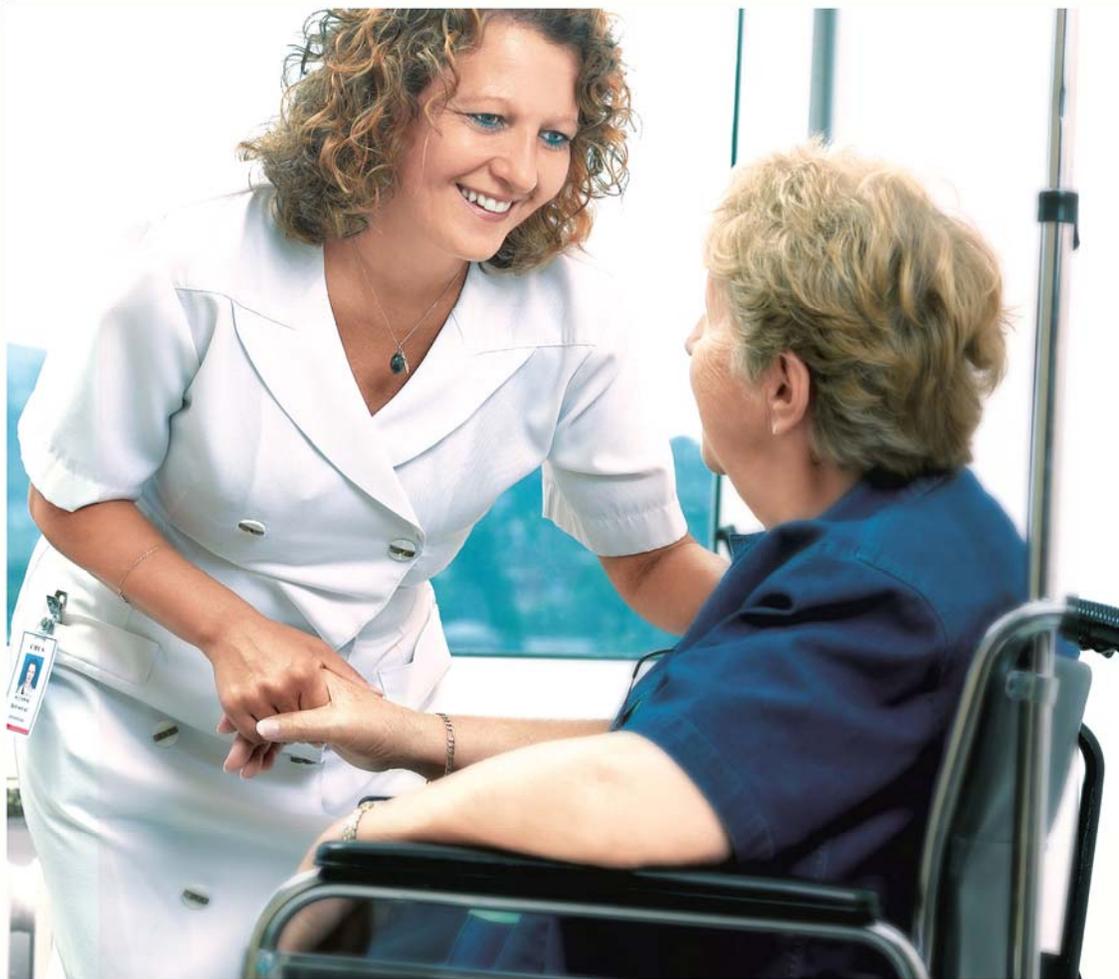


**ÉVALUATION DES CLINIQUES  
INTERDISCIPLINAIRES  
MUSCULOSQUELETTIQUES  
EN ORTHOPÉDIE : LE MODÈLE DU CSSS  
LES ESKERS DE L'ABITIBI**

**UÉT MIS**

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

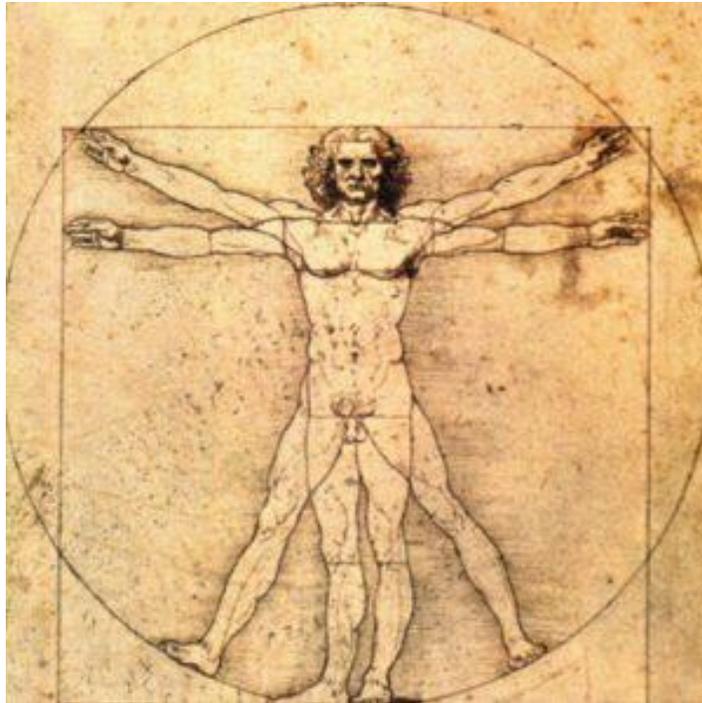


Centre hospitalier  
universitaire  
de Sherbrooke

[www.chus.qc.ca](http://www.chus.qc.ca)

© Unité ETMIS 2011

# ÉVALUATION DES CLINIQUES INTERDISCIPLINAIRES MUSCULOSQUELETTIQUES EN ORTHOPÉDIE : LE MODÈLE DU CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI



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<sup>e</sup> Avenue Nord  
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4  
Téléphone : (819) 346-1110 # 13802

### Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN 978-2-9807538-9-3

© 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 LES ESKERS DE L'ABITIBI

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 de plus de 50 ans et plus de 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. De fait, 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 ainsi 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 les Eskers de l'Abitibi. Dans ce cadre, l'idée d'une clinique interdisciplinaire musculosquelettique, que les autorités médicales de l'hôpital Hôtel-Dieu d'Amos 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 l'Abitibi-Témiscamingue 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 les Eskers de l'Abitibi et les coûts inhérents à la première visite. Puisque, les travaux de cette clinique ont débuté à l'automne 2007, 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 l'Abitibi-Témiscamingue par **Thomas Poder**, Ph.D., cadre-conseil en évaluation des technologies, **Suzanne K. Bédard**, Ba.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'Amos pour le support apporté et la générosité des personnes membres de ce comité dans le processus d'élaboration du protocole d'évaluation et de la cueillette de données.

Comité formé de :

Mme Caroline Roy, coordonnatrice des services professionnels et hospitaliers  
Dre Lyse Landry, directrice des services professionnels et des affaires médicales  
Mme Lise McGuire, physiothérapeute, intervenante pivot volet clinique de la douleur  
Mme Brigitte Gervais, thérapeute en réadaptation physique, chef du service de physiothérapie  
Mme Suzanne Pinard, infirmière clinicienne, intervenante pivot, volet orthopédie  
Dre Édith Beauregard, orthopédiste, chef du service d'orthopédie  
Dr Daniel Martin, anesthésiste, chef du département d'anesthésie-réanimation

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 membres de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue :

Mme Lorraine Charlebois, Agente de planification, de programmation et de recherche en santé physique  
M. Roland Lord, Directeur des services de santé

Nous remercions de façon tout aussi appuyée le personnel de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique en orthopédie du CSSS Les Eskers De l'Abitibi 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 .....	3
AVANT-PROPOS .....	5
REMERCIEMENTS .....	7
TABLE DES MATIÈRES .....	9
LISTE DES FIGURES .....	11
LISTE DES TABLEAUX .....	13
ABRÉVIATIONS .....	15
RÉSUMÉ .....	17
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE .....	19
1.1 Présentation générale .....	19
1.2 Contexte financier .....	19
1.3 Objectifs d'évaluation .....	20
1.4 Plan d'évaluation .....	20
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS .....	21
2.1 Introduction .....	21
2.2 Méthodologie .....	21
2.3 Revues systématiques .....	22
2.4 Résultats des études basées sur le score de Jadad et al. (1996) .....	24
2.5 Résultats des autres études .....	26
2.6 Discussion .....	34
2.7 Conclusion .....	37
2.8 Recommandations générales issues de la revue systématique de la littérature .....	38
CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DE LA NOUVELLE CLINIQUE ET PRINCIPAUX RÉSULTATS .....	41
3.1 Fonctionnement avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire .....	41
3.1.1 Contexte .....	41
3.1.2 Problématiques .....	42
3.1.3 Mode de fonctionnement .....	42
3.2 Objectifs généraux et spécifiques de la nouvelle clinique .....	48
3.2.1 Mode de fonctionnement .....	48
3.2.1.1 Volet orthopédie .....	48
3.2.1.1.1 Clientèle ciblée, critères d'entrée et de suivi pour le volet orthopédie .....	53
3.2.1.1.2 Composition de l'équipe et rôles .....	54
3.2.1.2 Volet douleur .....	54
3.2.1.2.1 Clientèle ciblée, critères d'entrée et suivi pour le volet douleur .....	57
3.2.1.2.2 Composition de l'équipe et rôles .....	57
3.2.1.3 Volet Physiothérapie .....	58
3.2.1.3.1 Clientèle ciblée et critères d'entrée et suivi pour le volet physiothérapie .....	58
3.2.1.3.2 Composition de l'équipe et rôles .....	58
3.2.2 Formations complémentaires reçues et dispensées .....	60
3.2.3 Outils cliniques développés .....	61
3.2.4 Continuum de service .....	62
3.2.5 Fonctionnement en interdisciplinarité .....	63
3.3 Résultats .....	64
3.3.1 Degré d'implantation .....	64
3.3.2 Accessibilité .....	64

3.3.3	Efficacité .....	66
3.3.4	Qualité de la demande transmise à la clinique par les médecins référents .....	71
3.4	Coût pour l'obtention d'une première visite .....	72
3.5	Obstacles rencontrés et solutions apportées .....	73
3.5.1	Obstacles rencontrés .....	73
3.5.2	Solutions apportées .....	73
CHAPITRE 4	: ÉVALUATION TERRAIN .....	75
4.1	Degré d'interdisciplinarité .....	75
4.1.1	Introduction .....	75
4.1.2	Méthodologie .....	75
4.1.3	Validité du questionnaire .....	76
4.1.4	Résultats .....	77
4.1.5	Analyse .....	79
4.1.6	Recommandations .....	80
4.1.7	Conclusion .....	80
4.2	Évaluation de la satisfaction des membres de l'équipe clinique .....	81
4.2.1	Introduction .....	81
4.2.2	Méthodologie et validité des questionnaires .....	81
4.2.2.1	Satisfaction générale au travail : Minnesota Satisfaction Questionnaire .....	81
4.2.2.2	Satisfaction face au processus qui a mené au changement .....	82
4.2.2.3	Perception du changement des rôles et des comportements .....	82
4.2.3	Résultats et analyses .....	84
4.2.3.1	Satisfaction générale au travail : Minnesota Satisfaction Questionnaire .....	84
4.2.3.2	Satisfaction face au processus qui a mené au changement .....	86
4.2.3.3	Perception du changement des rôles et des comportements .....	87
4.2.4	Recommandations .....	90
4.2.5	Conclusion .....	90
CHAPITRE 5	: RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION .....	91
5.1	Recommandations .....	91
5.1.1	Recommandations générales .....	91
5.1.2	Recommandations pour le volet orthopédie .....	92
5.1.3	Recommandations pour le volet douleur .....	92
5.2	Conclusion .....	92
Bibliographie Chapitre 1	.....	95
Bibliographie Chapitre 2	.....	95
Bibliographie Chapitre 3	.....	99
Bibliographie Chapitre 4	.....	99
ANNEXES	.....	103

## LISTE DES FIGURES

Figure 3-1 :	Cartographie des processus de consultation en orthopédie avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire .....	45
Figure 3-2 :	Cartographie des processus de consultation en douleur avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire .....	46
Figure 3-3 :	Cartographie des processus de consultation en physiothérapie avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire .....	47
Figure 3-4 :	Cartographie des processus après l'implantation de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique .....	51

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2-1 : Mots clés utilisés dans les différents moteurs de recherche .....	22
Tableau 3-1 : Liste d'attente pour une consultation électorale, 2007.....	49
Tableau 3-3 : Nombre de mois maximum pour rencontrer un orthopédiste .....	65
Tableau 3-4 : Évolution de la liste d'attente .....	67
Tableau 3-5 : Nombre de consultations avant et après la mise en place de la clinique interdisciplinaire .....	68
Tableau 3-6 : Production chirurgicale en orthopédie.....	69
Tableau 3-7 : Volet orthopédie : heures de travail et nombre de visites entre le 1er juillet 2009 et le 31 janvier 2010.....	72
Tableau 3-8. Volet douleur : heures de travail et nombre de visites entre le 1er juillet 2009 et le 31 janvier 2010.....	73
Tableau 4-1 : Résultats au questionnaire d'évaluation du degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité.....	78
Tableau 4-2 : Résultats au questionnaire d'évaluation du degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité : scores maximaux et minimaux.....	78
Tableau 4-3 : Résultats du questionnaire sur la satisfaction générale au travail: MINNESOTA satisfaction questionnaire (MSQ) .....	84
Tableau 4-4 : Résultats du questionnaire sur la satisfaction face au processus qui a mené au changement .....	86
Tableau 4-5 : Résultats du questionnaire sur la perception du changement des rôles et des comportements : PROBES.....	88

# ABRÉVIATIONS

<b>CHRTR</b>	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
<b>CHUS</b>	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
<b>CRPS</b>	Complex régional Pain Syndrome
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux
<b>CSSSAE</b>	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable
<b>FMSS</b>	Faculté de médecine et des sciences de la santé
<b>HHDA</b>	Hôpital Hôtel-Dieu d'Amos
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>PACS</b>	Picture archiving and communication system
<b>PFT</b>	Programme fonctionnel et technique
<b>PREM</b>	Plan régional d'effectifs médicaux
<b>RLS</b>	Réseau local de santé
<b>‰</b>	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 réelle et pourrait s'aggraver au cours des prochaines années. Une des conséquences de cette situation est que 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. L'implantation de cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique est 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, et donc de favoriser une meilleure utilisation des compétences de chacun. C'est dans cette optique que le CSSS 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 permettant de favoriser l'accessibilité, la continuité, l'efficacité et l'efficience pour une clientèle souvent négligée.

Plusieurs indicateurs ont été retenus afin de mesurer les résultats de l'implantation de la nouvelle clinique interdisciplinaire. Tout d'abord, nous avons étudié l'impact sur les délais d'accessibilité. Les résultats sont ici 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. De plus, il est à noter que l'accessibilité pour certaines problématiques musculosquelettiques ainsi que pour la douleur chronique a été infiniment améliorée dans la mesure où cette clientèle n'était auparavant pas ou très peu prise en charge. En ce qui concerne la continuité des soins, celle-ci a pu être améliorée grâce à la réorganisation des soins en orthopédie, ainsi qu'à une meilleure gestion des dossiers et des suivis patients. Toutefois, cet élément n'a pas pu ici être mesuré de façon quantitative en raison du manque de disponibilité en données chiffrées. L'efficacité du nouveau modèle a également été recensée. Il est ainsi possible de constater une nette diminution du nombre d'utilisateurs sur la liste d'attente, soit 85% malgré une hausse des demandes de consultation pour le volet orthopédie de la nouvelle clinique. En corollaire, il est désormais possible d'orienter directement et plus rapidement l'utilisateur vers le bon professionnel et au meilleur moment. De plus, le nombre de chirurgies orthopédiques a pu progresser de 21% au cours de la dernière année et ce avec le même nombre d'orthopédistes. Le volet douleur de la clinique permet quant à lui la réhabilitation de nombreux utilisateurs qui autrement auraient vu leur état de santé se dégrader ou stagner, et ce, sans aucune autre alternative. Finalement, comme décrit 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, bien que certains éléments semblent converger vers un tel résultat.

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 et 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

## 1.1 *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 2008, au centre régional en traumatologie de l'Hôpital Hôtel-Dieu d'Amos (HHDA), il y avait seulement 5 orthopédistes pour couvrir une population totale de 160 000 habitants<sup>1</sup>, soit 3 orthopédistes pour 100 000 habitants, ce qui représente 25% de moins que la moyenne provinciale. De plus, plusieurs autres enjeux émergent des observations dans le continuum de soins en orthopédie du CSSS les Eskers de l'Abitibi : 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, nous remarquons que certains médecins omnipraticiens ne sont pas 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'HHDA. Le CSSS les Eskers de l'Abitibi a donc entrepris de définir et d'implanter une clinique interdisciplinaire musculosquelettique vue comme une solution à l'amélioration du continuum de soins en orthopédie.

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a donc mandaté l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHUS pour réaliser une évaluation propre à son contexte afin d'étudier les bénéfices potentiels de cette clinique.

## 1.2 *Contexte financier*

Le CSSS les Eskers de l'Abitibi s'est vu octroyer en mars 2008 un budget de 861 841 \$ par le MSSS pour l'implantation d'une clinique interdisciplinaire musculosquelettique en orthopédie. Il s'agit d'un projet pilote d'une durée de deux ans bénéficiant d'une subvention fédérale. Deux autres établissements du Québec soit le CSSSAE (Arthabaska-Érable) ainsi que CHRTR (Centre hospitalier régional de Trois-Rivières) ont reçu également un budget similaire pour le même type de projet.

---

<sup>1</sup> Bassin de desserte couvrant l'ensemble de la région de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi qu'une partie du Nord du Québec et des communautés Cris.

### ***1.3 Objectifs d'évaluation***

L'objectif principal de cette évaluation est d'étudier les bénéfices potentiels de l'implantation d'une clinique interdisciplinaire musculosquelettique au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos dont le bassin de desserte régional et suprarégional est la région de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que d'une partie de la population du Nord du Québec et des communautés Cris.

Cinq (5) objectifs font l'objet de critères d'évaluation, soit : (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.

### ***1.4 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'unifier les pratiques et d'améliorer le continuum de soins. Cette revue de la littérature a été réalisée afin d'en retirer les principales lignes de recommandations (Chapitre 2. ). Nous présentons par la suite le modèle d'organisation des soins avant et après la mise en place de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique du CSSS les Eskers de l'Abitibi, 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). Nous exposons ensuite 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, la satisfaction de ses membres (Chapitre 4). Finalement, nous exposons nos recommandations et concluons (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 réalisée 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'harmoniser 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'efficacité de l'organisation, la satisfaction des patients et l'évolution de leur qualité de vie.

Dans la mesure où il est recommandé à ce que les cliniques traitant de cas musculosquelettiques complexes possèdent un volet clinique de la douleur, il est 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 procéderons donc pas ici à une nouvelle revue de la littérature sur ce sujet, et ceci d'autant plus que le mandat principal de cette évaluation porte sur les cliniques musculosquelettiques, le volet douleur étant surtout ici considéré comme un élément supplémentaire très important ayant une réelle valeur ajoutée, mais n'étant pas au cœur de l'évaluation demandée. Pour ce volet douleur, nous nous référons donc au travail réalisé par l'AETMIS (2006) et dont les principaux résultats sont les suivants : 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 est souvent inadéquate, notamment au Québec; l'importance pour les omnipraticiens d'avoir des liens directs avec les professionnels paramédicaux; le niveau de preuve 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 Research 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 se fait sur une période de référence allant de janvier 1980 jusqu'à janvier 2010. Les langues utilisées pour cette recherche sont principalement l'anglais et le 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 lecture<sup>2</sup>. Parmi ces 1000 articles, un grand nombre ne correspondaient pas à l'objet de notre recherche. Ainsi, tous les articles qui ne traitaient pas de la mise en place d'un nouveau mode de fonctionnement au sein d'une clinique orthopédique ont été écartés. Afin de déterminer quels articles étaient à écarter, nous avons lu les résumés de chacun de ceux-ci et discuté de leur adéquation avec l'objet de notre recherche. Le nombre d'articles résultants de cette première sélection est ainsi tombé à 67.

Notre volonté étant de baser notre analyse et nos recommandations sur les données les plus probantes possibles, nous décidons dans un premier temps de nous focaliser sur les résultats des revues systématiques de la littérature dont les critères d'inclusions ne retiennent que les études ayant des niveaux de preuve au maximum égaux à trois (sur une échelle de 1 à 9, où 9 est 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 également les résultats d'études individuelles. Nous distinguons ici deux catégories d'études individuelles, d'une part, celles dont le niveau de preuve est 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 donne un score minimal de 2, d'autre part, les autres études dont le niveau de preuve est supérieur à trois selon la grille de Hailey et al. (2002) et qui sont habituellement considérées comme étant de moindre qualité. De fait, nous ne pouvons 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**

<sup>2</sup> Aucun rapport réalisé par une agence d'évaluation n'a ici été trouvé.

Nous avons répertorié 8 revues systématiques de la littérature, dont 5 ne retiennent que des 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 sont relatives à des soins de réadaptation à la suite d'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, il a été considéré que le traitement est multidisciplinaire si celui-ci fait intervenir des professionnels de la santé de différentes spécialités.

#### **Handoll et al. (2009)**

Les auteurs de cette revue ont recensé 13 études randomisées ou quasi randomisées portant sur la réadaptation de personnes âgées de plus de 65 ans suite à une fracture de la hanche. Toutes ces études sont considérées comme étant de bonne qualité par les auteurs de cette revue systématique. Bien que les résultats individuels de ces 13 études soient en général 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 est de comparer l'efficacité d'une approche multidisciplinaire avec l'approche standard en ce qui concerne la réadaptation suite à des chirurgies de prothèses de hanche ou de genoux pour des patients atteints d'arthropathie. Le nombre d'études randomisées rencontrant les critères d'inclusion est de 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 concerne les gains fonctionnels et la durée des hospitalisations. Aucun résultat de long terme n'est fourni. Toutes ces études sont considérées par les auteurs de cette revue systématique comme étant 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 ce qui concerne 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)**

L'objet de ces deux revues systématiques est de comparer l'efficacité relative des traitements de réadaptation biopsychosociaux en multidisciplinarité par rapport aux traitements standards en ce qui concerne, 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 sont considérées comme étant de faible qualité méthodologique et fournissent très peu d'éléments permettant de démontrer de meilleurs résultats en faveur de la pratique biopsychosociale en

multidisciplinarité en ce qui concerne 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) considère si oui ou non l'étude est décrite comme randomisée, à double insu et si une bonne description des cas d'attrition est fournie. Un point est donné pour chaque réponse positive. Si la randomisation ou le double insu est bien fait, un point est ajouté; si c'est le contraire, un point est 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; Munding 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 (Munding 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. 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 est de 5,6 mois. En ce qui concerne 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. Pour ce qui est de l'efficience du modèle, les coûts directs pour les hôpitaux sont significativement plus faibles pour les patients traités par les physiothérapeutes (256 £ vs. 498 £); par contre, il n'y a pas de différence de coûts directs pour le patient ou le centre de soins primaires. La différence de coûts à l'hôpital s'explique principalement par le fait que les physiothérapeutes sont moins enclins que les « junior doctor » à demander des radiographies et à référer le patient en chirurgie. 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 n'ont pas besoin 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 sont réalisées en 5-10 minutes. Chaque intervenant fait son diagnostic puis indique si le patient doit être référé ou non en chirurgie. Si l'état de santé du patient s'améliore sans que l'on procède à une chirurgie, le diagnostic est considéré comme correct. Si une arthroscopie est réalisée, on compare le résultat de l'arthroscopie 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 bénéficiant d'une arthroscopie, les résultats indiquent que le chirurgien orthopédiste réalise 92 % de diagnostics corrects, les deux physiothérapeutes réalisent respectivement 81 et 84 % de diagnostics corrects.

### **Munding 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 concernée par l'étude est en grande partie d'origine hispanique et composée de femmes. Cette population est suivie sur 6 mois ; 649 patients sont suivis par une infirmière et 391 patients par un médecin. Les indicateurs retenus pour réaliser la comparaison sont 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'efficacité 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 » est de 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 fait 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 seraient prêts à partir plus tôt avec l'équipe multidisciplinaire (5,1 vs. 5,6 jours). Par ailleurs, cette étude révèle 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 est composée 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 dont ils voudraient avoir la 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 si oui ou non ils devraient avoir des activités physiques. Par ailleurs, on observe de façon générale que les patients ayant préparé leurs questions sont significativement 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. 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 permettent de 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 scores pour fixer la date de la chirurgie, ainsi qu'une plus grande collaboration avec les équipes de soins primaires, a permis de ramener 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)<sup>3</sup>.

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 permis de réduire 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, seuls 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 consulter à nouveau 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 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. Afin de réduire 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. Par ailleurs, 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 semaines ont diminué 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 diminué d'environ 25 %. Par ailleurs, les demandes simultanées de consultation dans deux services différents ont été abolies. Par contre, le taux de chirurgies 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 ont un délai d'attente compris entre 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 a beaucoup augmenté 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

---

<sup>3</sup> 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.

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 permis de réduire 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 sont 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 Pavlovic (2005) réalisée en Croatie indique ainsi que 57 % des demandes sont mal priorisées. De son côté, l'étude de Roland et al. (1991), réalisée 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 ainsi que de permettre aux cliniques de gérer elles-mêmes leur propre budget permet de réduire plus fortement 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 permet d'améliorer le suivi des patients tout en maintenant un haut niveau de qualité et de sécurité des soins (Earnshaw, 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 est en accord avec 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 vient passer 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, cela libère du temps au médecin pour réaliser 4 nouvelles premières consultations. Cette expérience est très bien vécue par les infirmières qui se sentent plus efficaces, plus responsables et plus autonomes.

Une autre étude, celle de McGinley et Lucas (2006), montre que le suivi des patients par téléphone réalisé par des infirmières à la suite d'une injection pour traitement de l'ostéoarthrite permet

de réduire les temps d'attente pour une infiltration au sein de la clinique de 12 à 5 semaines<sup>4</sup>. 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 permet 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 la gestion et les soins à apporter aux patients souffrant du syndrome du tunnel carpien sont laissés à un infirmier, cela permet de réduire le parcours de soins du patient de 100 à 6 semaines<sup>5</sup>. 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 obtenir un tel résultat, l'infirmier chargé de cette responsabilité a été formé par 3 orthopédistes afin de lui apprendre à faire 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. De fait, l'infirmier a demandé conseil à un orthopédiste dans 2,3 % des chirurgies de décompression qu'il a réalisées. Par la suite, le suivi du patient est réalisé par l'infirmier.

### 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). Par ailleurs, cela permet également à 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 passé par les infirmières et/ou les physiothérapeutes avec les patients est généralement 3 à 4 fois plus long que celui passé avec les orthopédistes, ce qui permettrait de déceler d'éventuels problèmes de rétablissement et de 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

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Le temps d'attente pour une première consultation est réduit de 40 à 2 semaines.

physiothérapeute réfère moins de 25 % des patients à l'orthopédiste pour un nouvel examen (dans les autres cliniques, ce taux peut monter 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 les radiographies soient toujours vues par l'orthopédiste, 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 physiothérapeutes<sup>6</sup> 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 sont corrects à 52 % pour les physiothérapeutes, contre 37 % pour les médecins. De plus, les arthroscopies se sont révélées nécessaires et ont permis 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) montre 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.

L'étude de Haugh, Trainor et Kernohan (1997) indique, quant à elle, que lorsque l'on donne la responsabilité aux infirmières de détecter les malformations de la hanche chez les enfants, cela conduit 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 et de ce fait peuvent 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

---

<sup>6</sup> 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.

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 permis de faire 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. On ne sait cependant 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 serait également bénéfique 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 sont trop longs pour une consultation en clinique d'orthopédie et que cela est 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, seul un considère que cela n'apporte 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) indique 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) a permis de mieux éduquer 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 permis de réduire les durées d'hospitalisation de 2,8 et 3,8 jours pour PTH et PTG, respectivement. Dans le même ordre d'idées, 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 ce qui concerne 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 tests<sup>7</sup>. De plus, la réorganisation de la clinique en un même lieu faciliterait les échanges entre professionnels de santé et favorisait 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 préévaluation 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) indique que ce type de préévaluation par une infirmière pivot a permis d'éviter 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'annulation 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 préopératoire, 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 est trouvé 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

---

<sup>7</sup> Lucas (1998) mentionne également l'inconfort qu'il peut y avoir pour certains patients à devoir se dévêtir dans chacun de ces lieux.

permet une baisse des coûts par patient de seulement 1 % (4,97 £ vs. 5,04 £ pour une consultation de suivi traditionnelle en orthopédie). Toutefois, cette étude montre que la réalisation de ces suivis par un physiothérapeute à la place du médecin orthopédiste permet à ce dernier d'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 efficace. 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 permis sur une période de suivi de sept ans de réduire le nombre de jours d'arrêt maladie de 22 % par rapport au programme standard de soins qui est pratiqué en Suède, ce qui correspondrait pour la société à une économie nette par patient de 94 494 euros actualisés sur sept ans.

Finalement, de nombreuses autres études indiquent 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 est une solution coût efficace, 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 efficace 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, sont 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 derniers 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 entretiens semi-structurés réalisés 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 sont en accord pour continuer avec ce système pour autant qu'ils aient la possibilité de consulter le médecin orthopédiste s'ils en font la demande.

Dans deux cliniques de rhumatologie, Hill (1997) indique, 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 peut être une avenue donnant la possibilité de fournir un service plus efficient et de mieux utiliser les compétences de chacun<sup>8</sup>. 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 permettent ainsi de réduire les listes d'attente et de limiter le nombre de consultations superflues pour le médecin orthopédiste (Weatherley et Hourigan, 1998 ; Gardiner et Wagstaff, 2001).

De fait, ces professionnels permettent de dégager le chirurgien orthopédiste afin qu'il puisse poser davantage de diagnostics et prodiguer les traitements nécessaires à l'intérieur de délais pouvant prévenir la survenue d'éventuelles complications. L'infirmière ou le physiothérapeute pivot peut également, dans ce cadre, agir à titre de personne-ressource pour les patients lorsque ceux-ci ont des questions, ainsi que 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 peut aider étroitement 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 tous les éléments nécessaires au dossier sont présents avant la consultation (résultats des prises de sang, des radiographies, etc.), l'infirmière ou le physiothérapeute pivot optimise le travail de l'orthopédiste. Il arrive en effet de façon assez fréquente que lors de la première visite, les résultats des prises de sang et les radiographies nécessaires ne soient pas disponibles; ce qui amène un délai supplémentaire de plusieurs semaines ou de plusieurs mois jusqu'à la nouvelle visite et l'établissement du diagnostic et/ou du traitement adéquat. Dans certains cas, ces professionnels pivots peuvent également être proactifs en faisant une préévaluation, en réalisant des demandes de tests diagnostiques<sup>9</sup> et en référant le patient au spécialiste le plus approprié selon son état. Finalement, la promotion de postes de professionnels pivots peut aussi aider à retenir les médecins dans le domaine de leur pratique en leur donnant l'opportunité de réduire leur charge de travail et de s'occuper des cas les concernant réellement (Durell, 1996).

