



Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

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

[UETMIS CHUS](#)

Avec vous, pour la Vie

Évaluation des effets du projet d'accessibilité en orthopédie et gastroentérologie : résultats préliminaires

NOTE DE SYNTHÈSE

Mars 2015

Auteur :

Jean-François Fisette, Ph.D., Conseiller en évaluation des technologies, UETMIS, DQPEP

CONTEXTE :

L'accès limité en orthopédie et gastroentérologie est une problématique importante au CHUS. En effet, un patient qui est référé vers l'une de ces spécialités est confronté à des délais d'attente importants puisqu'il sera inscrit sur une liste d'attente très imposante. À titre d'exemple, le nombre de patients inscrits sur la liste d'attente en orthopédie a atteint un maximum de 5474 pour l'année financière 2012-2013. Pour la gastroentérologie, le maximum atteint était de 5825 patients en attente. C'est dans ce contexte que les médecins de famille de l'Estrie ont demandé à la Direction régionale de médecine générale de mettre de l'avant des solutions à ce problème. Ainsi, un projet visant à accroître l'accessibilité à ces spécialités a été créé sous la responsabilité de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de l'Estrie.

Dans le cadre de ce projet, trois mesures ont été mises en place. La première consistait à développer des algorithmes cliniques et de les intégrer dans la pratique par l'intermédiaire de formations. Les effets escomptés sont d'accentuer la prise en charge de patients par les médecins de famille et d'autres spécialistes et d'améliorer la pertinence des requêtes faites par ceux-ci. De cette façon, il est visé de diminuer le nombre de requêtes envoyées aux orthopédistes et gastroentérologues. La deuxième mesure consistait à réexaminer les requêtes, notamment celles en attente depuis plusieurs années, afin de réévaluer leur pertinence et de diminuer leur nombre. Finalement, des travaux visant à améliorer l'efficacité des

cliniques ont été mis en œuvre afin d'augmenter le nombre de patients vus. Ultimement, toutes ces mesures permettraient de diminuer le nombre de patients inscrits sur la liste d'attente et de réduire le délai avant d'être vus par un orthopédiste ou un gastroentérologue.

OBJECTIF :

Dans ce contexte, M. André Lortie, adjoint administratif à la Direction des services professionnels du CHUS et Mme Suzanne Brochu, agente de planification, de programmation et de recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ont adressé une demande à l'UETMIS du CHUS afin d'évaluer le projet d'accessibilité en orthopédie et gastroentérologie. Cette note de synthèse présente ainsi un examen préliminaire des résultats obtenus jusqu'à présent dans une optique où le déploiement du projet n'est pas entièrement complété. À ce sujet, mentionnons que des formations pour environ 50% des algorithmes ont été dispensées, et ce à une seule reprise chacune.

MÉTHODE :

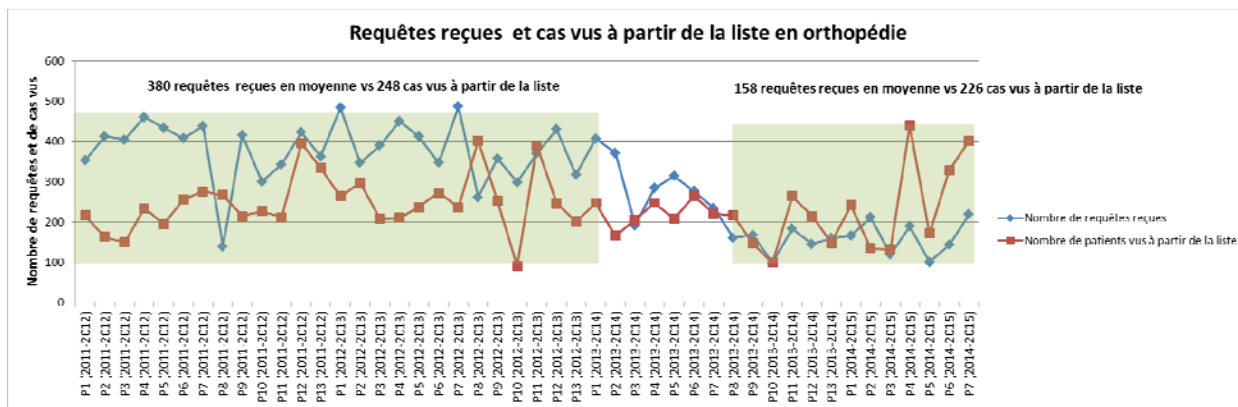
Une collecte de données locales a été mise en œuvre dans le cadre de notre évaluation. Nous avons recueilli les données relatives aux requêtes en orthopédie et gastroentérologie par l'intermédiaire de Mme Catherine Forget, chef de service de la Centrale de rendez-vous et de la téléphonie et M. André Lortie, adjoint administratif à la Direction des services professionnels. Les listes d'attente en orthopédie et gastroentérologie ont été obtenues par l'intermédiaire du babillard DRF (Direction des ressources financières) du CHUS.

L'analyse des données a été réalisée grâce à une consultation auprès de gestionnaires experts, soit M. André Lortie et Mme Suzanne Brochu et d'une consultation auprès de deux médecins spécialistes du CHUS (Dr Jean-Daniel Baillargeon, gastroentérologue et Dr François Vézina, orthopédiste).

RÉSULTATS :

Requêtes en orthopédie – Comme il a été mentionné précédemment, un premier objectif général des algorithmes et des formations est de diminuer le nombre de requêtes envoyées en orthopédie. Pour ce faire, il est visé que certaines pathologies soient prises en charge par les médecins de famille et d'autres spécialistes. Par

