

Modèle d'efficacité

Offrir des soins orthopédiques de grande efficacité au Canada

*Dennis Jeanes
Directeur des communications et des activités de défense des droits
et intérêts
Association Canadienne d'Orthopédie*

On peut voir le modèle national de soins pour les arthroplasties de la hanche et du genou de la Décennie des os et des articulations au Canada (DOA) comme un « moteur de changement », soit un véhicule d'efficacité, de rendement et de soins orthopédiques viables, aussi robuste qu'adaptable, qui est mis à l'essai dans les dix provinces, dans toutes sortes de conditions.

Évidemment, comme c'est le cas pour nombre de métaphores et modèles, on ne fait pas référence à un objet comme tel, mais plutôt à un processus. Bien que ce processus puisse changer la façon d'offrir les soins, l'une de ses principales forces réside dans sa capacité à convaincre les sceptiques. « Les orthopédistes sont formés de sorte à être autonomes et ont donc tendance à aborder la notion d'équipe dans le contexte réducteur de la salle d'opération, explique le Dr Cy Frank, directeur scientifique de la DOA. Mais, en réalité, l'équipe de traitement est active d'un bout à l'autre du plan de soins du patient devant subir une arthroplastie, de l'aiguillage au premier rendez-vous et de l'opération à la réadaptation postopératoire et aux soins à domicile. L'équipe participant au traitement de chaque patient est imposante. Et quand l'orthopédiste comprend l'incidence des autres éléments du plan de soins sur la façon dont il effectue son travail en salle d'opération, c'est souvent une sorte de révélation. »

En plus d'annoncer le troisième millénaire, 2000 a entraîné dans son sillage la Décennie des os et des articulations, un effort international visant à faire progresser les connaissances sur les troubles musculosquelettiques. En 1999, le Dr James Waddell, qui était alors président de l'ACO, a assisté à la première réunion de planification, où il a accepté de créer un réseau d'action national canadien en matière de troubles de l'appareil locomoteur. L'idée était de regrouper des représentants des professionnels et des patients dans des réseaux nationaux afin d'instaurer une collaboration à l'échelle mondiale. « Au début, il y avait beaucoup d'enthousiasme pour ce projet, se souvient-il. Mais les divers organismes concernés, y compris l'Association Canadienne d'Orthopédie, ont rapidement déchanté, ne voyant pas la valeur réelle de l'initiative, car nous avons ici des problèmes uniques dans la prestation de soins orthopédiques et liés à l'arthrite. »

En 2004, les retards dans le traitement des patients en attente d'une arthroplastie de la hanche ou du genou étaient tels que les premiers ministres canadiens en ont fait une priorité clinique dans l'accord en santé conclu la même année. « Donc, nous avons décidé de faire de l'amélioration de l'accès notre principal objectif pour la Décennie, dont le travail devenait ainsi distinct de celui du groupe axé sur l'initiative mondiale, poursuit le Dr Waddell. Ces nuances peuvent sembler un peu ridicules, mais elles découlent de raisons pratiques : nous voulions créer une structure

n'ayant pas de liens avec l'industrie et pouvant profiter de subventions gouvernementales. La Décennie est donc devenue une filiale de la Fondation Canadienne d'Orthopédie, qui peut ainsi agir comme « banquier » pour l'organisme, contournant par le fait même la nécessité de se constituer ou de s'enregistrer comme organisme de bienfaisance. »

Le Dr Waddell a rapidement constaté qu'il avait besoin d'aide. D'où l'entrée en scène de Hazel Wood, présidente d'un service national de réadaptation du secteur privé et, ce qui est particulièrement important ici, organisatrice communautaire extraordinaire et militante engagée dans le dossier de l'amélioration des résultats pour les patients. Si une personne peut être un moteur de changement, c'est bien Hazel. « Avant que Cy me la présente, explique le Dr Waddell, le projet n'allait nulle part et j'étais prêt à tout laisser tomber. Rien de tout cela n'aurait été possible sans Hazel. Je l'ai suppliée de m'aider, en lui expliquant que, quand j'aurais des fonds, je lui verserais le dixième de ce qu'elle facturait normalement. De mon point de vue, c'était une véritable aubaine. »

Nous avons donc démarré le projet à l'aide du capital de départ accordé par l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IALA), mais c'est vraiment la magie du regretté Tom Fullan qui a opéré. Ce consultant chevronné dans le domaine des relations intergouvernementales n'avait en effet qu'à passer le pas de la porte pour croiser une connaissance. En tant qu'ambassadeur volontaire de la Décennie des os et des articulations sur la scène mondiale, il a contribué au regroupement d'intervenants clés et veillé à initier des rencontres au sein de divers ordres de gouvernement. « Tom avait le don incroyable de trouver où il y avait des fonds et de savoir auprès de quelle instance nous devions faire une demande, se souvient Hazel Wood. Il nous a beaucoup aidés. » En 2006, Santé Canada a financé un projet en quatre étapes sur autant d'années, qui a pris fin en mars 2011.