Si la mise en place d'infirmières ou de physiothérapeutes pivots permet d'améliorer le 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 visant à discuter de ces patients, pourraient s'avérer être des outils très efficaces. Par ailleurs, la mise

---

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Au Québec, cela devrait se faire sous la supervision et avec la contresignature d'un médecin.

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).

Un autre problème de taille auquel font face les cliniques ayant mis en place un professionnel pivot est celui de 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 avaient 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 n'est cependant 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 fait une erreur de diagnostic 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 est donc dans cette étude de 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 seraient 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, nous pouvons cependant considérer qu'il existe un manque de formation formelle pour ces nouveaux praticiens et que la formation complémentaire qui leur fait défaut se fait 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 réalisé 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, mais aussi de faciliter le recrutement et le maintien de ces professionnels au sein de la clinique. Une meilleure rétention du personnel permettra par ailleurs un meilleur fonctionnement de la clinique et de limiter les retards dans l'orientation des patients (Lucas, 2002). De plus, le recrutement ne doit pas être seulement ouvert 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 – ce dernier point pourrait être réalisé 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 si celui-ci est toujours nécessaire.

Afin de permettre aux patients de contribuer davantage à leur rétablissement, il pourrait également être important de prévoir la création de séances d'information sur les problèmes musculosquelettiques les plus fréquents et au cours desquelles on inviterait les patients à participer; tel que cela est déjà pratiqué dans les services de soins palliatifs. Ces séances pourraient avoir lieu une fois par mois et aborder 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 serait génératrice d'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 en l'état actuel des ressources de procéder à un traitement rapide des patients ayant besoin de 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 donnés en orthopédie. À l'inverse, les résultats d'études indiquant un fonctionnement en interdisciplinarité semblent être 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. Par exemple, une étude pilote menée depuis 2006 au Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette (CSSSRN) a permis, 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, 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 mois<sup>10</sup>. Qui plus est, le taux global de satisfaction des patients était en 2007 de 84 %.

---

<sup>10</sup> 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.

## 2.7 Conclusion

Pour l'essentiel, le rôle des infirmières pivots consiste à accueillir les patients, à procéder à une préévaluation<sup>11</sup>, 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 à la suite de 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 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; Munding 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, sont insuffisantes en nombre pour conclure à la supériorité d'un modèle d'organisation sur un autre. Il y a donc le besoin de davantage d'études de bonne qualité méthodologiques (études prospectives randomisées ou contrôlées) pour avoir des preuves et non seulement des tendances ou des indications. Afin de pallier modérément ce problème, il nous est donc nécessaire à 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, permet en outre de fortement

---

<sup>11</sup> Cette préévaluation consiste souvent à mesurer la température, le rythme cardiaque et la pression sanguine (Lucas et Sample, 2001).

réduire les délais d'attente pour une consultation (Flowers et Wright, 2003; Lowry et Lewis, 2004)<sup>12</sup>, 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 réduire les coûts par patients (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).

Toutefois, comme cette revue de la littérature nous a permis de le constater, de nombreuses autres avenues sont possibles afin d'améliorer le continuum de soins en orthopédie, tels que 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, il est ici utile de rappeler, quel que soit le type de réorganisation projeté, que la réussite d'un projet ne sera possible que si certaines grandes étapes sont respectées (Upton et Brooks, 1995) : 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 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 sont comparables et que leurs résultats sont très sensibles à 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 considérer<sup>13</sup> 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 préexistants en s'appuyant sur les points suivants :
  - 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;

---

<sup>12</sup> 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).

<sup>13</sup> En considérant que le biais de publication est faible.

- 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 à ce que les actes chirurgicaux les plus complexes soient réalisés à des périodes où le chirurgien orthopédiste est présent à la clinique – en cas de problème;
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);
  5. Ouvrir une salle de chirurgie mineure si besoin est;
  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 pertinents;
  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'informations pour les patients sur des thèmes spécifiques;
  12. Favoriser le suivi par téléphone 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 utiles au suivi des patients 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 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 afin de s'assurer que 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. Si un changement dans l'état du patient se produit, prévoir de lui administrer un questionnaire par téléphone afin d'évaluer si son degré de priorisation doit changer (Lowry et Lewis, 2004);
  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 (Drobnic et Pavlovic, 2005);

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;
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 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 (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. Si cela est possible, charger les professionnels pivots 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 est toujours informé 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, telle que 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 Fonctionnement avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire*

### 3.1.1 Contexte

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Les Eskers de l'Abitibi est un établissement multi vocationnel regroupé dans divers pavillons et points de services sur le territoire de son réseau local de santé (Annexe 1).

Son personnel assure des services sécuritaires de haute qualité en collaboration avec les ressources externes du réseau. L'établissement CSSS les Eskers de l'Abitibi dispose de 96 lits de courte durée (CH) et de 103 lits d'hébergement de longue durée (CHSLD), dont 5 lits d'hébergement temporaire pour des services diagnostiques, des soins et services généraux et spécialisés, de réadaptation et d'hébergement.

Il répond à des activités de santé publique et offre en première ligne à sa population des services de santé et des services sociaux de nature préventive et curative, des services de réadaptation, de réinsertion, d'assistance et de soutien selon une approche globale qui privilégie des interventions directement dans le milieu de vie de sa population.

En complément des spécialités de base et des sous-spécialités régionales (oto-rhino-laryngologie, neurologie, oncologie), l'établissement est un centre de traumatologie secondaire ayant des spécialités régionales en orthopédie, chirurgie thoracique et vasculaire, chirurgie plastique ainsi qu'en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Le CSSS les Eskers de l'Abitibi a aussi la responsabilité d'être le centre régional de prélèvement multi-organes. De plus, l'établissement participe activement avec l'Université de Montréal au programme d'enseignement en médecine familiale.

Afin d'assurer une continuité de services, le CSSS Les Eskers de l'Abitibi, si nécessaire, conclut des ententes avec d'autres organisations afin de compléter l'offre de service requise par sa population.

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 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 poser ses premiers jalons au sein du CSSS les Eskers de l'Abitibi dès l'automne 2007.

Cette clinique vise à offrir des services complètement intégrés privilégiant l'amélioration continue de la santé et du bien-être de toute sa population en fonction des besoins de ses usagers.

### 3.1.2 Problématiques

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 sont les suivants (cf. CSSS les Eskers de l'Abitibi, 2007) :

- Population vieillissante et demande de services accrue ;
- Pénurie d'orthopédistes sur le territoire (cinq sur un PREM de six) et surcharge de travail ;
- Insatisfaction des usagers du service d'orthopédie reliée à l'appréciation de la qualité des services reçus et à la gestion des risques.
- Accessibilité en orthopédie représente 60% des demandes d'assistance et de plaintes auprès du commissaire aux plaintes du CSSS les Eskers de l'Abitibi ;
- Délais d'attente élevés pour les consultations non urgentes en orthopédie, entraînant une diminution de l'accessibilité ;
- Pourcentage élevé de références inappropriées en orthopédie (e.g. près de 60% des patients référés sont de nature non chirurgicale) ;
- Inégalité dans la qualité des soins dispensés et dans l'aptitude à réaliser le suivi des patients par les médecins omnipraticiens de la région. Par conséquent, les orthopédistes prennent en charge des clientèles qui pourraient être suivies par des omnipraticiens ;
- Investigation préalable des usagers (avant la référence en spécialité) est souvent insuffisante et elle doit fréquemment être complétée par l'orthopédiste, ce qui ajoute au délai de traitement ;
- Absence de standardisation dans les références ;
- Temps pour établir un diagnostic précis et la prise en charge de certains usagers est souvent beaucoup trop long, ce qui a pour impact d'entraîner une détérioration de l'état de santé de l'usager, une démotivation face à sa récupération et une perte de qualité de vie ;
- Référence à une ressource plus spécialisée est aussi très problématique en raison des délais d'attente ;
- Recrutement et rétention de certains professionnels.

### 3.1.3 Mode de fonctionnement

Avant la mise en place de la nouvelle clinique, les demandes étaient, en grande majorité, acheminées directement aux orthopédistes (y compris les demandes relatives à des douleurs persistantes). Quelques demandes, selon une problématique de douleur persistante, étaient acheminées à l'anesthésiste. De même, le service de physiothérapie recevait un grand nombre de demandes de consultations de la part des omnipraticiens ou des spécialistes pour évaluation et traitement. De fait, plus de 95% des demandes de consultation élective pour un problème musculosquelettique autre que ceux référés en physiothérapie étaient directement référées à l'orthopédiste.

Chaque demande de consultation médicale était complétée par un omnipraticien ou un spécialiste et acheminée par la poste ou par fax. Aucun format standardisé n'existait pour ces demandes de consultation. Toute priorisation était effectuée en fonction des éléments donnés par la feuille de demande de consultation (le risque de chronicisation et les impacts fonctionnels étant des facteurs prédominants). Il n'y avait pas de mécanisme de retour au demandeur pour compléter une demande qui présentait des données manquantes. La priorisation était faite par les orthopédistes au sein de la clinique externe en orthopédie et par un anesthésiste pour les cas de douleur chronique. Si la demande de consultation était illisible, la demande était par défaut classée comme un cas électif, alors que si la demande avait été claire, elle aurait pu être classée autrement, ce qui impliquait que le

patient pouvait parfois attendre très longtemps avant de pouvoir consulter et courait donc le risque de voir son état s'aggraver. Au sein de la clinique externe en orthopédie, l'orthopédiste était le premier professionnel de la santé rencontré par le patient.

Les codes de priorité étaient divisés en trois niveaux, soit : 1) le niveau Urgent : appel à l'orthopédiste de garde ; 2) le niveau Semi-urgent : moins de 7 jours ; et 3) le niveau Électif : aucun temps ciblé.

À l'intérieur de cette structure de soins en orthopédie, cinq orthopédistes (parfois moins de 5), 7 physiothérapeutes, 5 thérapeutes en réadaptation physique et 2 anesthésistes (parfois moins de 2) pour les patients avec douleur chronique, assuraient le continuum de soins. Il n'y avait pas la présence d'un professionnel pivot pour assurer la coordination des soins.

Jusqu'en 2007, les orthopédistes se déplaçaient dans les autres MRC de la région afin de voir les patients. Lors de recommandations pour une chirurgie, le patient se déplaçait à Amos pour l'intervention. L'orthopédiste assurait le suivi des patients rencontrés lors de ses cliniques hors-MRC, de même que le suivi post-chirurgie. Des corridors de services étaient et sont toujours établis avec des centres tertiaires pour certains cas peu fréquents pour lesquels les orthopédistes n'ont pas l'expertise (i.e. tumeur osseuse, chirurgie pédiatrique hautement spécialisée, chirurgie de la colonne cervicale).

En ce qui concerne spécifiquement le volet douleur, il n'existait pas de circuit dédié pour cette problématique avant 2001. Une clinique de douleur a été ouverte en 2001, cependant elle n'était constituée que d'un seul médecin anesthésiste. Rapidement, la demande a excédé les capacités de la clinique. De plus, le médecin de la clinique s'est rapidement rendu compte que l'unidisciplinarité était insuffisante pour régler les problèmes de douleurs pour les cas complexes (qui sont assez fréquents). Ce médecin s'est donc mis à consulter de façon sporadique d'autres professionnels de la santé afin d'améliorer ses traitements (psychologue, physiothérapeute, etc.). C'est à partir de ce moment-là que la clinique a commencé à être interdisciplinaire avant de pleinement s'intégrer comme l'une des deux composantes de la nouvelle clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSS les Eskers de l'Abitibi.

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

### *Demande de consultation avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire.*

**Orthopédie** :                      référence Figure 1  
  Cartographie des processus de consultation en orthopédie

1. Demande de consultation en orthopédie.
2. Les orthopédistes priorisent les cas à rencontrer : des cas urgents, des cas potentiellement chirurgicaux (considérant le programme opératoire et respectant leur expertise) et des cas électifs.
3. L'orthopédiste rencontre les nouveaux cas en consultation, demande les examens pertinents si non faits, fait le traitement conservateur au besoin ou offre une chirurgie selon l'évolution de la maladie.
4. L'orthopédiste offre au patient de le revoir au besoin ou donne le congé. Comme il y a peu de ressources pour assurer le suivi du patient (médecin de famille), l'orthopédiste assure le suivi du patient.

**Douleur** :                              référence Figure 2  
  Cartographie des processus de consultations en douleur

1. Demande de consultation à l'anesthésiste.
2. L'anesthésiste priorise les cas à rencontrer.
3. Consultation par l'anesthésiste, évaluation de la situation, intervention, ajustement de la médication.
4. Suivi du patient réalisé par l'anesthésiste (peu de ressources pour la prise en charge du suivi du patient post-consultation).
5. Congé, s'il y a lieu.

**Physiothérapie** :                      référence Figure 3  
  Cartographie des processus de consultation en physiothérapie

1. Demande de consultation en physiothérapie.
2. Priorisation des références, des médecins de famille et des orthopédistes, par le chef de service.
3. Évaluation par un physiothérapeute ou TRP, élaboration du plan de traitement et rencontres de suivi.
4. Retour au médecin référant au besoin.
5. Congé.

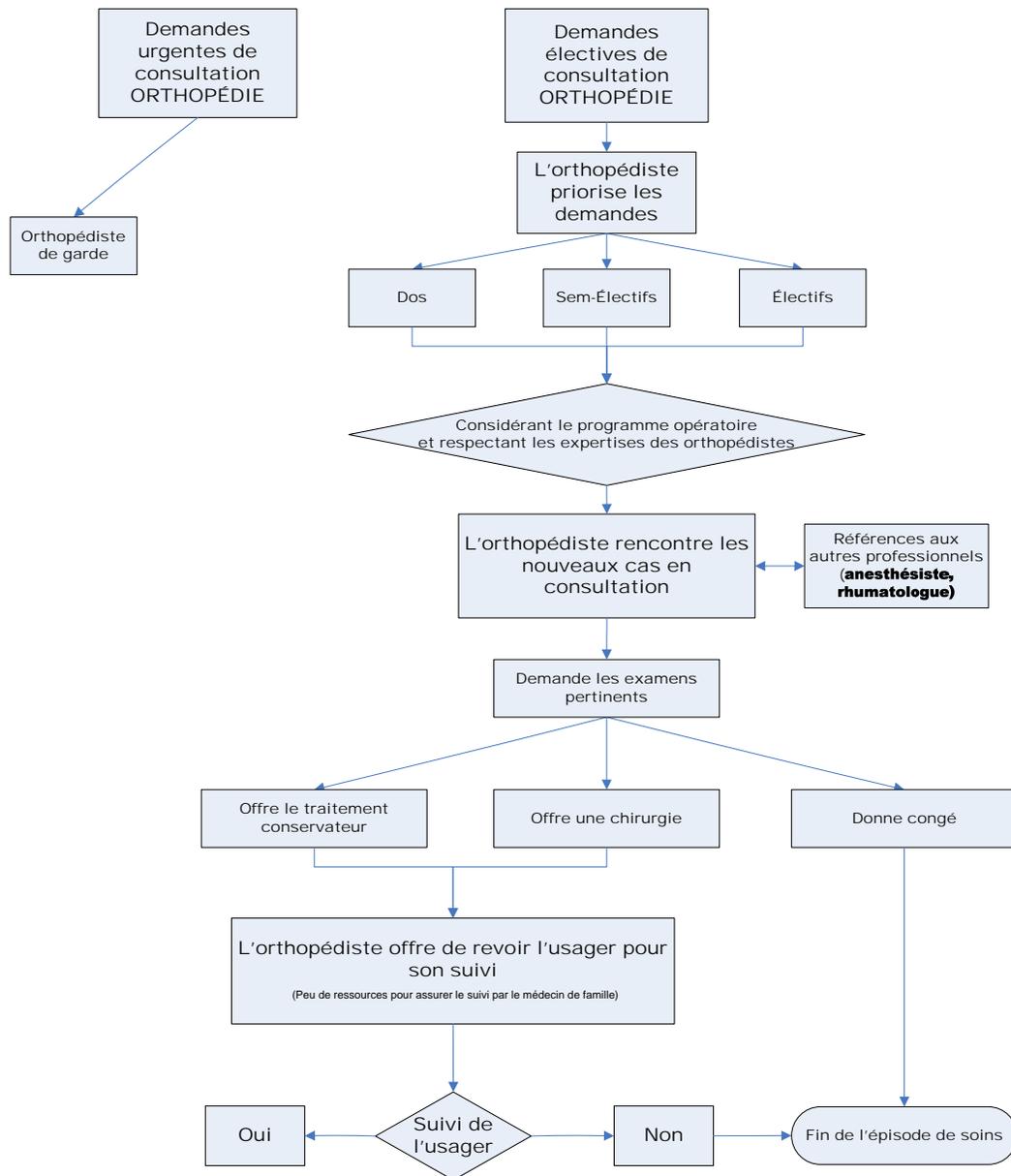


Figure 3-1 : Cartographie des processus de consultation en orthopédie avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire

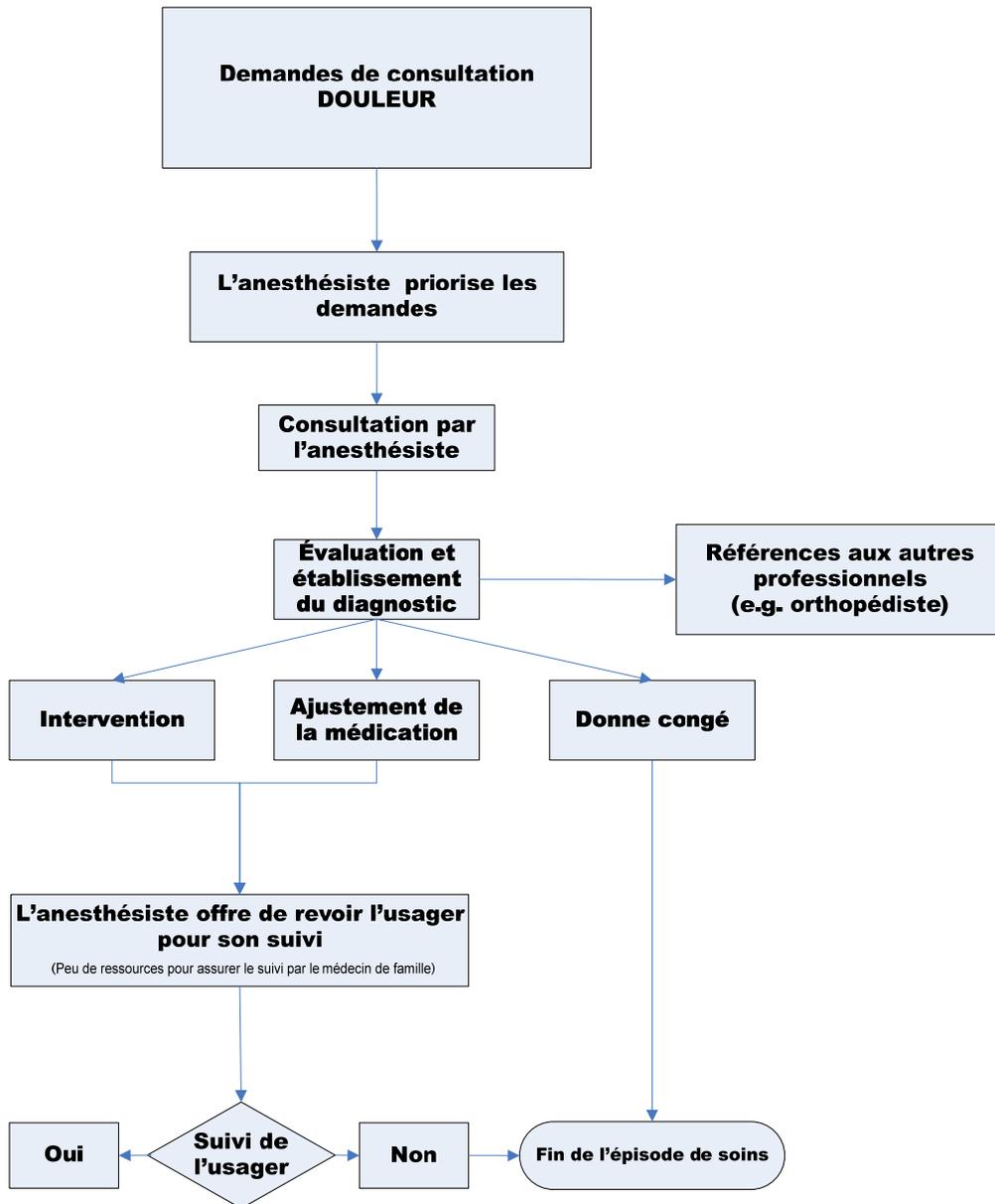
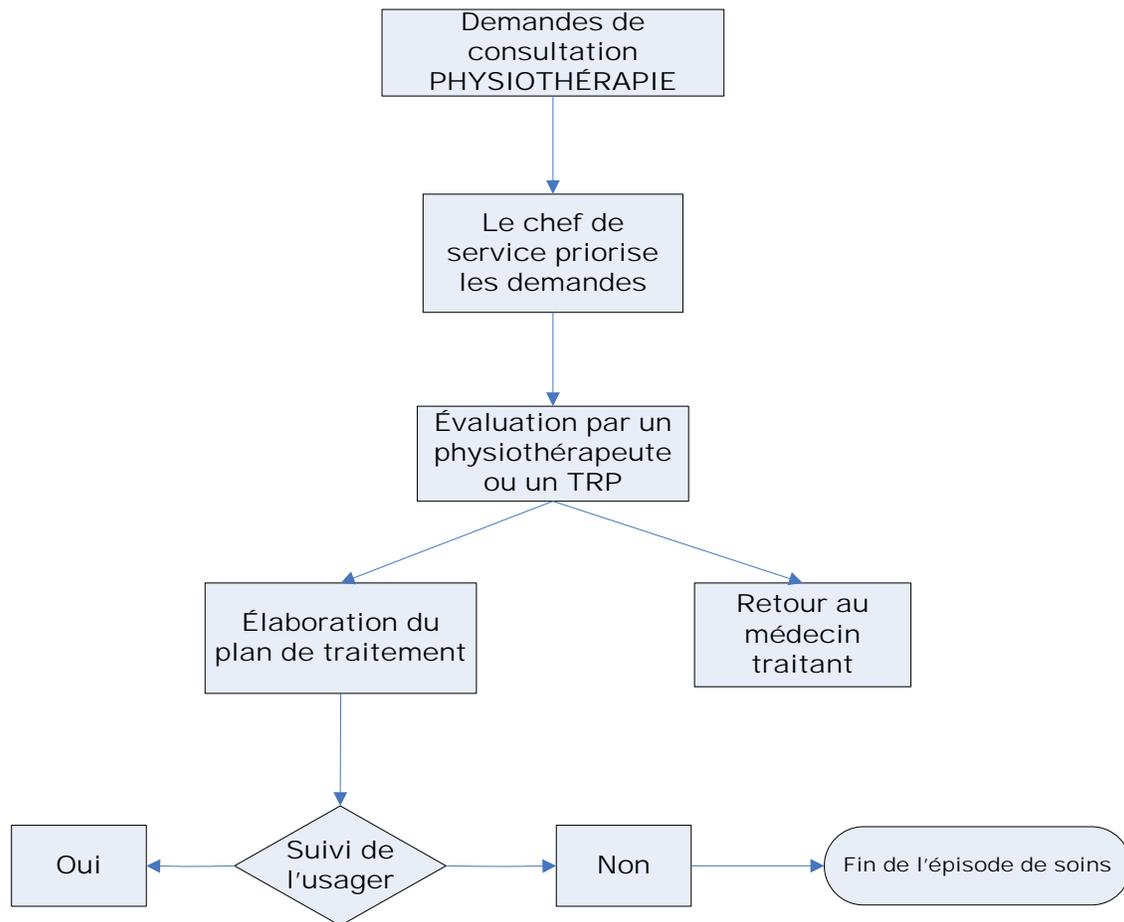


Figure 3-2 : Cartographie des processus de consultation en douleur avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire



**Figure 3-3 : Cartographie des processus de consultation en physiothérapie avant la mise en place de la clinique interdisciplinaire**

### **3.2 Objectifs généraux et spécifiques de la nouvelle clinique**

L'objectif principal est d'assurer aux personnes atteintes d'un problème musculosquelettique ou neuro-musculosquelettique une prise en charge globale ainsi que l'accessibilité et la continuité de services intégrés de qualité à toutes les étapes de la maladie jusqu'à la stabilisation de l'état du patient ou la réadaptation complète.

Pour ce faire, une clinique interdisciplinaire offrant deux volets intégrés a été mise en place : un volet orthopédique et un volet douleur. De manière générale, les deux volets de cette clinique intégrée visent à optimiser les ressources humaines, matérielles et financières disponibles afin d'offrir des services de qualité tout en augmentant l'accès rapide aux professionnels et aux services que requiert l'état du patient. De plus, les objectifs de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique visent à (cf. CSSS Les Eskers de l'Abitibi, 2007) :

- Offrir des soins intégrés centrés sur les besoins du patient ;
- Hiérarchiser les services afin d'optimiser les interventions des intervenants cliniques ;
- Réduire les délais d'attente ;
- Orienter le patient vers le bon professionnel ou le bon groupe d'intervenants au bon moment ;
- Participer de façon régulière à la formation régionale des médecins omnipraticiens et des autres professionnels impliqués ;
- Offrir un guichet unique d'informations pour les médecins omnipraticiens ;
- Diminuer les risques de chronicisation chez le patient ;
- Permettre une stabilisation ou un rétablissement plus rapide de l'état de santé du patient ;
- Développer des partenariats avec les services des réseaux publics et privés dans le but d'améliorer la portée des actions engagées ;
- Favoriser le recrutement et la rétention de personnel par la création d'un milieu stimulant et enrichissant ;
- Au sein du volet « orthopédique », un objectif spécifique est d'augmenter le volume de chirurgie pratiqué par les médecins orthopédistes ainsi que d'orienter dès la première année 30% des demandes de consultation faites auprès d'un orthopédiste vers un autre professionnel de la santé en première évaluation ;
- Traiter la condition biopsychosociale du patient et à obtenir sa guérison en plus de l'aider à mieux gérer sa douleur chronique (spécifiquement pour le volet douleur).

#### **3.2.1 Mode de fonctionnement**

La mise en place s'est traduite initialement par des réflexions et révisions de processus pour une réorganisation des services offerts, ceci débutant en novembre 2007.

##### **3.2.1.1 Volet orthopédie**

Les deux premières actions qui ont été posées avec la création de la nouvelle clinique ont été de nommer des professionnels pivot pour chacun des volets de la clinique (i.e. une infirmière pivot pour le volet orthopédie et une physiothérapeute pivot pour le volet douleur) et de revoir entièrement les listes d'attente pour une demande de consultation. La première tâche réalisée par l'infirmière pivot a donc été d'actualiser la liste d'attente pour une consultation en orthopédie.

Au départ, en juillet 2007, il y avait 2873 patients en attente pour une consultation électorie en musculosquelettique, soit 850 cas chirurgicaux, 1632 cas non chirurgicaux, 126 en attente de triage et 265 cas classés non urgents avant janvier 2005 (tableau 3-1, voir annexe 15 pour le détail). Il est à noter que tous les cas urgents étaient traités dans les délais requis. Sur ce total, 1450 demandes dataient de plus d'un an, dont certains cas de dos en attente depuis 1999. Ces 1450 demandes ont été retournées aux patients et/ou aux médecins référants afin de réévaluer leurs conditions et de voir si une consultation auprès d'un orthopédiste était toujours nécessaire. De ce nombre, 309 ont été retournées à la clinique et la totalité de ces patients a été vue à ce jour. Les demandes de consultation pour les cas de dos ont été retournées aux médecins référants avec une lettre explicative de la nouvelle politique de prise en charge pour ces cas. Les raisons du non-retour d'un grand nombre de demandes sont multiples : patients traités ailleurs, problème musculosquelettique s'étant résolu par lui-même, refus du traitement par le patient, décès, adresse inconnue, etc. Par ailleurs, il n'y a pas eu de lettre de relance dans les cas d'absence de réponses. Toutes les demandes ayant été gardées (i.e. celles de moins d'un an) ont été répertoriées selon la procédure de triage de la nouvelle clinique (annexe 4). Ces patients ont été vus selon des périodes plus ou moins longues jusqu'à ce que l'on ait pu respecter la priorité des objectifs ayant été fixés (i.e. cas urgent : < 1 semaine ; cas semi-électif : < 4 mois ; cas électif : < 18 mois).

De plus, à cette époque, 200 patients étaient en attente pour une prise en charge de leur condition à la clinique de la douleur. Un triage fut effectué par ancienneté de la demande et selon la complexité de chaque cas et les critères d'entrées à la clinique de la douleur.

D'après ces chiffres (1450 demandes datant de plus d'un an sur un total de 2873), il apparaît que le délai d'attente médian est approximativement de 1 an. De fait, bien que ne disposant pas du détail de ces chiffres, il est possible d'en déduire un temps moyen d'attente de plus d'un an pour les cas électifs compte tenu d'un délai d'attente s'échelonnant entre 0 et 8 ans.

**Tableau 3-1 : Liste d'attente pour une consultation électorie, 2007.**

<i>Catégories de patients</i>	
	juil-07
	cas
Catégorie chirurgicale	850
Catégorie non chirurgicale	1632
Cas avant 2005	265
Attente d'un triage	126
<b>Totaux</b>	<b>2873</b>

Par la suite, il a été procédé à une réorganisation du processus d'arrivée des demandes de consultation. Depuis la mise en place de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique, les demandes de consultations électorie en musculosquelettique sont ainsi acheminées à l'accueil de la clinique par un secrétariat. Il existe désormais un guichet unique qui assure l'orientation initiale du client selon le volet d'intervention approprié : volet orthopédique ou volet douleur. Ce pré-triage est effectué par la secrétaire de la clinique en fonction de l'entête de la demande de consultation (figure 4).

Pour ce faire, il a été créé un standard pour la demande de consultation pour chacun des deux volets de la clinique (annexe 2a, 2b). Jusqu'à maintenant, ce standard était utilisé à 30-40% par les demandeurs. Ce standard a récemment été révisé et est actuellement en période de sensibilisation auprès des demandeurs. Lorsque la période de sensibilisation sera terminée, si celle-ci n'est toujours pas utilisée, les médecins référants s'exposeront au risque de voir leur demande retournée avec une

lettre explicative. Ensuite, au sein de chaque volet, il a été mis en place un triage clinique du client pour assurer sa prise en charge et son évaluation initiale par le professionnel approprié.