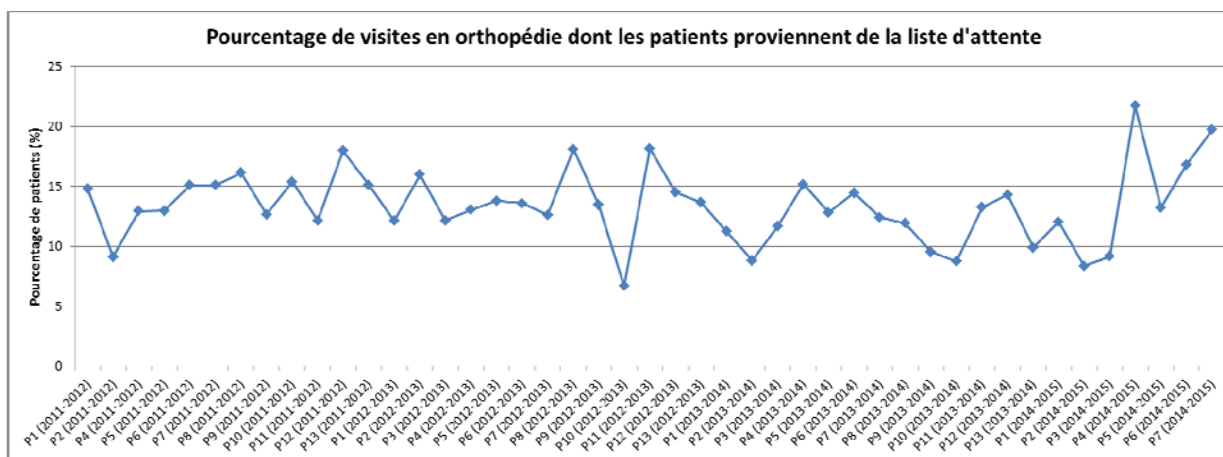
Graphique 1.



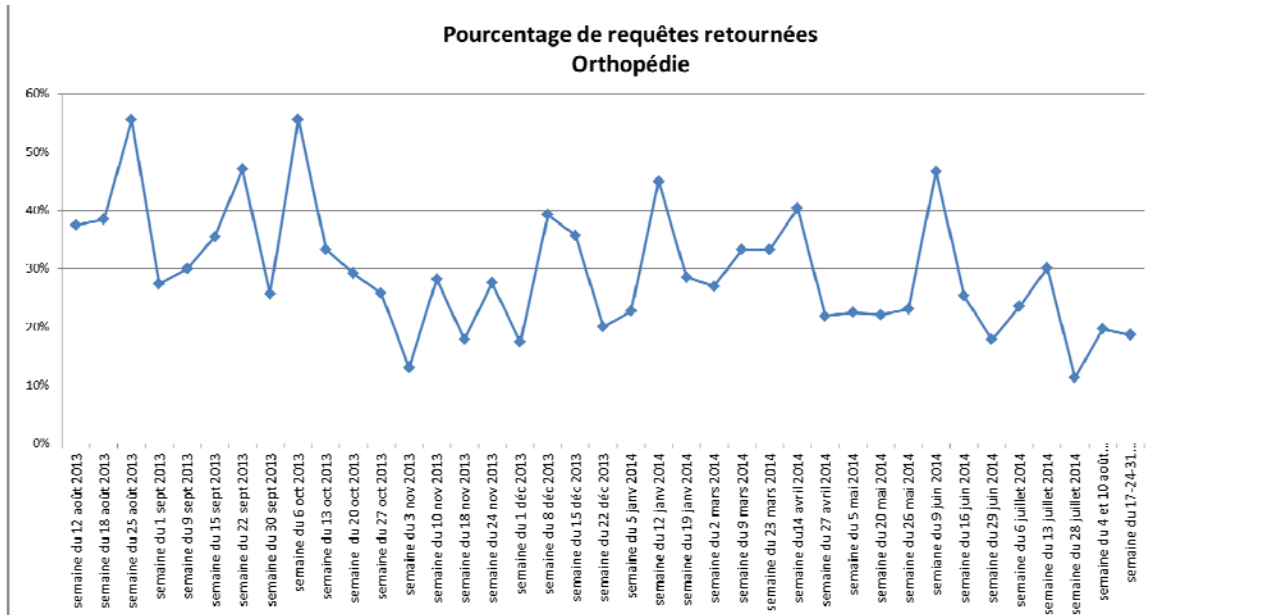
exemple, le suivi de la gonarthrose débutante pourrait être réalisé ailleurs qu'en orthopédie. Mentionnons par ailleurs la possibilité d'effectuer des infiltrations par les soins de première ligne. À ce point-ci du projet d'accessibilité, nous constatons une diminution du nombre de requêtes en orthopédie reçues à la centrale de rendez-vous (graphique 1). On observe ainsi que le nombre moyen de requêtes reçues est passé de 380 (de P1 2011-2012 à P1 2013-2014) à 158 (de P8 2013-2014 à P7 2014-2015) (diminution de 58 %). Bien que le nombre de requêtes ait diminué, il est aussi important d'examiner le nombre de nouveaux cas vus par les orthopédistes. En effet, afin d'éviter que les inscriptions de patients sur les nouvelles requêtes s'accumulent constamment sur la liste d'attente, le nombre de patients vus à partir de la liste (nouveaux cas) devrait aussi augmenter. À cet égard, une mesure permettant d'améliorer l'efficacité des cliniques a été mise de l'avant afin de diminuer le nombre de tâches non médicales effectuées par les médecins et ainsi augmenter le nombre de nouveaux cas vus. Cette mesure consistait à déléguer certaines de ces tâches aux infirmières et à un préposé. Plusieurs facteurs contextuels ont toutefois freiné

les impacts positifs que devait générer l'implantation de cette mesure. En particulier, l'ajout d'un préposé s'est fait dans un contexte où trois orthopédistes ont quitté pour une formation d'un an chacun. Le travail clinique des trois orthopédistes a été réparti entre les 10-11 orthopédistes (variation selon les périodes) restant, contribuant ainsi à une surcharge de travail et à moins de place pour des cliniques de nouveaux patients. De plus, l'ajout du préposé s'est fait dans un contexte où le responsable du suivi sur le terrain a quitté ces fonctions, ce qui a ralenti l'implantation du changement. Par conséquent, à ce moment-ci du projet d'accessibilité, il est encore impossible d'observer un lien direct entre cette mesure et le nombre de nouveaux patients vus. En effet, le graphique 1 nous permet de constater que le nombre de cas vus à partir de la liste a légèrement diminué : 248 nouveaux cas en moyenne par période entre P1 2011-2012 et P1 2013-2014 comparativement à une moyenne de 226 de P8 2013-2014 à P7 2014-2015 (diminution de 9 %). Cependant, notons que le retour des trois orthopédistes est marqué par une

Graphique 2.



Graphique 3.