Comme on pouvait s'y attendre, la première étape du modèle national de soins de la DOA portait principalement sur la création d'un réseau national de champions, soit des orthopédistes, des médecins traitants, des infirmières, des physiothérapeutes en soins avancés, des chercheurs cliniques, des administrateurs gouvernementaux en santé, des représentants de régies régionales de la santé, des gestionnaires de programmes hospitaliers et toute autre personne pouvant jouer un rôle dans la prestation de soins



aux patients devant subir une arthroplastie. Bref, beaucoup de monde, et donc, tout un défi en soi.

Ensuite, on devait travailler dur à l'obtention d'un consensus sur ce que pourrait englober un modèle de soins pour les arthroplasties, soit les processus centraux qui lui donneraient de la valeur. Certains éléments semblaient évidents : la nécessité d'avoir des processus d'aiguillage et d'admission efficaces, de maintenir une liste d'attente exacte, de recueillir des renseignements standard sur les patients, d'établir une durée d'hospitalisation standard, de coordonner la réadaptation et les soins à domicile, et ainsi de suite. Bien entendu, tout est une question de détails. On a tenu des téléconférences avec quelque 400 personnes issues de diverses unités chirurgicales au pays afin de cerner les pratiques exemplaires. On a aussi demandé aux membres du réseau de soumettre leurs formulaires d'admission et de traitement des dossiers de même que leurs lignes directrices et protocoles applicables aux plans de soins, soit la paperasse habituelle pour tout plan de soins applicable à une arthroplastie. La meilleure image permettant de décrire le fruit de cette première ronde de collecte de renseignements est probablement celle d'une « nouvelle tour de Babel ».

Bien que les arthroplasties de la hanche et du genou soient des procédures standard, il n'en est rien des renseignements remis aux patients ni de leur gestion au fil du plan de soins. En outre, un patient peut aisément recevoir des directives contradictoires ou désuètes entraînant de la confusion et des délais, et ce, même s'il a un plan de soins. Prenons un cas extrême : un établissement distribuait encore des documents produits en 1993 dans lesquels on informait les patients que leur hospitalisation serait de 14 jours.

Selon Rhona McGlasson, membre de l'équipe de la DOA depuis 2007, d'abord à titre de directrice de projet et maintenant en tant que directrice générale : « Il y a tellement d'aspects de notre travail en santé qui sont axés sur les processus. Nous nous efforçons de transmettre au patient les bons renseignements et directives à toutes les étapes du continuum de soins. Veiller à ce que tout le monde soit sur la même longueur d'ondes demande vraiment un gros effort de sensibilisation. » Quatre groupes de travail (soins préopératoires, opératoires et postopératoires, et réadaptation) se sont donc retrouvés les manches et ont examiné les centaines de documents soumis, qu'il s'agisse de protocoles pour l'optimisation de la santé des patients, de formulaires d'aiguillage des fournisseurs de soins primaires, de documents liés à la chirurgie, de politiques d'établissement des horaires des salles d'opération, d'outils de gestion des temps d'attente, et ainsi de suite, afin de cerner les pratiques exemplaires.

« Essentiellement, beaucoup de travail doit être fait en amont pour que tout soit simple pour le patient, poursuit Hazel Wood. On pourrait facilement comparer ça à la commande d'un hamburger chez McDonald's. Chaque petite étape se résume à peu de choses, mais veiller à ce que tout roule constamment au quart de tour en cuisine, ça, c'est un job exigeant. » Pour atteindre un tel niveau d'efficacité et de rendement en santé, il faut une planification soignée et des directives claires afin que la cinquantaine de professionnels de la santé et techniciens responsables d'un seul patient devant subir une arthroplastie lui permettent de franchir toutes les étapes de son plan de soins de manière pleinement intégrée et rapide.