***Épisode de soins après la mise en place de la nouvelle clinique (volet orthopédie) :***

1. Demande de consultation à la clinique interdisciplinaire musculosquelettique<sup>14</sup>.
2. Réception et orientation de la référence (secrétariat)<sup>15</sup>.
3. Analyse du dossier et triage clinique (coordonnateur clinique).
4. Demande d'examen diagnostiques additionnels au besoin (il existe la possibilité pour l'infirmière pivot d'avoir recours à des ordonnances collectives).
5. Référence au professionnel approprié pour évaluation et prise en charge initiale du patient, selon la situation.
6. Le professionnel qui évalue initialement le patient réalise l'intervention optimale pour le patient : intervention et congé ou intervention et référence à un autre acteur de la clinique ou discussion avec le coordonnateur clinique quant à l'orientation à définir.
7. Le médecin référant est informé du suivi du patient. La collaboration des professionnels impliqués ou pouvant être impliqués dans le processus est sollicitée (ex : physiothérapeute, médecins hors MRC).

À cet égard, la réalisation d'un guide de prise en charge (annexe 3) de la clientèle orthopédique de l'Abitibi-Témiscamingue sert de référence pour le triage. Ce guide a également été diffusé auprès des omnipraticiens de la région afin d'aider ces derniers à réaliser le travail qui doit être fait par eux et non par un des professionnels de la clinique. De même, ce guide vise à lutter contre un réflexe très fréquent qui voudrait que tous les problèmes musculosquelettiques soient traités par un orthopédiste. Par conséquent, en fonction des problèmes musculosquelettiques considérés, ce guide propose des alternatives à une demande de consultation en orthopédie.

De plus, le formulaire de demande de consultation en physiothérapie a été reformulé pour tenir compte de la clientèle de la clinique interdisciplinaire. Cependant, le guichet pour cette clientèle demeure toujours en physiothérapie, car les professionnels de la physiothérapie affectés à la nouvelle clinique sont logés dans les services de la physiothérapie.

D'autre part, les professionnels de la clinique interdisciplinaire ne sont pas localisés sur le même étage. Une demande a été faite dans le nouveau PFT de l'urgence et des cliniques externes spécialisées afin d'intégrer tous les professionnels de la clinique dans un même espace afin de favoriser les échanges. Par ailleurs, un orthopédiste continue à effectuer des cliniques occasionnelles à l'extérieur du Centre hospitalier l'Hôtel-Dieu d'Amos (à Senneterre).

---

<sup>14</sup> Les demandes proviennent le plus souvent des omnipraticiens, puis de certains médecins spécialistes, ainsi que du service de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu d'Amos qui réalise la réception et le triage de ses propres demandes.

<sup>15</sup> Dans certains cas, lorsque cela est légalement possible (i.e. règlements administratifs), il peut y avoir une orientation directe en physiothérapie.

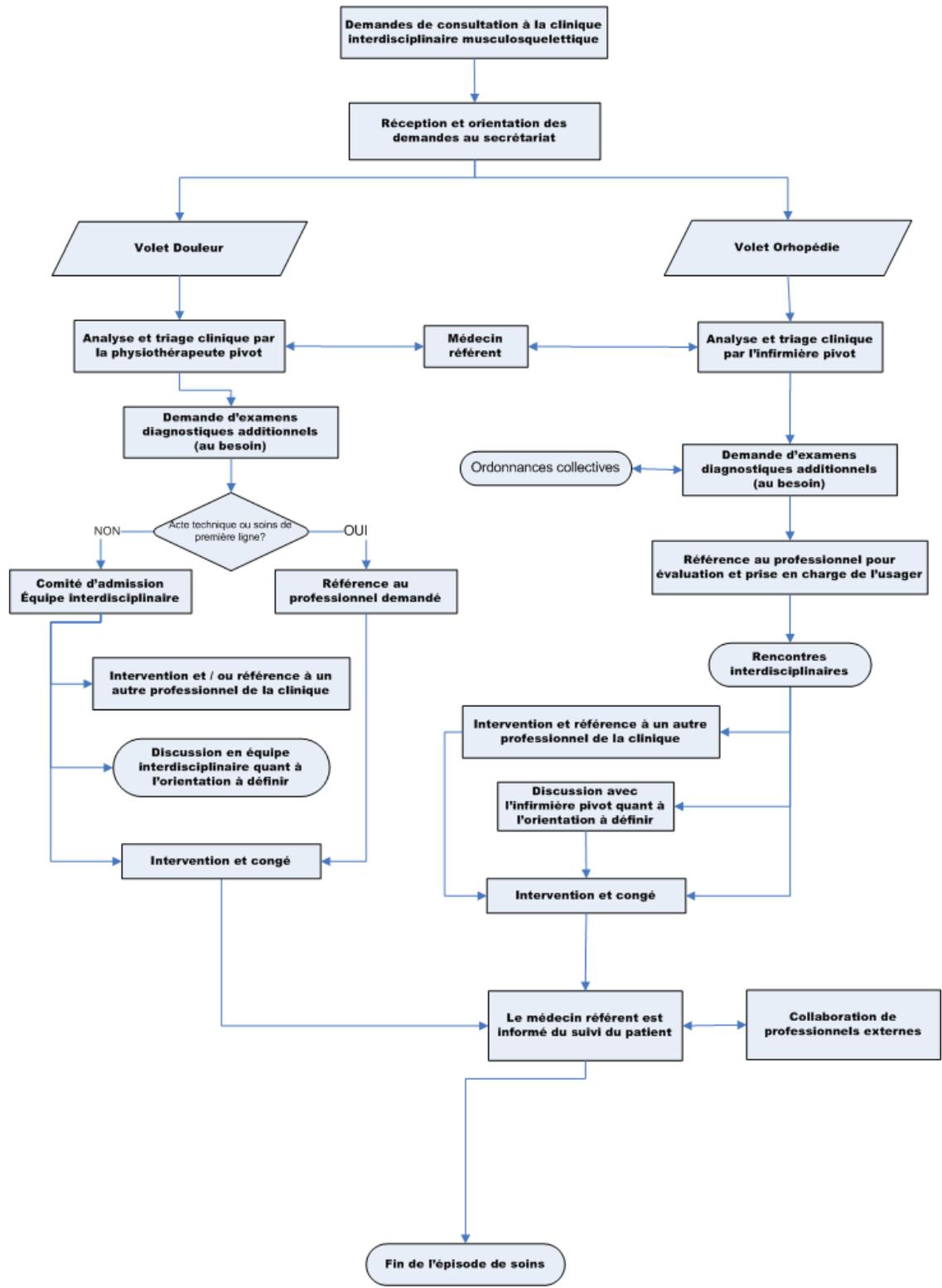


Figure 3-4 : Cartographie des processus après l'implantation de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique

Le triage est réalisé par une infirmière pivot pour le volet orthopédie, sauf pour les consultations qui arrivent directement au service de physiothérapie, ceux-ci étant triés par le chef de service en physiothérapie. L'orientation est alors précisée : physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique, omnipraticien (e.g. infiltrations), orthopédiste ou rhumatologue (annexe 4).

L'orientation établie par le triage clinique (analyse du dossier) est définie en fonction de critères cliniques : traitements réalisés jusqu'à présent, diagnostic donné par le médecin référant, signes cliniques, âge, etc. Le triage par diagnostic permet également, au besoin, d'orienter le patient vers un orthopédiste en particulier en fonction de l'expertise développée par celui-ci. Les cas difficiles à classer sont montrés au médecin-chef du service d'orthopédie. Ce travail réalisé par l'infirmière pivot correspond à environ 3 jours par semaine.

Aucune pré-évaluation avec les patients n'est réalisée par l'infirmière pivot dans la mesure où très souvent il existe une grande distance géographique entre la clinique et les patients. Par contre, l'infirmière pivot peut au besoin entrer en contact (téléphonique ou autre) avec un patient afin de préciser la problématique.

Si la demande de consultation effectuée par le médecin référant est incomplète, illisible ou que le patient est hors région, la demande sera retournée avec une lettre d'explication. Il en sera de même si les résultats des tests diagnostiques et des bilans médicaux ne sont pas fournis. Une photocopie de cette demande et une de la lettre justifiant son retour sont gardées dans un cartable au secrétariat de la clinique. Toutefois, dans certains cas où il y a peu d'éléments manquants, le médecin référant est contacté par téléphone afin de compléter la demande. De plus, certaines demandes de consultation incomplètes sont directement complétées par le professionnel pivot lorsque les informations manquantes sont disponibles par le système PACS. Il y aura également une lettre de retour lorsque la clinique ne dispose pas des ressources nécessaires pour traiter un patient de manière adéquate (ex. chirurgie de la colonne cervicale). Dans de tels cas, la lettre de retour expliquera les raisons du retour et proposera des pistes de solutions en informant le médecin référant de la liste des corridors de services établis pour cette clientèle.

Toutes les demandes de consultation gardées sont remises à l'agente administrative qui les enregistre à l'ordinateur selon le diagnostic et le code de priorité établie. Régulièrement, l'infirmière vérifiera les listes d'attente (tous les deux mois) pour s'assurer que les délais sont respectés pour chacun des diagnostics selon les priorités établies. De plus, l'infirmière pivot vérifiera les cartables dans lesquels sont gardées les consultations. Elle s'assurera qu'il n'y a pas de consultations qui auraient été oubliées (non inscrites sur les listes d'attente) ou qu'elles sont vues et non sorties du cartable. Lorsque l'agente prépare les horaires des orthopédistes, elle appelle les patients en fonction de la date fixée et de la disponibilité des médecins.<sup>16</sup>

Désormais, les codes de priorité (définitions données en annexe 5) utilisés pour le volet orthopédie sont :

- Urgent : le médecin référant doit communiquer immédiatement avec l'orthopédiste de garde.
- Semi-urgent : 1 à 3 jours selon le diagnostic.
- Semi-électif : mois de 4 mois jours selon le diagnostic.
- Électif : moins de 18 mois selon le diagnostic.

---

<sup>16</sup> Les patients sont appelés selon l'ancienneté de leur demande à l'intérieur de la catégorie de priorité à laquelle ils appartiennent. Certains patients dont la demande est plus récente que d'autres sont vus plus tôt dans la mesure où des patients avec une demande plus ancienne ont refusé la date de leur rendez-vous ou n'ont pas confirmé leur présence.

### *3.2.1.1.1 Clientèle ciblée, critères d'entrée et de suivi pour le volet orthopédie*

Pour le volet orthopédie, la clientèle reste la même qu'auparavant et est principalement composée de personnes de tout âge (environ 93% de la clientèle est adulte). Les principaux problèmes musculosquelettiques sont donnés en annexe 6.

Auparavant, en clinique externe d'orthopédie, toutes les clientèles présentant un problème musculosquelettique étaient directement examinées par un orthopédiste. De fait, les consultations d'un grand nombre de cas dont le diagnostic est aisé et dont l'établissement du plan de traitement et les soins peuvent être apportés par un professionnel de la santé autre qu'un orthopédiste, ne pouvaient pas être évitées par les orthopédistes. En conséquence, l'utilisation optimale des compétences de chacun n'était pas réalisée.

Désormais, majoritairement les cas potentiellement chirurgicaux sont directement examinés par un orthopédiste. Les clientèles présentant un problème de santé complexe et à risque de complications sont discutées en séances interdisciplinaires du volet orthopédie afin d'établir un plan de traitement. Les autres cas seront directement référés à un professionnel de la santé autre qu'un orthopédiste. Si la demande de consultation correspond à un cas de douleur chronique, celui-ci sera directement référé au volet douleur de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique.

Depuis l'implantation de la clinique, les examens diagnostics sont faits au préalable, ce qui facilite la tâche de l'orthopédiste. Les cas qui n'ont pas besoin de chirurgie, mais nécessitent l'opinion thérapeutique de l'orthopédiste sont également évalués. Ce nombre de cas est difficile à quantifier parce que les statistiques ne tiennent pas compte de ces données.

Il n'est pas tenu que la clientèle ait un médecin de famille. Pour toute nouvelle demande acceptée par l'orthopédiste, une copie de la consultation est envoyée au médecin requérant qui a la responsabilité d'assumer le suivi ou de l'acheminer au médecin traitant. Le patient peut apporter la prescription d'infiltrations à son médecin de famille ou à un autre médecin pouvant faire des infiltrations. Ces médecins sont répartis à l'intérieur de la région et font partie de la liste des personnes ressources de la clinique (annexe 7, Demande de consultation pour infiltration).

Par ailleurs, si après examen de la demande de consultation par les professionnels de la clinique il est recommandé à ce que le patient effectue des séances de physiothérapie et que celui-ci n'en a jamais effectué avant cette demande de consultation, le patient sera prioritairement référé en physiothérapie sur le territoire de son réseau local de santé et s'il en existe la possibilité dans sa localité. Cette pratique permet de réduire l'attente pour le service externe de physiothérapie de HHDA et de s'assurer que les clients reçoivent les services de physiothérapie dans leur secteur de résidence.

Pour tous les cas de traumatisme aigu et de fracture, il est recommandé de communiquer directement avec l'orthopédiste de garde pour une prise en charge rapide le jour même ou le lendemain. La demande de consultation doit être lisible avec le nom du médecin requérant et son numéro de pratique. Lorsque le patient a reçu son congé de l'orthopédiste, qu'il n'a pas été revu à la clinique depuis plus d'un an ou pour un problème différent, une nouvelle consultation est généralement exigée avec tous les résultats des tests diagnostiques et des bilans qui justifient la nouvelle demande. Les suivis de prothèse de hanche, d'épaule, de coude ou de genou ne nécessitent pas de nouvelle demande de consultation (le patient prend lui-même rendez-vous avec son chirurgien à la clinique d'orthopédie). Les complications de fractures, de chirurgies ou de plaies ne nécessitent pas non plus de nouvelles demandes (le patient appelle lui-même à la clinique d'orthopédie pour une visite urgente). Le suivi des arthroplasties effectuées à l'extérieur de la région n'est pas assuré sauf si c'est la clinique

interdisciplinaire qui a transféré le patient ailleurs. Finalement, les médecins traitants devront s'engager à reprendre en charge le patient référé, une fois le suivi de ce dernier complété à la clinique. Pour les patients qui ne pourront pas être examinés à la clinique interdisciplinaire, des pistes de référence seront données à son médecin traitant.

En ce qui concerne les consultations pour les enfants, les pieds bots et les suspicions de subluxation de la hanche, celles-ci sont vues dans un délai d'une semaine par les orthopédistes. Tous les autres cas pédiatriques sont vus dans un délai maximum de 4 mois. Les cas considérés comme complexes par l'orthopédiste sont référés par celui-ci à l'orthopédiste de Ste-Justine qui vient au CSSS Les Eskers de l'Abitibi trois fois l'an. Les cas pouvant être traités sur place au CSSS Les Eskers de l'Abitibi sont priorisés pour être examinés. Certaines chirurgies sont effectuées à HHDA conjointement avec l'orthopédiste et l'orthopédiste référant. Les autres chirurgies demandant une équipe plus spécialisée sont faites à Ste-Justine par le l'orthopédiste.

De plus, dans la mesure où il n'y a qu'un seul spécialiste des problèmes de dos au sein de la clinique, les omnipraticiens de la région ont reçu une mise à jour de la procédure de consultation orthopédique pour ces cas (annexe 8) afin d'optimiser le plan de traitement.

#### **3.2.1.1.2 Composition de l'équipe et rôles**

- Infirmière (0,6) : triage et coordination clinique ;
- Orthopédistes (5)<sup>17</sup> : évaluation, recommandation, chirurgie ;
- Physiothérapeutes (7,5 pour l'ensemble de la clientèle, dont 1 dédié exclusivement à la clinique musculosquelettique) : évaluation, traitement ;
- Thérapeute en réadaptation physique (5 pour l'ensemble de la clientèle, dont 1 dédié exclusivement à la clinique musculosquelettique) : traitement ;
- Rhumatologue (1) (participation de plus en plus fréquente) : évaluation, traitement.

Des omnipraticiens de la région se joignent à l'équipe pour réaliser des infiltrations. De fait, il est connu que plusieurs médecins peuvent faire des infiltrations à leurs patients et les retourner au médecin traitant. Il y a donc eu une sollicitation de la part de la clinique envers les omnipraticiens de chaque réseau local de santé aptes à faire des infiltrations pour des patients de leur secteur (au besoin une formation a été offerte par la clinique). Cette initiative a permis d'avoir un important panel d'omnipraticiens pour la pratique de l'infiltration (annexe 7) ;

Les rôles et responsabilités des intervenants sont décrits en détail à l'annexe 9.

#### **3.2.1.2 Volet douleur**

En ce qui concerne le volet douleur, toutes les demandes de consultation reçues sont remises à l'agente administrative qui les enregistre sur une liste d'attente dans MédiVisit en attente d'un triage par la physiothérapeute pivot. La priorisation est alors établie en équipe interdisciplinaire. Cette priorisation établie par le triage clinique (analyse du dossier) est définie en fonction des critères cliniques suivants : diagnostic donné par le médecin référant, antécédents et conditions associées, traitement en cours, traitements antérieurs et dosages maximaux. Puis les demandes sont à nouveau remises à l'agente administrative pour mettre à jour la priorité de la requête et la classer sous un onglet

---

<sup>17</sup> Un sixième orthopédiste sera accueilli en période estivale 2010.

spécifique (« Clinique de la douleur ») du dossier archives du patient. De façon hebdomadaire, la physiothérapeute pivot vérifiera les listes d'attente et les requêtes reçues pour s'assurer que les délais sont respectés pour chacun des diagnostics selon les priorités établies. Lorsque l'agente prépare les horaires des spécialistes du volet douleur, elle appelle les patients en fonction de la date fixée par le spécialiste et de la disponibilité de ce dernier (organigramme voir figure 5).

Les codes de priorité utilisés pour le volet douleur sont :

- Urgent : moins de 2 semaines selon le diagnostic.
- Semi-urgent : moins de 2 mois selon le diagnostic.
- Électif : moins de 2 ans selon le diagnostic.

***Épisode de soins après la mise en place de la nouvelle clinique (volet douleur) :***

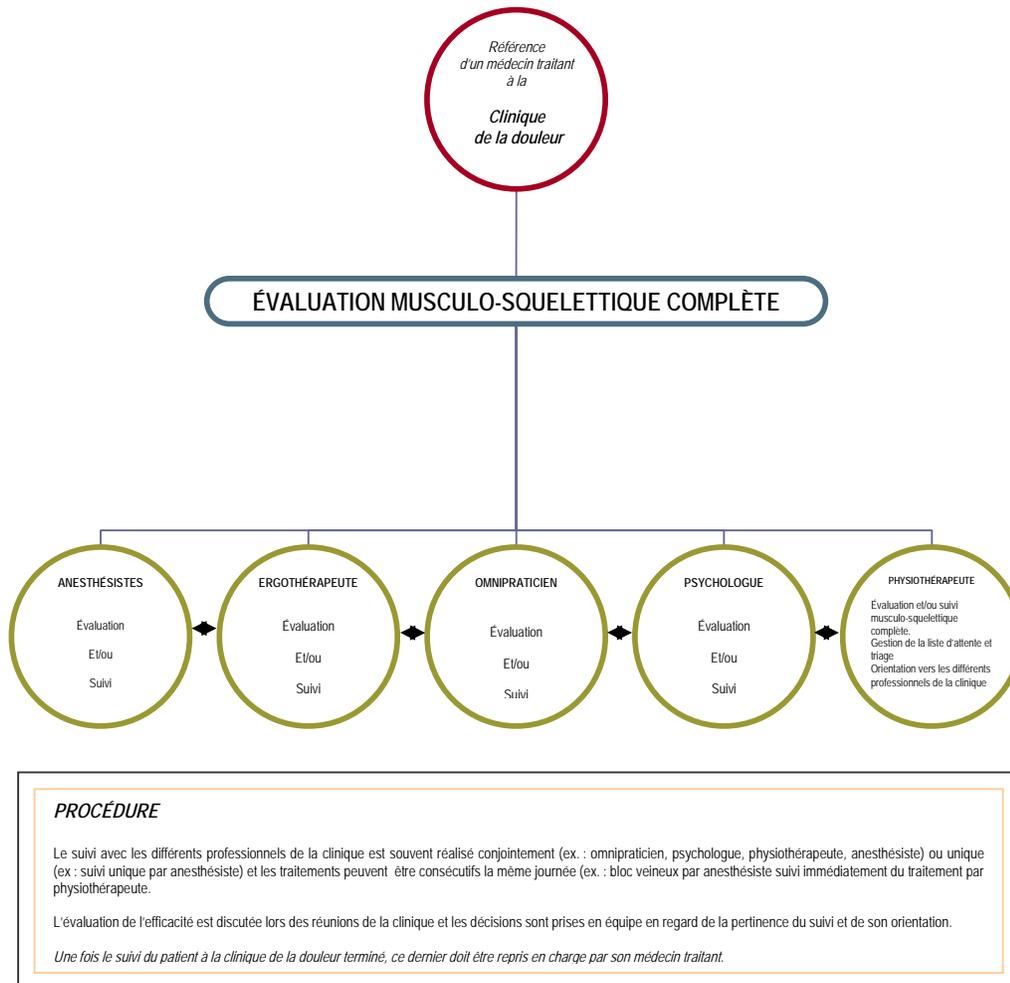
1. Demande de consultation à la clinique interdisciplinaire musculosquelettique<sup>18</sup>.
2. Réception et orientation de la référence (secrétariat)<sup>19</sup>.
3. Analyse du dossier et triage clinique (coordonnateur clinique).
4. Demande d'examens diagnostiques additionnels au besoin.
5. S'il s'agit d'une demande pour un acte technique ou pour un soin de première ligne (ex : ajustement de prescription de médicaments), le patient sera directement référé au professionnel demandé.
6. Pour les autres cas, le dossier du patient est examiné en équipe interdisciplinaire pour déterminer des modalités de la prise en charge initiale du patient et du traitement à venir.
6. Le ou les professionnels qui évalue(nt) initialement le patient réalise(nt) l'intervention optimale pour le patient : intervention et congé ou intervention et référence à un autre acteur de la clinique ou discussion en équipe interdisciplinaire quant à l'orientation à définir.
7. Le médecin référant est informé du suivi du patient. La collaboration des professionnels impliqués ou pouvant être impliqués dans le processus est sollicitée (ex : physiothérapeute, médecins des autres réseaux locaux de santé).

En ce qui concerne la localisation de la clinique de la douleur au sein de l'HHDA, les anesthésistes sont au 2<sup>e</sup> étage alors que la physiothérapeute, la neuropsychologue et la secrétaire sont au 5<sup>e</sup> étage.

---

<sup>18</sup> Les demandes proviennent le plus souvent des omnipraticiens, puis de certains médecins spécialistes, ainsi que du service de physiothérapie de l'Hôpital Hôtel-Dieu d'Amos qui réalise la réception et le triage de ses propres demandes.

<sup>19</sup> Dans certains cas, lorsque cela est légalement possible (i.e. règlements administratifs), il peut y avoir une orientation directe en physiothérapie.



**CRITÈRES DE PRISE EN CHARGE**

Les membres de la clinique de la douleur vont concentrer leur intervention clinique vers les conditions neuro-musculo-squelettiques complexes n'ayant pas répondu aux traitements conventionnels (tels : physiothérapie, médication, infiltration) et entraînant une douleur importante et un déficit fonctionnel limitant fortement les activités de la vie quotidienne.

Les conditions musculo-squelettiques qui ont été ciblées par les membres de la clinique de la douleur sont : lombalgie, cervicalgie, CRPS (complex regional pain syndrome) et les pathologies de l'épaule.

Les médecins référants auront, au préalable, fait effectuer les examens appropriés (scan, résonance magnétique, radiographie, examens de laboratoire) selon l'histoire et la condition, avant de procéder à la référence.

Les médecins référants devront dûment remplir le formulaire de référence de la clinique de la douleur pour que leur demande de consultation soit prise en considération.

Les médecins référants devront s'assurer que les patients référés sont prêts à s'impliquer activement et positivement dans le processus de prise en charge au sein de la clinique.

Les médecins traitants devront s'engager à reprendre en charge le patient référé une fois le suivi de ce dernier complété à la clinique de la douleur

**Figure 3-5 : Organigramme du flux de patients à la clinique de la douleur**

### *3.2.1.2.1 Clientèle ciblée, critères d'entrée et suivi pour le volet douleur*

En ce qui concerne le volet douleur, la clientèle est adulte uniquement avec un âge moyen de 45 ans. Les critères d'entrée et de suivi à la clinique de la douleur sont :

- Avoir des conditions neuro-musculosquelettiques complexes n'ayant pas répondu aux traitements conventionnels (tels que physiothérapie, médication, infiltration) et entraînant une douleur importante et un déficit fonctionnel limitant fortement les activités de la vie quotidienne ;
- Avoir les conditions musculosquelettiques qui ont été ciblées par les membres de la clinique de la douleur : lombalgie, cervicalgie, CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) et les pathologies de l'épaule (annexe 10) ;
- Que les médecins référants aient au préalable fait les examens appropriés (scan, IRM, Radiographie, examens de laboratoire) selon l'histoire et la condition, avant de procéder à la référence ;
- Que les médecins référants aient dûment rempli le formulaire de référence de la clinique de la douleur pour que leur demande de consultation soit prise en considération ;
- Que les médecins référants s'assurent que les patients sont prêts à s'impliquer activement et positivement dans le processus de prise en charge au sein de la clinique ;
- Que les médecins traitants s'engagent à reprendre en charge le patient référé une fois le suivi de ce dernier complété à la clinique de la douleur.

### *3.2.1.2.2 Composition de l'équipe et rôles*

- Physiothérapeute (1) : coordination clinique, évaluation musculosquelettique complète et traitement ;
- Anesthésistes (équivalent de 0,4 réparti selon 4 anesthésistes)<sup>20</sup> : évaluation, infiltration, révision de médication ;
- Omnipraticien (équivalent de 1 journée / 3 semaines) : évaluation médicale, révision médication, infiltration ;
- Psychologue/neuropsychologue (1) : évaluation et suivi ;
- Inhalothérapeute (0,4) : collaboration aux traitements offerts par les anesthésistes<sup>21</sup> ;
- Pharmaciens (0,4) : consultations et conseils pour les professionnels de la clinique musculosquelettique.

Les rôles et responsabilités de chaque intervenant sont décrits en détail à l'annexe 9.

---

<sup>20</sup> Deux anesthésistes viendront consolider l'équipe dès l'été 2010.

<sup>21</sup> À noter que les inhalothérapeutes et les pharmaciens ne font pas partie du volet douleur dans la mesure où ils n'assistent pas aux réunions interdisciplinaires. Par contre, ils fournissent une aide constante.

### 3.2.1.3 Volet Physiothérapie

#### 3.2.1.3.1 Clientèle ciblée et critères d'entrée et suivi pour le volet physiothérapie

Le service de physiothérapie du CSSS les Eskers de l'Abitibi reçoit, sur prescription médicale, une clientèle de tous âges ayant des problèmes affectant le système musculosquelettique, le système neurologique et le système cardio-respiratoire. Il travaille en étroite collaboration avec le département d'orthopédie depuis plusieurs années. Dans le cadre de la clinique interdisciplinaire plusieurs nouvelles lignes de conduite ont été instaurées. Ainsi, à titre d'exemple, dorénavant une capsulite d'épaule n'est plus vue par un orthopédiste, elle est évaluée par un physiothérapeute, puis une suite de trois (3) arthrographies distensives sont effectuées par le radiologiste sur une période d'un mois avec physiothérapie concomitante. Cette nouvelle ligne de conduite a permis d'avoir d'excellents résultats avec une diminution de 68% du nombre total de jours de traitement (voir tableau 3-2, page suivante).

Le tableau 3-2 indique, malgré une importante hausse du nombre de références pour un même personnel en activité, des baisses spectaculaires en termes de jours d'attente et de jours de traitements, allant parfois jusqu'à une réduction des délais de plus de 96%. Chacune des actions entreprises pour arriver à de tels résultats y est sommairement décrite.

Afin d'offrir un service à une clientèle qui n'était plus vue en orthopédie, l'organisation a mis en place une *École du dos* pour les lombalgies chroniques (annexe 11) dans le cadre de l'implantation de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique. Cette classe du dos existe présentement dans les secteurs de Val-d'Or, Rouyn-Noranda et Macamic, ce qui permet d'offrir des services pour l'ensemble de la région. Cette initiative, actuellement limitée aux seuls cas de lombalgies chroniques, a permis de diminuer les délais d'attente de près de 27% et la durée des traitements de plus de 17%.

Actuellement, le délai d'accessibilité au service externe de physiothérapie de HHDA varie de quelques jours à 15-16 mois au maximum.

#### 3.2.1.3.2 Composition de l'équipe et rôles

- Physiothérapeute (7.5 pour l'ensemble de la clientèle musculosquelettique, **dont 1 dédié exclusivement à la clinique interdisciplinaire musculosquelettique**) : évaluation, traitement ;
- Thérapeute en réadaptation physique (5 pour l'ensemble de la clientèle musculosquelettique **dont 1 dédié exclusivement à la clinique interdisciplinaire musculosquelettique**) : traitement ;

Les rôles et responsabilités de chaque intervenant sont décrits en détail à l'annexe 9.

**Tableau 3-2 : Jours d'attente et jours de traitement en physiothérapie avant et après la mise en place de la clinique interdisciplinaire**

Diagnostic	Année 2007-2008 avant		Année 2009-2010 après		Actions entreprises	Résultats	
	<i>Jrs attente</i>	<i>jrs traitement</i>	<i>jrs attente</i>	<i>jrs traitement</i>		<i>Jrs attente</i>	<i>jrs traitement</i>
Acromioplastie	9.63	42.43	9.00	29.66	Révision du protocole postopératoire.	↓ 6,54%	↓ 30,09%
Capsulite	38.5	28	18.33	8.83	Instauration d'un continuum de service avec arthrographie distansive et physiothérapie concomitante	↓ 52,38%	↓ 68,46%
Déchirure coiffe des rotateurs	30.33	28.33	11.00	6	Mise en place d'une équipe de travail. Révision du protocole.	↓ 36,26%	↓ 78,82%
Déchirure LCA	9	56	4.8	2.2	Révision du protocole et adaptation des exercices.	↓ 46,66%	↓ 96,07%
Lombalgie	110.41	18.5	81.0	15.33	Mise en place de l'École du dos au printemps 2009.	↓ 26,63%	↓ 17,14%
Tendinite	47	37.09	36.46	20.53	Mise en place d'une équipe de travail composée d'un physiothérapeute et d'une thérapeute en réadaptation physique. Révision du protocole d'iontophores.	↓ 22,43%	↓ 44,65%

### 3.2.2 Formations complémentaires reçues et dispensées

#### *Au sein du volet orthopédie/physiothérapie :*

- Physiothérapeute : formation post-graduée pour l'évaluation et le traitement du quadrant supérieur, symposium sur l'interdisciplinarité au niveau du membre supérieur, formation sur l'intervention en groupe pour des problématiques de lombalgies chroniques ;
- Thérapeute en réadaptation physique : formation sur les pathologies musculosquelettiques du membre supérieur, formation sur l'intervention en groupe pour des problématiques de lombalgies chroniques.