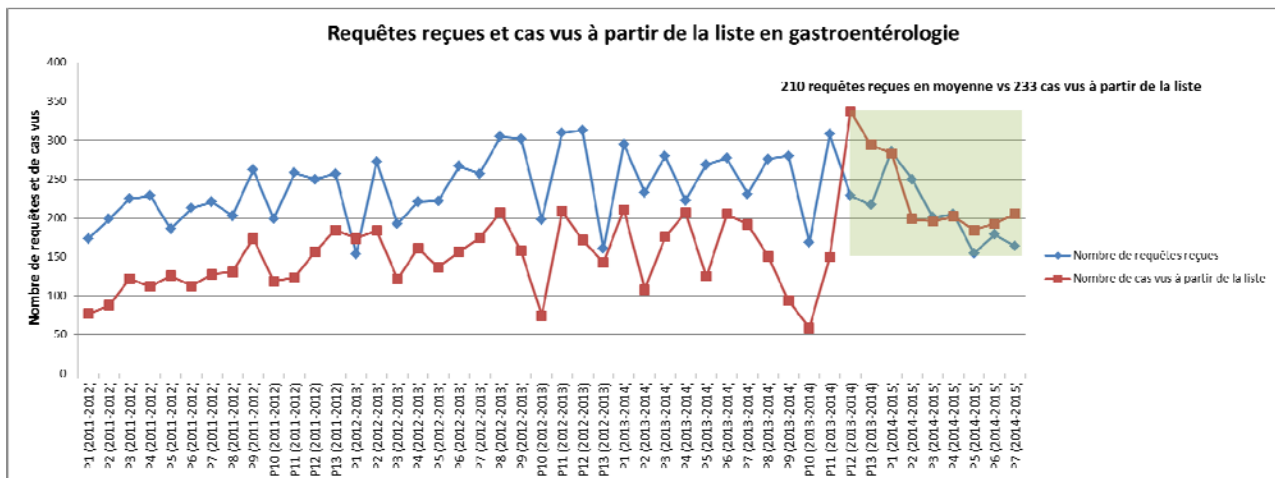


augmentation du nombre de nouveaux patients vus (quatre dernières données du graphique 1). De plus, on remarque une augmentation du nombre de nouveaux cas par rapport au nombre de requêtes pour les 13 dernières périodes recensées. En effet, initialement (P1 2011-2012 à P1 2013-2014), le nombre de requêtes était supérieur au nombre de nouveaux cas effectués (380 requêtes comparativement à 248 nouveaux cas). Or, pour les dernières périodes recensées (P8 2013-2014 à P7 2014-2015), cette tendance est à l'inverse : 158 requêtes comparativement à 226 cas vus à partir de la liste. En termes de proportion de nouveaux patients vus par rapport au total des visites en orthopédie, le graphique 2 nous permet de visualiser une légère augmentation pour les quatre dernières périodes

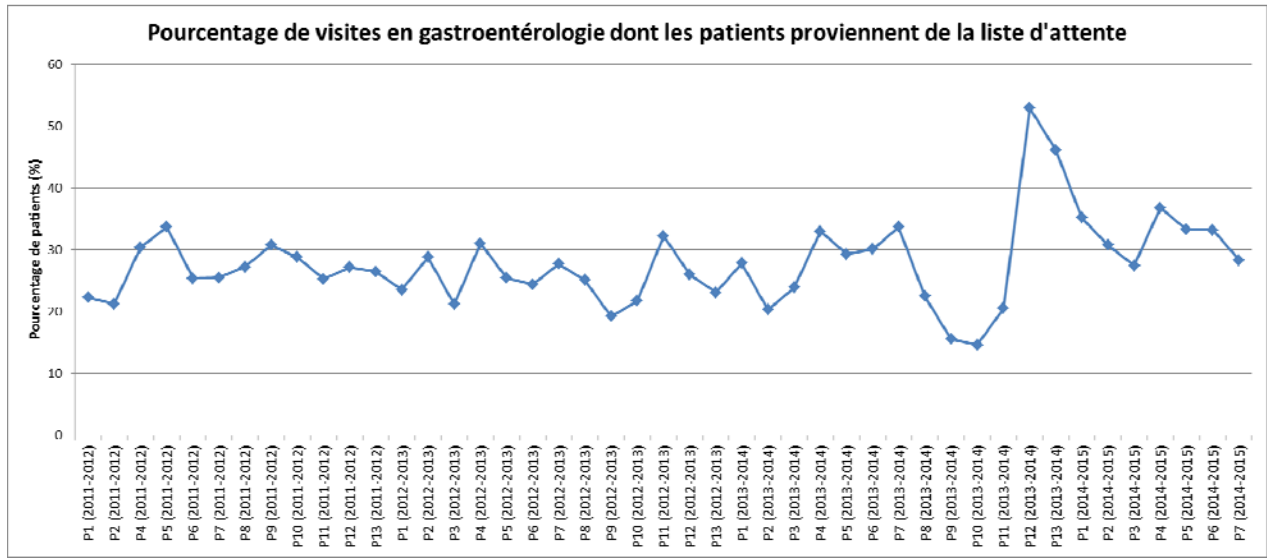
recensées. En effet, nous observons une moyenne générale de 13 % jusqu'à P3 2014-2015 ainsi qu'une légère augmentation pour les quatre dernières périodes recensées : au moment d'écrire ce document, le taux se situait à 20 %. En terminant sur ce sujet, il est important de mettre en contexte ces données avec la réalité clinique de l'orthopédie. De fait, la nature de cette spécialité nécessite bien souvent un suivi des patients plus important par rapport à d'autres spécialités. Ceci expliquerait pourquoi la proportion de suivis est plus importante que la proportion de nouveaux patients vus.

La mise en place des algorithmes et des formations visaient aussi à ce que les requêtes contiennent toute

Graphique 4.



Graphique 5.

