe I

Description des problématiques en 2006-2007 (CSSSAE, 2009)

Les constats soulevés au moment d'une première réflexion (au temps 0) par les professionnels et les partenaires consultés sont les suivants:

- La difficulté de prise en charge de cas complexes avec risque de complication par les spécialistes de 2^e niveau due à un manque d'accessibilité rapide.
- L'investigation préalable des usagers (avant la référence en spécialité) est souvent insuffisante et elle doit fréquemment être complétée, ce qui ajoute au délai de traitement.
- Les territoires d'Arthabaska-et-de-l'Érable sont aux prises avec une problématique d'accès aux médecins de famille. Certains usagers n'ont pas de médecin de famille et, pour d'autres, il est très difficile d'obtenir un rendez-vous avec leur médecin dans le délai que leur condition requiert. Ainsi, les usagers doivent souvent se présenter dans les cliniques médicales sans rendez-vous ou à l'urgence, ce qui entraîne un engorgement de ces services, un manque de continuité dans les soins, etc. On remarque aussi que certains médecins ne sont pas à l'aise avec certaines approches de traitement tel que l'infiltration.
- Le délai pour établir un diagnostic précis et prendre en charge certains usagers est souvent beaucoup trop long, ce qui a pour impact d'entraîner une détérioration de la condition de l'utilisateur, une démotivation face à sa récupération et une perte de qualité de vie. L'utilisateur compromet même ses chances d'un éventuel retour au travail. C'est le cas pour la clientèle qui ne fait pas partie des programmes de la SAAQ, de la CSST ou qui ne détient pas une assurance privée.
- La référence à une ressource plus spécialisée s'avère aussi très problématique. En date du rapport de juillet 2006 (temps 0), notre réseau est aux prises avec des délais d'attente importants pour une évaluation dans certains services. Voici un portrait des délais d'attente avant l'implantation du projet :

Attente en physiothérapie en services courants *	6 mois
Attente pour une consultation en orthopédie **	465 jours
Attente pour le suivi postopératoire	N/D
Attente pour une chirurgie ***	6 mois

Source :

* liste d'attente au service de réadaptation SIREADAPT

** liste d'attente au cabinet des orthopédistes

*** liste d'attente du logiciel Gestred du bloc opératoire

- D'autre part, parmi la clientèle de notre liste d'attente, nous retrouvons des personnes âgées ambulatoires de plus de 65 ans. Nous considérons cette population comme étant très vulnérable. Par exemple, pour certains usagers âgés de plus de 65 ans, les délais de prise en charge sont très longs par rapport à d'autres clientèles, par exemple la CSST, et peuvent compromettre leur récupération et leur maintien à domicile. Un usager présentant une diminution de sa capacité fonctionnelle peut aussi paraître un fardeau pour son entourage, son ou sa conjointe, ou sa famille et devenir dans l'obligation d'être placé en hébergement, temporairement ou en permanence. Nonobstant des impacts biopsychosociaux chez cet usager, les coûts supplémentaires au système de santé engendrés par ces délais d'attente sont considérables, même si difficiles à mesurer.

- L'accès aux services n'est pas uniforme dans les différents points de service selon l'âge, le lieu de résidence, etc.
- La mauvaise utilisation des ressources professionnelles. Avec l'arrivée de la loi n° 90, il faudra revoir la bonne utilisation des ressources en réadaptation.
- Le recrutement et la rétention de certains professionnels posent des difficultés, ce qui entraîne des mouvements importants de personnel, une perte d'expertise, une diminution de l'efficacité des équipes, etc.
- En ce qui a trait aux effectifs médicaux en orthopédie, on observe déjà une pénurie au Québec. La population vieillissante, la retraite prévisible des membres *seniors* ainsi que le peu d'admissions dans le programme universitaire en orthopédie laissent présager que la situation n'ira pas en s'améliorant. Il faut donc envisager rapidement un changement de pratique pour éviter que la situation ne se détériore. On constate également une insuffisance budgétaire actuelle pour répondre à l'ensemble de la demande.

Annexe II

Description des problématiques en 2009 (CSSSAE, 2009)

En octobre 2009, voici les problèmes rencontrés, qui ne sont pas les mêmes qu'en 2006 :

- L'accès au service orthopédique se fait par le biais de deux guichets : la clinique musculosquelettique et le bureau privé.
- On constate que le problème d'origine d'accès à l'orthopédiste se transpose sur celui du service de physiothérapie de la clinique de musculo-thérapie. Ce qui s'explique par le fait que l'orthopédiste ne voit plus qu'un faible pourcentage de la clientèle.
- Le manque de ressources professionnelles, ce qui rend l'accès plus difficile.
- L'instabilité du projet qui amène de la confusion pour l'équipe et pour les médecins référents.
- L'absence de titularisation de certains professionnels de l'équipe par la non-récurrence du projet.
- Les lieux physiques qui ne permettent pas un échange optimal entre les professionnels et les orthopédistes. Cette situation est partiellement corrigée et il est prévu que des travaux permettant la réalisation de nouveaux locaux afin de regrouper l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire, seront réalisés en juillet 2010.
- Les outils qui fourniraient un cadre légal à la pratique ne sont pas tous officialisés.
- Il arrive encore que les demandes nous parviennent sans les informations requises nécessaires à la priorisation.
- Une grande partie de notre clientèle est composée de cas complexes qui nécessitent l'intervention de plus d'un professionnel et un temps de traitement prolongé, ce qui engendre un goulot d'étranglement en physiothérapie, principalement.
- Un problème de facturation a fait en sorte que les omnipraticiens, qui s'impliquaient dans l'équipe, ont perdu de l'intérêt pour le projet.
- Les usagers avec un problème de douleur chronique auraient besoin d'un encadrement plus spécialisé, soit par l'accès facile à un pharmacien ou l'élaboration d'une clinique de la douleur.

Depuis le début du projet, nos réalités ont changé quant aux effectifs médicaux. Nous avons maintenant cinq chirurgiens orthopédistes, dont un qui ne fait que des chirurgies mineures, mais qui donne un support non négligeable à l'équipe.

Annexe III : Demande de consultation

Centre de santé et de services sociaux
d'Arthabaska-et-de-l'Érable

DOCUMENT DE TRAVAIL

DEMANDE DE CONSULTATION SERVICES INTERDISCIPLINAIRES D'ORTHOPÉDIE

RÉFÉRENCE

RÉFÉRENCE À L'ORTHOPÉDISTE (Spécifier le nom si requis) :

- Immédiat ou < de 1 semaine
Appel nécessaire à l'orthopédiste ou à l'infirmière de la clinique externe
- Semi-urgent
Consultation < 3 mois
- Électif

RÉFÉRENCE À LA CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE

- Électif prioritaire
Consultation dans un délai de < 6 semaines
- Électif

2. MOTIF DE LA DEMANDE

Préciser diagnostic Déterminer si indication chirurgicale
Préciser plan de traitement et prise en charge conjointe si nécessaire

3. DIAGNOSTIC (si connu)

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET TRAITEMENTS REÇUS

5. ÉVALUATION PARACLINIQUE (joindre documents pertinents)