Depuis la mise en place de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique, en plus des conseils téléphoniques quant à l'orientation des traitements, les médecins spécialistes de cette clinique offrent des sessions de formation et d'information aux omnipraticiens de la région. On doit ici mentionner que les physiothérapeutes de la région sont également invités à ces sessions de formation. Ainsi, en 2008, la Dre Édith Beauregard a donné une formation sur les pathologies de l'épaule dans toute la région. En 2009, le Dr Mario Aubin a donné une formation sur les pathologies du genou à Amos (la pandémie de grippe H1N1 à l'automne 2009 ayant retardé la formation pour les autres centres). Le Dr Joseph Eid prépare actuellement une formation sur les pathologies du dos qui devrait être dispensée en 2010-2011. Ces mêmes formations ainsi que d'autres sont programmées pour être données en 2010-2011, à tous les services de physiothérapie de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, du Nord du Québec et des communautés Cris. D'autres formations pourraient être données selon les besoins exprimés par les omnipraticiens.

Finalement, tous les protocoles de physiothérapie ont été révisés par le service de physiothérapie et approuvés par les orthopédistes et ont été envoyés aux différents services de physiothérapie de la région 08 (Abitibi-Témiscamingue) ainsi qu'à ceux des régions 10 et 18 et aux cliniques privées.

#### *Au sein du volet douleur :*

- Anesthésiste(s) : Divers congrès internationaux sur la douleur et symposiums sur la gestion et l'intervention en douleur (EFIC, 2009 ; ESRA, 2008 ; WIP, 2007 ; Purdue, 2010 ; Montréal, 2010 ; Congrès Canadien d'Anesthésiologie, 2009 ; Congrès d'Anesthésie régionale ADRO, 2009). Formations au CHUS et au CHUQ (visioconférences).
- Physiothérapeute : 5 symposiums sur la gestion et l'intervention en douleur (UdS, 2008 ; UQAT, 2008 ; Société québécoise de la douleur, 2008, 2009 ; UdS, 2010), formation avancée sur l'évaluation et le traitement de la région lombaire. Congrès mondial sur la douleur (Montréal, 2010).
- Neuropsychologue : Formations sur le traitement multifactoriel et l'évaluation globale de la douleur (NOCI Clinique Inc., 2009, 2010), Symposium sur la douleur : douleur et troubles du sommeil (UdS, 2010). Congrès mondial sur la douleur (Montréal, 2010).
- Omnipraticien : Préceptorat en douleur à l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal avec le Dr André Lalonde les 27 et 28 mai 2010.
- Tous les intervenants : formation sur les nouvelles molécules utilisées dans les conditions de douleur chronique (Dre Ann Nguyen).

Depuis l'automne 2008, la physiothérapeute du volet douleur a également réalisé plusieurs formations auprès de différents professionnels (service de physiothérapie d'Amos, physiothérapeutes et ergothérapeutes à Val-d'Or et Lebel-sur-Quévillon, professionnels de la santé d'Abitibi-Ouest médecins et psychologue de la clinique de la douleur, omnipraticiens de la région, CSST, orthopédistes du CSSS Les Eskers d'Amos) sur la structure de la clinique, la physiologie de la douleur et le CRPS. Un des anesthésistes (Dr Martin) a également animé une table ronde sur le traitement de la douleur à Senneterre en 2008 et a fait du préceptorat dans une clinique médicale à Amos en 2009.

*Au sein des deux volets :*

Des formations intracliniques (discussions de cas, transferts de connaissances, présentations) sont réalisées en continu au sein de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique afin que les différents acteurs acquièrent une certaine connaissance du rôle de chacun selon les pathologies et problématiques de la clientèle.

### **3.2.3 Outils cliniques développés**

Dans le cadre du développement de la clinique interdisciplinaire, il a été opportun de concevoir différents outils afin d'aider les professionnels impliqués dans le continuum de soins à offrir des services efficaces et de qualité. Ils sont :

- ◆ Un guide de prise en charge de la clientèle orthopédique de l'Abitibi-Témiscaminque (dernière date de révision : 17 juin 2009) sert de référence pour le triage en clinique en plus du document de triage par diagnostic. Ce guide a été conçu pour aider les omnipraticiens de l'urgence et des cliniques à établir un diagnostic et à traiter les problèmes orthopédiques les plus couramment rencontrés. Ce guide est inspiré du guide de l'Outaouais (Clinique externe d'orthopédie du CSSS de Gatineau, hôpital de Hull, Gatineau, Québec). Il indique aussi quand faire la demande de consultation à la clinique interdisciplinaire musculosquelettique. Ce document permet aux omnipraticiens de procéder au tri des patients pouvant être référés en clinique interdisciplinaire ; à défaut, ils référeront leurs patients vers un physiothérapeute ou un autre spécialiste (physiatre, psychologue, etc.) (annexe 3).
- ◆ Un document qui présente la procédure du triage. Le triage par diagnostic permet à l'infirmière pivot du volet orthopédie de référer le patient au médecin orthopédiste possédant une expertise spécifique au problème musculosquelettique spécifié ou ayant une préférence pour ce type de problème. Ce document indique également, pour un certain nombre de diagnostics, des spécialistes extérieurs à la clinique vers lesquels il est recommandé de référer le patient. Pour chaque diagnostic, le niveau de priorité est indiqué (urgent, semi-urgent, semi-électif, électif), ce qui permet d'organiser les listes d'attente et de cédule les rendez-vous (annexe 5).
- ◆ Des feuilles standardisées de demande de consultation ayant récemment été révisées et distribuées : une pour le volet orthopédie, une autre pour le volet physiothérapie et une pour le volet douleur (annexes 2a, 2b, 2c). En plus de la date et du nom du médecin référant, ces documents doivent principalement indiquer la raison de la demande de consultation, le diagnostic, les antécédents et les conditions associées (pour le volet douleur), les investigations faites et les traitements faits ou en cours. Si les résultats des tests diagnostiques et des bilans qui justifient la demande ne sont pas fournis (ou à défaut le numéro de dossier dans le PACS), la demande pourra être retournée avec une lettre explicative.

- ◆ Une grille administrative de suivi des patients pour le volet orthopédie. L'agente administrative de la clinique enregistre la date cible de relance pour chaque patient avec son orthopédiste. Cette date est inscrite sur le billet complété par l'orthopédiste à chaque rencontre. La première copie est pour l'agente et la seconde est remise au patient. Sur cette grille, on trouve la liste des suivis par orthopédiste et l'agente peut consulter l'historique de toutes les rencontres effectuées par les orthopédistes. Toutefois, cela n'est pas utilisé comme outil de travail clinique. Le logiciel MédiVisit est utilisé pour la gestion des rendez-vous par date cible. Il n'existe donc pas de grille spécifique pour le suivi clinique de chaque patient.
- ◆ Des grilles d'évaluation (volet douleur) :
  - Évaluation de la douleur (annexe 12 a)
  - Évaluation CRPS, membre inférieur (annexe 12 b)
  - Évaluation CRPS, membre supérieur (annexe 12 c)
  - Évaluation de l'épaule (annexe 12 d)
  - Évaluation de la colonne cervicale (annexe 12 e)
  - Évaluation de la colonne lombaire et bassin (annexe 12 f)
- ◆ Des questionnaires d'évaluation pour compléter les grilles d'évaluation du volet douleur (PDI, DN4, QBDS, EVA, BECK, BAI, McGill, etc.).
- ◆ Un DVD explicatif sur les arthroplasties de la hanche et du genou. Ce DVD a été élaboré par le service de physiothérapie. Son rôle est de renseigner les patients sur la chirurgie à venir, sur les exercices à faire, sur les techniques de transfert sécuritaires ainsi que sur l'utilisation des différentes aides techniques.
- ◆ Un document d'aide au triage pour le volet orthopédie (annexe 4).

Il n'existe pas de procès verbal standardisé pour les comptes rendus des réunions interdisciplinaires. Cependant, les informations pertinentes sont versées au dossier du patient.

### 3.2.4 Continuum de service

Une liste d'omnipraticiens pratiquant en Abitibi-Témiscamingue (à l'extérieur du CSSS Les Eskers de l'Abitibi) a également été constituée afin de permettre de référer, dans chaque réseau local de santé, les patients demandant des soins pouvant être réalisés par des omnipraticiens ayant suffisamment d'expérience dans le domaine des problèmes musculosquelettiques (principalement pour des infiltrations (voir référence pour une demande de consultation pour infiltration en annexe 7)). De plus, des liens de collaboration ont été établis avec d'autres professionnels de chaque réseau local de santé (établissements publics et cliniques privées) pour l'élaboration et la réalisation de plans de traitements (physiothérapeutes, ergothérapeutes, médecins traitants). Ces liens permettent de réduire la charge de travail des professionnels de la clinique interdisciplinaire et donc d'accroître l'accessibilité de la clinique pour les patients en attente, ainsi que de recevoir de nouveaux patients, tout en optimisant l'utilisation des différentes compétences présentes sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue.

Par ailleurs, lorsque cela est possible, il est demandé aux médecins référants d'assurer le suivi de leurs patients pour certains problèmes musculosquelettique. Si le médecin référant constate qu'il n'y

a pas d'amélioration de l'état du patient lors des visites de suivi, celui-ci pourra retourner son patient à la clinique pour une réévaluation. De plus, afin de faciliter le suivi, la clinique transmet systématiquement toutes les informations pertinentes sur le traitement du patient à son médecin traitant. Cette règle rigoureusement suivie par la nouvelle clinique permet d'éviter un certain nombre de nouvelles demandes de consultation qui auraient pu avoir lieu par manque d'informations disponibles. En outre, cela permet aux orthopédistes d'accueillir de nouveaux patients et donc de réduire les délais d'attente pour les nouvelles consultations.

Un patient peut prendre directement rendez-vous avec un professionnel de la clinique lorsqu'il est suivi par un professionnel de cette clinique. Cependant, si un patient a reçu un congé et qu'il n'est plus suivi par un professionnel de la clinique, il devra passer par son omnipraticien pour obtenir à nouveau un rendez-vous. Cette nouvelle procédure permet d'éviter des rendez-vous inutiles à l'orthopédiste de la clinique pour de simples demandes de renouvellement d'ordonnance ou de complétion d'un formulaire d'assurance qui pourraient être effectuées par un omnipraticien.

Afin de réduire la liste d'attente pour une chirurgie, le volet orthopédie de la clinique organise de façon régulière des blocs mineurs dans les salles de la clinique externe d'orthopédie. Ces blocs mineurs visent à traiter des chirurgies mineures telles que tunnels carpiens et doigts en gâchette (10 à 15 chirurgies par mois), ce qui libère du temps en bloc majeur pour des chirurgies plus complexes. Le côté intéressant pour ces cas est qu'ils sont vus dans le mois de la réception de la demande et que la chirurgie est généralement réalisée le mois suivant.

### 3.2.5 Fonctionnement en interdisciplinarité

Cette clinique est décrite par ses professionnels comme étant interdisciplinaire avec une coordination des services et une orientation appropriée de la clientèle pour une intervention optimale. La présence de professionnels pivots assure un meilleur continuum de soins. Les résultats de l'évaluation sur le degré d'interdisciplinarité de l'équipe clinique (chapitre 4) nous permettent de valider cette information. Par rapport à l'ancienne clinique, cela constitue un changement radical (i.e. fonctionnement en multidisciplinarité avec des échanges plus ou moins réguliers entre les professionnels de la santé).

Au niveau du *volet orthopédie* de la nouvelle clinique, il existe de nombreuses réunions informelles entre les professionnels afin de discuter des cas complexes et de partager les expériences de chacun. Il semble toutefois que ces réunions impliquent majoritairement des orthopédistes, ce qui ne permet pas d'optimiser le partage des expériences des divers professionnels de la clinique. Pour ce qui est des rencontres formelles, il semble que l'interdisciplinarité soit beaucoup plus présente avec davantage de professionnels des différentes spécialités impliquées. Les rencontres formelles (moins nombreuses que les informelles) ont lieu une fois par mois et permettent de discuter en moyenne de 5 à 6 cas complexes. Ces différentes réunions assurent le succès de la clinique.

En regard *du volet clinique de la douleur*, l'interdisciplinarité se traduit non seulement par des réunions formelles (à toutes les deux semaines), mais également par de très fréquentes discussions et/ou réunions informelles, ainsi que par des traitements conjoints (ex. : bloc veineux par anesthésiste suivi immédiatement par un traitement de la physiothérapeute puis d'une consultation avec la neuropsychologue). Le plan de traitement pour un même patient est réajusté selon l'évolution clinique et ceci en tenant compte de l'opinion de chaque professionnel impliqué dans le dossier. Par ailleurs, les membres de l'équipe se font un devoir de ne pas répéter ce qui a déjà été fait et surtout, de sortir des sentiers battus. À la lumière de la littérature scientifique actualisée, ils ont ainsi développé une

approche interdisciplinaire qu'ils soutiennent par une prise de données objective et rigoureuse.

Finalement, des rencontres organisationnelles entre les différents membres des équipes de santé et les cadres de l'administration de l'HHDA sont organisées quelques fois par année afin d'améliorer le mode de fonctionnement de la clinique et de maintenir la coordination du projet en musculosquelettique. Ces rencontres sont de par leur nature interdisciplinaire et font une grande place à l'écoute et au partage des idées de chacun.

### **3.3 Résultats**

#### **3.3.1 Degré d'implantation**

Les taux sont indiqués de façon indicative et approximative puisqu'il est difficile d'objectiver cet élément, d'autant plus que la clinique est en constante évolution et révision au sein de ses processus. Ces taux proviennent d'une évaluation réalisée par un comité interdisciplinaire formé de personnes ressources du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

Le pourcentage d'implantation (i.e. par rapport aux objectifs fixés dans le plan d'implantation) est variable selon les différents volets de la clinique. Le volet de la douleur a un pourcentage d'implantation de 90% selon un fonctionnement optimal quant au continuum de services offert. Par contre, la demande est beaucoup plus importante que l'offre actuelle. En ce qui concerne le volet orthopédie, le pourcentage d'implantation est de 80% alors que certains partenariats et ententes avec les partenaires externes de la clinique demeurent à élaborer ou développer. En ce qui concerne la participation étroite du service de physiothérapie à la clinique interdisciplinaire, cela représente un pourcentage d'implantation de 85%, ce service étant actuellement en processus de réorganisation de l'offre de service afin d'assurer une coordination optimale avec la clinique.

Globalement, la clinique présente un pourcentage d'implantation approximatif de 80% alors que les principales restructurations sont réalisées, de même que l'orientation quant à l'offre et au continuum de service pour le client. Par contre, une coordination accrue est à développer entre les différents acteurs de la clinique de même qu'avec les partenaires et collaborateurs externes. Pour davantage de détails, voir l'annexe 14, mise à jour en mars 2010, du niveau d'implantation de la clinique selon les recommandations tirées de la littérature. En somme, des 36 recommandations tirées de la littérature, 21 ont été implantées, 4 ont été implantées partiellement, 5 seront implantées prochainement, 4 n'ont pas été retenues pour l'implantation et 2 sont non applicables pour cette clinique.

#### **3.3.2 Accessibilité**

Les gains en termes d'accessibilité se mesurent en fonction des délais de priorité établis avant et après la mise en place de la nouvelle clinique. Pour le volet orthopédie, le gain est de plus de 50% en ce qui concerne les cas semi-urgent (de moins de 7 jours à moins de 3 jours). Il est à noter que ces délais sont respectés à 100%. Pour ce qui est des cas électifs, il existe un gain considérable dans la mesure où auparavant aucune cible n'était fixée et que les délais étaient assez souvent de plus de 2 années et dans de rares cas supérieurs à 8 années. À titre de rappel, en juillet 2007, 50% des patients électifs étaient en attente depuis plus d'un an. En novembre 2009, seules 1,45% des demandes semi-électives dépassaient le délai de 4 mois que la clinique s'est fixée ; par contre, aucune des demandes électives n'a dépassé le délai de 18 mois fixé par la clinique. En ce qui concerne le gain pour le volet

douleur, celui-ci est de près de 100% dans la mesure où auparavant très peu de patients avaient accès à de tels soins, ce qui est désormais possible grâce à création de ce volet de la clinique interdisciplinaire et à l'ajout de nouvelles ressources.

Grâce à l'implantation de la nouvelle clinique et à son système de triage, le patient (selon sa situation) n'est donc plus en attente pour voir l'orthopédiste, mais en attente pour un autre professionnel. De fait, le patient est orienté vers le professionnel le plus approprié à sa situation actuelle. Par conséquent, le patient est traité plus rapidement par le bon professionnel et n'attend plus pour une consultation ou un suivi par l'orthopédiste.

En juillet 2007, avant la mise en place de la clinique, il y avait 2873 usagers en attente d'une consultation. À la suite de la mise en place de la nouvelle clinique, le volume d'attente en janvier 2010 est de 429 patients pour le volet orthopédie (tableau 3-3), de 343 patients pour le volet douleur et de 214 patients pour la physiothérapie (ensemble de la clientèle). En physiothérapie nous notons une diminution significative du temps d'attente et une augmentation de l'efficacité des traitements (tableau 3-2). De plus, le service de physiothérapie offre désormais des services à une clientèle auparavant non desservie.

**Tableau 3-3 : Nombre de mois maximum pour rencontrer un orthopédiste**

Diagnostic	Cible de départ	Janvier 2009	Novembre 2009	Variation
Déchirure de coiffe	SE	11	4	↓ 63,6%
Syndrome d'accrochage	SE	8	5	↓ 37,5%
Coude bursite + épicondylite	SE	13	4	↓ 69,2%
Kyste poignet et main	E	11	2	↓ 81,8%
Dupuytren	SE	1	0	↓ 100%
Tunnel carpien	SE	2	2	= 0%
Doigt en gâchette	SE	3	2	↓ 33,3%
Prothèse de hanche	SE	4	2	↓ 50%
Prothèse de genou	SE	5	2	↓ 60%
Arthroscopie du genou	SE	6	3	↓ 50%
Déchirure de LCA	SE	2	1	↓ 50%
Hallux Valgus	E	15	14	↓ 6,7%
Orteil en marteau	SE	6	2	↓ 66,7%
Enfants	SE	2	2	= 0%
Autres cas semi-électifs	SE		3	
Autres cas électifs	E	15	13	↓ 13,3%
Dos	SE	2	5	↑ 150%

Notes : SE pour semi-électif et E pour électif.

Le tableau 3-3 fournit un aperçu de la vitesse à laquelle les progrès sont réalisés en matière de délais d'attente au sein du volet orthopédie. On observe aussi en 2009, en l'espace d'une dizaine de

mois, des gains variant entre 0 et 100%. À noter que les cas de tunnels carpiens et doigts en gâchette sont vus rapidement, car une chirurgie sous anesthésie locale est offerte en soirée dans la salle des plâtres (clinique externe). Cette façon de procéder ne demande pas une grosse organisation et permet de dégager du temps opératoire pour les autres chirurgies. En 2009, 115 patients ont ainsi pu être opérés en 10 soirées. Les intervenants souhaiteraient réaliser d'autres chirurgies (ex. : cure d'hallux valgus) mais les locaux actuels ne permettent pas de développer cette pratique. En effet, la salle des plâtres n'est pas un milieu suffisamment stérile pour ce type de chirurgie, et il est donc préférable d'attendre un futur agrandissement de la clinique.

### 3.3.3 Efficacité

#### Volet orthopédie :

En janvier 2010, 429 demandes étaient en attente pour obtenir une consultation auprès d'un orthopédiste (298 cas chirurgicaux, 116 cas non chirurgicaux et 15 en attente de triage) (tableau 3-4), comparativement à 2873 en juillet 2007. Il est par conséquent possible de noter une nette amélioration de la pertinence des références en orthopédie. Globalement, cela représente une baisse spectaculaire de 85% malgré une hausse des demandes de consultation (tableau 3-5).

Le pourcentage de patients vus par les orthopédistes est en évolution constante selon le niveau croissant d'implantation de la clinique. Depuis janvier 2010, environ 80%<sup>22</sup> des références sont orientées vers un orthopédiste, et vues dans les délais recommandés. Par rapport à l'objectif initial d'orienter dès la première année 30% des demandes de consultation faites auprès d'un orthopédiste vers une autre source professionnelle en première évaluation, ceci représente une atteinte à 67% des objectifs. Toutefois, compte tenu du succès de la diffusion du guide de prise en charge de la clientèle orthopédique de l'Abitibi-Témiscamingue et de la forte progression du pourcentage de demandes pertinentes réalisées auprès de la clinique par les médecins référants, il est possible que l'atteinte de cet objectif ne soit pas techniquement réalisable.

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 patients 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. Cette impression est renforcée par le fait qu'auparavant il n'y avait parfois aucun nouveau patient de vu au cours d'une semaine, alors que ce n'est désormais plus le cas. Actuellement, le nombre de nouveaux patients est évalué à 55 nouveaux patients / semaine / 5 orthopédistes pour le volet orthopédie (versus une approximation de 20-30 auparavant).

---

<sup>22</sup> Dans les données de coûts fournies pour la période de juillet 2009 à janvier 2010, il y a 100% de références orientées vers un orthopédiste (i.e. l'infirmière pivot a coordonné pour 1652 nouveaux patients et les orthopédistes ont vu 1652 nouveaux patients)

**Tableau 3-4 : Évolution de la liste d'attente**

	JUIL 2007	JANV 2010
<i>Grand total</i>	cas	cas
Catégorie chirurgicale	850	298
Catégorie non chirurgicale	1632	116
Cas avant 2005	265	0
Attente d'un triage	126	15
<b><i>totaux</i></b>	<b>2873</b>	<b>429</b>

Concernant le nombre de visites par semaine avant la mise en place de la nouvelle clinique, les orthopédistes ont eu en moyenne 254 visites hebdomadaires pour les 5 dernières années, en plus des cliniques d'orthopédie effectuées dans les autres réseaux locaux de santé (mandat régional pour l'offre de service en orthopédie) ; en physiothérapie la moyenne était de 400 visites hebdomadaires pour l'ensemble du service.

Depuis janvier 2009, pour le volet orthopédie, il y a en moyenne 304 visites hebdomadaires auprès des orthopédistes (soit une hausse de près de 20% pour un nombre équivalent d'orthopédistes), en plus des interventions réalisées en physiothérapie, des infiltrations réalisées par les omnipraticiens et des consultations référées au rhumatologue. Les orthopédistes sont ainsi davantage en mesure de réaliser un plus grand nombre de visites hebdomadaires dans la mesure où ils disposent de plus d'informations et que celles-ci sont disponibles plus tôt (pratique en interdisciplinarité, meilleure gestion des demandes de consultation, etc.). En ce qui concerne la physiothérapie, la moyenne est montée à environ 410 visites hebdomadaires pour l'ensemble du service, soit une hausse sur deux années de 11,7%, mais avec une augmentation de 20,2% du nombre de nouveaux usagers (tableau 3-5). Spécifiquement pour le volet interdisciplinaire en physiothérapie, nous notons 2188 visites pour l'année 2009-2010 (tableau 3-5), soit une hausse de 782% par rapport à 2008-2009. Cette hausse spectaculaire est cependant à nuancer dans la mesure où l'année 2008-2009 n'est pas complète et que les professionnels n'étaient pas non plus opérationnels à 100% dans leur nouveau rôle.

Le tableau 3-5 nous indique également, malgré un nombre constant d'orthopédistes en activité, une forte augmentation du nombre de visites (+11,7% en deux années), dont plus de 23% sont des nouveaux patients (387/1651), ce qui démontre bien l'accessibilité accrue auprès des orthopédistes. Par contre, les données du tableau 3-5 indiquent également une hausse du nombre de suivis (i.e. en faisant l'hypothèse que chaque usager distinct correspond à une nouvelle (1<sup>re</sup>) consultation, les autres consultations étant des suivis) d'environ 0,1 par patient. Cette variation s'explique par la pertinence des requêtes désormais reçues. En effet, la clientèle étant mieux ciblée, il est désormais possible pour les orthopédistes de réaliser davantage de chirurgies et de traitements complexes, ce qui requiert davantage de suivis. Toutefois, dans le même temps, le fonctionnement en interdisciplinarité et donc la plus grande synergie entre les différents intervenants a permis de réduire le nombre de suivis pour certaines pathologies et donc un rétablissement plus rapide. Ce dernier point expliquerait pourquoi la hausse du nombre de suivis par patient ne serait que de 0,1, toutefois, cela n'a pas pu ici être corroboré par des données chiffrées.

**Tableau 3-5 : Nombre de consultations avant et après la mise en place de la clinique interdisciplinaire**

Volets		année 2007-2008	année 2008-2009	année 2009-2010
Volet orthopédie	Nombre de visites	14 094	15 219	15 745
	Usagers distincts	6 061	6 477	6 448
Volet douleur	Nombre de visites	inexistant	inexistant	1012
	Usagers distincts			486
Volet physiothérapie (volet interdisciplinaire inclus)	Nombre de visites	19 003	20 701	21 242
	Usagers distincts	1 463	1 650	1 758
Clinique interdisciplinaire en physiothérapie	Nombre de visites	inexistant	248	2 188
	Usagers distincts		77	224

Avant la mise en place de la nouvelle clinique, l'établissement avait un budget pour la chirurgie orthopédique (notamment PTG et PTH), mais ne pouvait pas entièrement l'utiliser dans la mesure où le mode antérieur de fonctionnement (consultations de cas non chirurgicaux, nombreuses visites de suivi, etc.) ne laissait pas de temps aux orthopédistes pour pratiquer autant de chirurgies selon l'entente de gestion avec l'Agence et le Ministère. Depuis la mise en place de la nouvelle clinique, la meilleure orientation des patients permet aux orthopédistes de pratiquer davantage de chirurgies. Toutefois, ces derniers sont toujours limités par la rareté des effectifs au bloc opératoire, ce qui ne leur permet pas de réaliser toutes les chirurgies recommandées. Il est toutefois à noter l'ouverture d'une 4<sup>e</sup> salle trois jours par semaine, permettant des chirurgies orthopédiques sur 8 salles en semaine depuis octobre 2009.

**Tableau 3-6 : Production chirurgicale en orthopédie**

Production chirurgicale en orthopédie	année 2007-2008	année 2008-2009	année 2009-2010
PTH Prothèse totale de la hanche	72	76	74
PTG Prothèse totale du genou	89	116	149
chirurgie d'un jour	748	947	1309
chirurgie hospitalisée (PTH et PTG incluses)	997	983	1036

En termes de chirurgies orthopédiques, la production indique que l'année 2009 - 2010 a été nettement supérieure aux années antérieures : soit une hausse de 11% entre 2007-2008 et 2008-2009 et une hausse de 21% entre 2008-2009 et 2009-2010. Il est ici à noter que la nouvelle clinique n'a débuté qu'au cours de l'année 2008 et donc que l'année 2008-2009 est une année de transition.

En ce qui concerne les demandes de référence pour les cas de dos s'adressant à un orthopédiste, il n'est pas possible de chiffrer le nombre de cas que les omnipraticiens envoient à Montréal ni le nombre de cas où le médecin oriente différemment ses patients (clinique de la douleur, infiltration en radiologie ou autre médecin). La liste d'attente pour les cas acceptés par le Dr Joseph Eid peut cependant être chiffrée ; en janvier 2010, elle comptait 21 demandes en attente, contre 579 demandes en attente en juillet 2007.

La nouvelle feuille standardisée de demande de consultation permet d'avoir les résultats des tests diagnostiques plus facilement et plus rapidement, ce qui permet aux professionnels de poser plus rapidement un diagnostic et donc de commencer le traitement plus tôt, ainsi que de limiter le nombre de déplacements inutiles des patients dans la mesure où ils n'auraient pas apporté les résultats de leurs tests diagnostiques.

#### Volet douleur :

La mise sur pied de la clinique de la douleur du CSSS les Eskers de l'Abitibi a été planifiée durant tout l'été 2008. La mission, les critères d'entrée, les conditions ciblées (cervicalgie, lombalgie, CRPS et pathologies de l'épaule), la description de tâches, les formulaires d'évaluation, les questionnaires ciblés, la création de présentations « POWER POINT » à des fins d'enseignement et le recensement de la bibliographie actualisée ont fait l'objet d'une réflexion approfondie.

Depuis sa création, la clinique de la douleur a reçu plus de 924 visites, dont 50% en provenance de l'extérieur de la région d'Amos. Plusieurs de ces patients étaient aux prises avec une douleur chronique non résolue depuis un grand nombre d'années. De plus, en regard du CRPS (Complex Regional Pain Syndrome), ou Syndrome douloureux régional complexe, la clinique a développé une expertise reposant sur l'étude de l'approche clinique préconisée, la recherche sur le plan mondial et surtout sur le travail d'équipe. Actuellement, 80% des patients de ce volet bénéficient

d'une prise en charge par l'ensemble des intervenants, ce qui indique combien ces patients ont besoin d'une approche interdisciplinaire.

On note également que le travail novateur effectué à la clinique de la douleur a conduit à la mise en place d'un projet de recherche avec des chercheurs de l'université de Sherbrooke (dont le professeur Michel Tousignant) afin de mieux comparer l'efficacité d'un traitement interdisciplinaire auprès de patients atteints de CRPS en phase aigue par rapport à un programme de réadaptation en imagerie.

Actuellement, le nombre de nouveaux patients est évalué à 2,5 nouveaux patients / semaine pour le volet douleur. Auparavant, ce nombre était près de zéro (0). Concernant le nombre de visites par semaine avant la mise en place de la nouvelle clinique, pour l'anesthésiste qui offrait seul des consultations pour les douleurs chroniques, celui-ci en réalisait en moyenne 5 par semaine (i.e. moyenne de 20 visites par mois pour 2 journées de travail par mois). Depuis janvier 2009, environ 35 visites par semaine sont réalisées pour l'ensemble des professionnels (soit 7 fois plus). On peut noter que si cette augmentation est due à l'ajout de personnels, on ne peut cependant pas comparer cet ajout en équivalent temps complet avec la charge de travail auparavant déployée par le seul anesthésiste présent, dans la mesure où celui-ci travaillait également avec d'autres professionnels par le biais de références à d'autres professionnels ; ce qu'il réalise désormais bien moins souvent en raison de la nouvelle structure interdisciplinaire qui permet un travail collégial.