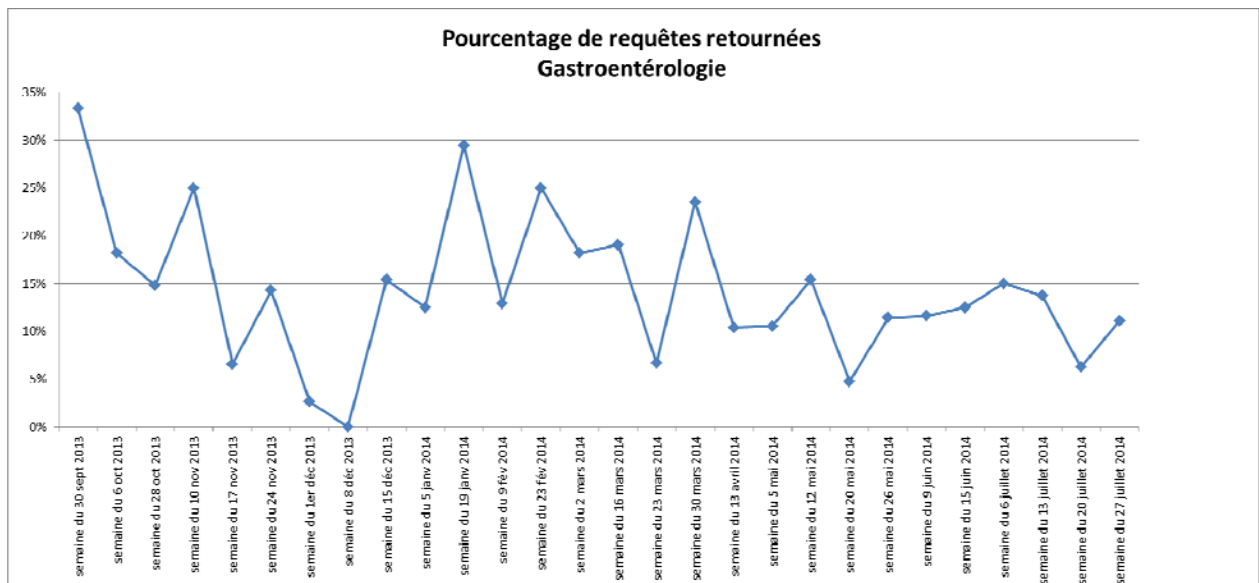


l'information nécessaire et que tous les examens préalables soient réalisés avant la consultation du patient avec l'orthopédiste. Par ailleurs, il est aussi visé de standardiser l'information contenue dans les requêtes par l'entremise des algorithmes. À ce sujet, mentionnons les travaux en radiologie en vue de standardiser l'interprétation de certaines images, dont celles relatives à l'arthrose du genou. Le graphique 3 nous permet de constater une légère diminution du pourcentage de requêtes qui sont retournées aux médecins depuis le 12 août 2013. Lorsque l'on applique une courbe de tendance, nous obtenons un coefficient de corrélation (R^2) de 0,1884 indiquant une très faible tendance (voir graphique 11 en annexe). À noter que

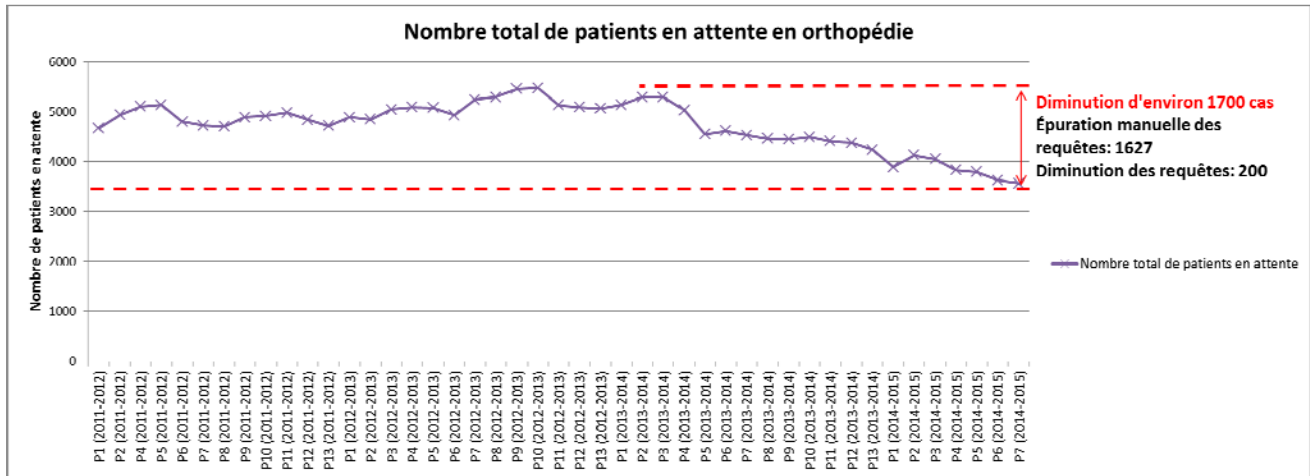
la première saisie (semaine du 12 août 2013) correspond approximativement à la période 5 (2013-2014). De plus, les données recueillies ne nous permettent pas d'établir avec précision les raisons du renvoi des requêtes.

Requêtes en gastroentérologie - Pour ce qui est de l'effet des algorithmes et des formations sur le nombre de requêtes envoyées en gastroentérologie, le graphique 4 nous permet de constater une croissance de 175 (P1 2011-2012) à environ 300 requêtes (P12 2012-2013), suivi d'une diminution au point initial, soit approximativement 175 requêtes en P7 2014-2015. À noter qu'à ce point-ci du déploiement du projet, notre consultation auprès du

Graphique 6.



Graphique 7.