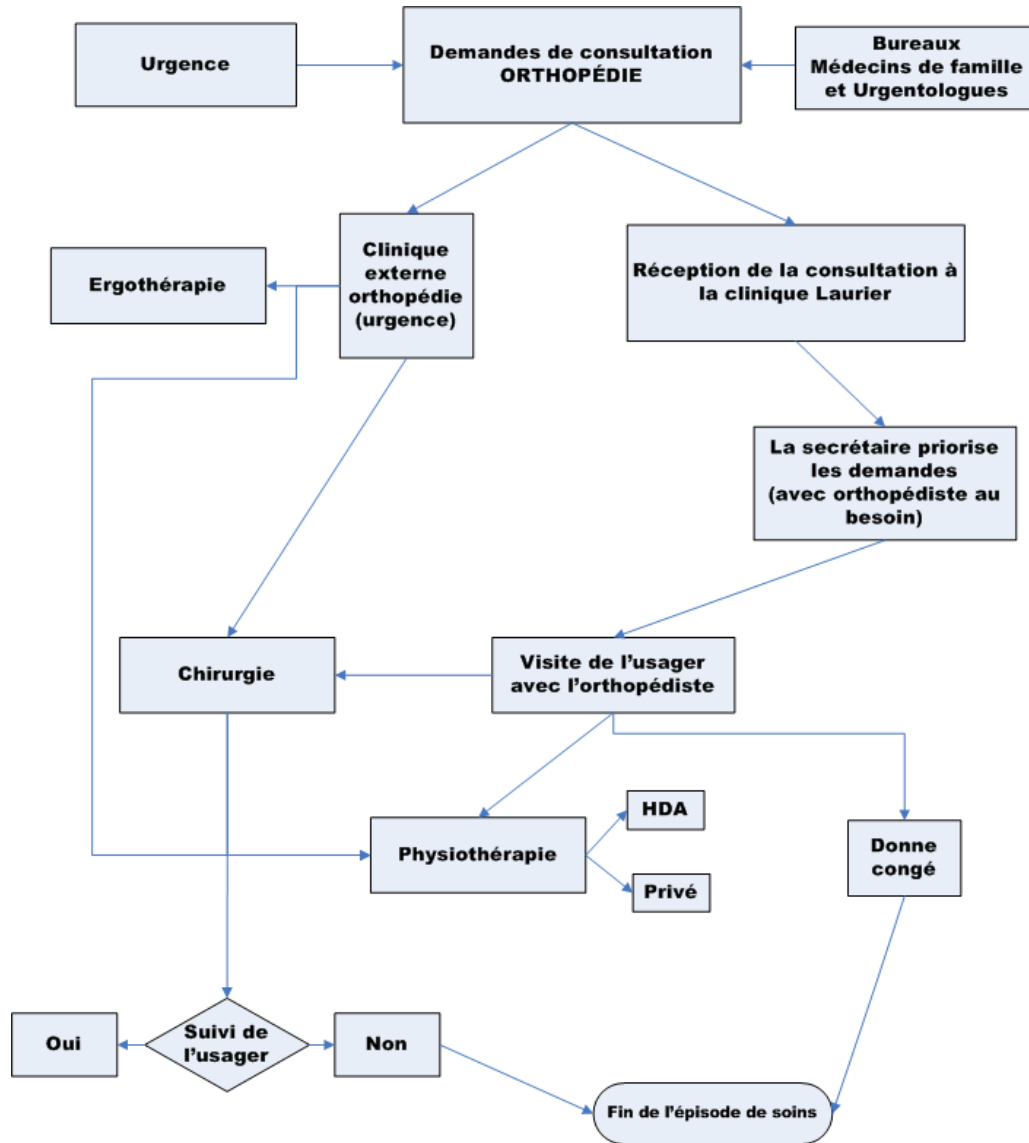
CSST SAAQ Date de l'accident : _____

Signature du médecin

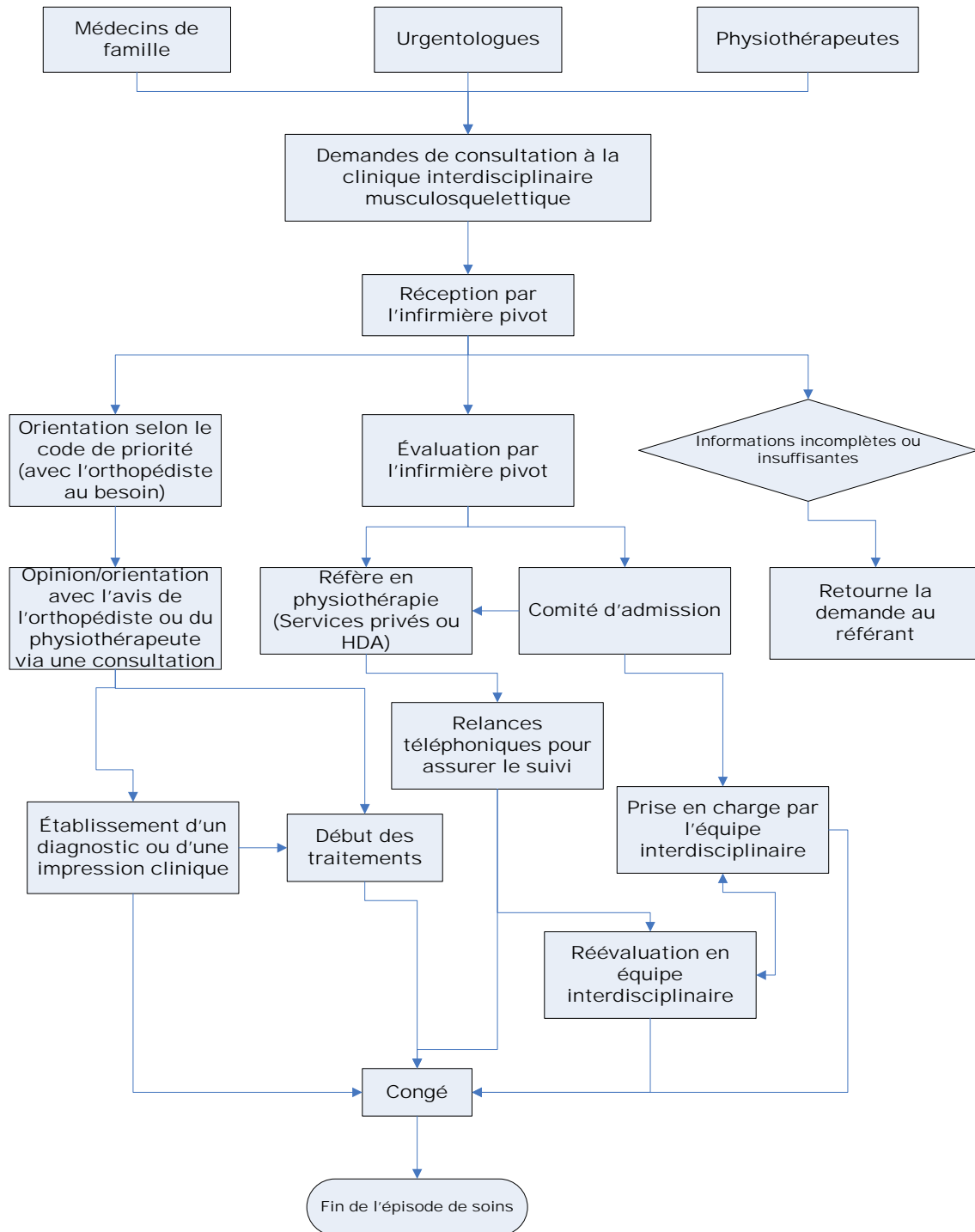
No. permis

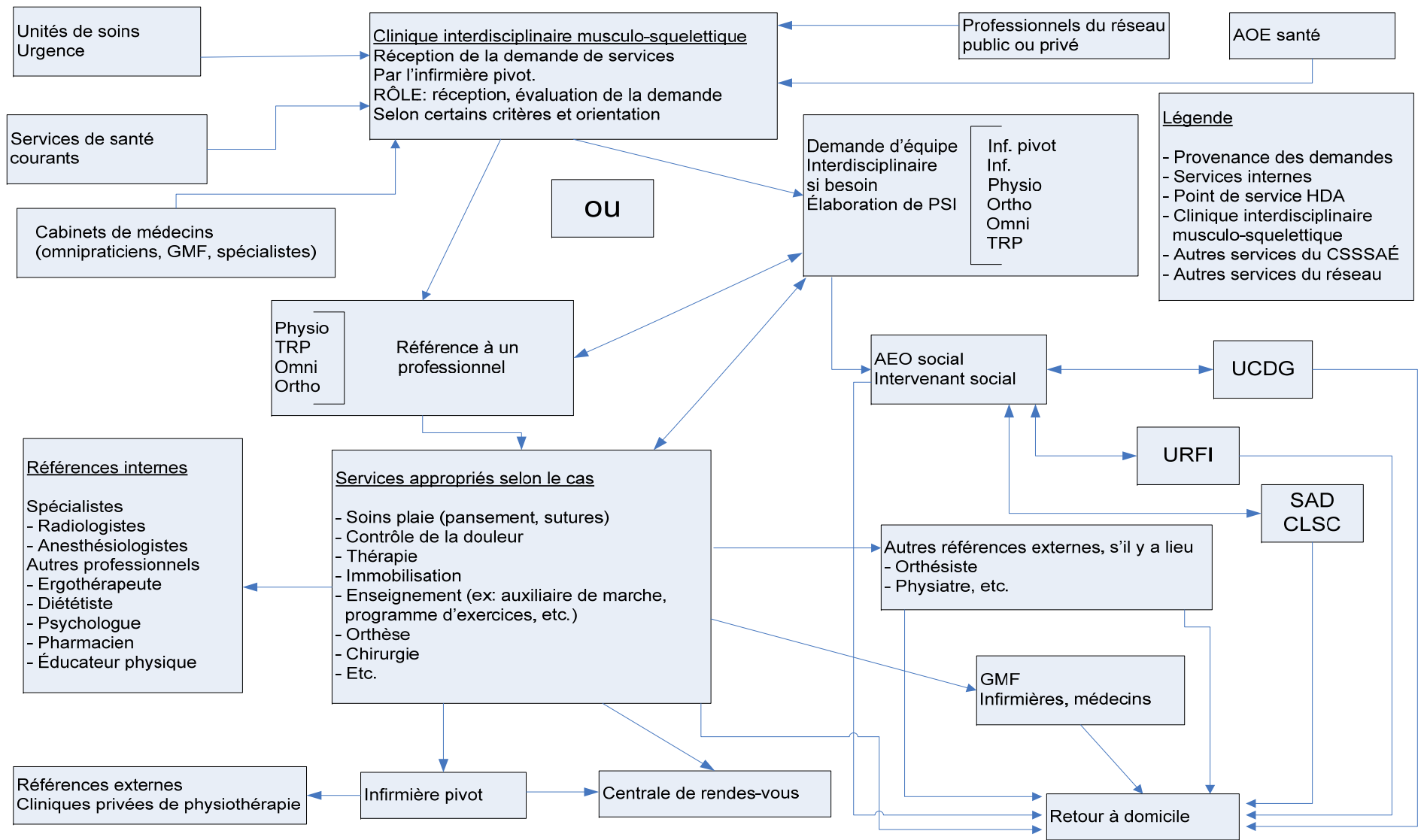
Annexe IV : Cartographies

Cartographie des processus avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique



Cartographies des processus après la mise en place de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique





Annexe V

Tableau des pathologies (octobre 2009)

No	Principaux problèmes musculosquelettiques	Pourcentage relatif (nb problème/nb total)	
1	Lésion méniscale*	28 / 293	9.55%
2	Hallux valgus (vu par orthopédiste directement)	13 / 293	4.44%
3	Tendinite à l'épaule	15 / 293	5.11%
4	Gonarthrose	20 / 293	6.83%
5	Gonalgie	13 / 293	4.43%
6	Rupture coiffe des rotateurs	2 / 293	0.68%
7	Tunnel carpien (vu par orthopédiste directement)	20 / 293	6.83%
8	Kyste synovial doigt poignet (vu par orthopédiste directement)	19 / 293	6.48%
9	Épicondylite	6 / 293	2.05%
10	Coxarthrose	9 / 293	3.07%

*Les lésions méniscales sont souvent associées à l'arthrose

Annexe VI

Outils de collectes de données

Les outils suivants de collectes de données ont été conçus par les professionnels pour mieux cibler les problématiques de l'usager et mieux orienter les interventions des professionnels de la clinique musculosquelettique (disponibles sur demande) :

- Collecte de données évolutives
- Collecte de données évolutives (épaule)
- Collecte de données évolutives (genou)
- Cueillette de données évaluatives (membres inférieurs)
- Cueillette évaluative (poignet-main)
- Cueillette de données évaluatives (épaule-coude)
- Évaluation conjointe ergo/physio (membre supérieur)
- Évaluation cervicale
- Évaluation lombaire/dorsale/S.I.
- Évaluation de l'épaule
- Évaluation coude/poignet et main
- Évaluation du genou
- Évaluation en ergothérapie
- Évaluation neurologique
 - cadran inférieur
 - cadran supérieur

Les questionnaires suivants sont des questionnaires validés internationalement

- Questionnaire Oswestry d'incapacité relié à la douleur lombaire
- Échelle fonctionnelle des membres inférieurs
- Indice d'impact des douleurs du cou et des membres supérieurs sur la vie quotidienne (IDVQ-20)
- Questionnaire DASH sur les incapacités reliées à une atteinte aux membres supérieurs

Annexe VII

Rôles et responsabilités des professionnels de la santé au sein de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique

ORTHOPÉDISTE

L'orthopédiste est le médecin spécialiste de l'évaluation et du traitement des conditions musculosquelettiques complexes, traumatiques ou acquises.

La création d'une clinique interdisciplinaire aura pour avantage d'améliorer l'intervention globale auprès d'un usager atteint d'un problème musculosquelettique. Toute condition non chirurgicale évaluée par l'orthopédiste pourra être suivie et traitée par une équipe d'intervenants spécialisés. L'orthopédiste deviendra ainsi plus accessible pour répondre aux demandes d'évaluation et suivre adéquatement la clientèle chirurgicale.