La communication et la mise en commun des expertises respectives, de plusieurs compétences, du sens de l'initiative et de l'innovation et donc d'une réelle interdisciplinarité représentent des points forts de ce volet. Les membres de ce volet se font un devoir de ne pas répéter ce qui a déjà été fait, de bien évaluer et de tenter des approches interdisciplinaires innovatrices. Par exemple, il est arrivé de combiner un bloc et/ou une infiltration en anesthésie avec un traitement en physiothérapie dans le but d'obtenir un meilleur résultat.

À titre exemple voici quelques histoires de cas pour témoigner de cette approche et de l'impact humain et financier sur le devenir de certains patients (voir encadrés).

L'histoire d'une femme de 21 ans référée pour sacro-iléite et lombalgie chronique et spondylolisthésis grade 1 au segment L5 se révèle également intéressante. La douleur lombaire avait débuté sans cause traumatique évidente au printemps 2005 de façon intermittente et a progressé graduellement, si bien qu'elle a dû cesser son travail d'assistante-gérante en septembre 2008 en raison de sa douleur. Un suivi en physiothérapie conventionnelle et en chiropractie n'avait donné aucun résultat. Elle a été référée à la clinique à l'automne 2009 et l'évaluation initiale a été menée le 4 novembre 2009. Cette dernière a permis d'identifier une douleur importante (91mm sur EVA) et une combinaison de plusieurs problèmes (faiblesse aux abdominaux-lombaire, hypomobilité articulaire (composante angulaire), rétraction de la chaîne musculaire postérieure et atteinte de la neurodynamique lombosciatique droite et gauche. L'approche interdisciplinaire a permis de bien ajuster la médication et de prendre le temps de vraiment s'attaquer à chacun des problèmes évoqués précédemment. Aussi, l'addition du plan d'action d'un programme d'exercices personnalisé et la remise en question régulière a conduit à la récupération fonctionnelle complète après neuf séances de physiothérapie. Le retour au travail a été réalisé en janvier 2010 de façon progressive.

Le 26 février 2009, un jeune homme de 28 ans a été référé en raison d'un CRPS à la cheville et au pied gauche à la suite d'une fracture aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> métatarses gauches. Le 13 novembre 2008, il avait

été frappé et écrasé par un tracteur dans l'exercice de ses fonctions comme surintendant dans un club de golf de la région de Québec. À la sortie de l'immobilisation dans la coquille plâtrée, le Dr Marc-André Latour (orthopédiste de Québec) constatait le CRPS sévère et le référait à la clinique de la douleur. L'évaluation initiale mettait en lumière un pied gauche extrêmement douloureux (même un toucher léger ne pouvait être toléré), enflé (3cm), de coloration rougeâtre-bleuâtre, constamment engourdi, incapable de réaliser une flexion dorsale de la cheville (pied tombant) et de faire une mise en charge même minime. La sensation de brûlure et de choc électrique (surtout lors de la mise en tension des nerfs cutanés distaux et du nerf sciatique correspondant) était de tous les instants. En conséquence, le pronostic de récupération se voulait très mince à long terme. La réflexion interdisciplinaire a été vitale tout au long du suivi de ce jeune patient. En effet, des blocs veineux (4), sciatiques (2) et lombaire sympathique (2) exécutés par l'anesthésiste, combinés aux traitements prodigués par la physiothérapeute (désensibilisation, manœuvres neurodynamiques, stimulation neuromusculaire, programme de réadaptation par imagerie, mobilisations arthrocinématiques, entraînement à la mise en charge et à la marche) ont permis d'en arriver à une récupération de la marche sans auxiliaire de marche et à une réintégration à son travail de surintendant de terrain de golf prévue en avril prochain. Aussi, il faut souligner que l'intervention de la neuropsychologue de la clinique a grandement aidé ce jeune homme à contrôler ses réactions émotionnelles en lien avec des symptômes traumatiques consécutifs à l'accident, à comprendre l'impact psychologique de sa pathologie à l'intérieur de son processus de réadaptation et à déterminer de façon éclairée ses objectifs professionnels. Le patient a été à même d'effectuer un bilan constructif en regard de son expérience de réadaptation et a pu mobiliser ses ressources personnelles afin de les utiliser comme tremplin dans sa vie future.

Les pages en annexes contiennent d'autres informations relatives à quelques-uns des centaines de patients ayant pu bénéficier des services de la clinique de la douleur. Les données mentionnées visent à mettre en évidence l'efficacité des interventions menées par les professionnels de la clinique de la douleur (annexe 13).

De façon générale, les deux volets de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSS les Eskers de l'Abitibi permettent d'augmenter l'efficacité du réseau de la santé en ce qui concerne les problématiques musculosquelettiques en servant de ressources pour les partenaires privés et publics (dispensation de conseils, pistes de solutions, pistes de référencement, etc.).

Par ailleurs, la nouvelle clinique possède, au niveau du volet orthopédie, davantage qu'avant le contrôle du nombre de nouvelles consultations en clinique. De fait, si le nombre d'orthopédistes ou de professionnels de la santé venait à diminuer, la clinique pourrait s'ajuster à cette nouvelle donne et éviter d'augmenter la charge de travail des professionnels en place, grâce à un resserrement du filtre d'accès.

### **3.3.4 Qualité de la demande transmise à la clinique par les médecins référents**

La qualité de la demande transmise correspond ici au pourcentage de demandes de consultation retournées auprès des médecins référents (i.e. demande incomplète, illisible, etc.).

Avant la mise en place de la nouvelle clinique : aucune demande de consultation n'était retournée au médecin référent et aucune compilation du nombre de demandes reçues n'était effectuée.

Après la mise en place de la nouvelle clinique : au cours des premiers mois de fonctionnement, le nombre exact de consultations qui étaient retournées et revenaient modifiées n'a pas été comptabilisé. Parfois le médecin retournait la même demande avec les éléments manquants et la lettre de demande de complétion, parfois, il retournait une nouvelle demande. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, une comptabilisation a été mise en place en ce qui concerne le nombre de demandes reçues avec le numéro de dossier d'Amos, le diagnostic et le classement octroyé à chaque demande. En prenant pour exemple le mois de janvier 2009, 182 nouvelles demandes ont été comptabilisées. De ce nombre, 32 ont été retournées pour diverses raisons, soit 18%. En janvier 2010 (1 an après avoir retournées les demandes) 20 ne sont pas revenues, 11 demandes sont revenues et ont été vues par un orthopédiste et une autre est revenue et le client est en attente d'être rencontré par l'orthopédiste. Ainsi, un an après l'envoi de l'avis pour compléter la demande initiale, 12 demandes de consultation dûment complétées sont revenues sur un total de 32, soit 37,5%.

### 3.4 Coût pour l'obtention d'une première visite

Dans cette section, nous calculons le coût en personnel dans la nouvelle clinique 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 (l'anesthésiste dans le cas du volet douleur), en clinique interdisciplinaire, il est possible que cela ne soit pas le cas (cela peut-être une infirmière, une physiothérapeute, etc.). Par conséquent, si en clinique non interdisciplinaire notre calcul de coût pour une première visite s'arrête avec l'orthopédiste (ou l'anesthésiste), en clinique interdisciplinaire, le coût pour l'équivalent d'une première visite correspond au travail du professionnel pivot (triage et au besoin évaluation), du comité d'admission de la clinique et de la première visite avec un professionnel de l'équipe. Le coût obtenu pour la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue est calculé pour la période allant du 1<sup>er</sup> juillet 2009 au 31 janvier 2010. Il a été calculé un coût pour chacun des volets de la clinique<sup>23</sup>. Au sein du volet orthopédie, ce coût pour l'équivalent d'une première visite est de 67,58 CAD. Au sein du volet douleur, ce coût est de 63,03 CAD. Le détail des calculs de coût est donné en annexe 16.

**Tableau 3-7 : Volet orthopédie : heures de travail et nombre de visites entre le 1<sup>er</sup> juillet 2009 et le 31 janvier 2010**

	Inf. clinicienne	Orthopédistes	Physiothérapeute	TRP	Classe du dos	Secrétaire <sup>24</sup>
Nb. heures	500	2626	533	726	417	1015
Total visites	8700	8700	334	443	236	(9516+500)/2
Total 1 <sup>res</sup> visites	1652	1652	23	23	45	

<sup>23</sup> L'échelon de rémunération retenu est celui de 10 pour chaque catégorie de professionnels en date du 1<sup>er</sup> juin 2010.

<sup>24</sup> Les coûts de secrétariat en ce qui concerne la réception des demandes à la clinique interdisciplinaire ont été partagés à part égale entre les deux volets, en considérant deux secrétaires à temps plein.

**Tableau 3-8. Volet douleur : heures de travail et nombre de visites entre le 1er juillet 2009 et le 31 janvier 2010**

	Physiothérapeute	Anesthésistes	Psycho-neurologue	Omnipraticien	Secrétaire <sup>25</sup>
Nb. heures	1015	170	700	30	1015
Total visites	500	219	201	60	(9516+500)/2
Total 1 <sup>res</sup> visites	41	46	24	17	

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). Ce coût était en 2008 de 47,93 CAD, une actualisation de ce coût pour 2010 donne une valeur de 74,23 CAD<sup>26</sup>. En aucun cas le coût en fournitures n'a été comptabilisé.

### 3.5 Obstacles rencontrés et solutions apportées

#### 3.5.1 Obstacles rencontrés

Les médecins de la clinique interdisciplinaire ont dû faire face à certains obstacles, entre autres :

- Les référants et partenaires de la clinique avec qui les ententes de partenariat tardent à s'établir. Historiquement, les orthopédistes recevaient et répondaient à toutes les références d'ordre musculosquelettique en offrant une prise en charge élargie de la clientèle et donc les attentes des prescripteurs et des partenaires doivent être revues en fonction d'une réorganisation des services offerts et un continuum de services complètement différent ;
- Les acteurs de la clinique et les lieux d'intervention ne sont pas tous à proximité l'un de l'autre, ne favorisant pas l'interdisciplinarité. En regard du volet douleur, cet aspect est cependant moins problématique dans la mesure où la structure est très formelle avec des réunions interdisciplinaires très fréquentes et rigoureusement planifiées ;
- Le nombre important de patients en liste d'attente lors de l'élaboration de la clinique (2873 patients) ;
- Pour les cas de douleurs chroniques, le suivi après un traitement réussi est très rarement réalisé par le médecin référant (par manque d'intérêt ou de compétence), ce qui conduit les membres du volet douleur à réaliser eux-mêmes le suivi et, par conséquent, les empêche d'évaluer davantage de nouveaux patients.

#### 3.5.2 Solutions apportées

- Rencontres multiples d'information et de formation aux partenaires du volet orthopédie de la clinique et aussi consultations quant à l'élaboration de l'offre de service pour la clientèle, à réaliser en continu ;
- Prévoir des lieux physiques d'intervention à proximité l'un de l'autre. Assurer l'interdisciplinarité par des rencontres fréquentes entre les différents acteurs de la clinique ;
- Réorganisation des services de façon à utiliser de façon optimale les acteurs de la clinique mais aussi les partenaires afin de répondre au mieux aux besoins de la clientèle (ex : solliciter

<sup>25</sup> Idem point 23.

<sup>26</sup> 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.

de façon accrue les omnipraticiens pour les infiltrations, réaliser des interventions de groupe en physiothérapie) ;

- Mettre en place un programme de formation continue pour former et sensibiliser les médecins référants au problème de la douleur chronique chez leurs patients afin de pouvoir assurer un suivi de qualité après le passage en clinique interdisciplinaire en musculosquelettique.
- Compte tenu de la clientèle hautement complexe de la clinique de la douleur, il serait souhaitable que celle-ci puisse continuer à bénéficier d'une autonomie, tant sur le plan du recrutement des professionnels non médecins (par compétence), que du fonctionnement clinique. Ceci peut s'expliquer par le caractère très collégial des décisions prises -qui nécessite une coopération très poussée-, ainsi que par le grand nombre de connaissances nouvelles ayant besoin d'être acquises en continu pour parvenir à être efficace dans ce champ de la médecine.

# CHAPITRE 4 : ÉVALUATION TERRAIN

Pour faire suite à la description du modèle de clinique interdisciplinaire en musculosquelettique développé au CSSS-Les-Eskers-de-l'Abitibi 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'interdisciplinarité<sup>27</sup>). 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 est de 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'interdisciplinarité<sup>28</sup> 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

---

<sup>27</sup> 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).

<sup>28</sup> 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.

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 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 dimensions<sup>29</sup> au processus d'intégration : l'intégration des soins<sup>30</sup>; l'intégration de l'équipe clinique<sup>31</sup>; l'intégration fonctionnelle<sup>32</sup>; l'intégration normative<sup>33</sup>; l'intégration systémique<sup>34</sup>. Dans notre étude, nous n'avons retenu que les quatre premières dimensions dans la mesure où seules ces dernières 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

---

<sup>29</sup> Ensemble constitué d'éléments partageant des caractéristiques communes. Inspiré du Multi Dictionnaire de la Langue française, 5<sup>ème</sup> édition, Éditions Québec Amérique inc., 2009.

<sup>30</sup> « 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.

<sup>31</sup> « 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.

<sup>32</sup> « 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 coordonnés entre les acteurs et les unités opérationnelles des organisations partenaires de manière à fonctionner comme un seul système ». Contandriopoulos et al. (2001), p. 45.

<sup>33</sup> « 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.

<sup>34</sup> « 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.

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; 2=moyennement important; 3=très important) selon leur importance pour chacun des items et 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. À la suite de 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 permis de procéder 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 ont permis de déceler quelques problèmes de compréhension pour 7 items en particulier et pour lesquels nous avons procédé à un ajustement.

Le questionnaire utilisé (Annexe 17) 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.

Sur un total de 13 personnes sollicitées pour cette enquête, nous avons reçu 13 questionnaires complétés (taux de réponse de 100%) par des professionnels de la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSS-Les-Eskers-de-l'Abitibi. Voici les résultats de 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
<b>Intégration normative (1)</b>		<b>3,48</b>	<b>99,3 (5,4 NA)</b>
	Vision	3,57	100 (5,5 NA)
	Valeurs	3,56	100
	Engagement	3,58	100
	Intérêt pour le travail en interdisciplinarité	3,58	100
	Confiance interprofessionnelle	3,58	100
	Leadership	3,23	97,8 (12,4 NA)
<b>Intégration fonctionnelle (2)</b>		<b>3,15</b>	<b>98,2 (10,2 NA)</b>
	Appui administratif	3,37	98,1 (2 NA)
	Ressources disponibles	3,20	98,7 (18,2 NA)
	Intégration et stabilité de l'équipe	2,77	96,2 (8 NA)
	Participation aux formations	2,92	100
<b>Intégration clinique (3)</b>		<b>3,38</b>	<b>95,2 (11,1 NA)</b>
	Composition de l'équipe	2,90	96,2
	Formalisation explicite des rôles	3,23	100 (1,9 NA)
	Gestion et fréquence des réunions	3,41	93 (6,8 NA)
	Règles de travail et modes de fonctionnement	3,36	91,5 (26,9 NA)
	Fonctionnement interne de travail et mode de résolution des conflits	3,56	99,2 (7 NA)
<b>Intégration des soins (4)</b>		<b>3,24</b>	<b>99,1 (4,5 NA)</b>
	Résultats relatifs à la structure	3,08	97,4 (3,9 NA)
	Résultats relatifs à l'équipe	3,23	100 (6,8 NA)
	Résultats relatifs aux patients	3,32	99,3 (2,8 NA)
<b>Degré global d'intégration</b>		<b>3,33</b>	<b>97,6 (7,9 NA)</b>

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 est de 3,33 sur 4, soit une atteinte des objectifs à 77,70 % [min : 63,96 %; max : 91,41 %<sup>35</sup>] par rapport aux standards établis dans la littérature. Les meilleurs scores sont obtenus au niveau de l'intégration normative (82,67 %) et de l'intégration clinique (79,33 %). Ces premiers éléments démontrent une réelle aspiration à l'intégration alors que persistent certaines limites au niveau du fonctionnement (cf. score d'intégration fonctionnelle (71,67 %) et des soins (74,67 %)). 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 :

**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)	
Q70 – logiques individuelles	3,92	Q35 – moyens de rétention	2,09
Q2 – assurer un meilleur continuum	3,85	Q55 – plan déposé au dossier	2,60

<sup>35</sup> Pourcentage minimal et maximal pour l'ensemble des items.

Q10 – interactions/climat de confiance	3,77	Q77 – rétention du personnel	2,75
Q60 – communication efficace	3,75	Q37 – composition équipe adéquate	2,85
Q52 – ouverture d'esprit	3,75	Q38 – organisation différente	2,92
Q57 – canaux formels et informels	3,70	Q36 – formation	2,92
Q6 – besoins bio-psycho-sociaux	3,70	Q75 – réduction durée épisodes soins	2,92
Q98 – image équipe unie et crédible	3,69	Q95 – adhésion du patient	2,92
Q69 – conflits liés au fonctionnement	3,69		
Q13 – rôle de chacun utile	3,69		
Q11 – croyance dans les bénéfiques	3,69		
Q7 – satisfaction patients	3,69		
Q1 – vision d'un travail en synergie	3,69		
Q64 – interdépendant et collaboratif	3,67		
Q47 – réunions patients utiles	3,67		
Q53 – comptes rendus rencontres	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, nous remarquons 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 dimensions valeurs et vision, Q1, Q2, Q6, Q7)
- 2) de l'intérêt commun pour le travail en interdisciplinarité et de l'engagement des intervenants (sous dimensions respectives, Q10, Q11, Q13)
- 3) de l'ouverture d'esprit et de la confiance interprofessionnelle (sous dimension confiance interprofessionnelle, Q52, Q98, Q10, Q13)
- 4) de la gestion et de la fréquence des réunions (sous dimension gestion et fréquence des réunions, Q47, Q53)
- 5) du fonctionnement interne de travail et le mode de résolution des conflits (sous dimension respective, Q57, Q60, Q69, Q70)
- 6) de l'appui administratif (sous dimension appui administratif)
- 7) de la bonne compréhension du rôle de chacun (Q13, Q64, Q70, Q98)

Les trois premiers points mentionnés sont d'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 effet, il existe des discussions de cas formelles par la tenue de réunions bien structurées, bien animées, limitées dans le temps, efficaces, orientées vers la recherche de solutions et de façon à satisfaire les participants afin qu'ils aient le goût d'en revivre d'autres (Q49<sup>36</sup>, score de 3,40). Nous remarquons également une forte collaboration interprofessionnelle, marquée par une forte

<sup>36</sup> Q49 : Les réunions sont bien gérées (préparées et animées avec efficacité).

communication (Q57, Q60), ce qui permet un bon fonctionnement du mode de travail. De fait, d'après les intervenants, ceux-ci ont une attitude proactive favorisant, tant de leur part que de celles des patients et de la famille, une participation positive et constructive (Careau, 2010). En dépit des ressources limitées (formation, moyens visant la rétention du personnel), l'équipe interdisciplinaire déclare bénéficier de l'appui des gestionnaires de l'établissement (point 6) ce qui indique la perception d'un sentiment de bienveillance, une ouverture d'esprit, ainsi qu'une bonne collaboration de la part de leurs gestionnaires. Concernant le rôle de chacun, celui-ci est fortement compris et est qualifié utile à l'intérieur de l'équipe dans une optique de collaboration interprofessionnelle (Q13, Q64, Q70, Q98). Dans ce contexte, l'identité professionnelle, qui est renforcée par la bonne compréhension et le respect des rôles, est une condition importante à l'amélioration de l'efficacité clinique visant à améliorer les soins aux patients (Larivière et Ricard, 2010).

Parmi les sources potentielles de renforcement de la clinique, on retrouve la rétention du personnel (Q35, Q77), la composition de l'équipe (Q37), la formation (Q36), la documentation du dossier patient (Q55) et les mesures pour accroître l'adhésion du patient au plan d'intervention ainsi que l'implication de la famille (Q95). De fait, selon les répondants, les moyens offerts et le mode de fonctionnement de l'équipe ne permettraient pas ou assez peu d'améliorer la rétention du personnel. Cette situation pose le problème de la stabilité à long terme de l'équipe et par conséquent de sa performance. Il serait donc opportun de développer des stratégies pour renforcer cet aspect et donner aux intervenants le goût de continuer à vivre cette expérience en interdisciplinarité et ainsi éviter la survenue d'une certaine lassitude. Concernant le manque de formation, il pourrait être avantageux de développer le coaching afin d'améliorer les connaissances, les compétences et l'efficacité des professionnels (Gendron, 2010) et de consolider l'équipe (D'Amour et Oandasan, 2005). En outre, ce type de formation permettrait de renforcer l'objectif ultime de la clinique qui est de 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). Nous notons également le besoin d'identifier les ressources professionnelles nécessaires afin de fournir les soins et services de qualités requis (Q37) et par conséquent la nécessité pour l'établissement de répondre au mieux à ce besoin. En effet, la structure de l'équipe est un déterminant majeur de l'efficacité des processus et par conséquent de la qualité des soins prodigués aux patients (Brunelle, 1993 ; Leprohon, 2000). Finalement, relativement aux résultats patients, il serait nécessaire d'accroître l'adhésion du patient à son plan de traitement ainsi que d'impliquer davantage sa famille. De fait, la question de l'acquisition de nouvelles connaissances à travers l'enseignement au patient est nécessaire, mais non suffisante dans la mesure où il faut chercher à s'assurer de son application en combinaison avec l'habileté à l'auto-soin (Donabedian, 1980). Il serait donc nécessaire de réaliser des vérifications avec le patient et sa famille en se focalisant sur l'importance du respect de la compliance au traitement (Leprohon, 2000). Dans cette optique, il est primordial d'utiliser un langage adapté au patient afin de s'assurer de la bonne compréhension des consignes données par l'équipe médicale (Egan, 2001 ; Canadian Council on Learning, 2011).

#### **4.1.6 Recommandations**

Voir chapitre 5.

#### **4.1.7 Conclusion**

Au regard des résultats obtenus et de l'analyse effectuée, force nous est de constater que ce type de fonctionnement (approche interdisciplinaire et mode de gestion intégrée) permet d'accroître l'efficacité de la structure dans le but de fournir des soins de qualité (Larivière et Ricard, 2010). Il apparaît ainsi que de très nombreux éléments au niveau de l'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité ont été adoptés et que quelques éléments sont encore à améliorer afin d'optimiser davantage cette intégration. De la sorte, malgré certaines difficultés situées au niveau de l'organisation de l'équipe (rétention, composition, formation...), nous pouvons constater un fort engagement des professionnels 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 (77,67%). 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 CSSS-Les-Eskers-de-l'Abitibi 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 est une 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 validé<sup>37</sup> et qui nous soit disponible. Ce questionnaire a été adapté au contexte

---

<sup>37</sup> Dans un contexte européen (Paris).

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 18.

#### 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 est un questionnaire élaboré par l'Unité ETMIS du CHUS (Annexe 19). 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 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 donné pour une réponse *totalelement en désaccord*, 2 pour *plutôt en désaccord*, 3 pour *plutôt en accord* et 4 pour *totalelement 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. De fait, 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'Annunzio 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 est caractérisée 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). De fait, ce processus est renforcé à travers l'harmonisation des pratiques 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 (Larivière et Ricard, 2010 ; 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. De fait, depuis l'introduction de l'approche-patient, la participation active dans les équipes de soins interprofessionnelles a amené à 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 au niveau de 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/outcomes<sup>38</sup> de l'individu et de l'organisation puisque les conséquences liées à la collaboration

---

<sup>38</sup> 1- Pour le patient : l'amélioration des soins prodigués ou l'amélioration de la qualité des soins offerts (Lindeke et Sieckert, 2005 ; Mizrahi 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 (Mizrahi et Abramson, 2000).

interdisciplinaire sont bénéfiques autant pour le patient, l'organisation, que pour les soignants (Petri 2010). Afin de mieux comprendre ces issues, un instrument est nécessaire pour mesurer la nature et la portée de ces changements. À cet égard, nous avons retenu celui proposé par Lopopolo (2001) et que nous avons traduit et adapté au contexte québécois.

Le questionnaire sur la perception du changement des rôles et des comportements a donc 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 DISC<sup>39</sup> du CHUS. Cette version francophone (Annexe 20) 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*.

## 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 neuf professionnels de la clinique sur une possibilité de 13 (taux de réponse de 69%). Le score global moyen est de 73,78 sur 90, soit un taux relatif de 77,47 % de satisfaction [min : 70,83 %; max : 86,11 %]. Ce résultat est cependant à nuancer dans la mesure où certaines des questions posées ne concernent pas directement un emploi 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. Il est donc ici important de regarder les résultats question par question et 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	4,56	9
Q2	Des possibilités de travailler seul (e)	3,78	9
Q3	De la possibilité de faire des choses différentes de temps en temps	4,44	9
Q4	De la possibilité d'être reconnu (e) dans mon équipe	4,33	9
Q5	Des possibilités de faire des choses qui ne vont pas à l'encontre de ma conscience	4,11	9

3- Pour le professionnel de la santé : l'augmentation de la satisfaction (D'Amour et Oandasan, 2005; Henneman et al. 1995; Lideke 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; Lindke 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).

<sup>39</sup> Direction interdisciplinaire des services cliniques

Q6	De la stabilité de mon emploi	4,00	9
Q7	De la possibilité de faire des choses pour les autres	4,56	9
Q8	De la possibilité de dire aux gens ce qu'il faut faire	3,78	9
Q9	De la possibilité de faire des choses qui utilisent mes capacités	4,44	9
Q10	De la manière dont les règles et les procédures internes de l'entreprise sont mises en application	3,44	9
Q11	De mon salaire en lien avec à la charge de travail	3,67	9
Q12	De mes possibilités d'avancement	3,56	9
Q13	Des possibilités de prendre des décisions de ma propre initiative	4,22	9
Q14	Des possibilités d'essayer mes propres méthodes pour réaliser le travail	4,22	9
Q15	De mes conditions de travail	4,33	9
Q16	De la manière dont mes collègues s'entendent entre eux	4,33	9
Q17	Des compliments reçus pour la réalisation d'un bon travail	3,89	9
Q18	Du sentiment d'accomplissement que je retire de mon travail	4,11	9
Total			

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 sont principalement ceux qui impliquent la pleine utilisation des capacités de chacun, la reconnaissance des compétences et l'entraide entre les membres de l'équipe (Q1, Q3, Q4, Q7, Q9, Q15 et Q16). Ces résultats sont très importants 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). De fait, cette dynamique suggère que les pratiques de travail, telles que la co-intervention ponctuelle, le travail en commun et les discussions de cas, sont intégrées (Larivière et Ricard, 2010). En outre, le résultat des questions 1 et 9 suggère que l'organisation prévoit que les professionnels remplissent un rôle qui correspond à leur capacité, ce qui est une preuve d'efficacité.

Concernant les points faibles ressortant du MSQ, ceux-ci concernent des points liés à la reconnaissance du travail (Q11 et Q12), à la mise en application des règles et procédures (Q10) et aux possibilités de travailler seul (Q2) ainsi que de dire aux gens ce qu'il faut faire (Q8). Concernant les deux premiers points, ceux-ci viennent renforcer la perception d'une problématique au niveau de la rétention du personnel, telle que soulignée lors de l'analyse des résultats au questionnaire d'interdisciplinarité (en marquant ici davantage les questions du salaire et des possibilités d'avancement). Les questions 2 et 8 apparaissent ici partiellement en opposition avec un mode de fonctionnement en interdisciplinarité dans la mesure où si les soins sont donnés de façon individuelle, le plan de traitement est par contre établi en commun. En outre, les prises de décisions sont considérées être collégiales dans le respect de la pratique professionnelle de chacun (partage des approches et des connaissances). Concernant la question 10 sur les règles et procédures internes, celle-ci montre l'existence d'une certaine faiblesse. Il pourrait donc être opportun d'apporter une nouvelle réflexion sur cet aspect de l'organisation de la clinique. De fait, il est important 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). Ricard, 2010). Dans cet esprit, des efforts d'appropriation au niveau de la pratique organisationnelle seraient à être renforcés. Selon Larivière et Ricard (2010), l'équipe s'organise elle-même autour du mandat reçu, propose des orientations et les entérine. De fait, le lien

entre la pratique de direction (organisation du travail par le gestionnaire) et la pratique d'appropriation par l'équipe serait à consolider.

#### 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 neuf professionnels de la clinique sur une possibilité de 13 (taux de réponse de 69%). Le score global moyen est de 57,79 sur 76 pour les 19 premières questions, soit un taux relatif de 68,06% de satisfaction [min : 56,14; max : 87,72]. 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, il a pu être recensé un besoin général pour l'ajout de ressources matérielles et humaines (psychologue, physiothérapeute, ergothérapeute), ainsi que pour une plus grande autonomie de la clinique de la douleur en regard de son recrutement et de son fonctionnement. Ces deux questions ouvertes ont aussi permis de pointer des besoins plus spécifiques, tels qu'un besoin de collaboration avec les anesthésiologistes de La Sarre, Val d'or et Rouyn-Noranda, et de meilleurs mécanismes de communication. Finalement, la question spécifiquement adressée aux médecins orthopédistes n'a fait l'objet d'aucune réponse. Cependant, lors d'une rencontre avec l'équipe, les médecins orthopédistes ont indiqué qu'ils jugeaient que 60% des patients référés étaient de nature non chirurgicale avant la mise en place de la clinique. Après la mise en place de la clinique, ce taux est estimé à 20% selon l'analyse d'un échantillon de dossiers effectuée par l'équipe de la clinique. Autrement dit, ce résultat indique qu'avant la mise en place de la clinique, les orthopédistes jugeaient qu'environ 40 % de leur clientèle nécessitait réellement leur expertise et qu'après ce pourcentage atteint 80 %. Les résultats du questionnaire UETMIS sont fournis dans le tableau suivant 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	2,78	9
Q2	Les exigences ont été bien définies	2,67	9
Q3	Les contraintes du projet sont réalistes	2,78	9
Q4	Le plan est détaillé et précis	2,78	9
Q5	Le plan est suivi	2,88	9 (1 NA)
Q6	L'équipe du projet suit les objectifs du projet	3,11	9
Q7	Le rôle de chacun est clairement expliqué	3,11	9
Q8	Un niveau de contrôle approprié a été mis en place et suivi	2,63	8
Q9	La gestion du contenu du projet est efficace	3,14	8 (1 NA)
Q10	Les ressources sont disponibles	2,78	9
Q11	Les personnes sont assignées aux tâches pour lesquelles elles sont compétentes	3,89	9
Q12	La consultation de personnes-ressources est utile	3,56	9
Q13	Les risques sont bien identifiés et gérés	2,83	8 (2 NA)
Q14	Les mesures correctives sont efficaces	3,00	8 (2 NA)
Q15	Les résultats rencontrent les exigences des patients	3,33	9
Q16	Des rapports sur l'état d'avancement du projet de clinique	2,83	8 (2 NA)

	interdisciplinaire sont rédigés et distribués à temps		
Q17	Les rapports sur l'état d'avancement du projet sont utiles	2,80	7 (2 NA)
Q18	La Direction fournit l'appui nécessaire au projet	3,50	9 (1 NA)
Q19	Votre "Qualité de Vie" n'est pas compromise par le projet	3,22	9
Total		3,04	

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

Nous observons, en plus des besoins exprimés dans les questions ouvertes, que les personnes sont assignées aux tâches pour lesquelles elles sont compétentes (Q11), ce qui suggère à nouveau 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 la Direction fournit l'appui nécessaire et que la qualité de vie des parties prenantes (professionnels impliqués) n'est pas compromise par le projet. Ces éléments positifs sont très importants dans la mesure où ils constituent un préalable à toute bonne gestion du changement et à l'atteinte de résultats satisfaisants pour les patients (résultats 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. Ces éléments sont tous relatifs aux méthodes adéquates de gestion du changement. Nous observons ainsi l'existence de « faiblesses » au niveau de la formulation des objectifs poursuivis, du détail du plan de mise en œuvre et de suivi, ainsi que de l'identification des contraintes et des exigences, en plus de ne pas avoir obtenu suffisamment de ressources pour le projet. Ces éléments sont considérés par de nombreux chercheurs comme essentiels à l'atteinte des objectifs ayant été 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. Ici, il apparaît que seul le premier point ait été partiellement respecté (leadership), ce qui, de concert avec la volonté des professionnels de la santé, a permis de pallier aux faiblesses dans la gestion du changement. Cependant, ces observations sont à nuancer dans la mesure où « les faiblesses » énoncées sont grandement liées au cadre ministériel qui limite la marge de manœuvre des dirigeants.