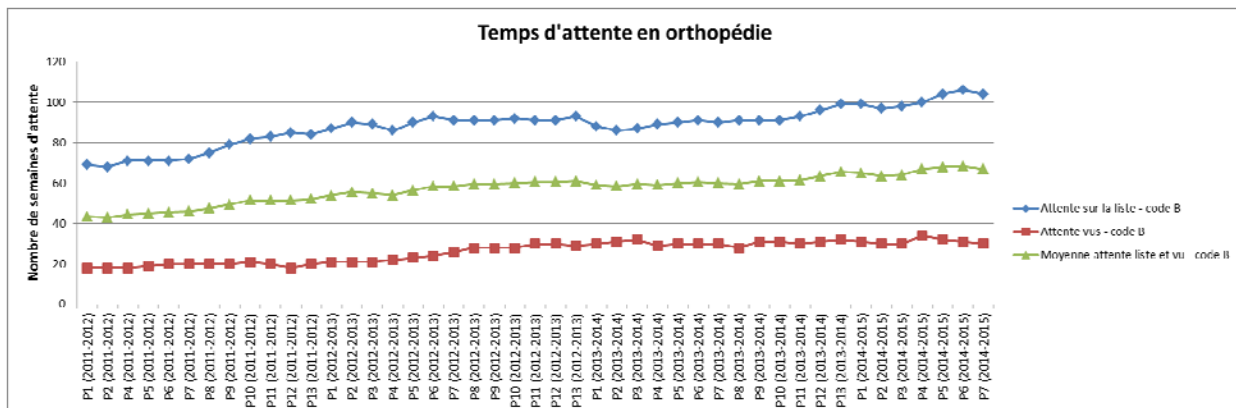
Dr Baillargeon nous informe qu'aucune nouvelle prise en charge formelle par les médecins de famille n'a été implantée.

Au même titre que notre analyse en orthopédie, nous avons aussi examiné le nombre de requêtes reçues en comparaison avec le nombre de nouveaux cas effectués. Le graphique 4 nous permet de constater que le nombre de requêtes reçues était supérieur au nombre de cas vus à partir de la liste d'attente (nouveaux cas) et ce, jusqu'en P11 2013-2014. Or, par la suite, nous observons une inversion de cette tendance : le nombre moyen de requêtes se situait à 210, alors que le nombre de cas vus à partir de la liste était désormais de 233. De plus, par rapport au nombre total de visites, le graphique 5 illustre un taux relativement constant de P1 2011-2012 à P11 2013-2014 (26%), suivi d'une augmentation pour les périodes subséquentes (moyenne de 36%). Deux éléments pourraient expliquer cette augmentation. D'abord, des modifications au fonctionnement des examens en endoscopie ont été apportées. De fait, avant le projet

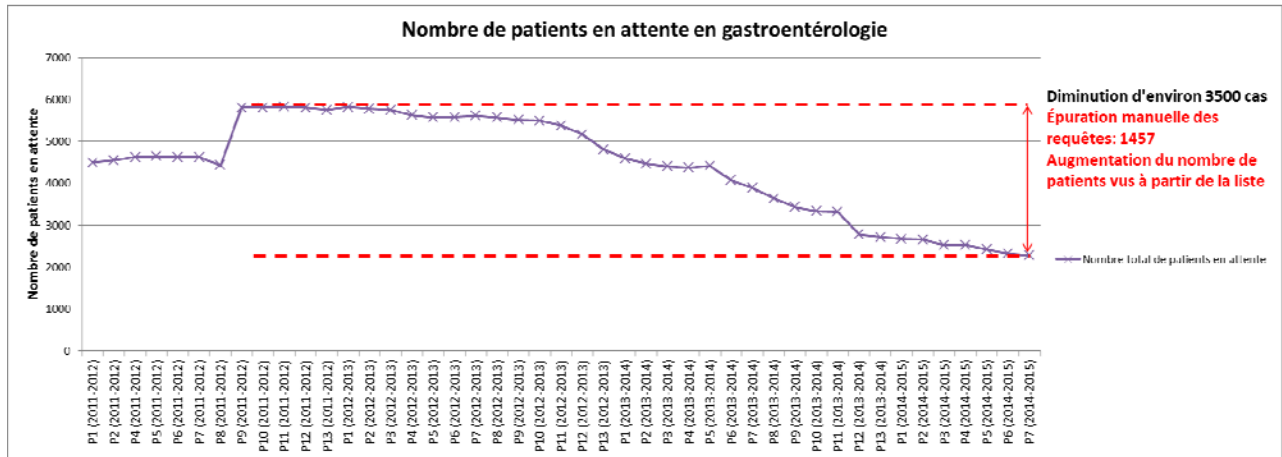
d'accessibilité, les gastroentérologues devaient voir les patients en clinique externe avant les examens d'endoscopie. À présent, les patients qui présentent certains critères cliniques peuvent bénéficier d'un suivi par une infirmière avant l'endoscopie : celle-ci prépare environ 200 patients par période. Ainsi, cette mesure permet de libérer du temps aux médecins pour qu'ils puissent effectuer d'autres cas (potentiellement de nouveaux patients). Le deuxième élément pouvant expliquer l'augmentation est l'arrivée de deux nouveaux gastroentérologues en janvier et mars 2014 : ceux-ci étant en mesure de prendre en charge de nouveaux cas.

Finalement, pour ce qui est des travaux visant à accroître la pertinence des requêtes dans le but que celles-ci contiennent toute l'information nécessaire et que les examens préalables soient complétés, les données représentées au graphique 6 n'indiquent aucune tendance précise (le pourcentage étant très variable).

Graphique 8.



Graphique 9.