L'orthopédiste intégré dans la clinique assurera les services suivants :

- Consultations électives, urgentes et interdisciplinaires de la clientèle hospitalisée et ambulatoire;
- Suivi de la clientèle en postopératoire;
- Évaluation interdisciplinaire de la clientèle en préopératoire;
- Chirurgies mineures électives et urgentes;
- Chirurgies majeures (accès au bloc opératoire);
- Participation à l'enseignement;
- Participation à l'élaboration de projets de recherche clinique et de protocoles de suivi systématique de la clientèle;
- Participer aux discussions de cas au besoin;
- Guider la pratique de l'infirmière pivot;
- Donner de la formation pertinente à l'équipe interdisciplinaire et aux omnipraticiens.

OMNIPRATICIEN

Fonctions :

- -Prise en charge et suivi de conditions musculosquelettiques non chirurgicales;
- -Évaluation interdisciplinaire de la clientèle;
- -Enseignement aux résidents de médecine familiale et externes;
- -Participation à l'élaboration de projets de recherche clinique;
- -Participation à la formation continue à l'interne;
- -Participation aux discussions de cas, si requis.

INFIRMIÈRE PIVOT

- Être détenteur d'un baccalauréat ou en voie d'obtention;
- Être membre en règle de l'OIIQ;
- Expérience pertinente auprès de la clientèle orthopédique;
- Expérience pertinente de coordination des services.

Fonctions :

- Recevoir toutes les requêtes spécifiques à cette clinique, les évaluer et orienter l'utilisateur au professionnel concerné, selon les critères établis.
- Transmettre l'information nécessaire aux différents professionnels sur l'état de l'utilisateur.
- Informer l'utilisateur des services qu'offre le programme de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique.
- Établir un plan de traitement en interdisciplinarité, si requis, pour les usagers qui lui sont référés.
- Évaluer toute condition urgente de l'utilisateur.
- Identifier les besoins de l'utilisateur.
- Organiser et animer les rencontres interdisciplinaires.
- Développer et assurer des suivis systématiques de la clientèle en orthopédie.
- Préparer et suivre des tableaux d'indicateurs de performance.
- Assurer une gestion efficace des ressources et de l'utilisation des locaux et du matériel.
- S'engager à suivre une formation spécialisée en orthopédie lorsque le programme sera établi.
- Établir et s'assurer de l'application du plan thérapeutique infirmier (PTI).
- Guider l'utilisateur dans le cheminement complexe du processus de soins et de services, du moment de la référence jusqu'à la fin du suivi.
- S'assurer que le milieu de vie de l'utilisateur est adéquat et sécuritaire, s'il y a lieu; donc assurer ses besoins biopsychosociaux.
- Élaborer, à l'aide des principaux intervenants concernés, des protocoles qui visent à déterminer le type de prise en charge des usagers.
- Voir à faire appliquer, par l'équipe, les algorithmes découlant des protocoles.
- Évaluer l'efficacité et l'efficience des protocoles et proposer des modifications et les faire accepter au besoin.
- Participer à la formation continue à l'interne.