#### 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 a été rempli par neuf répondants. Le score global moyen est de 27,81 sur 78, soit un taux relatif de perception du changement des rôles de +35,65 % [min : 19,23 %; max : 60,00 %] 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 sont ainsi 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. À noter que la question 23 de ce

questionnaire ne donnera lieu à aucune interprétation puisque cette dernière a été éliminée dans la mesure où 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	1,67	9
Q2	La participation des professionnels à la formation des étudiants et à la supervision des stagiaires	-0,14	7
Q3	La capacité à planifier et à réévaluer comment les soins et traitements seront prodigués	1,56	9
Q4	L'interaction et le soutien mutuel avec les autres professionnels vis-à-vis des soins et traitements à apporter aux patients	1,56	9
Q5	Le travail sur plus d'un programme clientèle ou unité et/ou plus d'un site	0,33	9
Q6	La participation aux réunions de l'équipe de soins	1,33	9
Q7	L'implication dans des activités professionnelles en-dehors du travail	0,56	9
Q8	L'intégration des professionnels au sein des équipes interdisciplinaires	1,56	9
Q9	L'utilisation de cheminements cliniques pour guider les soins	0,78	9
Q10	Le rôle des professionnels en tant que consultant ou clinicien expert	1,56	9
Q11	La prise de responsabilité formelle en tant que gestionnaire de cas	0,50	8
Q12	L'enseignement en regard de la prise en charge du patient par lui-même, sa famille et les autres personnels de soins	1,67	9
Q13	L'enseignement à d'autres groupes d'intervenants dans la communauté	0,89	9
Q14	La participation à des formations continues	1,00	9
Q15	L'identité professionnelle des professionnels	0,56	9
Q16	La communication/collaboration avec les autres professionnels de santé	1,56	9
Q17	Le temps passé à l'évaluation interdisciplinaire des patients et à l'établissement du plan de traitement interdisciplinaire	1,67	9
Q18	La cible sur les besoins fonctionnels des patients	2,11	9
Q19	La documentation des résultats de soins et traitements des patients	1,56	9
Q20	Les tâches administratives	1,22	9
Q21	Le temps passé à faire autre chose que de délivrer des soins	1,11	9
Q22	Le temps passé à prodiguer des soins directs aux patients	-0,33	9
Q23	L'approche professionnelle des patients aux soins	1,00	9
Q24	La délégation et la supervision des activités de traitement	0,89	9
Q25	La performance des activités (soins et traitements) centrée sur l'efficience/productivité	0,78	9
Q26	La charge de travail, attribuée de manière rotative, pendant les fins de semaine/vacances	0,38	8
Total		1,07	

Notes : 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 est celui de la question 18 qui indique un accroissement de la cible sur les besoins fonctionnels des patients (score de 2,11 correspondant à une situation entre *quelque peu augmenté* et *grandement augmenté*), ce qui démontre que les soins directs aux patients sont au cœur du changement des rôles perçus par les intervenants. Considérant que la mise en place de l'équipe interdisciplinaire s'est faite principalement pour mieux répondre aux besoins des patients, il apparaît que l'objectif initial a été pleinement rempli de ce point de vue. Par ailleurs, le haut score obtenu à la question 12 vient renforcer cette impression d'une cible accrue sur les besoins des patients. Ce dernier point suggère que les professionnels jugent l'enseignement au patient comme un élément important de la prise en charge et que celui-ci a augmenté dans le but d'accroître les habilités d'autosoins du patient et ainsi de favoriser sa compliance au plan de traitement. En outre, il a été démontré dans certaines études rapportées par Leprohon (2000) et Zwarenstein et al. (2005) que l'enseignement et le développement des habilités d'autosoins corrélaient très bien avec l'amélioration fonctionnelle des patients. Toutefois, bien que l'enseignement aux patients soit dans cette clinique considéré comme important, les résultats obtenus au questionnaire d'interdisciplinarité sur les questions spécifiques à ce sujet montrent qu'il persiste certaines difficultés pour avoir la pleine adhésion des patients et de leur famille au plan de traitement (voir section 4.1.5).

Concernant les autres meilleurs scores (ceux compris entre 1,5 et 2), nous remarquons que ceux-ci correspondent tous à des questions en jaune, soit les questions que nous considérons comme étant les plus pertinentes dans un contexte d'interdisciplinarité, ce qui indique, à notre avis, que les changements les plus marqués ont justement eu lieu là où il était le plus important qu'ils le soient. Ces changements concernent principalement l'interaction professionnelle (Q1, Q4, Q8, Q16 et Q17), le renforcement des compétences et des nouveaux rôles (Q3, Q10 et Q12) et les tâches annexes de travail (Q19).

Vis-à-vis de l'interaction professionnelle, cela correspond bien à l'intégration d'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. 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). Toutefois, l'interaction seule ne suffit pas et, afin de mieux coordonner les activités du groupe, il est essentiel pour chacun de bien connaître son rôle et ses responsabilités (Wiecha et Pollard, 2004 ; Larivière et Ricard, 2010). À cet égard, les questions 3, 10 et 12 indiquent une réelle appropriation des nouveaux rôles en ce qui concerne l'implication dans le plan de traitement, le rôle de consultant ou de clinicien expert et l'enseignement envers le patient.

Concernant la dernière dimension proposée par Lopopolo (2001) (tâches annexes de travail), nous observons que des efforts ont été apportés à la documentation des résultats des soins et traitements des patients (Q19), ce qui pourrait être une conséquence logique du renforcement de la collaboration entre les professionnels à travers un accroissement de la quantité de connaissances sur le patient en vue de développer de meilleurs plans de traitement. En définitive, les différents éléments mentionnés ici existent pour l'atteinte d'un seul but : faire passer les patients et leurs familles vers un

nouvel état de bien-être. La collaboration interdisciplinaire est ainsi le cœur et l'esprit permettant à cette transition d'avoir lieu (Yeager, 2005).

En ce qui a trait aux plus bas scores obtenus, nous en répertorions deux principaux. Les deux questions concernées (Q11 et Q22) ont toutes deux en commun de couvrir la dimension des soins directs aux patients. La question 11 indique ainsi que la prise de responsabilité formelle en tant que gestionnaire de cas (médecin et groupe d'intervenants) a très peu évolué (score compris *entre pas du tout changé et légèrement augmenté*), ce qui semble démontrer que si l'imputabilité première demeure le fait du médecin, celle-ci devrait être davantage partagée par l'ensemble des intervenants dans la mesure où l'interdisciplinarité est caractérisée par une volonté de participation et de responsabilité partagée (Lepine et Ahola-Sidaway, 1996 ; Lopopolo, 1997 ; Lindeke et Block, 1998 ; Yeager, 2005). La seconde question (Q22) indique, quant à elle, que le temps passé à prodiguer des soins directs aux patients a très légèrement diminué (score de -0,33), ce qui peut signifier, soit que le plan de traitement est efficace, soit que les professionnels passent davantage de temps à réaliser des tâches connexes (Q19, Q20, Q21) 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 devrait permettre de passer davantage de temps à prodiguer des soins directs aux patients.

#### 4.2.4 Recommandations

Voir chapitre 5.

#### 4.2.5 Conclusion

On constate qu'en général, les efforts sont réellement centrés sur les besoins des patients, 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. 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 pour améliorer un certain nombre de points, entre autres ceux concernant les mécanismes internes de fonctionnement, la formation continue, la composition de l'équipe, les outils de rétention du personnel et le manque de ressources. Cependant, ces améliorations ne peuvent pas être complètement atteintes dans la mesure où l'organisation doit composer avec plusieurs limites imposées par le cadre ministériel, notamment au niveau de l'attribution des sommes d'argent.

Par ailleurs, la proportion de patients perçue par les orthopédistes qui aurait pu être directement examinée et traitée par une personne autre qu'un médecin orthopédiste (physiothérapeute, rhumatologue, etc.) a considérablement diminué après la mise en place de la nouvelle clinique. Ce résultat indique 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.

# CHAPITRE 5 : RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

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

## 5.1 Recommandations

### 5.1.1 Recommandations générales

Ces recommandations s'adressent aux deux volets de la clinique interdisciplinaire mise en place au CSSS-Les-Eskers-de-l'Abitibi :

- 5.1.1.1 Réaliser un suivi comparatif de patients 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 (Chapitre 3).
- 5.1.1.2 Regrouper physiquement les différents services de l'hôpital reliés aux problèmes musculosquelettiques (Chapitres 2 et 3).
- 5.1.1.3 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)
- 5.1.1.4 Revoir les besoins de l'équipe en terme de personnel et modifier sa composition en conséquence (l'établissement doit répondre à ce besoin par l'ajout de ressources) (Chapitre 4, section 4.1.5)
- 5.1.1.5 Améliorer 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)
- 5.1.1.6 Approfondir le lien entre la pratique de direction et la pratique d'appropriation par l'équipe en favorisant l'autonomie de gestion (Chapitre 4, section 4.2.3, Annexe 21)
- 5.1.1.7 Standardiser les tâches connexes de travail (réunions, tâches administratives...) afin de permettre de dispenser davantage de temps aux soins directs aux patients (Chapitre 4, section 4.2.3)
- 5.1.1.8 Réserver du temps pour améliorer le fonctionnement de la clinique (bilan, feedback, etc.) (Chapitre 4, sections 4.1.5 et 4.2.3)
- 5.1.1.9 Renforcer l'empowerment du patient (mesures pour accroître l'adhésion et l'autosoin) (Chapitre 4, section 4.1.5) et développer davantage d'outils d'information (Chapitre 2).

5.1.1.10 Créer des grilles informatisées de suivi avec le nombre de patients en attente selon les catégories, les temps d'attente et les durées de traitement respectif (Chapitres 2 et 3).

## 5.1.2 Recommandations pour le volet orthopédie

5.1.1.11 Renforcer la collaboration interprofessionnelle dans le volet orthopédie en associant davantage l'ensemble des professionnels concernés (Chapitre 3).

5.1.1.12 Organiser un système de physiothérapeute(s) itinérant(s) dans les cliniques des omnipraticiens dans un but de formation et/ou d'efficacité des soins (Chapitre 2).

## 5.1.3 Recommandations pour le volet douleur

5.1.1.13 Publiciser les résultats de recherche sur la mesure de l'effet de la mise en place d'une clinique de la douleur sur l'évolution de l'état de santé des patients. Cette étude sera réalisée en collaboration avec la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke auprès de patients atteints de CRPS (Chapitre 3).

5.1.1.14 Réaliser une veille sur les nouvelles approches de soins en douleur et adapter le plan d'intervention en fonction de la condition biopsychosociale de chaque patient (Chapitres 2 et 3, AEMITS 2006).

## 5.2 Conclusion

Les principaux objectifs visés à la suite de la mise en place de la clinique interdisciplinaire ont été atteints. En effet, la clinique interdisciplinaire en musculosquelettique du CSSS les Eskers de l'Abitibi est fonctionnelle et présente une efficacité bien supérieure au mode d'organisation antérieur en ce qui concerne son accessibilité, sa gestion des listes d'attente, l'orientation de l'utilisateur et la gestion du temps de ses professionnels.

De fait, les résultats démontrent clairement que les listes et les délais d'attente ont grandement diminué pour consulter un professionnel en musculosquelettique grâce à une pertinence accrue des références et une meilleure intégration des services (liste d'attente réduite de 85%). Sans doute, grâce à la bonne diffusion du guide de prise en charge de la clientèle orthopédique de l'Abitibi-Témiscamingue, les médecins référants font-ils davantage de demandes pertinentes à la clinique, ce qui permet d'expliquer pourquoi les orthopédistes continuent à voir près de 80% des demandes de consultation qui sont adressées à la nouvelle clinique. De plus, nous soulignons les efforts engagés et les bons résultats du service de physiothérapie pour le bon fonctionnement du service.

Par ailleurs, le nombre de chirurgies effectuées en orthopédie pour l'année 2009-2010 a dépassé grandement les années antérieures (+21% par rapport à 2008-2009) par une meilleure utilisation des ressources. Au niveau du volet douleur, les résultats démontrent que cette clinique répond à un besoin criant pour l'ensemble de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Les professionnels témoignent d'un souci constant d'actualiser leurs connaissances et d'être à l'affût des dernières avancées scientifiques permettant d'innover au niveau des traitements tant sur le

plan médical, neuropsychologique que physiothérapeutique.

Compte tenu d'une demande dépassant largement l'offre (i.e. la prévalence dans la population adulte est estimée à environ 1/3), il existe un grand besoin en effectifs nouveaux et compétents en douleur (neuropsychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes). De plus, dès l'été 2010, deux nouveaux anesthésistes intégreront la clinique de la douleur, un équilibre avec les autres professionnels est donc à trouver.

Le CSSS les Eskers de l'Abitibi offre un milieu de pratique stimulant et enrichissant pour les professionnels, notamment avec l'implantation de la clinique interdisciplinaire, permettant d'approfondir les connaissances et développer des intérêts envers cette clientèle.

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.

Drobnic, 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.
- Gholve 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. (2000). Randomized trials or observational tribulations? *N Engl J Med*;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 3

CSSS les Eskers de l'Abitibi (2007). Projet de développement d'une clinique interdisciplinaire orthopédique et gestion de la douleur chronique. Direction du programme Santé physique. CSSS les Eskers de l'Abitibi.

## 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.
- Brunelle, Y. (1993). La qualité des soins et services : un cadre conceptuel, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Campbell S.M.; Roland M.O; Buetow S.A. (2000). *Defining quality of care*. *Social science & Medicine* 51, pp. 1611-1625.
- Canadian Council on Learning (2011). <http://www.ccl-cca.ca/CCL/Home/?Language=FR>
- Careau, E. (2010). Collaboration interprofessionnelle. De Quessé ??? Colloque des conseils multidisciplinaires du Québec, octobre 2010.
- 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.
- 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 Professional Nursing Administration*, 31(5),223-232.
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, vol. 1. Chicago Health Administration Press, p. 17.
- Egan, K. (2001). Cognitive tools and the acquisition of literacy. *Working Papers on Literacy, N°5*. The Centre for Literacy. <http://www.centreforliteracy.qc.ca/pubs.htm#working>
- 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.
- Lepine, S. et Ahola-Sidaway, J. (1996). An exploratory study of trends in hospital nursing and their impact on professional development initiatives [preliminary draft]. Paper presented at: Third International Interdisciplinary Qualitative Health Research Conference, October 30 – November 1, 1996 ; Bournemouth, Angleterre.
- 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](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. (1997). The effect of hospital restructuring on the roles of physical therapists in acute care. *Phys Ther*, 77: 918-936.
- 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](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.
- 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.

# ANNEXES

## Annexe 1

### Bassin de déserte du CSSS les Eskers de l'Abitibi

Clientèle totale : 160 000 habitants avec un mandat régional pour l'offre de service en orthopédie :

Abitibi-Témiscamingue : Portrait démographique	
Population totale (2008p)	145 844
Densité de population / km <sup>2</sup> (2006)	2,5
Variation de pop 2007 / 2008	0,7 %
Population 0-14 ans (2008p)	24 606
Population 15-64 ans (2008p)	101 167
Population 65 ans et + (2008p)	19 837
MRC Abitibi (2008p)	24 606
MRC Abitibi-Ouest (2008p)	20 959
MRC Rouyn-Noranda (2008p)	40 675
MRC Témiscamingue (2008p)	16 722
MRC Vallée-de-l'Or (2008p)	42 882
Âge moyen (2008p)	39,8
Taux de population rurale (2007)	37,4 %
Population autochtone (2007)	6 288

(Source : l'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue)

Une partie de la population du Nord du Québec constitue également une clientèle desservie par la clinique : quatre (4) communautés Cris du Nord du Québec, à savoir, Chisasibi, Wemindjii, Eastmain et Waskaganish (population représentant 9160 individus), ainsi que Lebel-sur-Quévillon (3250 habitants) et Matagami (1900 habitants).

## Annexe 2a



### Demande de consultation

Date : \_\_\_\_\_

RAISON DE CONSULTATION/DIAGNOSTIC : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### INVESTIGATIONS FAITES (annexer tous les résultats qui ne sont pas sur le PACS)

- |                          |           |                          |        |
|--------------------------|-----------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | aucune    | <input type="checkbox"/> | Scinti |
| <input type="checkbox"/> | Rx simple | <input type="checkbox"/> | EMG    |
| <input type="checkbox"/> | Scan      | <input type="checkbox"/> | IRM    |
| <input type="checkbox"/> | Autre     | _____                    |        |

### TRAITEMENTS FAITS ET/OU EN COURS

- |                          |                  |                          |                |
|--------------------------|------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Aucun            | <input type="checkbox"/> | Antalgie       |
| <input type="checkbox"/> | Infiltrations    | <input type="checkbox"/> | Physiothérapie |
| <input type="checkbox"/> | Arrêt de travail | <input type="checkbox"/> | Autre _____    |

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nom du médecin **lisible svp** Adresse

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU MÉDECIN PERMIS N<sup>o</sup>

Gardez-vous une copie et poster l'original avec les résultats d'investigation





## Annexe 2c

DEMANDE DE PHYSIOTHÉRAPIE  
**Diagnostic médical :** \_\_\_\_\_

Clientèle : externe  interne  CSST  arrêt de travail

Liste des problèmes significatifs pour la physiothérapie :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Objectifs à atteindre en physiothérapie :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Précaution/contre-indication : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Section Orthopédique</b>	DÉBUT PERMIS LE : _____		
1. ROM permis	<input type="checkbox"/> actif	<input type="checkbox"/> actif-assisté	<input type="checkbox"/> passif
2. Renforcement permis	<input type="checkbox"/> isométrique	<input type="checkbox"/> isotonique avec résistance	
3. MEC permise	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
4. Présence de métal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	



### Clinique interdisciplinaire musculo-squelettique Volet orthopédie

Évaluation École du dos (pour lombalgie chronique)

LCA

Renseignement complémentaire à l'évaluation de l'orthopédiste :

Objectiver la force musculaire sur Biodex Pré-op  Post-op  \_\_\_\_\_ mois

Autres \_\_\_\_\_

Épaule (**RADIOGRAPHIE OBLIGATOIRE EN TOUT TEMPS**)

Capsulite (RE < ABD < FLEX)

Tendinite calcifiée de : \_\_\_\_\_ cm

Tendinite de \_\_\_\_\_

Luxation le \_\_\_\_\_

Chirurgie de la coiffe des rotateurs :  
 Rupture le \_\_\_\_\_ Chirurgie le \_\_\_\_\_

Infiltration le : \_\_\_\_\_

Numéro de permis du médecin : \_\_\_\_\_ Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Date de traitements	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Annexe 3  
Centre de santé et de services sociaux  
Les Eskers de l'Abitibi



**Guide de prise en charge de la clientèle  
en chirurgie orthopédique  
de l'Abitibi-Témiscamingue**

(révision 17 juin 2009)

Clinique externe d'orthopédie du CSSS Les Eskers de l'Abitibi  
622, 4<sup>e</sup> rue Ouest, Amos (Québec), J9T 2S2, Tél : 819-732-3341 poste 2279, Télécopieur 819-732-6422

Ce guide est conçu pour aider les médecins généralistes de l'urgence et des cliniques à diagnostiquer et traiter les problèmes orthopédiques les plus couramment rencontrés. Il indique aussi quand faire la demande de consultation.

Voici la révision 2009. Nous y avons fait quelques modifications et ajouts. Nous espérons qu'il saura répondre à vos besoins.

**D'une façon générale :**

- Les orthopédistes voient un patient seulement s'il est envoyé par un médecin généraliste ou spécialiste.
- Pour tous les cas de traumatismes aigus et de fractures, il est recommandé de communiquer directement avec l'orthopédiste de garde pour une prise en charge rapide le jour même ou le lendemain. Cas pouvant être envoyés tous les avant-midi, 7 jours par semaine : les fractures (en cas de doute, faire lire le rayon X par le radiologiste), les ruptures ligamentaires et de tendons.
- Pour tous les autres cas, envoyer simplement la demande de consultation par la poste. Elle doit être lisible avec le nom du médecin demandeur en caractères d'imprimerie et son numéro de pratique (et/ou son adresse).
- Joindre à la demande de consultation, tous les résultats des tests diagnostiques (Rx simple, Scan, IRM, Scinti, EMG) et les bilans qui justifient la demande. Ou indiquer avec quel numéro de dossier ils sont accessibles sur le PACS. Cependant, noter que nous n'avons pas accès à la dictée centrale des autres centres.
- Indiquer aussi quel traitement conservateur a été fait.

- Si le patient a reçu son congé par l'orthopédiste ou s'il n'a pas été revu à la clinique d'orthopédie depuis plus d'un an ou pour un problème différent, une nouvelle consultation est généralement exigée avec tous les résultats des tests diagnostiques (Rx simple, Scan, IRM, Scinti, EMG) et les bilans qui justifient la nouvelle demande.
- Les suivis de prothèse de hanche, d'épaule, de coude ou de genou ne nécessitent pas de nouvelle demande de consultation. Le patient prend lui-même rendez-vous avec son chirurgien à la clinique d'orthopédie.
- Les complications de fractures, de chirurgies ou de plaies ne nécessitent pas de nouvelles demandes. Le patient appelle lui-même à la clinique d'orthopédie pour une visite urgente.
- Nous n'assumons pas le suivi des patients qui ont subi une arthroplastie effectuée à l'extérieur de la région sauf si c'est nous qui avons transféré le patient ailleurs.
- Nous n'assumons pas la prise en charge de patients présentant des problèmes électifs lombaires ou cervicaux. Pour les fractures, communiquer directement avec l'orthopédiste de garde.
- Pour les urgences lombaires autres que fracture, communiquer avec le Dr Eid de jour. Le soir, la nuit et les fins de semaine, communiquez avec l'orthopédiste de garde. Les urgences lombaires sont : hernies discales avec déficit neurologique moteur progressif, syndrome de queue de cheval, sténose spinale sévère d'évolution rapide et/ou avec troubles sphinctériens et les hernies discales avec échec de traitement conservateur pendant 3 mois même sans déficit neurologique.

## MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL

Dre Édith Beauregard,  
Chirurgienne orthopédiste et Chef du Service d'Orthopédie

Dr Robert Adam,  
Chirurgien orthopédiste

Dr Mario Aubin,  
Chirurgien orthopédiste

Dr Joseph Eid,  
Chirurgien orthopédiste

Dr Samer Michael,  
Chirurgien orthopédiste

Suzanne Pinard,  
Infirmière clinicienne en orthopédie

Nos remerciements à Monsieur Christian Neveu, chargé de projet chez Pfizer Canada inc. Pour son implication professionnelle

Épaule	<u>Diagnostic présumé</u>		<u>Investigation et traitements suggérés</u>	
	Rupture de la coiffe	<b>Condition aiguë traumatique :</b> Jeune patient (moins de 60 ans) avec faiblesse marquée de rotation externe et d'abduction.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tylenol/AINS</li> <li>▪ Infiltrations de cortisone</li> <li>▪ Physiothérapie</li> <li>▪ Rayon X, IRM rapide et consultation en orthopédie avec les résultats</li> </ul>
		<b>Condition aiguë traumatique :</b> Patient âgé de plus de 60 ans avec faiblesse marquée de rotation externe et d'abduction.		<b>Traitement conservateur 6 mois :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tylenol/AINS</li> <li>▪ Infiltrations de cortisone</li> <li>▪ Physiothérapie</li> <li>▪ Si inefficace, Rayon-X, IRM et consultation en orthopédie <b>si patient désire chirurgie</b></li> </ul>
		<b>Condition chronique :</b> Gêne fonctionnelle légère ou modérée avec douleur significative.		<b>Traitement conservateur 6 mois :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infiltrations de cortisone</li> <li>▪ Tylenol/AINS</li> <li>▪ Physiothérapie</li> <li>▪ Si inefficace, Rayon X, IRM et consultation en orthopédie <b>si patient désire chirurgie</b></li> </ul>
		<b>Condition chronique :</b> Peu de gêne fonctionnelle et peu de douleur.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tylenol/AINS</li> <li>▪ Infiltration de cortisone au besoin</li> </ul>

<b>Épaule</b>	<b>Tendinite de l'épaule</b>	En phase aiguë ou subaiguë	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Repos et glace</li> <li>▪ Tylenol/AINS</li> </ul>
		En phase chronique Symptômes invalidants depuis plus de 6 mois.	<b>Traitement conservateur 6 mois :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tylenol/AINS</li> <li>▪ Infiltrations de cortisone X 3</li> <li>▪ Physiothérapie concomitante</li> <li>▪ Si insatisfaisant après 6 mois, Rayon X, IRM et consultation en orthopédie <b>si patient désire chirurgie</b></li> </ul>
	<b>Tendinite avec calcification de la coiffe</b>	Peu symptomatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Repos et Glace</li> <li>▪ Tylenol/AINS</li> </ul>
		<b>Symptomatique (modérée à sévère)</b> Accrochage Douleur à la mobilisation	<b>Traitement conservateur 6 mois :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tylenol/AINS</li> <li>▪ Infiltrations de cortisone</li> <li>▪ Physiothérapie (iontophorèse et/ou ultrasonographie)</li> <li>▪ <b>Si insuffisant</b> : référence en radiologie pour fragmentation</li> <li>▪ Si insuffisant : rayon X, IRM et consultation en orthopédie <b>si patient désire chirurgie</b></li> </ul>
	<b>Capsulite adhésive</b>	<b>Significative</b> Gêne fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arthrographies distensives X 3 en trois semaines avec physiothérapie concomitante 3 à 5 jours/semaine</li> <li>▪ Si inefficace, communiquer avec l'orthopédiste de garde</li> </ul>

<b>Épaule</b>	Luxation d'épaule	1 <sup>er</sup> épisode	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire la réduction en urgence</li> <li>▪ Attelle pour le confort</li> <li>▪ Reprise des activités selon tolérance</li> <li>▪ Évaluation et enseignement en physio</li> </ul>
		2 <sup>e</sup> épisode	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Même traitement</li> <li>▪ Arthro-résonnance pour éliminer déchirure de bankart.</li> <li>▪ Si positif, consultation en orthopédie</li> <li>▪ Si négatif, physiothérapie seulement</li> </ul>
	Rupture du biceps proximal		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antalgie</li> <li>▪ Traitement conservateur</li> <li>▪ ± physiothérapie</li> </ul>

<b>Coude</b>	Rupture du biceps distal		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Communiquer avec l'orthopédiste de garde</li> </ul>
	Épicondylite	Symptomatologie modérée depuis moins de 6 mois.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Repos</li> <li>▪ Physiothérapie</li> <li>▪ Infiltrations de cortisone X 3</li> <li>▪ Bracelet d'épicondylite</li> </ul>
	Épicondylite réfractaire	Symptomatologie persistante et sévère depuis plus de 6 mois et chez patient désirant chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre le même traitement et consultation en orthopédie <b>si patient désire chirurgie</b></li> </ul>
	Bursite chronique		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Traitement conservateur</li> <li>▪ Si infectée, urgence</li> </ul>

<b>Main</b>	Canal carpien	Compression légère à modérée Patient peu symptomatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orthèse de repos (port nocturne)</li> </ul>
		Compression modérée à sévère prouvée par EMG Patient avec symptômes modérés à sévères	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EMG</li> <li>▪ Orthèse de repos</li> <li>▪ Analgésie simple</li> <li>▪ Infiltration de cortisone au besoin</li> <li>▪ Et/ou consultation en orthopédie <b>si patient désire chirurgie</b></li> </ul>
	Doigt à gâchette	Symptomatologie persistante Phénomène de blocage douloureux depuis 3 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AINS pour une courte période</li> <li>▪ Infiltration de cortisone et/ou consultation en orthopédie <b>si patient désire chirurgie</b></li> </ul>
		Congénital (jeune enfant)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation en orthopédie</li> </ul>
	Dupuytren	Atteinte fonctionnelle importante	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation en orthopédie si désire chirurgie</li> </ul>
	Kystes au poignet, main, doigt	Douleur avec limitation fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation en orthopédie si patient désire chirurgie</li> </ul>

<b>Hanche</b>	<b>Coxarthrose</b>	<b>Légère</b> Peu symptomatique ou symptômes lors de certaines activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perte de poids</li> <li>▪ Analgésie, Tylenol/AINS</li> <li>▪ Canne</li> <li>▪ Glucosamine</li> </ul>
		<b>Modérée</b> Limite plusieurs activités	<b>Ajouter :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rayon X incluant une vue de bassin</li> <li>• Infiltration de cortisone en radiologie à considérer</li> </ul>
		<b>Sévère</b> Invalidante : le périmètre de marche est diminué à moins de cinq minutes malgré le traitement conservateur adéquat ou la perte d'autonomie est significative.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rayon X avec vue de bassin</li> <li>▪ Consultation en orthopédie</li> <li>• Noter que les narcotiques ne sont pas recommandés sauf si non opérable</li> </ul>
	<b>Nécrose avasculaire</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rayon X incluant une vue du bassin</li> <li>▪ Communiquer avec l'orthopédiste</li> </ul>
	<b>Porteur d'une prothèse totale de la hanche</b>	<b>Suivi simple</b> Il est suggéré d'effectuer un suivi aux deux ans ou selon les recommandations de son chirurgien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le patient prend lui-même rendez-vous à la clinique</li> <li>▪ Pas besoin de consultation</li> </ul>
		<b>Complications</b> Signes d'infection : épanchement significatif, rougeur et douleur marquée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Communiquer sans délai avec son orthopédiste ou celui de garde</li> </ul>
		<b>Si détérioration progressive</b> (signes de descellement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le patient prend lui-même son rendez-vous à la clinique ou envoyer une demande</li> </ul>
	<b>Bursite de hanche</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Référer au Dr Khy pour infiltration sous échographie</li> </ul>