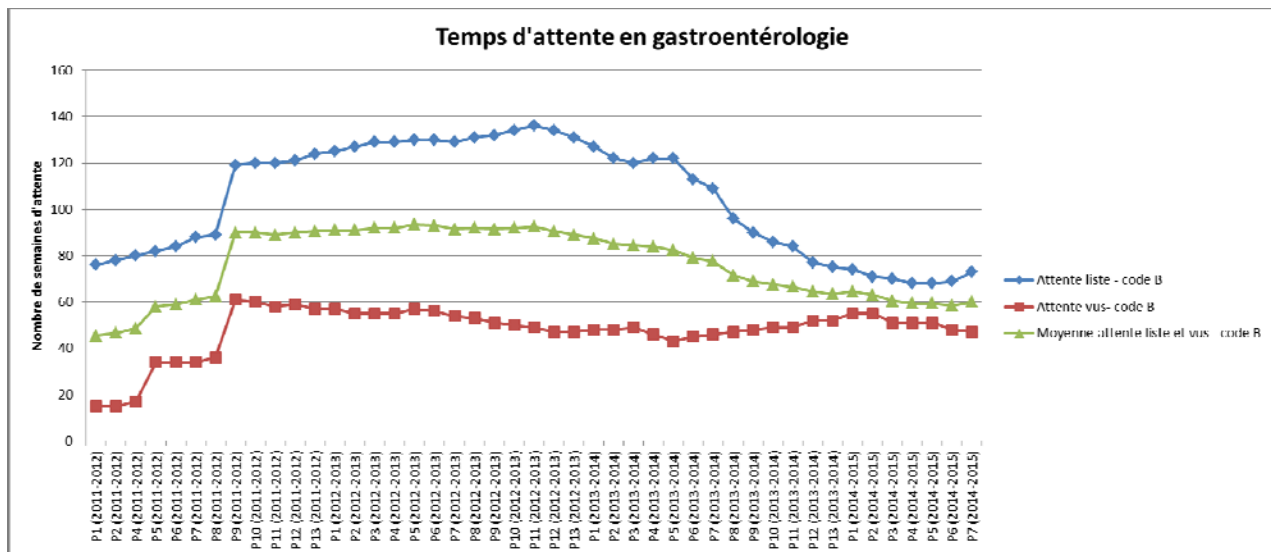


Listes d'attente et consultations en orthopédie – L'enjeu majeur du projet d'accessibilité est sans contredit le nombre très élevé de patients sur la liste d'attente qui a atteint un maximum de 5474 en P10 2012-2013. Nous constatons toutefois que les travaux entrepris ont permis de diminuer ce nombre. En effet, l'examen des listes d'attente en orthopédie (graphique 7) nous permet de constater une diminution approximative de 1700 patients en attente d'une consultation entre P3 2013-2014 et P7 2014-2015. Selon les données recueillies, cette diminution pourrait être attribuable à deux facteurs. D'abord, cette période correspond au moment où 1627 requêtes ont été éliminées grâce à un processus d'épuration manuelle. Précisons que cette mesure consistait à réexaminer les requêtes par l'intermédiaire des algorithmes cliniques et ainsi réévaluer leur pertinence. À noter que cette révision des requêtes n'est pas encore

terminée : nous pourrions ainsi nous attendre à une seconde vague de diminution du nombre de patients sur la liste d'attente. Le deuxième facteur attribuable à la décroissance observée serait dû au plus grand nombre de nouveaux cas effectués par rapport au nombre de requêtes reçues (tel qu'observé au graphique 1).

Afin d'estimer de façon générale le nombre de patients en attente qu'il serait idéal d'atteindre, nous avons établi deux cibles de temps d'attente, soit 6 mois et 1 an. Dans l'hypothèse où le nombre de nouveaux patients vus à partir de la liste se maintient à 226 par période (graphique 1) et que le nombre de requêtes serait identique, il serait alors possible de voir 2938 nouveaux patients par année (pour 13 périodes financières) ainsi que 1469 nouveaux patients pour une demi-année. À noter toutefois que si le nombre de requêtes est inférieur au nombre de nouveaux cas,

Graphique 10.



alors le temps d'attente sera moins de 1 an ou 6 mois. En considérant que le nombre de patients en attente actuellement est de 3566, il faudrait encore diminuer de 628 et 2097 pour atteindre l'équivalent d'un an et 6 mois d'attente sur la liste, respectivement. Au rythme actuel pour les 13 dernières périodes calculées, il est estimé que le nombre de patients vus excède le nombre de requêtes (différence de 68, voir graphique 1). À cette cadence, il faudrait encore 9 périodes pour atteindre une liste d'attente de 1 an (2938 patients) et 31 périodes pour une liste équivalente à 6 mois d'attente (1469 patients). Bien entendu, il faut considérer que ces estimations sont globales et ne tiennent pas compte que les consultations urgentes sont priorisées par rapport à celles en attente sur la liste.

Dans un même ordre d'idées, nous avons examiné plus précisément le temps d'attente pour une consultation en orthopédie : le graphique 8 illustre un exemple pour les patients dont leur code de priorité est « B ». Précisons que ce système de codification qui était auparavant utilisé comprenait trois niveaux décroissants d'urgence, soit A, B, C. Cette méthode de classification a toutefois été revue, puisqu'elle n'était pas uniforme : un même patient pouvant être classé différemment selon le médecin rencontré. À présent, un patient peut être classé A+ (à voir rapidement), A (à voir), D (ne respecte pas les algorithmes) et E (ne sera pas vu, la demande sera retournée). Le graphique 8 nous permet de distinguer trois courbes : la première, correspondant au temps d'attente sur la liste (losange bleu), définit depuis combien de temps en moyenne les patients sont inscrits sur la liste. À noter qu'au moment de recevoir sa date de consultation, l'inscription du patient sur la liste d'attente est retirée. La deuxième courbe (carré rouge), celle qui indique le temps d'attente avant que le patient soit vu par le spécialiste, correspond à l'attente avant d'avoir la consultation. Finalement, la troisième courbe (triangle vert) correspond à une moyenne du temps d'attente sur la liste et du temps d'attente avant que le patient soit vu. Les données du graphique 8 nous permettent de constater que le temps d'attente avant que le patient soit vu est toujours inférieur au temps d'attente sur la liste (différence d'environ 70 semaines pour la dernière période recensée). Cette observation illustre de façon générale qu'un groupe de patients avec certaines caractéristiques cliniques attendent plus longtemps que d'autres avant d'être vus. Conséquemment, l'attente d'un groupe de patients perdure alors que d'autres sont vus plus rapidement. À noter que nous observons aussi cette tendance pour les patients classés « urgent » (A) et « moins urgent » (C) (voir les graphiques 12 et 13 en annexe). Par ailleurs, nous observons aussi une augmentation constante du temps d'attente pour les patients classés « B » (le même constat s'applique aussi à la classe « C »). À cet égard, comme mentionné précédemment, le processus de révision des requêtes

n'est pas encore terminé : certains patients inscrits sur la liste d'attente depuis longtemps gonflent donc le temps d'attente. Ainsi, lorsque l'épuration sera terminée, nous pourrions nous attendre à une diminution du temps d'attente.