INFIRMIÈRE À LA CLINIQUE EXTERNE

Fonctions :

- Accueillir les usagers.
- Donner les rendez-vous.
- Orienter l'utilisateur vers les autres services.
- Installer l'utilisateur dans la salle.
- Enlever et refaire les pansements, les points de suture.
- Assister les médecins.
- Donner de l'enseignement aux usagers (plâtre, ablation de points).
- Refaire, vérifier les plâtres.
- Vérifier la compréhension de l'utilisateur sur l'auxiliaire à la marche.
- Faire la gestion des urgences.
- Récupérer à l'écran les résultats des radiographies de l'utilisateur.
- Installer attelles thoraco, bandage en 8, autre que plâtrée.
- Faire clinique de changement de pansements.
- Aller sur les unités de soins pour les usagers qui ne peuvent se rendre à la clinique.
- Faire les immobilisations prescrites par les médecins de l'extérieur.
- Vérifier les horaires des médecins.
- Évaluer des plaies.
- Évaluer la douleur.
- Participer à la formation continue à l'interne.

Le rôle de l'infirmière en clinique externe d'orthopédie n'a pas été touché jusqu'à maintenant. Lorsqu'une partie de la clinique musculosquelettique sera dans les mêmes lieux physiques que la clinique externe

d'orthopédie, nous devons revoir le rôle du personnel en externe.

PHYSIOTHÉRAPEUTE

Exigences

- Détenir un Baccalauréat en sciences (Bsc) en physiothérapie.
- Être membre de l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec.
- Avoir au moins 3 à 5 années d'expérience en orthopédie.
- Avoir réussi un quadrant 2 en thérapie manuelle (ou équivalent avec réussite de l'examen).
- Avoir suivi des cours de formation post-graduée pertinente pour la pratique en orthopédie, etc. Ces cours doivent être reconnus par l'Association canadienne de physiothérapie (ACP), l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec (OPPQ) ou autres associations professionnelles.

Fonctions :

- Rôle de physiothérapeute-conseil auprès de ses pairs, de par sa formation diversifiée en thérapie manuelle, en évaluation de la douleur chronique et de par ses expériences dans différents milieux.
- Évaluer et orienter l'utilisateur selon les normes reconnues de la profession.
- Déterminer la nature, le degré et l'impact de la lésion sur le rendement fonctionnel de l'utilisateur.
- Discuter avec l'utilisateur du potentiel de récupération possible.
- Élaborer un plan de traitement visant la participation active de l'utilisateur.
- Renseigner l'utilisateur sur les objectifs à atteindre.
- Assurer le traitement requis à sa condition.
- Assurer le suivi de la condition de l'utilisateur.
- Travailler de concert avec la thérapeute en réadaptation.
- Référer l'utilisateur à l'orthopédiste afin de déterminer la pertinence d'une chirurgie ou pour une opinion diagnostique.
- Procéder à l'évaluation objective de l'utilisateur avec tests puis, référence à l'orthopédiste pour prise en charge lorsque requis.
- Référer à l'omnipraticien pour opinion diagnostique, ajustement de la médication, possibilité d'infiltration ou pour tout autre problème de santé qui interfère avec l'évolution de sa condition.
- Référer à un ou des professionnels concernés selon la condition que présente l'utilisateur : ergothérapeute, orthésiste, thérapeute en réadaptation, diététiste, psychologue, etc.
- Développer des protocoles de réadaptation postopératoires en collaboration avec les orthopédistes et faire la mise à jour régulière de ceux-ci.
- Faire une mise à jour régulière des connaissances pour une clientèle musculosquelettique (lecture, congrès, cours de formation, etc.).
- Participer aux rencontres interdisciplinaires.
- Participer à la formation continue à l'interne.

THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION

Exigences :

- Doit détenir un diplôme d'études collégiales en technique de réadaptation.
- Doit avoir un minimum de deux ans d'expérience avec une clientèle orthopédique.
- Doit avoir fait de la formation continue pour répondre aux besoins d'une clientèle orthopédique.

Fonctions :

- Enseigner des exercices et prodiguer des conseils pour les usagers en postimmobilisation.
- Fournir un auxiliaire de marche, selon le besoin, faire l'ajustement et donner les conseils pertinents.
- Faire le choix des traitements qui seront appliqués à l'utilisateur sous les recommandations de l'orthopédiste, de l'omnipraticien ou du physiothérapeute qui auront, au préalable, déterminé l'orientation de traitement.
- Assurer le suivi de l'utilisateur en collaboration avec les membres de l'équipe.
- Référer au besoin au physiothérapeute lors d'un changement inhabituel dans la condition de l'utilisateur.
- Référer l'utilisateur au physiothérapeute lors de l'atteinte maximale de récupération.
- Participer aux réunions interdisciplinaires.
- Faire une mise à jour régulière des connaissances pour une clientèle musculosquelettique.
- Participer à la formation continue à l'interne.
- Avoir une pratique conforme au décret d'intégration des techniciens en réadaptation physique à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes.

ERGOTHÉRAPEUTE

- Détenir un baccalauréat en ergothérapie
- Être membre de l'Ordre des ergothérapeutes

Fonctions :

- Intervenir auprès de l'utilisateur dans le but d'améliorer sa qualité de vie et augmenter son niveau d'autonomie (capacité à réaliser ses activités régulières).
- Évaluer les habiletés fonctionnelles.
- Déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention.
- Conseiller, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, tels les principes d'hygiène posturale et d'économie d'énergie.
- Compenser les incapacités en conseillant l'utilisation d'aides techniques ou en adaptant l'environnement.
- Développer une expertise en évaluation/intervention auprès des travailleurs (sans le faire sur place).
- Référer à un autre professionnel, lorsque requis.
- Participer aux rencontres interdisciplinaires.
- Participer à la formation continue.

PSYCHOLOGUE

Exigences :

- Détenir une maîtrise ou un Ph.D. en psychologie.
- Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec.

Fonctions :

- Offrir du support, de l'accompagnement et de la psychothérapie brève à la clientèle de la clinique musculosquelettique.
- Évaluation psychologique de l'utilisateur.
- Évaluation des ressources psychologiques et sociales.
- Évaluation des stratégies d'adaptation de l'utilisateur.
- Évaluation des attentes de l'utilisateur.
- Établissement d'un plan d'intervention.
- Évaluation de la douleur et soulagement de cette dernière.
- Offrir le suivi nécessaire aux usagers.
- Échanges avec le médecin de famille, si nécessaire (si médication requise).
- Être présent lors des rencontres de l'équipe interdisciplinaire.
- Échanger avec l'équipe interdisciplinaire sur l'évaluation de la santé globale de l'utilisateur (autant physique que psychologique).
- Référer l'utilisateur à un ou des professionnels concernés selon la condition que présente l'utilisateur : ergothérapeute, diététiste, physiothérapeute, thérapeute en réadaptation.

NUTRITIONNISTE

Fonctions :

- Favoriser une modification des habitudes de vie ayant pour objectif une perte pondérale graduelle et modérée.
- Effectuer l'évaluation des habitudes alimentaires actuelles.
- Faire l'enseignement approprié en tenant compte des différentes pathologies existantes (ex. : diabète, hypercholestérolémie, etc.).
- Enrichir l'alimentation en énergie et en protéines lors de plaies qui guérissent difficilement ou lors de perte de poids causée par la douleur.
- Offrir le suivi nécessaire aux usagers.
- Faire une mise à jour régulière des connaissances pour une clientèle musculosquelettique.
- Assister aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire.

Annexe VIII

Niveau d'implantation des cliniques selon les recommandations tirées de la littérature

Indiquer par un X les éléments inclus dans votre clinique actuellement et par un Q les éléments qui seront implantés prochainement et indiquer la date approximative de l'implantation réalisée ou prévue. Veuillez laisser le champ vide si l'élément ne fait et ne fera pas partie de votre clinique.