Genou	Gonarthrose	Légère Peu symptomatique ou symptômes lors de certaines activités.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perte de poids</li> <li>▪ Analgésie, Tylenol/AINS</li> <li>▪ Canne</li> <li>• Glucosamine</li> </ul>
		Modérée Limite plusieurs activités.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rayon X des deux genoux en position debout</li> <li>▪ Tylenol/AINS</li> <li>▪ Injections de cortisone (maximum 4 fois/an) ou viscosupplément</li> <li>▪ Lorsque qu'il y a échec avec le traitement conservateur, consultation en orthopédie <b>si patient désire chirurgie</b></li> </ul>
		Sévère Invalidante : le périmètre de marche a diminué à moins de cinq minutes malgré le traitement conservateur adéquat ou la perte d'autonomie est significative.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rayon X des deux genoux en position debout</li> <li>▪ Consultation en orthopédie</li> </ul>
	Kyste de Baker	<p><b>Significatif chez l'enfant et adulte de moins de 25 ans</b></p> <p><b>Adulte de plus de 25 ans</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Envoyer demande de consultation</li> <li>▪ Rechercher la cause, car il est habituellement secondaire à d'autres pathologies</li> <li>▪ Commencer par un Rx des deux genoux debout pour éliminer l'arthrose</li> </ul>
	Syndrome fémoro-rotulien Osgood-Schlatter	Chez adolescent	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dépliant avec exercices</li> <li>▪ physiothérapie</li> </ul>

Genou	Entorse ligamentaire	Légère Sans épanchement ni instabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MEC selon tolérance</li> <li>▪ ROM selon tolérance</li> <li>▪ Tylenol/AINS</li> </ul>
		Modérée Épanchement, instabilité en valgus et/ou suspicion d'atteinte du LCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rayon X</li> <li>▪ Immobilisation Zimmer</li> <li>▪ MEC selon tolérance avec béquilles</li> <li>▪ Après 10 jours, permettre ROM selon tolérance, poursuivre avec béquilles et évaluation et traitement en physiothérapie</li> <li>▪ Si symptomatique ou instable après 6 à 8 semaines, IRM pour éliminer déchirure de ménisque et LCA et consultation en orthopédie si résultats positifs</li> </ul>
		Sévère (luxation de genou) Épanchement sévère avec instabilité sévère (atteinte ligamentaire multiple) ou instabilité du LCL	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Communiquer sans délai avec l'orthopédiste</li> </ul>
	Rupture du quadriceps Rupture du tendon rotulien Luxation de la rotule		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation en urgence comme une fracture</li> </ul>
	Subluxation de la rotule		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rx avec vue de la rotule</li> <li>▪ Si normal, physiothérapie</li> <li>▪ Si subluxation, consultation en orthopédie</li> </ul>

<b>Genou</b>	<b>Déchirure méniscale</b> suspectée chez patient de moins de 60 ans, peu ou pas arthrose ou chez patient plus âgé ayant peu ou pas d'arthrose avec traumatisme aigu significative.	<b>Peu symptomatique</b> Symptômes occasionnels ne limitant pas les activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tylenol/AINS au besoin</li> </ul>
		<b>Modérément symptomatique</b> Symptômes persistants (douleur, blocage, épanchement, dérobage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rayon X en charge et IRM</li> <li>▪ Dans les rares cas ou patient a déjà eu ménisectomie, Arthro-IRM</li> <li>▪ Si IRM positive, consultation en orthopédie</li> <li>▪ Si arthrose et plus de 60 ans, pas d'IRM</li> </ul>
		<b>Symptomatologie marquée</b> Genou bloqué sans possibilité de mouvement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Communiquer avec l'orthopédiste de garde</li> </ul>
	<b>Porteur d'une prothèse totale du genou</b>	<b>Suivi simple</b> Il est suggéré d'effectuer un suivi aux deux ans ou selon les recommandations de son orthopédiste	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le patient prend lui-même rendez-vous à la clinique</li> <li>▪ Pas besoin de consultation</li> </ul>
		<b>Complications</b> Signes d'infection, épanchement significatif, rougeur ou douleur marquée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Communiquer sans délai avec son orthopédiste ou celui de garde</li> </ul>
		Si détérioration progressive (signes de descellement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le patient prend lui-même son rendez-vous à la clinique ou envoyer demande</li> </ul>

<b>Cheville</b>	Rupture du tendon d'Achille		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation en urgence comme une fracture</li> </ul>
	Tendinite du tendon d'Achille		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas d'infiltration</li> <li>▪ Antalgie</li> <li>▪ Mettre au repos avec orthèse tibiale au besoin</li> <li>▪ Exercices d'étirements</li> <li>▪ ± Physiothérapie</li> </ul>
<b>Pied</b>	Hallux valgus	Symptômes légers à modérés L'aspect cosmétique seul contre-indique la chirurgie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rien</li> <li>▪ Chaussure large</li> <li>▪ Écarteur d'orteil</li> </ul>
		Symptômes sévères avec douleur sévère	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rayon X des deux pieds debout</li> <li>▪ Consultation en orthopédie si patient désire chirurgie</li> </ul>
	Fasciite plantaire (épine de Lenoir)		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Physiothérapie</li> <li>▪ Orthèse plantaire moulée</li> <li>▪ Orthèse de nuit</li> <li>▪ Talon d'1½ po</li> <li>▪ Tylenol/AINS</li> <li>▪ Infiltrations de cortisone à considérer</li> </ul>

## Annexe 4

### Procédure de triage pour le volet orthopédie

Fait par l'infirmière

Le guide de prise en charge de la clientèle orthopédique de l'A-T sert de référence pour le triage. Les examens exigés doivent être faits, les autres peuvent être faits lors de la rencontre avec l'orthopédiste ou pourront être demandés par l'infirmière en envoyant une requête au patient.

À la réception de la demande de consultation, un prétriage est fait par la secrétaire de la clinique. **Insérer le fichier « prétriage par la secrétaire » ou le mettre en annexe**

Ensuite, chaque demande est examinée par l'infirmière. Celles qui sont illisibles, manquent de renseignements cliniques ou que les patients sont hors région sont retournées aux médecins requérants. Une photocopie de ces demandes et la lettre justifiant le retour sont gardées dans un cartable.

Les demandes de consultation pour les problèmes de dos qui ne correspondent pas aux critères établis sont retournées aux médecins requérants avec la lettre de la politique pour les cas de dos. Les cas de colonne lombaire pouvant répondre aux critères sont montrés au Dr Eid. Celles discutées et acceptées avec lui sont mises sur sa liste.

Les cas répondant aux critères du guide sont identifiés dans le coin supérieur gauche selon la liste de diagnostic préétablie (voir liste). Les cas n'ayant pas de résultats d'examen requis sont retournés aux médecins. On peut les rechercher avec MediResult et/ou le PACS. Il est important d'inscrire les diagnostics préétablis puisque ce sont ceux-ci que l'agente utilise pour les classer sur les différentes listes d'attente.

Les cas déjà suivis par un orthopédiste et qui n'ont pas eu leur congé sont inscrits en suivi avec leur orthopédiste. Demander le dossier antérieur pour ceux dont le nom de l'orthopédiste n'est pas inscrit (connu de vous). Ceux ayant eu leur congé sont traités comme une nouvelle demande.

Les cas acceptés par un orthopédiste sont inscrits à son nom avec le diagnostic et le délai qu'il a mis ou seront vus en moins d'un mois.

Les cas difficiles à classer seront montrés au Dr Beaugard.

Toutes les demandes de consultations gardées sont remises à l'agente administrative qui les enregistre à l'ordinateur et les garde dans des cartables dans son bureau. Régulièrement, l'infirmière vérifiera les listes d'attente pour s'assurer que les délais sont respectés pour chacun des diagnostics selon les priorités établies. De plus, elle vérifiera les cartables dans lesquels sont gardées les consultations. Elle s'assurera qu'il n'y a pas de consultations qui auraient été oubliées (non inscrites sur les listes) ou qu'elles sont vues et non sorties du cartable.

## Annexe 4 (suite)

Priorités : selon le protocole d'entente..... en orthopédie

Urgent : le médecin doit communiquer immédiatement avec l'orthopédiste de garde  
 Semi-urgent : délai de 1 à 3 jours (1 semaine)  
 Semi-électif : moins de 4 mois  
 Électif : moins de 18 mois

### Triage par diagnostic

Diagnostic	Examens exigés du médecin requérant	Examens peuvent être demandés par infirmière	Priorité	Expertise ou préférences des orthopédistes
Déchirure de coiffe	IRM ou Arthro-scan	Rx épaule	SE E gens âgés	Tous sauf Dr Aubin
Syndrome d'accrochage	IRM	Rx épaule	SE	Tous sauf Dr Aubin
Luxation A-C	Rx épaule ± poids		SU	Tous
Luxation récidivante (+ de 2)	Arthro-IRM	Rx épaule	SE	Beauregard
Déchirure du biceps distal	Écho préférable	Rx coude	U/SU	Tous
Épicondylite réfractaire		Rx coude	SE	Aubin, Beauregard, Eid
Bursite chronique coude		Rx coude	SE	Tous
Kyste doigt/poignet		Rx main/poignet	E	Tous
Dupuytren		Rx main	SE	Tous
Tunnel carpien	EMG		SE	Surtout Dr Aubin
Doigt en gâchette			SE	Surtout Dr Aubin
Mallet finger non traité		Rx doigt	SE	Tous
PTH (coxarthrose sévère)		Rx bassin + hanche	SE	Tous
Porteur d'une PTH		Rx bassin + hanche	SE	Son ortho ou Dr Aubin si signe de descellement (possibilité de révision)
Prothèse douloureuse, peut être signe d'infection ou de descellement		Rx bassin + hanche FSC, SED, CRP		Son ortho ou Dr Aubin si signe de descellement (possibilité de révision)
OA hanche (légère à modérée)		Rx bassin + hanche	E	Tous
Bursite de la hanche			Référer au Dr Khy	
Nécrose avasculaire de la hanche	IRM ou Scinti	Rx bassin + hanche	SU	Tous
PTG (gonarthrose sévère)		Rx genoux MEC	SE	Tous
Porteur d'une PTG		Rx genoux MEC	SE	Son ortho ou Dr Aubin si signe de descellement (possibilité de révision)
Prothèse douloureuse, peut être signe d'infection ou de descellement		Rx genoux MEC FSC, SED, CRP		Son ortho ou Dr Aubin si signe de descellement (possibilité de révision)
OA genou (légère à modérée)		Rx genoux MEC	E	tous
Chondromalacie	IRM	Rx genou avec vue de rotule	E	tous
Déchirure de ménisque (arthroscopie)	IRM ou arthro-IRM si déjà eu ménisectomie	Rx genou	SE	tous
Déchirure du LCA	IRM	Rx genou Évaluation en physio	SE	Dr Aubin, Michaël
Kyste de Baker		voir Guide de prise en charge	SE pour < de 25 ans Retourner si > 25 ans	tous
Tendinite du tendon d'Achille		Rx cheville	E	Tous
Matériel à enlever		Rx selon l'endroit	SE	Son ortho ou tous

## Annexe 4 (suite)

Hallux valgus		Rx 2 pieds MEC	E	Adam, Eid, Michaël
Orteils en marteau		Rx pied	E	tous
Kystes orteil/pied		Rx pied	E	tous
Fasciite plantaire		Rx pied	E	tous
Névrome de Morton			Référez au Dr Khy	
Ongle incarné		Ce n'est pas de l'ortho	c'est une petite chirurgie en médecine	
Ostéochondrome	Rx		SE	Tous
Ostéite, ostéomyélite		Rx de la région	SU	Tous
Ostéochondrite disséquante	IRM	Rx de la région	SU	Tous
Fx de stress	Rx récent et/ou scinti		SU	tous
Dystrophie réflexe ou CRPS		Ce n'est pas de l'ortho	Acheminer la demande au volet douleur de notre clinique	

<b>Enfants</b>				
Pieds bots			SU	Surtout Dr Adam, Eid, Michaël
Click de la hanche, DDH		Rx bassin + frog leg si enfant a plus de 4 mois	SU	Surtout Dr Eid, Michaël
Nécrose avasc hanche Legg-Perthes-Calvé	Rx bassin/hanche		SU	Tous
Glissement épiphysaire hanche	Rx bassin et hanche		U/SU	tous
Scoliose Fille de 0-16 ans Garçon de 0-18 ans	Rx série scoliotique		SE (1 mois)	Tous
SFP		S'assurer que la physio est faite	SE	Tous
Plâtre anti-équin post-botox			2 sem. max après injection	Tous
Autre problème			SE	Tous

## Annexe 5

### Codes de priorité

#### Volet orthopédie :

##### **Catégorie A : Urgent**

Fracture ouverte ou arthrotomie traumatique.

Luxation irréductible sous sédation à l'urgence.

Compromis neuro-vasculaire pouvant entraîner la perte d'un membre (secondaire à fracture, luxation, lacération, etc.).

Syndrome du compartiment (des loges).

Fasciite nécrosante.

Fracture des os longs (fémur surtout).

... ..

Cette liste est incomplète et n'est donnée qu'à titre d'exemple.

##### **Catégorie B : Semi-urgent**

Fracture (à traiter par plâtre ou chirurgie).

Luxation réduite à l'urgence.

Entorse nécessitant une immobilisation.

Rupture de tendon (main, quadriceps, rotulien, Achille, biceps, etc.).

Lacération musculaire.

Abcès, ostéomyélite ne répondant pas au traitement conservateur.

Tumeur osseuse primaire ou secondaire.

... ..

Cette liste est incomplète et n'est donnée qu'à titre d'exemple.

##### **Catégorie C : Semi-électif**

Syndrome d'accrochage.

Tendinite, peu importe le site anatomique.

Rupture de coiffe des rotateurs.

Déchirure méniscale.

Déchirure LCA.

Tunnel carpien.

Arthrose sévère avec traitement conservateur épuisé.

Révision d'arthroplastie.

... ..

Cette liste est incomplète et n'est donnée qu'à titre d'exemple.

##### **Catégorie D : Électif**

Kyste arthrosynovial

Hallux valgus.

Hallux rigidus.

Orteils marteaux, en griffes.

Doigts gâchettes.

Dupuytren.

Exérèse de matériel.

... ..

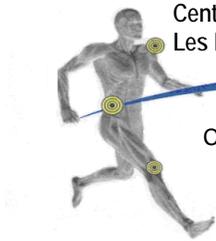
Cette liste est incomplète et n'est donnée qu'à titre d'exemple.

## Annexe 6

Tableau des principaux problèmes musculo-squelettiques

No	Principaux problèmes musculo-squelettiques	Pourcentage relatif (100*nb problème/nb total)	
		VOLET ORTHOPÉDIE	VOLET DOULEUR
1	Lésion méniscale	17	
2	Hallux valgus	9	
3	Gonarthrose	9	
4	Coxarthrose	7	
5	Enfants (tous diagnostics confondus)	7	
6	Rupture coiffe des rotateurs	5	
7	Doigt en gâchette	4	
8	Dos ; hernie discale ou sténose spinale	4	
9	Tendinite à l'épaule	4	
10	Tunnel carpien	3	
11	Kyste synovial doigt poignet	3	
12	Déchirure ligament croisé antérieur	2	
13	Épicondylite	1	
14	Gonalgie	-	
15	Capsulite de l'épaule	Orientation service de physiothérapie	
16	Lombalgie chronique	Orientation service de physiothérapie	30
17	Complex régional pain syndrome (CRPS)		40
18	Cervicalgie		20
19	Pathologie de l'épaule		10

# Annexe 7



Centre de santé et de services sociaux  
Les Eskers de l'Abitibi

Clinique interdisciplinaire musculo-squelettique  
**Volet « Orthopédie »**

622, 4<sup>e</sup> Rue Ouest, Amos (Québec) J9T 2S2  
Téléphone : 819-732-3341 poste 2279 Télécopieur : 819-732-6422

*Demande de consultation pour infiltration*



*Diagnostic:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Infiltration suggérée:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Orthopédiste \_\_\_\_\_ #pratique

Il est entendu que vous voyez ce patient uniquement pour les infiltrations demandées. Pour tout autre problème de santé, le patient doit se référer à son médecin traitant ou à l'urgence. Lorsque les infiltrations ne seront plus efficaces ou que vous désirez un nouvel avis de l'orthopédiste, complétez votre section et nous retourner cette feuille.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ omnipraticien \_\_\_\_\_ # pratique

*numéro de téléphone du patient:* \_\_\_\_\_

SP1

## LA SARRE

Dr Michel De Maupeou  
 RSSS des Aurores Boréales  
 Centre hospitalier de La Sarre  
 679, 2<sup>e</sup> rue Est  
 CP 6000 Succursale Bureau-Chef  
 La Sarre (Québec)  
 J9Z 2X7

(819) 333-2311

Dr Louis Bélanger  
 RSSS des Aurores Boréales  
 Centre hospitalier de La Sarre  
 679, 2<sup>e</sup> rue Est  
 La Sarre (Québec)  
 J9Z 2X7

(819) 333-2311

Dr Sylvie Watelle  
 GMF des Aurores Boréales  
 Clinique locomoteur  
 228, rue 2<sup>e</sup> Est  
 La Sarre (Québec)  
 J9Z 2G9

(819) 339-5617

## ROUYN-NORANDA

Dr Frédéric Bonin  
 CSSS de Rouyn-Noranda  
 Clinique du Cuivre  
 12, Gamble est  
 Rouyn-Noranda (Québec)  
 J9X 3B7

(819) 764-9441

Dr François Coulombe  
 CSSS de Rouyn-Noranda  
 Clinique du Cuivre  
 12, Gamble Est  
 Rouyn-Noranda (Québec)  
 J9X 3B7

(819) 764-9441

Dr Simon Plourde  
 CSSS de Rouyn-Noranda  
 Clinique médicale Accès-Santé  
 8, rue du Terminus Est, 2<sup>e</sup> étage  
 Rouyn-Noranda (Québec)  
 J9X 3B4

(819) 762-2130

## TÉMISCAMING

Dr Gordon-Ian Brock  
 CSSS de Témiscamingue-et-de Kipawa  
 180, rue Anvik  
 Témiscamingue (Québec)  
 J0Z 3R0

(819) 627-3385

Dr Vydas Léo Gurekas  
 CSSS de Témiscamingue-et-de Kipawa  
 180, rue Anvik  
 Témiscamingue (Québec)  
 J0Z 3R0

(819) 627-3385

## VAL-D'OR

Dr Marc-Frédéric Lee  
 Clinique médicale de l'Or et des Bois  
 725, 6<sup>e</sup> rue  
 Val-d'Or (Québec)  
 J9P 3Y1

(819) 825-6711

Dr Denis Perron  
 Clinique médicale Centre-Ville  
 929, 3<sup>e</sup> avenue  
 Val-d'Or (Québec)  
 J9P 1T4

(819) 874-9111

## VILLE-MARIE

Dr Yanick Bureau  
 CSSS Lac-Témiscamingue  
 19, rue dollars  
 Ville-Marie (Québec)  
 J9V 1L1

(819) 622-2433

Dr Avalos José Alejandro Domiguez  
 CSSS Lac-Témiscamingue  
 19, rue dollars  
 Ville-Marie (Québec)  
 J9V 1L1

(819) 622-2433

## Annexe 8



Centre de santé et de services sociaux  
Les Eskers de l'Abitibi

Clinique interdisciplinaire musculo-squelettique  
Volet « Orthopédie »

622, 4<sup>e</sup> Rue Ouest, Amos (Québec) J9T 2S2  
Téléphone : 819-732-3341 poste 2279 Télécopieur : 819-732-6422

Amos, le 29 janvier 2010

### CONSULTATIONS ORTHOPÉDIQUES POUR LES CAS DE DOS

Le CSSS les Eskers ne compte qu'un seul chirurgien orthopédiste spécialisé en colonne lombaire. Voici notre politique pour accepter les cas de colonne. **Les demandes ne correspondant pas à cette politique seront retournées au médecin requérant.**

Ainsi,

▪ **Les cas de fracture de la colonne :**

Ces cas **urgents** seront acceptés après **discussion** avec l'orthopédiste de garde (comme toutes les autres fractures) le jour même ou le lendemain.

▪ **Les cas urgents et semi-urgents de colonne lombaire :**

Tous ces cas doivent être **discutés et acceptés par le Dr Joseph Eid**. Vous pouvez le joindre de jour à la clinique. Le soir, la nuit et les fins de semaine, communiquez avec l'orthopédiste de garde.

- Hernie discale avec déficit neurologique moteur progressif
- Syndrome de queue de cheval
- Sténose spinale sévère d'évolution rapide et/ou avec troubles sphinctériens
- Hernie discale avec échec de traitement conservateur pendant 3 mois même sans déficit neurologique

▪ **Les cas électifs de colonne lombaire :**

Présentement, aucun orthopédiste ne prendra en charge cette clientèle.

▪ **Les scolioses congénitales ou idiopathiques**

Vous pouvez poster la demande de consultation et le rapport de radiologie pour les filles de 0-16 ans et pour les garçons de 0-18 ans.

▪ **Les cas urgents et électifs de colonne cervicale autres que fracture :**

Présentement, aucun chirurgien orthopédiste n'est spécialisé pour traiter ces cas. Vous devrez donc les orienter vers d'autres centres.

*Pour un service non couvert par le CSSS d'Amos, vous pouvez communiquer avec l'hôpital Sacré-Cœur, avec les docteurs Gilles Maurais, Alain Jodoin, Jean-Marc Mac-Thiong et Stéphane Parent, spécialistes en colonne par téléphone :*

- *pour les urgences au 514-338-2222, poste 2050;*
- *pour les cas électifs, vous pouvez les contacter par téléphone au 514-332-6025 ou par télécopieur au 514-332-4243.*

*Vous pouvez aussi obtenir des services par le RUIS McGill. Nous restons disponibles pour discuter avec vous de la pertinence de demander une consultation à Montréal pour un de vos patients.*

*Merci de votre collaboration.*

Veillez noter que notre région offre des cliniques de douleur, des classes de dos et que plusieurs radiologistes offrent des infiltrations facettaires pour arthrose et des épidurales pour sténoses spinales qui sont des options de soulagement des cervico-dorso-lombalgies chroniques.

Dr Robert Adam  
Chirurgien orthopédiste

Dr Mario Aubin  
Chirurgien orthopédiste

Dre Édith Beaugard  
Chef du service d'orthopédie  
Chirurgienne orthopédiste

Dr Joseph Eid  
chirurgien orthopédiste

Dr Samer Michael  
Chirurgien orthopédiste

Suzanne Pinard  
infirmière clinicienne en orthopédie

## Annexe 9

### Rôles et responsabilités des professionnels de la santé au sein de la clinique interdisciplinaire en musculo-squelettique

#### ORTHOPÉDISTE

L'orthopédiste est le médecin spécialiste de l'évaluation et du traitement des conditions musculo-squelettiques 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 musculo-squelettique. 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 protocole de suivi systématique de la clientèle.

#### ANESTHÉSISTE

L'anesthésiste est le médecin spécialiste de l'évaluation et du traitement de la douleur chronique à la suite de conditions neuro-musculo-squelettiques 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 de douleur chronique.

### L'anesthésiste intégré dans la clinique assurera les services suivants :

- Consultations électives, urgentes et interdisciplinaires de la clientèle hospitalisée et ambulatoire ;
- Suivi de la clientèle complexe ;
- Évaluation interdisciplinaire de la clientèle avec problème complexe de douleur chronique ;
- Application de techniques thérapeutiques appropriées (bloc nerveux, injections, etc.) ;
- Participation à des protocoles de suivi systématique de la clientèle.
- Participation à l'enseignement.

### *OMNIPRATICIEN*

Au sein de la clinique de douleur, le médecin de famille a pour rôle d'évaluer les patients(es) en prise avec des douleurs chroniques. Sa tâche sera :

- Caractériser la douleur ;
- Répertorier l'historique du patient ;
- Corréler l'expression subjective à un examen physique objectif ;
- Investiguer à l'aide des moyens radiologiques et/ou biochimiques ;
- Émettre un diagnostic adéquat en fonction des étapes précédentes ;
- Proposer un traitement approprié en vue de guérir ou soulager le patient (cette étape peut impliquer une ou des références à des collègues qui complèteront le traitement initié ; soit psychologues, physiothérapeutes, anesthésistes, orthopédistes, pharmaciens ou autres spécialistes pouvant être directement impliqués dans le traitement de la pathologie diagnostiquée).

Une fois la pathologie douloureuse stabilisée, le médecin de famille de la clinique de douleur, rédigera un rapport de consultation respectant l'historique du patient, son examen physique, les résultats de l'investigation, le diagnostic, les traitements initiés et la réponse du patient face à ce traitement. Ce rapport permettra au médecin de famille du patient de poursuivre la prise en charge de la pathologie douloureuse et par conséquent servira de moyen d'éducation médicale continue.

# INFIRMIÈRE CLINICIENNE EN ORTHOPÉDIE (COORDONNATRICE CLINIQUE)

## EXIGENCES ET COMPÉTENCES :

- Être détenteur d'un baccalauréat en soins infirmiers ;
- Expérience pertinente auprès de la clientèle orthopédique ;
- Expérience pertinente de coordination des services.

## FONCTIONS :

- Recevoir toutes les requêtes spécifiques à cette clinique, volet orthopédie ;
- Assurer les communications avec les différents acteurs de la clinique et les partenaires pour orienter le plan de traitement de l'usager ;
- Recommander la réalisation de certains tests diagnostiques, au besoin, afin de compléter les données à la requête ;
- Réaliser le triage clinique selon la procédure de triage établie en collaboration avec les orthopédistes ;
- Orienter l'usager au professionnel concerné, selon les critères établis ;
- Évaluer toute condition urgente de l'usager ;
- Réviser régulièrement les listes et cartables de demandes pour s'assurer que les délais sont respectés en fonction des diverses pathologies ;
- Assurer une gestion efficace des ressources et de l'utilisation des locaux et du matériel ;
- Guider l'usager dans le cheminement complexe du processus de soins et services, du moment de la référence jusqu'à la fin du suivi ;
- Élaborer avec les différents intervenants concernés, des protocoles qui visent à déterminer le type de prise en charge des usagers ;
- Veiller à faire appliquer, par l'équipe et avec 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.

# PHYSIOTHÉRAPEUTE

## EXIGENCES ET COMPÉTENCES :

- Détenir un baccalauréat en sciences (Bsc) en physiothérapie ;
- Être membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ;
- 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 ;
- Prise en charge des cas complexes. ;
- Connaissances approfondies et actualisées sur la physiologie de la douleur.

## FONCTIONS :

- Évaluer 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 et participer au plan de traitement visant l'implication active de l'utilisateur ;
- Renseigner l'utilisateur sur les objectifs à atteindre ;
- Assurer le suivi de la condition de l'utilisateur ;
- Référer l'utilisateur à l'orthopédiste afin de déterminer la pertinence d'une chirurgie ou pour une opinion diagnostique ;
- 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 musculo-squelettique (lecture, congrès, cours de formation, etc.) ;
- Participer aux rencontres interdisciplinaires ;
- Participer à la formation continue à l'interne ;
- Collaborer à la recherche clinique.

## PSYCHOLOGUE

### EXIGENCES ET COMPÉTENCES :

- Détenir une maîtrise en psychologie (voir un Ph.D.);
- Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec ;
- Formation et expérience en gestion de la douleur chronique ;
- Intérêt et prise en charge des cas complexes.

### FONCTIONS :

- Le rôle du psychologue est d'évaluer les aspects psychosociaux de la douleur persistante :
  - changements de comportement ;
  - facteurs cognitifs ;
  - état affectif (dépression) ;
  - facteurs prédisposant ;
  - facteurs d'apprentissage.
- Enseigner des moyens de composer avec la douleur, de réduire la détresse psychologique (notamment l'anxiété et la dépression), de suivre les directives médicales et d'améliorer leur qualité de vie.

Quant aux modalités de traitement, elles peuvent comprendre une thérapie cognitivo-comportementale, des interventions axées sur des stratégies d'adaptation de même que l'enseignement de stratégies de prise en charge (axées sur le sommeil, l'anxiété, la colère, etc.).

## THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION

### EXIGENCES ET COMPÉTENCES :

- Détenir un diplôme d'études collégiales en technique de réadaptation ;
- Être membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ;
- 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 post immobilisation ;
- 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, à l'omnipraticien ou à l'orthopédiste 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 musculo-squelettique ;
- Participer à la formation continue à l'interne ;
- Avoir une pratique conforme au décret d'intégration des thérapeutes en réadaptation physique à l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ;
- Aider et collaborer au bon fonctionnement de la clinique externe d'orthopédie.

## ***PHARMACIEN***

- Puisque les médicaments sont le traitement de première ligne de la plupart des patients souffrant de douleur, les pharmaciens jouent un rôle important dans la prise en charge de la douleur. Leur formation englobe les aspects physiologiques et pharmacologiques du traitement, de même que ses enjeux sociaux et éthiques. Les pharmaciens sont les experts dans le domaine des agents médicamenteux employés pour soulager la douleur (anti-inflammatoires) non stéroïdiens, opioïdes, antidépresseurs, anticonvulsivants, agents topiques, etc.) et surtout, des interactions médicamenteuses. Ils peuvent travailler avec les médecins prescripteurs à titre de consultants. Les pharmaciens doivent être conscients du risque de pharmacodépendance et connaître les signes comportementaux de toxicomanie ;
- Participer à la clinique interdisciplinaire.

## ***RHUMATOLOGUE***

### **FONCTIONS :**

- Participation occasionnelle afin de procéder à l'évaluation et au traitement de certains patients.

## ***INHALOTHÉRAPEUTE***

### **FONCTIONS :**

- Collaboration aux traitements offerts par les anesthésistes.

## Annexe 10

### *Clientèle ciblée*

#### Volet douleur :

Classement par catégories d'atteintes ;

- Lomalgie ;
  - Lomalgie sans signe neurologique
  - Lomalgie avec signes neurologiques
  - Lombo-sciatalgie
  - Selon le risque de chronicisation et les impacts fonctionnels.
  
- Cervicalgie ;
  - Cervicalgie sans signe neurologique
  - Cervicalgie avec signes neurologiques
  - Cervico-brachialgie
  - Selon le risque de chronicisation et les impacts fonctionnels.
  
- CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) ou SDRC (Syndrome douloureux régional complexe)  
Cas prioritaire ;
  - CRPS ou SDRC avec atteinte du membre supérieur
  - CRPS ou SDRC avec atteinte du membre inférieur
  - Selon le risque de chronicisation et les impacts fonctionnels.
  
- Pathologies de l'épaule ;
  - Capsulite
  - Tendinite
  - Bursite
  - Instabilité capsulo-ligamentaire
  - Instabilité dynamique
  - Selon le risque de chronicisation et les impacts fonctionnels.

## Annexe 11

### École du dos

## Objectif de l'école du dos

Acquérir des habiletés en autogestion de la douleur

## Survol des 10 étapes

- 1- Présentation de l'école du dos
- 2- Douleur aiguë
- 3- Préparation physique
- 4- Préparation mentale
- 5- Anatomie
- 6- Hygiène posturale
- 7- Médication (avantages/inconvénients) (suggestion de sevrage/suivi médical)
- 8- Douleur chronique (conséquences indésirables de la guérison)
- 9- Intégration des connaissances
- 10-Relance (3 mois plus tard)



## Expériences vécues en classe

Aspirine musculaire (pression sur points gâchettes)  
Aspirine Électrique (TENS)  
Mobilisations du bassin  
Stabilisation lombaire/ verrouillage du bassin  
Points rouges (Programmation mentale)  
Réflexe de tranquillité (relaxation rapide)

## Critères de sélection/exclusion

### Indications :

- ♥ Lombalgie chronique et/ou récursive(s)
- ♥ Motivation suffisante

### Exclusions :

- ♣ 1<sup>er</sup> épisode/ douleur aiguë
- ♣ Signes neurologiques aigus
- ♣ Problèmes cognitifs
- ♣ Chimiothérapie en cours
- ♣ Maladies inflammatoires aiguës



♣ Problèmes cardio-respiratoires instables

## Exigences du programme

- ◆ 2 hrs une fois par semaine en groupe de 10 personnes
- ◆ 1 hr/jour, 6 jours par semaine de travail personnel (lecture, relaxation, exercices, devoirs)
- ◆ Maximum 2 absences motivées sinon considéré comme un abandon

## Marche à suivre pour référence

- ♠ 1- Prescription physio :
  - lombalgie chronique réf. : évaluation de l'école du dos
- ♠ 2-Évaluation physiothérapie :
  - durée 2 heures
- ♠ 3-Si bon candidat pour école du dos :
  - Le patient est placé sur une liste d'attente de l'école du dos (1 à 2 classe(s) par session et 2 à 3 sessions par année)

## **Annexe 12a à 12f**

Ces annexes sont disponibles sur demande.

## Annexe 13

Numéro du dossier	État du dossier actif (A) fermé (F)	Dx	Historique (date de l'événement, lieu, etc.)	Intervenants au dossier	Nb. tx	Mesures objectives et subjectives				Sommaire des résultats
						PDI <sup>1</sup>		EVA <sup>2</sup>		
						Pré	Post	Pré	Post	
197092	F	CRPS Mb. inf. D	♀ 44 ans, référée pour CRPS post-fracture ouverte de la 2 <sup>e</sup> phalange du 1 <sup>er</sup> orteil droit survenue le 21 juin 2009. Elle a été évaluée rapidement, c'est-à-dire 2 semaines post-plâtre. Aucune mise en charge n'était possible.	Physiothérapeute Anesthésiste Neuropsychologue	9	62	8	94mm ou 9.4/10	0 mm ou 0/10	Patron de marche normalisé sans auxiliaire à la marche.
68025	F	CRPS Mb. sup. D	♂ 57 ans, ouvrier référé pour CRPS à la suite d'une chute avec une foreuse. Douleurs importantes portion interne du coude et de l'avant-bras D + épaule D et région cervicale D. Il a été pris en charge rapidement à la suite du diagnostic du CRPS.	Physiothérapeute Anesthésiste	25	20	1	77mm ou 7.7/10	2mm ou 0.2/10	A été en mesure de retourner au travail suite au suivi.
105181	F	CRPS Mb. sup. G	♀ 50 ans, référée pour CRPS mb. inf. G suite à une fx du radius G le 21 novembre 2008 après avoir chutée sur la glace. Elle a été opérée le 22 novembre 2008 et immobilisée dans un plâtre du 23 novembre 2008 au 8 janvier 2009.	Physiothérapeute Anesthésiste	22	42	1	86mm ou 8.6/10	5mm ou 0.5/10	Mouvements du poignet et de la main G dans les limites de la normale et la patiente est en mesure de reprendre son travail d'agent administratif.
86009	F	CRPS Mb. inf. D	♀ 58 ans, référée pour CRPS mb. inf. D suite à une intervention chirurgicale pour hallux valgus D le 27 avril 2009. Elle a été mobilisée dans une attelle jusqu'au 10 mai 2009. Elle a été rapidement prise en charge le 21 juillet 2009. Elle se déplaçait avec une orthèse de marche et avec boiterie.	Physiothérapeute Anesthésiste	7	27	2	30mm ou 3/10	0mm ou 0/10	Patron de marche normalisé, elle est en mesure de marcher une heure sans douleur ni boiterie.
79706	F	CRPS Mb. inf. D	♂ 53 ans, référé pour CRPS chronique à la suite d'une électrocution survenue au travail le 18 août 2006. Il a été référé tardivement et a été évalué le 18 février 2009. Il présentait une importante douleur à la marche.	Physiothérapeute Anesthésiste Neuropsychologue Omnipraticien	22	41	15	66mm ou 6.6/10	5mm ou 0.5/10	Distance pouvant être parcourue sur un terrain plat sans douleur importante = 600 mètres, comparativement à 100 mètres initialement.

Numéro du dossier	État du dossier actif (A) fermé (F)	Dx	Historique (date de l'événement, lieu, etc.)	Intervenants au dossier	Nb. tx	Mesures objectives et subjectives				Sommaire des résultats
						PDI <sup>1</sup>		EVA <sup>2</sup>		
						Pré	Post	Pré	Post	
76676	F	CRPS Mb. Sup. G	♀ 59 ans, référée pour CRPS mb. sup. G à la suite d'une fracture du poignet G en raison d'une chute survenue le 27 janvier 2009. Elle a été immobilisée dans une attelle pour 2 mois et a été référée quelques mois plus tard à la clinique. Elle a été évaluée le 21 août 2009 avec une douleur importante au poignet G.	Physiothérapeute Anesthésiste	5	42	3	80mm ou 8/10	0 mm Ou 0/10	Récupération fonctionnelle de la mobilité articulaire du poignet G et de la force.
66711	A	CRPS Mb. inf. G	♂ 28 ans, référé pur CRPS mb. inf. G très sévère à la suite d'une fracture aux 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> métatarses G avec écrasement du pied G le 13 novembre 2008. Il a été écrasé par un tracteur au travail. À ce moment, il est surintendant sur un terrain de golf. Il a été immobilisé dans un plâtre du 13 novembre au 24 décembre 2008. À la sortie du plâtre, le pied G était tombant, extrêmement douloureux et de couleur noirâtre. Début des traitements le 26 février 2009. Aucune mise en charge n'était possible et le pronostic de récupération était très limité à long terme.	Physiothérapeute Anesthésiste Neuropsychologue	97	46	-	51mm ou 5.1/10 au repos  et  100 mm ou 10/10 au toucher léger et à la mise en charge		Il marche sans auxiliaire à la marche, ni boiterie et le retour au travail à titre de surintendant sur un terrain de golf est possible et prévu pour mai 2010. Au niveau psychologique, il est en mesure de gérer ses peurs en rapport avec la machinerie utilisée au travail et de gérer adéquatement son anxiété. Il a aussi pu approfondir sa réflexion quant à son avenir professionnel et établir de façon plus précise ses objectifs à ce sujet.
29918	F	CRPS Mb. Inf.G	♀ 42 ans, référée pour CRPS cheville et pied gauche à la suite d'une intervention chirurgicale le 28 septembre 2009 pour un hallux valgus. Une vive douleur sous forme de brûlures et de chocs électriques est apparue le jour même.	Physiothérapeute Anesthésiste Omnipraticien	9	53	2	77mm ou 7.7/10	2mm Ou 0.2/10	

Numéro du dossier	État du dossier actif (A) fermé (F)	Dx	Historique (date de l'événement, lieu, etc.)	Intervenants au dossier	Nb. tx	Mesures objectives et subjectives				Sommaire des résultats
						PDI <sup>1</sup>		EVA <sup>2</sup>		
						Pré	Post	Pré	Post	
192234	F	Capsulite épaule D	♀ 40 ans, référée pour capsulite sévère à l'épaule droite à la suite d'une chute sur un plancher mouillé le 8 décembre 2007. Elle a été référée à la clinique de la douleur et évaluée le 22 septembre 2008.	Physiothérapeute Anesthésiste	9	22	0	74mm ou 7.4/10	0mm ou 0/10	Tous les mouvements étaient complets et non douloureux à la fin du suivi.
16227	F	Cervicalgie	♀ 69 ans, référée pour cervicalgie sévère et présentant de l'arthrose facettaire cervicale (modéré-sévère) depuis plusieurs mois.	Physiothérapeute Anesthésiste Omnipraticien	10	23	0	71mm ou 7.1/10	1mm Ou 0.1/10	Récupération fonctionnelle correspondant aux normes de son groupe d'âge chronologique. Les objectifs de madame ont été atteints, c'est-à-dire être capable de lire pendant plus d'une heure sans douleur et se rejouer au curling.
84485	F	Lombalgie chronique	♀ de 25 ans, infirmière auxiliaire, obèse morbide référée pour lombalgie chronique apparue de façon insidieuse. En 2008, elle avait été suivie en physiothérapie avec succès, mais avait cessé ses exercices.	Physiothérapie Omnipraticien	10	34	1	75mm ou 7.5/10	10mm ou 1/10	Elle a été en mesure de reprendre son travail d'infirmière auxiliaire.
110817	F	Lombalgie sévère	♀ de 52 ans, référée pour entorse lombaire à la suite d'une chute sur le dos au travail le 17 mai 2009. Elle avait été traitée en physiothérapie du 15 juin au 14 septembre 2009 avec une diminution de 30% de la douleur.	Physiothérapeute Anesthésiste	12	55	2	74mm ou 7.4/10	0mm ou 0/10	Elle a été en mesure de retourner à son travail de commis emballeuse aux viandes.

<sup>1</sup> PDI : Évaluation de la perception de l'incapacité reliée à la douleur (évaluation sur une échelle de 0 à 10 en fonction de 7 sphères d'activités quotidiennes (famille et responsabilités domestiques, loisirs, activités sociales, profession, activités sexuelles, autonomie et activités de soutien vital).

<sup>2</sup> EVA : Échelle visuelle analogue. Évaluation subjective de l'intensité de la douleur (0 mm = aucune douleur et 100 mm = pire douleur).

## Annexe 14

### *Mise à jour mars 2010*

#### 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 (2 professionnels pivot)	Juin 2008
2. Adjoindre au besoin un autre professionnel au professionnel pivot pour une meilleure répartition des tâches.		
3. Développer les protocoles de soins préexistants en s'appuyant sur les points suivants.	0	En élaboration et révision pour certains
a. Définir clairement le rôle et les responsabilités de chacun des membres de l'équipe médicale.	0	En élaboration et évolution continue
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.	Non applicable.	Non applicable. Car l'infirmière doit faire une évaluation clinique du client et étant donné le vaste territoire à couvrir elle ne rencontre pas le client.
c. Évaluer la possibilité de permettre à certains professionnels d'inscrire certains patients directement sur une liste d'attente pour chirurgie, sous la supervision d'un médecin.		Non applicable
d. Donner la possibilité à certains professionnels de pouvoir référer le patient à des spécialistes situés à l'extérieur de la clinique, sous supervision d'un médecin et/ou d'un comité interdisciplinaire.	x	automne 2008
e. Quand cela est souhaitable, permettre à certains professionnels de pratiquer certains actes auparavant dévolus au chirurgien orthopédiste (infiltrations, etc.).	x	Automne 2008

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 et 0	Débuté depuis automne 2008
5. Ouverture d'une salle de chirurgie mineure si besoin est.	X	Automne 2008 (à développer davantage)
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	Automne 2008 (à développer davantage)
7. S'assurer régulièrement du respect du protocole de soins et des responsabilités accordées à chacun.	X	Novembre 2007, en continu
8. Regrouper physiquement les différents services de l'hôpital reliés aux problèmes musculo-squelettiques.	0	Projet (2015)
9. Mettre en commun les ressources des différents services concernés pour le triage des patients aux prises avec des problèmes musculo-squelettiques.	0	Novembre 2009
10. Favoriser la coopération et la confiance au sein de l'équipe médicale.	X et	En continu
11. Mettre en place des séances d'information pour les patients sur des thèmes spécifiques.	X (classe de dos)	Février 2009 et à développer
12. Favoriser le suivi par téléphone des infiltrations et des chirurgies simples.	X pour chirurgies d'un jour	Avant la clinique
13. Mettre en place un système d'actualisation continue des listes d'attente et des dossiers patients.	X	Automne 2008
14. Informatiser les documents utiles au suivi des patients 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 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 afin de s'assurer que la consultation est toujours voulue et/ou nécessaire et rappeler au patient d'apporter avec lui les documents utiles.	Les rendez-vous sont donnés de 2 à 4 semaines avant la date	
16. Si un changement dans l'état du patient se produit, prévoir de lui administrer un questionnaire par téléphone afin d'évaluer si son degré de priorisation doit changer (Lowry et Lewis, 2004).		Fait verbalement
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	Automne 2008

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	Révision octobre 2009
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 une utilisation optimale de cette feuille de demande de consultation, il pourrait être utile d'organiser des séances d'information et/ou de formation auprès de médecins omnipraticiens.	X	fait
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.	X	Déjà en place avant la clinique
21. Renforcer la collaboration avec les équipes de soins primaires.	X	Automne 2009
22. Renforcer la collaboration avec la maternité pour la détection de certains problèmes musculo-squelettiques.	X	Depuis plusieurs années
23. Si cela est possible, charger les professionnels pivots de réaliser certains programmes de dépistage : dysplasie de la hanche, etc.		
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 et O (en place pour les infiltrations)	Automne 2008, à développer
25. Organiser un système de physiothérapeute(s) itinérant(s) : déplacements dans les cliniques de médecins omnipraticiens.		
26. Toujours informer le patient du titre de la personne qui l'évalue.	X	Avant la clinique
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.	X	
28. Rendre visibles et compréhensibles les moyens de parvenir aux objectifs auprès du personnel de santé de la clinique interdisciplinaire musculo-squelettique.	X	En continu

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 musculo-squelettique.	X	
30. Publiciser les rapports d'évolution du projet auprès du personnel de santé de la clinique interdisciplinaire musculo-squelettique.	X	Janvier 2010
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.	0	À réévaluer
32. Lorsque des recommandations sont données au patient (exercices physiques, régime alimentaire, etc.), veiller à ce que celles-ci soient mises par écrit, ou, si un dépliant est disponible, à le donner au patient.	X	Données au dossier

## Annexe 15

<b>LISTE D'ATTENTE DES CONSULTATIONS EXTERNES EN ORTHOPÉDIE</b>	
Les patients ont été classifiés en deux catégories selon les renseignements cliniques fournis par le médecin référant, soit les cas potentiellement de catégorie chirurgicale ou non chirurgicale.	
<i>Catégorie chirurgicale</i>	Juillet-07 cas
<b>Épaule</b>	
Syndrôme d'accrochage	19
Déchirure de coiffe	37
Luxation récidivante	20
<b>sous-totaux</b>	<b>76</b>
<b>Coude</b>	
Épicondylite non améliorée par tx conservateur	
Bursite chronique	
<b>sous-totaux</b>	<b>44</b>
<b>Poignet/main</b>	
Tunnel carpien	45
Doigt en gâchette	39
Dupuytren	12
Kyste au poignet/doigt	95
<b>sous-totaux</b>	<b>191</b>
<b>Prothèse totale de la hanche ou du genou</b>	
PTG	83
PTH	22
<b>sous-totaux</b>	<b>105</b>
<b>Arthroscopie pour déchirure de ménisque</b>	<b>162</b>
<b>Déchirure de ligament croisé</b>	<b>8</b>
<b>Pieds</b>	
Hallux valgus	168
Orteils en marteau	22
Kyste sur pied/orteil	16
<b>sous-totaux</b>	<b>206</b>
<b>Matériel à enlever</b> plaque & vis installés à Amos par un ortho qui a quitté	5
<b>Cas divers <i>PRIORITAIRES</i></b> (être vus dans un délai d'un mois à 3 mois)	53
<b>sous-totaux</b>	<b>58</b>
<b>Totaux</b>	<b>850</b>

## Annexe 15 (suite)

<i>Catégorie non chirurgicale</i>	Juillet-07
Injection de Synvisc	10
Enfants	88
Dos, nouveau cas	579
Divers cas électifs (dont un grand nombre de demandes illisibles)	955
<i>sous-totaux</i>	<i>1632</i>
Cas classés non urgents avant le 19 janvier 2005 (une relance téléphonique de la clientèle sera faite sous peu)	265
Attente d'un triage	126

## Annexe 16

### Calcul du coût pour l'obtention de la première visite

En plus des données fournies dans les tableaux 7 et 8, les informations suivantes nous ont été fournies pour le calcul du coût d'une première visite dans chacun des volets :

#### Volet orthopédie

Les rendez-vous avec un orthopédiste pour nouveaux cas sont planifiés en moyenne pour une durée de 25 minutes. Les rendez-vous de suivi, pour une durée de 12 minutes.

Les rendez-vous en physiothérapie pour première évaluation sont planifiés pour des durées variables (selon le cas) de 60 minutes à 120 minutes. Pour un suivi, de 20 à 60 minutes.

Les évaluations préliminaires à la classe du dos sont d'approximativement 120 minutes par client. Par la suite, chaque rencontre est d'une durée de 150 minutes, (10 rencontres). Environ 66% des patients évalués sont effectivement orientés en classe du dos.

#### Volet douleur

Les rendez-vous avec un anesthésiste pour une première consultation sont planifiés en moyenne pour une durée de 60 minutes. Les rendez-vous de suivi, pour des durées variables de 20 à 60 minutes.

Les rendez-vous avec le physiothérapeute pour une première évaluation sont planifiés en moyenne pour une durée de 120 minutes. Les rendez-vous de suivi sont d'une durée moyenne de 60 minutes.

Les rendez-vous avec le neuropsychologue et psychologue pour une première évaluation ou pour un suivi sont d'une durée moyenne de 60 minutes.

Les rendez-vous avec l'omnipraticien pour une première consultation sont planifiés pour une durée moyenne de 60 à 90 minutes. Les rendez-vous de suivi sont de durée variable, de 20 à 60 minutes.

Le calcul du coût pour une première visite est ainsi :

#### Volet orthopédie

Infirmière clinicienne :  $(500 \text{ h} \times 40,31 \text{ \$}) / 8700 \text{ patients} = 2,32 \text{ \$}$

Agente administrative :  $(1015 \text{ h} \times 25,72 \text{ \$}) / 5008 \text{ patients} = 5,20 \text{ \$}$

Orthopédistes + physiothérapeutes + TRP :  $(59,60 \text{ \$} \times 1652 \text{ patients} + 1,5 \text{ h} \times 46 \text{ patients} \times 39,15 \text{ \$} + 2 \text{ h} \times 45 \text{ patients} \times 39,15 \text{ \$}) / (1652 + 46 + 45) = 60,06 \text{ \$}$

Rencontre interdisciplinaire : le coût des orthopédistes n'est pas comptabilisé car ils sont payés à l'acte, le temps de l'infirmière clinicienne a déjà été comptabilisé dans le 1<sup>er</sup> calcul.

Total =  $2,32 + 5,20 + 60,06 = 67,58 \text{ \$}$

#### Volet douleur

Agente administrative :  $(1015 \text{ h} \times 25,72 \text{ \$}) / 5008 \text{ patients} = 5,20 \text{ \$}$

Physiothérapeute pivot + anesthésistes + psychoneurologue + omnipraticiens =  $(2 \text{ h} \times 41 \text{ patients} \times 40,28 \text{ \$} + 46 \text{ patients} \times 45 \text{ \$} + 24 \text{ patients} \times 41,09 \text{ \$} + 17 \text{ patients} \times 25,85 \text{ \$}) / (41 + 46 + 24 + 17) = 53,11 \text{ \$}$

Rencontre interdisciplinaire : le coût des anesthésistes n'est pas comptabilisé, car ils sont payés à l'acte. Il reste donc le coût pour la physiothérapeute pivot et la psychoneurologue :  $2 \text{ h}$  aux 2 semaines sur une période de 29 semaines =  $((40,28 \text{ \$} + 41,08 \text{ \$}) \times 29 \text{ semaines}) / 500 \text{ patients} = 4,72 \text{ \$}$

Total :  $5,20 + 53,11 + 4,72 = 63,03 \text{ \$}$

## Annexe 17

### Questionnaire d'évaluation de l'interdisciplinarité en santé



Centre hospitalier  
universitaire  
de Sherbrooke

## 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



	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"/>				
- Il existe un leadership clinico-administratif au sein de l'équipe	<input type="checkbox"/>				
- Il existe une complémentarité entre ces deux leaderships	<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"/>				
- 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"/>				
- Les deux leaderships exercés permettent de créer un climat de confiance en favorisant la communication et la transparence	<input type="checkbox"/>				
- Les deux leaderships exercés permettent de prendre des décisions	<input type="checkbox"/>				

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



	Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement 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"/>				
- Le plan d'intervention est déposé au dossier du patient	<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"/>				
- Les canaux formels et informels sont utilisés pour informer en tout temps les membres de l'équipe	<input type="checkbox"/>				
- Les règlements en regard des processus sont documentés et bien compris	<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"/>				
- La communication entre les professionnels est efficace	<input type="checkbox"/>				
- La coordination des activités de l'équipe est efficace	<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"/>				
- 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"/>				
<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"/>				
- 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"/>				
- La capacité de remise en question des membres de l'équipe est évidente	<input type="checkbox"/>				
- Les membres parviennent à maintenir et à développer leur spécificité professionnelle	<input type="checkbox"/>				
- Les membres de l'équipe font preuve de maturité dans la résolution de leurs divergences et différents	<input type="checkbox"/>				
- Les conflits associés au mode de fonctionnement en interdisciplinarité sont fréquents	<input type="checkbox"/>				
- Les logiques individuelles de certains membres de l'équipe minent la collaboration en interdisciplinarité	<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"/>				
- Les médecins perçoivent davantage les autres professionnels comme étant à leur service et non comme des collaborateurs	<input type="checkbox"/>				
- Les membres non médecins se perçoivent comme étant au service des médecins	<input type="checkbox"/>				

Intégration des soins	Cotation				
Éléments à considérer <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce qui vise la structure</li> <li>- Ce qui vise l'équipe</li> <li>- Ce qui vise le patient</li> </ul>	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"> <li>- Fournir des soins de qualité en maximisant l'utilisation des ressources               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- réduction de la durée des épisodes de soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- réduction des dépenses inutiles <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- augmentation de la rétention du personnel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>- 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Donner le sentiment d'être utile, de pouvoir influencer sur la capacité opérationnelle de l'organisation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> </ul> <p><i>Résultats relatifs à l'équipe</i></p> <p>Le mode de fonctionnement de votre équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorise le recours à des outils d'évaluation des besoins des patients et de leurs familles <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- 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) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Permet de développer davantage les connaissances et les habiletés d'intervention (compétences professionnelles) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Permet le soutien mutuel et facilite l'intégration des débutants et des stagiaires par des professionnels plus expérimentés (mentorat, préceptorat) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Favorise le respect et la reconnaissance de la spécificité de chacun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Permet de transcender ses valeurs personnelles pour travailler au partage de valeurs professionnelles communes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Donne le goût de rester dans l'équipe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Permet de développer l'estime de soi (actualisation de soi, réalisation de soi) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Permet de rassurer l'équipe sur la condition du patient par l'échange d'informations <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> </ul>					

	Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement 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"/>				
- des services sécuritaires	<input type="checkbox"/>				
- Permet de clarifier et de mieux cibler					
- les besoins du patient et/ou de sa famille	<input type="checkbox"/>				
- les attentes du patient et/ou de sa famille	<input type="checkbox"/>				
- Favorise, au cours de l'épisode de soins					
- la prise en compte des différentes dimensions de la douleur	<input type="checkbox"/>				
- la transmission d'un message cohérent et uniforme	<input type="checkbox"/>				
- l'adhésion du patient au plan d'intervention et l'implication de la famille	<input type="checkbox"/>				
- la responsabilisation du patient dans son processus de guérison (affirmation de soi / empowerment)	<input type="checkbox"/>				
- l'accompagnement du patient et de sa famille	<input type="checkbox"/>				
- Permet de renvoyer auprès de toutes les parties prenantes l'image d'une équipe unie et crédible	<input type="checkbox"/>				
- Permet de renforcer la collaboration avec les partenaires externes (médecin de famille, assurance, employeur, établissements de santé, etc.)	<input type="checkbox"/>				

**Merci de votre aimable participation**

Suzanne K. Bédard  
 Conseillère en ETMIS  
 # 12855  
[sbedard.chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:sbedard.chus@ssss.gouv.qc.ca)

Thomas G. Poder  
 Conseiller-cadre en ETMIS  
 # 13496  
[tpoder.chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:tpoder.chus@ssss.gouv.qc.ca)

## Annexe 18

### 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(e) 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 19

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 20

### 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

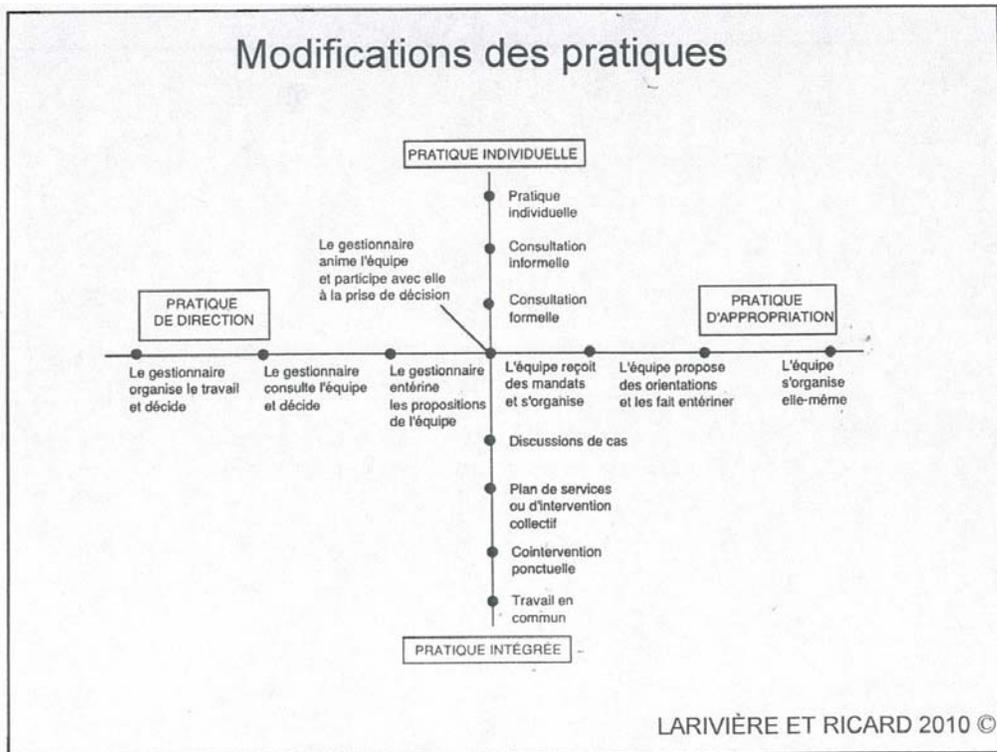
Le terme « professionnels » est utilisé aussi bien pour indiquer les professionnels de la santé que les médecins.

	Grandement diminué	Quelque peu diminué	Légèrement diminué	Pas du tout changé	Légèrement augmenté	Quelque peu augmenté	Grandement augmenté
<b><i>Interaction</i></b>							
1.L'interaction sociale avec les professionnels d'autres services a :	<input type="checkbox"/>						
2.La participation des professionnels à la formation des étudiants et à la supervision des stagiaires a :	<input type="checkbox"/>						
3.La capacité à planifier et à réévaluer comment les soins et traitements seront prodigués a :	<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"/>						
5.Le travail sur plus d'un programme clientèle ou unité et/ou plus d'un site a :	<input type="checkbox"/>						
6.La participation aux réunions de l'équipe de soins a :	<input type="checkbox"/>						
7.L'implication dans des activités professionnelles en dehors du travail a :	<input type="checkbox"/>						
<b><i>Partage d'information</i></b>							
8.L'intégration des professionnels au sein des équipes interdisciplinaires a :	<input type="checkbox"/>						
9.L'utilisation de cheminements cliniques pour guider les soins a :	<input type="checkbox"/>						
10. Le rôle des professionnels en tant que consultant ou clinicien expert a :	<input type="checkbox"/>						
11. La prise de responsabilité formelle en tant que gestionnaire de cas a :	<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"/>						
13. L'enseignement à d'autres groupes d'intervenants dans la communauté a :	<input type="checkbox"/>						
14. La participation à des formations continues a :	<input type="checkbox"/>						
15. L'identité professionnelle des professionnels a :	<input type="checkbox"/>						
16. La communication/collaboration avec les autres professionnels de santé a :	<input type="checkbox"/>						
<b><i>Évaluation et planification</i></b>							
17. Le temps passé à l'évaluation interdisciplinaire des patients et à l'établissement du plan de traitement interdisciplinaire a :	<input type="checkbox"/>						
18. La cible sur les besoins fonctionnels des patients a :	<input type="checkbox"/>						
19. La documentation des résultats de soins et traitements des patients a :	<input type="checkbox"/>						
<b><i>Administration vs. Clinique</i></b>							
20. Les tâches administratives ont :	<input type="checkbox"/>						
21. Le temps passé à faire autre chose que de délivrer des soins a :	<input type="checkbox"/>						
22. Le temps passé à prodiguer des soins directs aux patients a :	<input type="checkbox"/>						
23. L'approche professionnelle des patients aux soins :	<input type="checkbox"/>						
<b><i>Productivité</i></b>							
24. La délégation et la supervision des activités de traitement ont :	<input type="checkbox"/>						
25. La performance des activités (soins et traitements) centrée sur l'efficience/productivité a :	<input type="checkbox"/>						
26. La charge de travail, attribuée de manière rotative, pendant les fins de semaine/vacances a :	<input type="checkbox"/>						

## Annexe 21

### 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<sup>e</sup> Avenue Nord  
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Téléphone : 819.346.1110 poste 13802  
Courriel : [uetmis.chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:uetmis.chus@ssss.gouv.qc.ca)



Centre hospitalier  
universitaire  
de Sherbrooke

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