Listes d'attente et consultations en gastroentérologie

L'examen des listes d'attente en gastroentérologie indique quant à lui une diminution plus importante du nombre de patients en attente d'une consultation (graphique 9). Il est ainsi possible de constater une décroissance d'environ 3500 patients inscrits sur la liste depuis P9 2011-2012. Pour expliquer cette diminution, nous observons deux facteurs importants. En premier lieu, une épuration manuelle des requêtes qui consistait à réévaluer les requêtes a permis d'en éliminer 1457. Dans un second temps, nous constatons une augmentation de 168% du nombre de cas vus à partir de la liste d'attente : de 77 (P1 2011-2012) à 206 (P7 2014-2015). Si une cible équivalente à 6 mois d'attente est établie en considérant que 233 nouveaux patients sont vus par période (graphique 4) et que le nombre de requêtes serait identique, alors il faudrait viser une liste d'attente de 1515 patients¹. Ainsi, en considérant le nombre de patients en attente actuellement, soit 2280, il faudrait diminuer de 765 le nombre de patients en attente. À un rythme d'un surplus de 23 patients vus par rapport au nombre de requêtes (graphique 4), 33 périodes seraient nécessaires pour atteindre l'équivalent de 6 mois d'attente. Cette cible d'attente serait diminuée si un nombre supplémentaire de patients étaient vus par rapport au nombre de requêtes.

Au même titre que l'orthopédie, nous observons aussi un écart entre le temps d'attente sur la liste et celui avant d'être vu en gastroentérologie (graphique 10). Cet écart, qui se situait à environ 74 semaines entre P9 2011-2012 et P5 2013-2014, a diminué à un écart moyen de 19 semaines (de P1 2013-2014 à P7 2014-2015). Ce graphique indique donc qu'une catégorie de patients s'accumule plus rapidement que d'autres sur la liste d'attente, contribuant ainsi au déséquilibre entre le temps d'attente sur la liste et le temps avant d'être vus. À noter que nous observons la même tendance pour les patients classés « C », alors que cette différence est moins marquée pour la classe « A » (voir les graphiques 14 et 15 en annexe). Toutefois, contrairement à l'orthopédie, nous observons une diminution du temps d'attente sur la liste et du temps d'attente moyen à partir de P11 2012-2013.

CONCLUSIONS :

Cette note de synthèse avait pour objectif de présenter les résultats préliminaires du projet d'accessibilité en

¹ La cible d'attente de 1 an n'a pas été retenue, puisque le nombre de patients y correspondant (3029) est supérieur au nombre de patients actuellement inscrits sur la liste (2280).

orthopédie et gastroentérologie. Rappelons que cette évaluation a été effectuée dans un contexte où le projet n'est pas entièrement complété. À ce sujet, des formations pour environ 50% des algorithmes ont été dispensées. Néanmoins, les données recensées jusqu'à présent montrent des améliorations dans l'accessibilité en orthopédie et gastroentérologie. D'abord, nous constatons que pour les dernières périodes recensées, le nombre de nouveaux patients vus en consultation était supérieur au nombre de requêtes reçues. Nous avons ainsi été à même de constater des diminutions importantes du nombre de patients sur les listes d'attente : 1700 et 3500 patients en moins pour l'orthopédie et la gastroentérologie, respectivement. Cela n'a toutefois pas fait diminuer le temps d'attente en orthopédie : une augmentation est plutôt observée. Toutefois, dans l'optique où le processus de révision des requêtes serait complété, nous pourrions nous attendre à une diminution du temps d'attente. À l'inverse, une diminution du temps d'attente en gastroentérologie est observée pour les dernières périodes recensées.

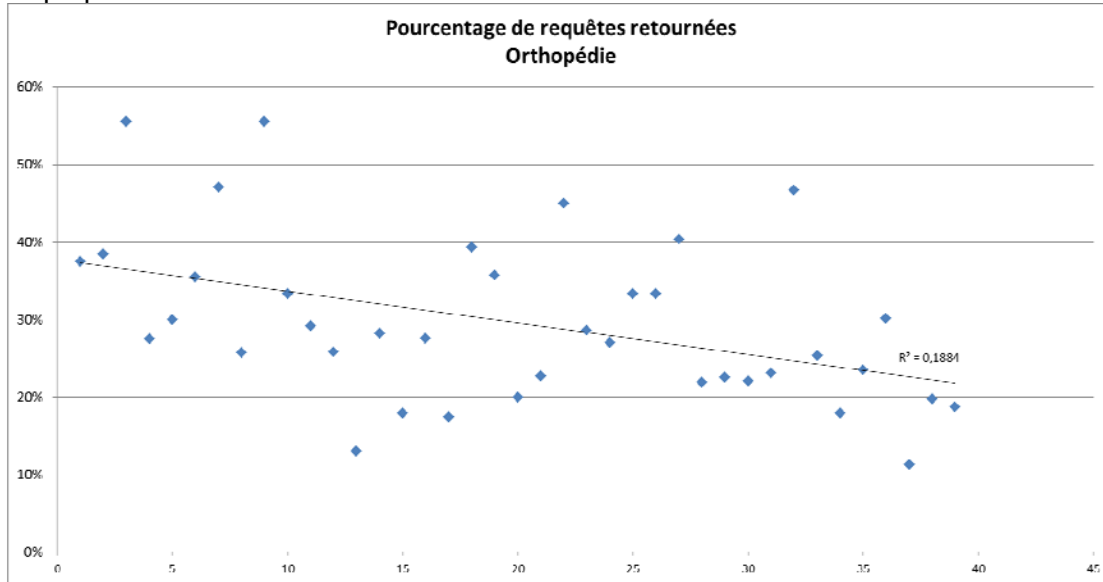
Dans le cadre de cette analyse, il est important de considérer l'apport important de facteurs contextuels qui sont susceptibles de masquer les effets positifs prévus et créer certaines fluctuations des données. En particulier, l'arrivée et le départ de certaines ressources humaines (par exemple les médecins) non prévus dans le cadre du projet d'accessibilité peuvent masquer l'impact réel de certaines mesures. De plus, certains changements organisationnels ainsi que la résistance face à certains changements peuvent aussi freiner les effets désirés. Dans ce contexte, une plus longue période pourrait être nécessaire afin d'observer une tendance plus claire. Ainsi, il sera pertinent de réévaluer la situation lorsque l'implantation du projet sera complétée.