Recommandations	Inclus dans votre clinique	Date de l'implantation
1. Mettre en place un poste de professionnel pivot. Lequel ?	X infirmière pivot depuis juin 2007 une 2 ^e de septembre à novembre 2009	
2. Adjoindre au besoin un autre professionnel au professionnel pivot pour une meilleure répartition des tâches.	X 2 ^e infirmière pivot d'août à novembre 2009	
3. Développer les protocoles de soins préexistants en s'appuyant sur les points suivants.		
a. Établir clairement le rôle et les responsabilités de chacun des membres de l'équipe médicale.	X Rôle de chacun des professionnels établi au départ et réévalué à plusieurs reprises en cours d'implantation Pour les médecins : rien de formel. Je peux mentionner que Dr Pascale Larochelle, chef du département d'orthopédie et aussi notre médecin répondant pour la clinique.	
b. Évaluer la possibilité de permettre à certains professionnels autres que médecin de faire la demande de certains tests diagnostiques (radiographie, bilan sanguin, myélographie, IRM, etc.) sous la supervision d'un médecin, et le cas échéant permettre l'établissement d'ordonnances collectives.	X depuis septembre 2007 (entente entre l'infirmière pivot et l'orthopédiste) Ordonnance collective à faire	
c. Évaluer la possibilité de permettre à certains professionnels d'inscrire certains usagers directement sur une liste d'attente pour chirurgie, sous la supervision d'un médecin.	Non	

Recommandations	Inclus dans votre clinique	Date de l'implantation
d. Donner la possibilité à certains professionnels de pouvoir référer l'utilisateur à des spécialistes situés à l'extérieur de la clinique, sous supervision d'un médecin et/ou d'un comité interdisciplinaire.	Non	
Permettre, quand cela est souhaitable, à certains professionnels de pratiquer certains actes auparavant dévolus au chirurgien orthopédiste (infiltrations, etc.).	Non	
4. Organiser des séances de formation complémentaires et/ou continues pour les nouveaux praticiens, y compris pour les omnipraticiens qui le désirent (e.g. pratique de l'infiltration).	X automne 2007 et hiver 2008	
5. Ouverture d'une salle de chirurgie mineure si besoin est.		O dans le prochain PDCI
6. Favoriser la tenue de réunions interdisciplinaire sur une base hebdomadaire pour discuter de tous les nouveaux cas non référés au médecin orthopédiste ainsi que des suivis complexes.	X toutes les semaines depuis l'automne 2008	
7. S'assurer régulièrement du respect du protocole de soins et des responsabilités accordées à chacun.	X Réunion d'équipe aux 6 semaines avec la coordonnatrice	
8. Regrouper physiquement les différents services de l'hôpital reliés aux problèmes musculosquelettiques.		O au printemps 2010
9. Mettre en commun les ressources des différents services concernés pour le triage des usagers aux prises avec des problèmes musculosquelettiques.	Non	
10. Favoriser la coopération et la confiance au sein de l'équipe médicale.	X Par le biais de l'infirmière pivot	
11. Mettre en place des séances d'informations pour les usagers sur des thèmes spécifiques.	Non	
12. Favoriser le suivi par téléphone des infiltrations et des chirurgies simples.	X Occasionnellement avant la prise de rendez-vous Depuis septembre 2007	
13. Mettre en place un système d'actualisation continue des listes	X Avec le logiciel ADT Logibec,	

Recommandations	Inclus dans votre clinique	Date de l'implantation
d'attente et des dossiers des usagers.	depuis juin 2009	
14. Informatiser les documents utiles au suivi des usagers et au parcours de ces derniers entre les différents professionnels ainsi que les documents utiles à l'évaluation continue de l'organisation des soins : dossiers des usagers, listes d'attentes, etc.	Pas de dossier patient informatisé	
15. Favoriser la mise en place d'un système de rappel téléphonique de l'utilisateur peu de temps avant son rendez-vous afin de s'assurer que la consultation est toujours voulue et/ou nécessaire et rappeler à l'utilisateur d'apporter avec lui les documents utiles.	Les usagers souvent appelés à la dernière minute, donc pas besoin de rappeler. On vérifie alors la pertinence de la demande et on leur demande d'apporter leur liste de médicaments et autres documents requis.	
16. Si un changement dans l'état de l'utilisateur se produit, prévoir de lui administrer un questionnaire par téléphone afin d'évaluer si son degré de priorisation doit changer (Lowry et Lewis, 2004).	Si l'utilisateur nous prévient d'un changement, l'infirmière fait une petite évaluation téléphonique. Rien de formel concernant le questionnaire. Elle inscrit sa note sur le formulaire de « notes complémentaires »	
17. Amélioration et standardisation des feuilles de demande de consultation remplies par les omnipraticiens afin de procéder à une meilleure présélection et à une meilleure priorisation des demandes.	X Nouvelle requête depuis septembre 2007, révisée en octobre 2009	
18. Prévoir lors de la standardisation de ces feuilles de demande de consultation à ce que soient fournies des informations plus détaillées sur les symptômes, mais aussi sur les examens en imagerie diagnostique (date, lieu, numéro). Ces informations utiles seront obtenues après avoir interrogé les médecins orthopédistes sur ce qu'il est nécessaire de savoir pour parvenir à une meilleure présélection et à une meilleure priorisation des demandes.	X	
19. S'assurer que ces nouvelles feuilles de demande de consultation sont bien acceptées par les omnipraticiens et qu'elles sont utiles. Afin de permettre	X Fait en septembre 2007	O Une prochaine rencontre est prévue en novembre 2009, pour présenter la requête revue et corrigée et pour

Recommandations	Inclus dans votre clinique	Date de l'implantation
une utilisation optimale de cette feuille de demande de consultation, il pourrait être utile d'organiser des séances d'informations et/ou de formation auprès de médecins omnipraticiens.		l'information que les « guides de pratique » élaborés par le Dre Larochelle pour les médecins référents. Outil de travail qui sera apprécié afin de référer au bon moment.
20. Mettre en place une ligne de téléphone à laquelle les omnipraticiens auront accès en cas de doute sur la nécessité de référer un usager en clinique.	X Au poste de l'infirmière pivot ou à la clinique externe d'orthopédie	
21. Renforcer la collaboration avec les équipes de soins primaires.	X Bonne collaboration, échange et formation donnée aux omni et à l'équipe de réadaptation	
22. Renforcer la collaboration avec la maternité pour la détection de certains problèmes musculosquelettiques.	Non	
23. Si cela est possible, charger les professionnels pivots de réaliser certains programmes de dépistage : dysplasie de la hanche, etc.	Non	
24. Instaurer une coopération active entre différents établissements de santé et/ou professionnels de santé : clinique de douleur, clinique de gériatrie, podologue, acupuncteur, chiropraticien, ostéopathe, etc.	X Fait avec les cliniques privées de physiothérapeutes de la région Arthabaska-Érable	
25. Organiser un système de physiothérapeute(s) itinérant(s) : déplacements dans les cliniques de médecins omnipraticiens.	Non	
26. Toujours informer l'usager du titre de la personne qui l'évalue.	X	
27. Informer l'usager qu'il a toujours la possibilité de voir un médecin orthopédiste s'il le souhaite, mais que cela exigera un délai d'attente supplémentaire.	X	
28. Rendre visibles et compréhensibles les moyens de parvenir aux objectifs auprès du personnel de santé de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique.	X Discussion lors de nos rencontres d'équipe aux 6 semaines	

Recommandations	Inclus dans votre clinique	Date de l'implantation
29. Vérifier, au cours d'une réunion de groupe, avec les membres du personnel de santé, la connaissance et la compréhension de la place et du rôle de chacun au sein de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique.	X Fait dernièrement en octobre 2009, lors d'une réunion d'équipe	
30. Publiciser les rapports d'évolution du projet auprès du personnel de santé de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique.	X	
31. Mettre en place un comité visant à établir une liste des actes médicaux pouvant être délégués à du personnel de santé autre que le médecin orthopédiste.	Non	
32. Lorsque des recommandations sont données à l'utilisateur (exercices physiques, régime alimentaire, etc.), veiller à ce que celles-ci soient mises par écrit, ou, si un dépliant est disponible, à le donner à l'utilisateur.	X Programme d'exercices remis papier	