Et c'est là l'essence même du modèle de soins. Certes, il y a un monde entre les hanches et les hamburgers, et tout cela peut sembler intimidant, voire utopique. Pour prendre un peu de recul, on a axé la troisième étape du projet sur le regroupement de toutes les pratiques exemplaires dans une « trousse » virtuelle en libre-service, qui a ensuite été rendue accessible avec autorisation sur le site Web de la DOA. Les fournisseurs de soins canadiens peuvent accéder gratuitement aux quelque 400 outils de la trousse et les utiliser ou les adapter à une situation en particulier. Selon le Dr Waddell : « Nous nous sommes dits qu'il n'y avait pas de solution universelle. Nous avons toutes les solutions éprouvées pour un problème donné. Aucune de ces approches n'est théorique. Elles ont toutes été éprouvées par des gens qui les utilisent et qui nous les ont envoyées, preuves à l'appui. »

Vous devez revoir la gestion d'une liste d'attente? On vous propose quelques options pour ce faire. Vous devez veiller à ce que la condition du patient soit optimale au moment de la chirurgie? Vous avez accès à une liste de vérification des choses à faire à l'hôpital et à la maison. Vous devez réduire le nombre de patients qui ne sont pas candidats à une chirurgie que vous recevez en cabinet? Vous trouverez dans la trousse un formulaire d'aiguillage pour le médecin traitant et une méthode de mise en œuvre d'un système central d'admission. Vous avez essayé un outil de la trousse, puis l'avez amélioré? Faites-nous part de ces améliorations! Vous avez des données permettant de confirmer (ou d'infirmier) l'efficacité d'un outil en particulier? Faites-en part au réseau. C'est grâce à ce type de libre échange et de cycle d'amélioration continue que la DOA s'est muée en un réseau de transfert des connaissances : le National Hip and Knee Knowledge Translation Network. « Il y a des établissements, comme le Holland Orthopaedic & Arthritic Centre, à Toronto, et celui à Richmond, en Colombie-Britannique, qui effectuent jusqu'à 2 500 arthroplasties de la hanche et du genou par année, déclare M^{me} McGlasson. Et ces établissements ont du personnel qui veille à constamment revoir les pratiques exemplaires. Donc, nous voulions optimiser l'incidence de ces connaissances nouvelles afin que les utilisateurs de la trousse sachent bien que les renseignements fournis sont pratiques et applicables. La véritable innovation ici réside dans l'échange. Personne n'échangeait ce genre de choses auparavant. »

La quatrième étape du projet portait sur la mise en œuvre de certains aspects du modèle de soins. Chaque équipe provinciale était invitée à choisir certains processus dans le modèle et à les mettre à l'essai. Voici un bref résumé du travail en cours : en Colombie-Britannique, on a effectué une analyse des disparités afin de cerner les lacunes et inefficacités. En Alberta, on a mis en œuvre une stratégie de gestion du changement pour évaluer des indicateurs de rendement clés dans les hôpitaux de la province. En Saskatchewan, on a mis à l'essai un nouveau modèle d'affectation pour les salles d'opération dans le service orthopédique d'une région régionale de la santé, alors que l'on normalise les formulaires d'aiguillage et œuvre à la concrétisation d'un plan d'admission centralisée au Manitoba. En Ontario, on a rédigé un livret aidant les patients à reprendre leurs activités de trois à douze mois après leur chirurgie. Au Québec, on termine des modules d'information qui seront mis à l'essai dans deux cliniques communautaires, alors que, au Nouveau-Brunswick, on a conçu un formulaire d'aiguillage normalisé. En Nouvelle-Écosse, on a procédé au déploiement du système central d'admission dans l'ensemble de la province.

Enfin, à l'Île-du-Prince-Édouard, on a effectué une analyse des disparités en orthopédie et élaboré un plan d'action.

La régie régionale de la santé de l'Est, à Terre-Neuve-et-Labrador, qui comprend St. John's, constitue un très bon exemple de l'effet transformateur de la mise en œuvre du modèle. Hazel Wood se souvient de la frustration exprimée par le D^r Rod Martin, qui avait assisté diligemment aux réunions de la DOA au fil des ans, par rapport à l'absence de réalisations concrètes dans sa province. Un petit capital de départ de la DOA a permis au D^r Martin de lancer un système central d'admission par l'embauche d'un gestionnaire de projet à temps partiel, ce qui lui a permis d'obtenir des fonds du ministère provincial de la Santé. Comme la plupart des orthopédistes, ses collègues du Health Sciences Centre de l'Université Memorial et lui ont vu défiler un nombre important de patients qui n'étaient pas candidats à la chirurgie ou qui devaient consulter un autre type de spécialiste. « Je m'occupe d'arthroplasties et de traumatismes. Quand je vois arriver un patient qui souffre d'un problème de pied, je dois l'aiguiller vers un spécialiste du domaine, affirme le D^r Martin. C'est la même chose pour un spécialiste du dos qui voit un patient qui a un problème à la hanche et qui doit me l'envoyer. C'est d'une inefficacité! »