REMERCIEMENTS :

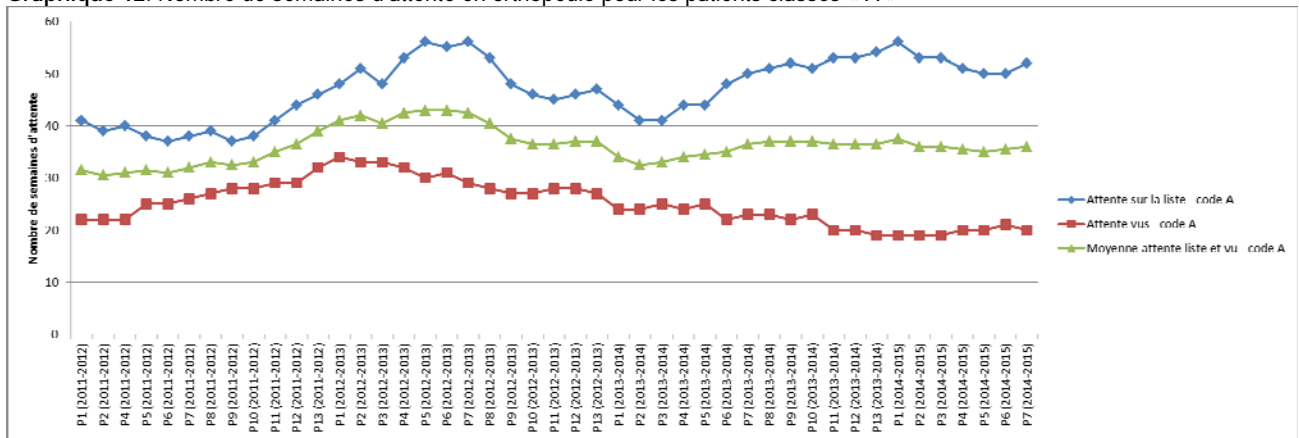
L'UETMIS tient à remercier les personnes qui ont collaboré à notre collecte de données et à l'analyse des résultats : M. André Lortie, Mme Suzanne Brochu, Mme Amélie Jourdain, Mme Catherine Forget, Dr Jean-Daniel Baillargeon et Dr François Vézina.

ANNEXE :

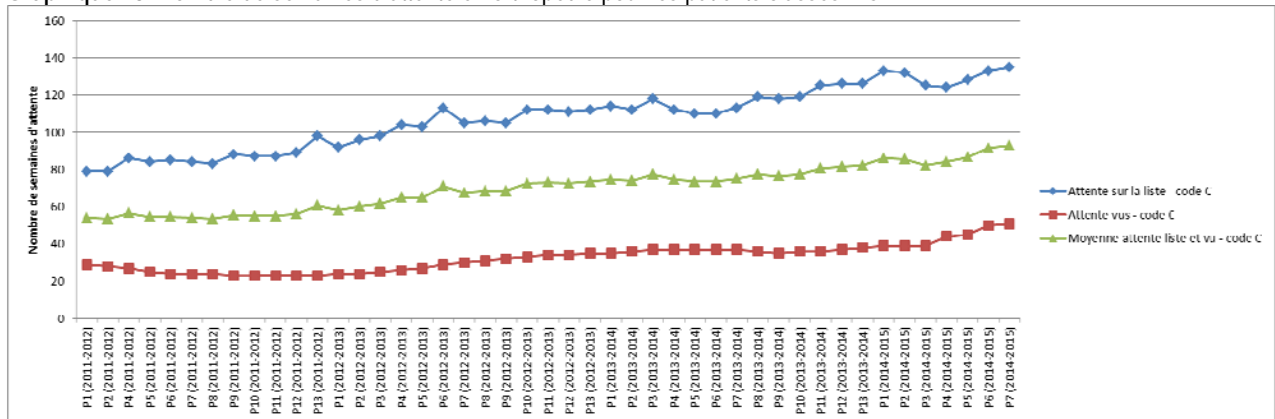
Graphique 11.



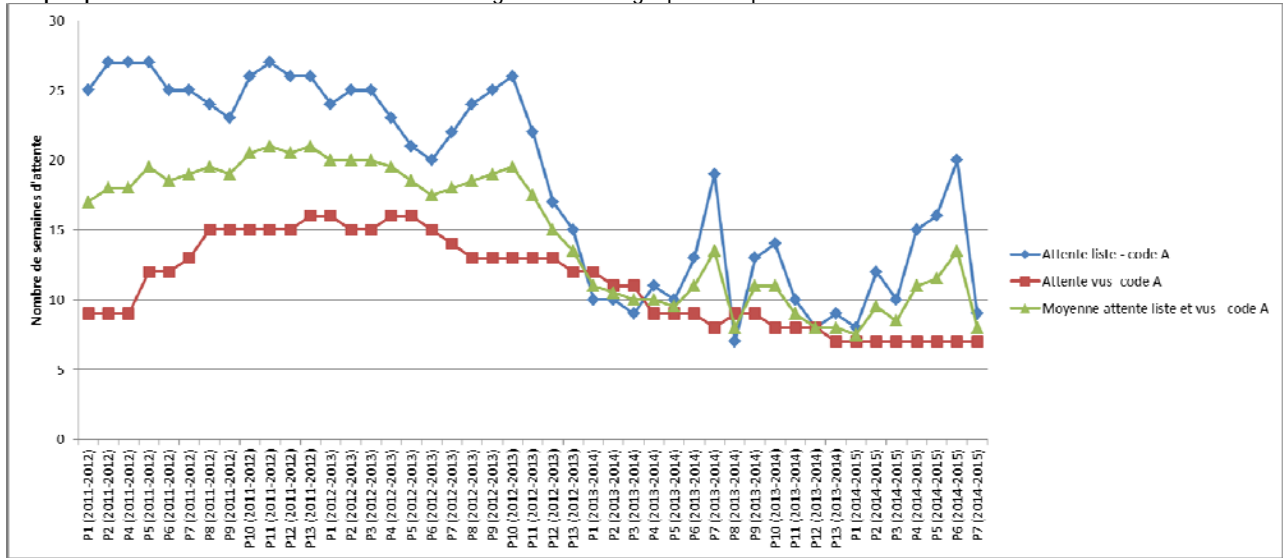
Graphique 12. Nombre de semaines d'attente en orthopédie pour les patients classés « A »



Graphique 13. Nombre de semaines d'attente en orthopédie pour les patients classés « C »



Graphique 14. Nombre de semaines d'attente en gastroentérologie pour les patients classés « A »



Graphique 15. Nombre de semaines d'attente en gastroentérologie pour les patients classés « C »