Annexe IX

Production chirurgicale et nombre de professionnels actifs

Production chirurgicale				
2006-2007				
Type chirurgie	Cible	Résultats	Orthopédistes actifs (ETC)	Anesthésistes actifs (ETC)
PTH	73	91	4	6
PTG	86	104	4	6
Autre	N/A	2379	4	4
2007-2008				
Type chirurgie	Cible	Résultats	Orthopédistes actifs (ETC)	Anesthésistes actifs (ETC)
PTH	65	66	1,8	6
PTG	76	108	1,8	6
Autre	N/A	2289	1,8	6
2008-2009				
Type chirurgie	Cible	Résultats	Orthopédistes actifs (ETC)	Anesthésistes actifs (ETC)
PTH	68	66	3	6
PTG	108	112	3	6
Autre	N/A	2460	3	6
2009-2010				
Type de chirurgie	Cible	Résultats	Orthopédistes actifs (ETC)	
PTH	68	94	4	6
PTG	108	121	4	6
Autres	N/A	2287	4	6

Annexe X

Calcul du coût pour l'obtention de la première visite

Coût moyen par patient lors des visites réalisées par les professionnels de la clinique

Orthopédiste : 511 patients à 59,60\$ = 30455,60\$

Infirmière pivot : 149 patients à 40,31\$ à 60 min par patient = 6006,19\$

Physiothérapeute : 130 patients à 40,28\$ à 75 min par patient = 6545,50\$

Ergothérapeute : 17 patients à 40,28\$ à 60 min par patient = 684,76\$

Psychologue : 5 patients à 41,08 à 120 min par patient (60 min consultation, 30 min avant et 30 min après de préparation) = 410,08

Nutritionniste = 6 patients à 39,36\$ à 90 min par patient = 354,24

Total des patients = 818

Coût moyen par patient : 44456,37\$/818 = 54,35\$

Coûts administratifs

Coordonnatrice de la clinique : 140 heures à 45,48\$ pour 2783 visites = 2,29\$³³

Agente administrative : 980 heures à 25,72\$ pour 2783 visites = 9,06\$³⁴

Coût moyen par patient lors des rencontres interdisciplinaires

Infirmier pivot, physiothérapeutes (2) et l'ergothérapeute pour des rencontres de 60 min pour voir 6 patients (50% des dossiers sont examinés en équipe interdisciplinaire)
 $(40,31+40,28*2+40,28)*0,5 / 6 = 13,43\$$

Total = 54,35 + 2,29 + 9,06 + 13,43 = 79,13 \$

³³ Puisque nous sommes incapables de dissocier les heures de suivi des heures pour une première consultation, nous avons fait le calcul pour l'ensemble des visites afin de ne pas surestimer le montant.

³⁴ Ibid.

Annexe XI

Questionnaire d'évaluation de l'interdisciplinarité en santé



Questionnaire d'évaluation de l'interdisciplinarité en santé

Ce questionnaire anonyme est à remplir par tout **intervenant** travaillant dans une **équipe interdisciplinaire en santé, soit en CH, CHU, CSSS et autres.**

Définition: Une **équipe interdisciplinaire** consiste en un « regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifique qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concentrée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches. L'interdisciplinarité exige une synthèse et une harmonisation entre les points de vue qui s'intègrent en un tout cohérent et coordonné. » Hébert (1997).

Définition : Une **équipe multidisciplinaire** consiste en un « regroupement de plusieurs intervenants où chaque professionnel accomplit sa tâche de façon indépendante. Chacun représente sa propre discipline, fait ses propres évaluations, fixe ses propres objectifs, rédige ses rapports, implante sa programmation et en assure le suivi. Il décide seul de ce qui est bon pour le client. Il établit un plan d'intervention et en assume la responsabilité. » (Larivière et Ricard, 1998).

L'objet de ce questionnaire est de **mesurer le degré d'intégration d'une équipe interdisciplinaire** par rapport aux standards établis dans la littérature scientifique.

S.V.P. : Répondez spontanément à partir de la situation réelle dans votre **équipe interdisciplinaire et non pas en considérant la situation que vous souhaiteriez avoir**

Intégration normative	Cotation				
Éléments à considérer	Totallement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Non applicable
<p><i>Vision</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il existe une vision claire des objectifs au sein de l'équipe <ul style="list-style-type: none"> - travailler en synergie afin de prodiguer des soins et services de qualité qui répondent aux besoins de la population cible - contribuer à assurer un meilleur continuum de soins et service pour la population cible - Il existe des moyens clairement identifiés pour atteindre les objectifs - Il existe une spécificité au mandat confié à l'équipe - Je pense que l'interdisciplinarité améliore la coordination des interventions cliniques - Je pense que l'interdisciplinarité permet de mieux répondre aux besoins bio-psycho-sociaux des patients et par conséquent de procurer de meilleurs soins aux patients - Je pense que l'interdisciplinarité procure une plus grande satisfaction aux patients (ex : sentiment de confiance et de sécurité) <p><i>Valeurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les valeurs véhiculées par l'équipe sont partagées par tous, reflètent nos objectifs et favorisent la collaboration interpersonnelle - L'équipe s'entend sur une philosophie commune d'intervention - Les interactions se font dans un climat de confiance et de respect mutuel <p><i>Engagement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les membres de l'équipe croient aux bénéfices du travail en interdisciplinarité - Tous les membres de l'équipe se sentent impliqués dans le bon fonctionnement de l'équipe <p><i>Intérêt pour le travail en interdisciplinarité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le rôle de chacun est considéré utile au bon fonctionnement de l'équipe et à l'atteinte de soins de qualité - La motivation à travailler en groupe est perçue par les membres comme étant importante <p><i>Confiance interprofessionnelle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de confiance dans l'efficacité du travail fourni par les membres de l'équipe - Reconnaissance de l'autonomie professionnelle et de la complémentarité entre les professionnels 					

	Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord	Non applicable
<i>Leadership</i>					
- Il existe un leadership médical au sein de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Il existe un leadership clinico-administratif au sein de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Il existe une complémentarité entre ces deux leaderships	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Il existe un certain partage du leadership entre les membres de l'équipe en fonction des responsabilités de chacun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les deux leaderships exercés contribuent à notre réussite par la stimulation qu'ils nous apportent, leur capacité à clarifier notre mission et notre vision, et en permettant à l'équipe de bien fonctionner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les deux leaderships exercés permettent de créer un climat de confiance en favorisant la communication et la transparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les deux leaderships exercés permettent de prendre des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intégration fonctionnelle	Cotation				
<p>Éléments à considérer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appui administratif - Ressources disponibles - Recrutement et stabilité de l'équipe - Participation aux formations (efforts consentis par l'hôpital) 	Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord	Non applicable
<p><i>Appui administratif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'établissement approuve et soutient l'existence de l'équipe interdisciplinaire - L'établissement permet le travail en interdisciplinarité - L'établissement soutient les membres de l'équipe dans leur processus d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts à la population cible - L'environnement externe est favorable au travail en interdisciplinarité (ex : autres établissements de santé, assureurs, association des usagers des soins et des services, etc.) <p><i>Ressources disponibles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le service dont dépend l'équipe fournit les ressources nécessaires <ul style="list-style-type: none"> - au bon fonctionnement clinique - au bon fonctionnement administratif - à l'intégration des stagiaires - à l'intégration des personnes nouvellement embauchées - à l'encadrement des professionnels dans leurs besoins - au travail de collaboration en interdisciplinarité <p><i>Intégration et stabilité de l'équipe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il existe une bonne intégration du nouveau personnel - Il existe des moyens visant la rétention du personnel (promotion, stabilité, reconnaissance, prime salariale, etc.) <p><i>Participation aux formations</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'établissement encourage tous les professionnels à suivre une formation continue afin de rehausser leurs compétences 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intégration clinique	Cotation				
<p>Éléments à considérer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Composition de l'équipe - Formalisation explicite des rôles - Gestion et fréquence des réunions - Règles de travail et modes de fonctionnement - Fonctionnement interne de travail et mode de résolution des conflits 	Totallement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Non applicable
<p><i>Composition de l'équipe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La composition de l'équipe interdisciplinaire est adéquate pour fournir les soins et services de qualité requis - Travailler en interdisciplinarité ne requiert pas plus de personnel pour fournir des soins de qualité que de travailler en multidisciplinarité (voir définition p. 1), cela requiert surtout d'être organisé de façon différente 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Formalisation explicite des rôles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les rôles et tâches de chacun sont bien définis et formellement documentés par écrit - Le partage des tâches est optimal en ce qui concerne <ul style="list-style-type: none"> - les soins et les services prodigués au patient - le fonctionnement interne de l'équipe - Il existe un arrimage entre les rôles, les tâches et les compétences de chacun dans le travail quotidien 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Gestion et fréquence des réunions</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les réunions permettent <ul style="list-style-type: none"> - de générer des cibles communes vis-à-vis de l'état de santé du patient - d'élaborer des plans d'intervention en commun - de coordonner les actions des différents intervenants - Les rencontres sont répétées aussi souvent que nécessaire jusqu'à ce que le patient soit rétabli ou n'ait plus besoin des soins et services de l'équipe - Les réunions à propos des patients sont utiles - Les réunions sur les processus de fonctionnement sont utiles - Les réunions sont bien gérées (préparées et animées avec efficacité) - Lorsque requis, les membres de l'équipe sont toujours présents aux réunions interdisciplinaires - La fréquence des réunions de l'équipe interdisciplinaire est suffisante pour permettre une intercommunication et une collaboration active entre les membres de l'équipe - Les membres de l'équipe font preuve d'ouverture d'esprit face aux idées nouvelles et différentes - Il existe des comptes rendus des rencontres 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Totallement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Non applicable
<i>Règles de travail et modes de fonctionnement</i>					
- Le plan d'intervention est un plan qui intègre de façon harmonieuse les interventions des différentes disciplines et spécialités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le plan d'intervention est déposé au dossier du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les documents utiles au bon fonctionnement de l'équipe (dossiers cliniques et administratifs, documents d'encadrement clinique, protocoles de soins, etc.) sont centralisés et disponibles à tous et à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les canaux formels et informels sont utilisés pour informer en tout temps les membres de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les règlements en regard des processus sont documentés et bien compris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les mécanismes d'amélioration continue du fonctionnement de l'équipe sont utilisés (révisions des processus d'intervention, remises en question et discussions franches sur le fonctionnement, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La communication entre les professionnels est efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La coordination des activités de l'équipe est efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les activités de l'équipe correspondent bien aux besoins des patients et de sa famille et sont orientées vers celui-ci (1-prise de rendez-vous, 2-évaluation de la situation de l'équipe, 3- identification du plan d'intervention, 4-enseignement des auto-soins, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les membres de l'équipe s'efforcent à ne pas interférer sur le travail des autres et à ne pas créer de situations problématiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Fonctionnement interne de travail et mode de résolution des conflits</i>					
- Le rôle de chacun est interdépendant et collaboratif (contexte fondé sur une collaboration interprofessionnelle mature et bien comprise par les différents intervenants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La communication entre les membres est claire : chacun comprend ce que l'autre veut dire et utilise la rétroaction pour clarifier les situations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La capacité de remise en question des membres de l'équipe est évidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les membres parviennent à maintenir et à développer leur spécificité professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les membres de l'équipe font preuve de maturité dans la résolution de leurs divergences et différents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les conflits associés au mode de fonctionnement en interdisciplinarité sont fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les logiques individuelles de certains membres de l'équipe minent la collaboration en interdisciplinarité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les membres de l'équipe sont solidaires face aux critiques externes émises à l'encontre des décisions prises en interdisciplinarité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les médecins perçoivent davantage les autres professionnels comme étant à leur service et non comme des collaborateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les membres non médecins se perçoivent comme étant au service des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intégration des soins	Cotation				
<p>Éléments à considérer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce qui vise la structure - Ce qui vise l'équipe - Ce qui vise le patient 	Totallement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Non applicable
<p><i>Résultats relatifs à la structure</i></p> <p>Le mode de fonctionnement de votre équipe permet de</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fournir des soins de qualité en maximisant l'utilisation des ressources <ul style="list-style-type: none"> - réduction de la duplication des services, car l'équipe planifie l'allocation des ressources à chaque étape de soins donnés (bonne personne au bon moment) - réduction de la durée des épisodes de soins - réduction des dépenses inutiles - augmentation de la rétention du personnel - Assurer la cohérence, la qualité et la continuité des soins et services dispensés par l'établissement et l'intégration des activités des partenaires afin de fournir un continuum de soins et services à la population cible - Donner le sentiment d'être utile, de pouvoir influencer sur la capacité opérationnelle de l'organisation 					
<p><i>Résultats relatifs à l'équipe</i></p> <p>Le mode de fonctionnement de votre équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorise le recours à des outils d'évaluation des besoins des patients et de leurs familles - Permet principalement de traiter des cas complexes (dont le diagnostic et le traitement sont incertains et demandent l'expertise et le jugement de plusieurs cliniciens expérimentés) - Permet de développer davantage les connaissances et les habiletés d'intervention (compétences professionnelles) - Permet le soutien mutuel et facilite l'intégration des débutants et des stagiaires par des professionnels plus expérimentés (mentorat, préceptorat) - Favorise le respect et la reconnaissance de la spécificité de chacun - Permet de transcender ses valeurs personnelles pour travailler au partage de valeurs professionnelles communes - Donne le goût de rester dans l'équipe - Permet de développer l'estime de soi (actualisation de soi, réalisation de soi) - Permet de rassurer l'équipe sur la condition du patient par l'échange d'informations 					

	Totallement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Non applicable
<i>Résultats relatifs aux patients</i>					
Le mode de fonctionnement de votre équipe					
- Permet d'améliorer la qualité des soins et des services en se basant sur					
- l'atteinte des objectifs cliniques (guérison, maintien ou amélioration des capacités fonctionnelles et cognitives chez la clientèle âgée, retour au travail, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des services sécuritaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Permet de clarifier et de mieux cibler					
- les besoins du patient et/ou de sa famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les attentes du patient et/ou de sa famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Favorise, au cours de l'épisode de soins					
- la prise en compte des différentes dimensions de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la transmission d'un message cohérent et uniforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'adhésion du patient au plan d'intervention et l'implication de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la responsabilisation du patient dans son processus de guérison (affirmation de soi / empowerment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'accompagnement du patient et de sa famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Permet de renvoyer auprès de toutes les parties prenantes l'image d'une équipe unie et crédible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Permet de renforcer la collaboration avec les partenaires externes (médecin de famille, assurance, employeur, établissements de santé, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de votre aimable participation

Suzanne K. Bédard
 Conseillère en ETMIS
 # 12855
sbedard.chus@ssss.gouv.qc.ca

Thomas G. Poder
 Conseiller-cadre en ETMIS
 # 13496
tpoder.chus@ssss.gouv.qc.ca

Annexe XII

MINNESOTA satisfaction questionnaire

Évaluation de la satisfaction au travail

Questionnaire inspiré du MINNESOTA SATISFACTION QUESTIONNAIRE (MSQ) 1967

et version française 1996. UETMIS du CHUS, 2010.

Interrogez vous dans quelle mesure vous êtes satisfait des différents aspects de votre emploi.

Répondez selon ce que vous pensez personnellement, non pas ce que vous croyez que d'autres pensent. Il n'y a pas de mauvaises réponses !

No	Question	Très insatisfait	Insatisfait	Ni insatisfait Ni satisfait	Satisfait	Très satisfait
----	----------	------------------	-------------	--------------------------------	-----------	----------------

Dans mon emploi actuel, je suis satisfait(e)...