L'élaboration d'un formulaire d'aiguillage des patients a commencé par des examens menés par des médecins de famille de premier plan, dont la D^{re} Lydia Hatcher, ancienne présidente de la Newfoundland and Labrador Medical Association et présidente actuelle de son comité sur les politiques. Elle a remis les diverses versions du formulaire à son noyau de médecins de famille et aux membres de plusieurs comités dont elle fait partie, et tous ont fourni de la rétroaction. « Il y a probablement eu six ou sept versions du formulaire avant d'en arriver à la forme actuelle, explique le D^r Martin. On a emprunté beaucoup d'idées aux fiches d'admission de partout au pays, telles que fournies dans la trousse. Nous nous accordons donc une part du crédit, mais nous n'avons pas honte de dire que c'est du plagiat à son meilleur, c'est-à-dire avec la rétroaction de tous. Il suffit de cocher les bonnes cases, que ce soit pour les coordonnées du patient, la durée des symptômes, le type d'arthrite, les traitements reçus à ce jour, les examens ou la physiothérapie, entre autres. Le formulaire ne demande pas vraiment plus de temps à remplir que si on devait écrire : « Douleur au genou – Veuillez voir en consultation. » De plus, chaque patient doit avoir une série de radiographies récentes à son dossier et le formulaire précise exactement le type nécessaire. »

Le D^r Martin a aussi puisé dans certaines politiques nouvelles de la trousse, maintenant que le service dispose d'un analyste de l'efficacité à temps plein qui recueille des données sur le volume : « Notre politique sur le roulement des cas vient à peine d'entrer en vigueur. Ainsi, nos heures de début sont plus strictes. Nous avons établi des objectifs afin d'obtenir le consentement et la signature du patient et de marquer le point d'opération avant une heure donnée. Il est un peu gênant d'avoir à recourir à un système de surveillance, mais il arrive qu'on se laisse un peu aller. C'est humain. » Le D^r Martin a aussi mis en œuvre une politique sur les réservations pour les patients subissant une chirurgie non urgente selon laquelle la trousse de réservation doit être dûment remplie au plus tard cinq jours avant la chirurgie : « Quand on découvre cinq jours à l'avance qu'on a besoin d'un échocardiogramme, on peut l'obtenir à temps et opérer le patient. De même, si on fait faire l'écho et constate que le patient ne peut pas être opéré, on

n'est pas pris de court pour réattribuer la place en chirurgie. On a en effet le temps d'opérer un autre patient. »

Si le D^r Martin semble mordu d'efficacité, c'est peut-être à cause du point de vue privilégié que lui confère son poste de chirurgien en chef et de certaines initiatives novatrices mises de l'avant par son prédécesseur et qui commencent à peine à porter leurs fruits. Le service de chirurgie compte désormais un gestionnaire des listes d'attente à temps plein, qui a fait un grand ménage. Dans certaines divisions, on a effacé jusqu'à 25 % des noms. Aussi, les salles d'opération sous-utilisées dans l'aile de pédiatrie ont été converties pour accommoder l'obstétrique et la gynécologie, ce qui a libéré deux salles d'opération supplémentaires pour toutes les autres spécialités chirurgicales, y compris l'orthopédie. Après l'affectation de ces nouvelles ressources, le temps en salle d'opération du D^r Martin est passé de 1,5 jour à 2 jours par semaine. Les spécialistes de la gestion du temps chez Siemens Management Consulting ont récemment effectué une analyse du cheminement des patients pour le ministère provincial de la Santé et formulé un grand éventail de recommandations à mettre en œuvre.

Plus tôt cette année, le D^r Martin a rencontré des représentants du ministère et les a convaincus d'augmenter le financement pour une clinique d'évaluation pour les arthroplasties totales afin qu'elle puisse fonctionner à temps plein. « Il y a quelques années, explique-t-il, il n'était pas rare que les patients subissant une arthroplastie totale soient hospitalisés de cinq à huit jours. Maintenant, une hospitalisation de trois ou quatre jours est monnaie courante. Si on optimise la santé des patients, qu'ils se présentent fins prêts pour leur chirurgie, nous augmentons le volume d'interventions et en obtenons plus pour notre agent. Graduellement, la portée de chacun de nos petits gestes se fait sentir. »