1	Des possibilités d'occuper pleinement mes heures de travail					
2	Des possibilités de travailler seul(e)					
3	De la possibilité de faire des choses différentes de temps en temps					
4	De la possibilité d'être reconnu dans mon équipe					
5	Des possibilités de faire des choses qui ne vont pas à l'encontre de ma conscience					
6	De la stabilité de mon emploi					
7	De la possibilité de faire des choses pour les autres					
8	De la possibilité de dire aux gens ce qu'il faut faire					
9	De la possibilité de faire des choses qui utilisent mes capacités					
10	De la manière dont les règles et les procédures internes de l'entreprise sont mises en application					
11	De mon salaire en lien avec à la charge de travail					
12	De mes possibilités d'avancement					
13	Des possibilités de prendre des décisions de ma propre initiative					
14	Des possibilités d'essayer mes propres méthodes pour réaliser le travail					
15	De mes conditions de travail					
16	De la manière dont mes collègues s'entendent entre eux					
17	Des compliments reçus pour la réalisation d'un bon travail					
18	Du sentiment d'accomplissement que je retire de mon travail					

Annexe XIII

Questionnaire de Satisfaction face au processus qui a mené au changement



FORMULAIRE DE SATISFACTION DES PROFESSIONNELS FACE AU PROCESSUS DE CHANGEMENT

Nous aimerions connaître votre avis concernant votre ressenti sur l'efficacité du fonctionnement et de la mise en place du projet de clinique interdisciplinaire musculosquelettique

	Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord	Non applicable
1. Les objectifs du projet ont été clairement exprimés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les exigences ont été bien définies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les contraintes du projet sont réalistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le plan est détaillé et précis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le plan est suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'équipe du projet suit les objectifs du projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le rôle de chacun est clairement expliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Un niveau de contrôle approprié a été mis en place et suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La gestion du contenu du projet est efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Les ressources sont disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Les personnes sont assignées aux tâches pour lesquelles elles sont compétentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La consultation de personnes ressources est utile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Les risques sont bien identifiés et gérés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Les mesures correctives sont efficaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Les résultats rencontrent les exigences des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Des rapports sur l'état d'avancement du projet de clinique interdisciplinaire sont rédigés et distribués à temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Les rapports sur l'état d'avancement du projet sont utiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. La Direction fournit l'appui nécessaire au projet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Votre « Qualité de Vie » n'est pas compromise par le projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que voudriez-vous voir amélioré dans la clinique ? _____

Commentaires : _____

Question pour les seuls médecins orthopédistes : Sur le total des patients que vous avez examinés, quelle est la proportion de patients qui aurait pu être directement examinés et traités par une personne autre que le médecin orthopédiste (physiothérapeute, rhumatologue, etc.)? Avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique : _____

Après la mise en place de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique : _____

Annexe XIV

Questionnaire PROBES

Professional Role Behaviors Survey (PROBES)

Questionnaire sur la perception du changement des rôles et des comportements. Ce questionnaire a été traduit et adapté du questionnaire PROBES développé par Lopopolo (2001) par l'UETMIS du CHUS

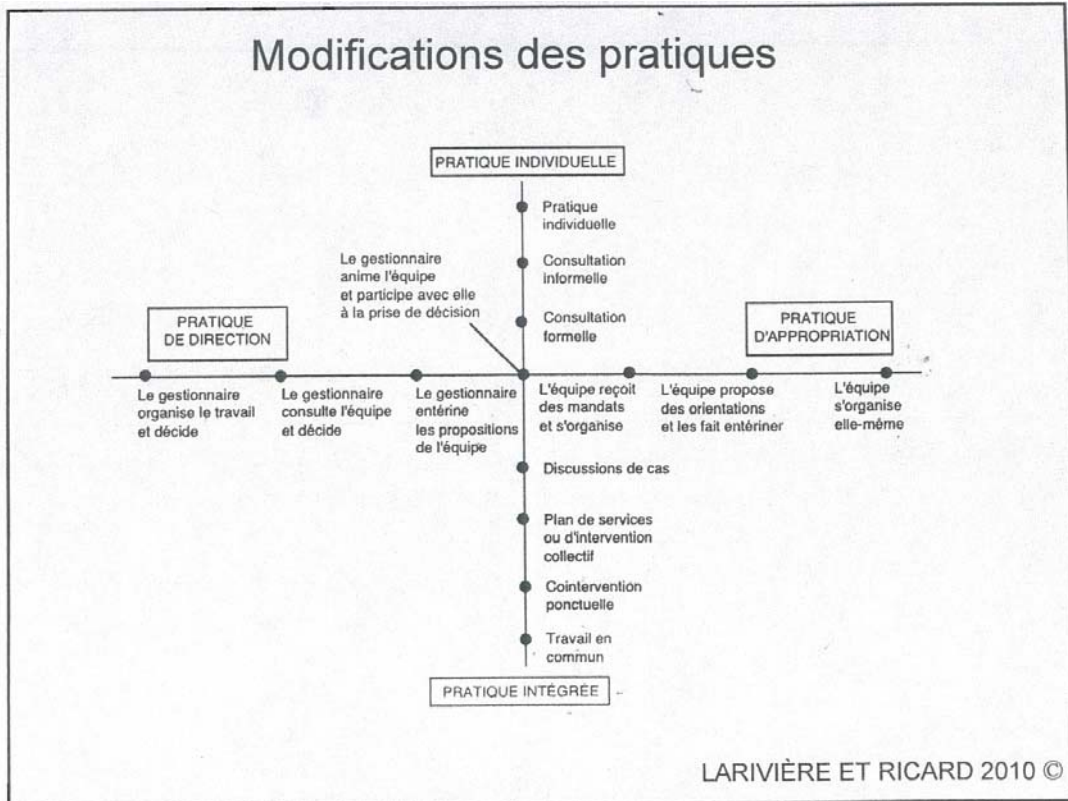
Le terme « professionnels » est utilisé aussi bien pour indiquer les professionnels de la santé que les médecins.

	Grandement diminué	Quelque peu diminué	Légèrement diminué	Pas du tout changé	Légèrement augmenté	Quelque peu augmenté	Grandement augmenté
<i>Interaction</i>							
1.L'interaction sociale avec les professionnels d'autres services a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.La participation des professionnels à la formation des étudiants et à la supervision des stagiaires a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.La capacité à planifier et à réévaluer comment les soins et traitements seront prodigués a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.L'interaction et le soutien mutuel avec les autres professionnels vis-à-vis des soins et traitements à apporter aux patients ont :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Le travail sur plus d'un programme clientèle ou unité et/ou plus d'un site a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.La participation aux réunions de l'équipe de soins a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.L'implication dans des activités professionnelles en dehors du travail a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Partage d'information</i>							
8.L'intégration des professionnels au sein des équipes interdisciplinaires a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.L'utilisation de cheminements cliniques pour guider les soins a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Le rôle des professionnels en tant que consultant ou clinicien expert a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La prise de responsabilité formelle en tant que gestionnaire de cas a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. L'enseignement en regard de la prise en charge du patient par lui-même, sa famille et les autres personnels de soins a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. L'enseignement à d'autres groupes d'intervenants dans la communauté a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. La participation à des formations continues a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. L'identité professionnelle des professionnels a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La communication/collaboration avec les autres professionnels de santé a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Évaluation et planification</i>							
17. Le temps passé à l'évaluation interdisciplinaire des patients et à l'établissement du plan de traitement interdisciplinaire a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. La cible sur les besoins fonctionnels des patients a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. La documentation des résultats de soins et traitements des patients a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Administration vs. Clinique</i>							
20. Les tâches administratives ont :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Le temps passé à faire autre chose que de délivrer des soins a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Le temps passé à prodiguer des soins directs aux patients a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. L'approche professionnelle des patients aux soins :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Productivité</i>							
24. La délégation et la supervision des activités de traitement ont :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. La performance des activités (soins et traitements) centrée sur l'efficacité/productivité a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. La charge de travail, attribuée de manière rotative, pendant les fins de semaine/vacances a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe XV

Modification des pratiques (Larivière et Ricard, 2010)





ÉQUIPE DE L'UÉTMS

Renald Lemieux, M. Ing., Ph.D., M.ETS.
Directeur adjoint, Direction de la qualité,
planification, évaluation et performance, CHUS

Christian Bellemare, M.Sc.
Coordonnateur de l'Unité d'évaluation des
technologies et des modes d'intervention
en santé du CHUS

Thomas Poder, M.Sc., Ph.D.
cadre-conseil en évaluation des technologies

Suzanne K. Bédard, B.A.
Conseillère en évaluation des technologies

COMMUNIQUER AVEC L'UÉTMS

Pour déposer une demande d'évaluation,
pour commander un rapport d'évaluation
déjà paru ou pour tout renseignement sur
les activités de l'Unité, communiquez avec :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UÉTMS)

Centre hospitalier universitaire
de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont
3001, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Téléphone : 819.346.1110 poste 13802
Courriel : uetmis.chus@ssss.gouv.qc.ca



Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

UNITÉ D'ÉVALUATION DES
TECHNOLOGIES ET DES MODES
D'INTERVENTION EN SANTÉ