Des hospitalisations plus brèves aux résultats prévisibles représentent des données et résultats concrets qui peuvent convaincre les orthopédistes tout comme les gouvernements. « Nous avons un plan qui permettra au gouvernement albertain d'économiser de 10 à 20 cents sur chaque dollar investi, déclare le D^r Cy Frank. Il y a plusieurs mois, nous avons tenu une réunion avec les équipes des hôpitaux éloignés pour connaître leurs résultats d'évaluation par rapport aux indicateurs de rendement clés. L'énergie déployée est palpable. Les gens ont l'impression que ce qu'ils font est utile et se sentent intégrés au processus. Ils constatent les résultats, tant du point de vue des patients que des indicateurs objectifs. Ils y mettent plus de cœur, c'est sûr, mais ils en tirent aussi plus de plaisir. »

Dès le départ, le modèle de soins de la DOA a été conçu de façon à pouvoir être modifié en fonction des réalités régionales et locales, mais aussi à être transposé dans d'autres sous-spécialités orthopédiques. On a d'abord opté pour les arthroplasties de la hanche et du genou pour établir si le modèle était assez fiable pour supporter un volume élevé d'interventions. Selon M^{me} McGlasson, il y a des initiatives en cours en Colombie-Britannique et en Ontario sur les chirurgies au pied et à la cheville, et un programme propre au rachis est utilisé en Alberta.

Et jusqu'où cela peut-il aller? Depuis trois ans environ, la région du Grand Richmond, dans la régie régionale de la santé Vancouver Coastal, utilise l'OsteoArthritis Service Integration System (OASIS), l'un des plans de soins les plus poussés au Canada

(suite de la page 21)

dans le domaine des troubles de l'appareil locomoteur. Le mandat de l'OASIS est plus large que celui du modèle de soins de la DOA, puisqu'il vise l'intégration des soins de l'appareil locomoteur dès le diagnostic d'arthrose par un médecin traitant. « Les gouvernements provincial et fédéral doivent soutenir le processus d'élaboration d'un modèle de soins de l'appareil locomoteur, déclare le D^r Ken Hughes, coprésident de l'OASIS. Il y a déjà de bons exemples de modèles fonctionnels au sein du système de santé public, tant ici, en Colombie-Britannique, qu'ailleurs, qui changent notre façon d'offrir les soins. Nous n'avons pas à réinventer la roue : nous pouvons très bien œuvrer à la mise en œuvre du modèle à plus grande échelle dès maintenant, mais pour ça, il nous faut des ressources. » En mars dernier, des intervenants de la communauté canadienne des troubles de l'appareil locomoteur ont tenu une première réunion afin de cerner la façon d'élaborer un modèle national de soins qui engloberait tous les aspects des soins de l'appareil locomoteur. Une réunion de suivi aura lieu en juin.

Entre-temps, le D^r Waddell et M^{me} McGlasson ont entamé le travail d'élaboration d'un modèle de soins pour les fractures de la hanche. Une fois de plus, le volume élevé a eu tendance à dicter ce choix. « C'est assurément le type de fractures qui exige le plus souvent une intervention chirurgicale, affirme le D^r Waddell. Chaque année, on compte quelque 10 000 fractures de la hanche en Ontario, et environ 30 000 au pays. Nous avons élaboré un modèle librement inspiré d'un modèle ontarien de soins pour les

fractures de la hanche, auquel nous avons ajouté des éléments d'autres régions, plus particulièrement d'Écosse, où on a effectué beaucoup de travail sur la question des fractures de la hanche. »

Le modèle de soins donne à l'orthopédie les fondements nécessaires pour remédier à beaucoup de problèmes majeurs que la discipline éprouve. D'abord, si vous êtes vraiment efficace, mais que les temps d'attente augmentent, c'est nécessairement parce que la demande augmente elle aussi. En Alberta, le D^r Cy Frank axe ses efforts sur la réduction des coûts de prestation de cette approche en orthopédie tout en cernant les investissements creux qui pourraient être utilisés de façon plus profitable : « Ce sont les données les plus difficiles à obtenir. Cela dit, une fois que nous les aurons, il sera bien difficile de nier l'évidence. Plutôt que de faire des demandes dans une position de faiblesse, c'est-à-dire de proposer une super idée sans l'appuyer de données probantes, je voudrais que les données parlent d'elles-mêmes. »

Nota : À ce jour, on employait « Décennie des os et des articulations au Canada » pour désigner à la fois *Bone and Joint Canada*, qui est associé aux projets orthopédiques, et *Bone and Joint Decade Canada*, qui englobe toutes les activités menées dans le cadre de la Décennie. Toutefois, l'évolution des projets menés par les deux entités exige qu'on fasse une distinction, comme en anglais. *Bone and Joint Canada* sera donc désormais appelé « Santé des os et des articulations Canada » en français.
