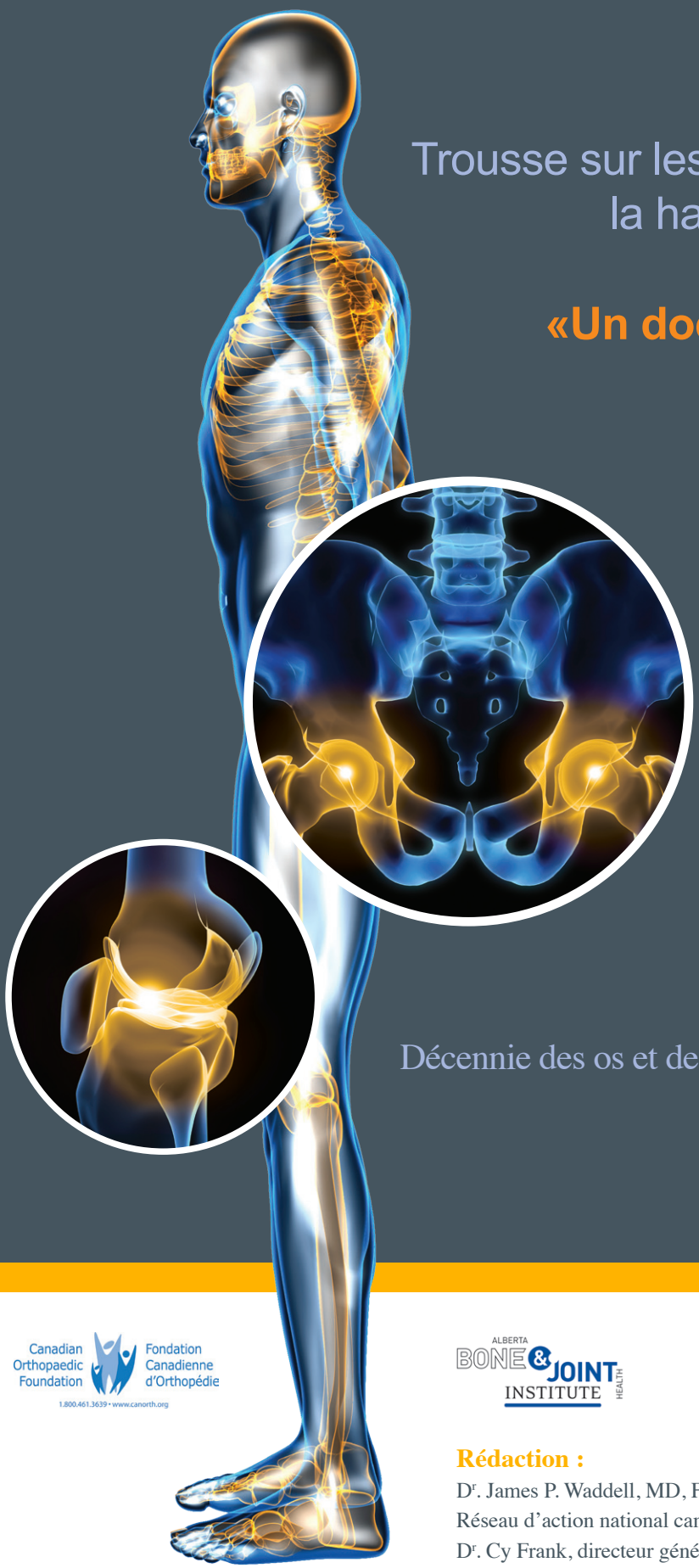
Trousse sur les arthroplasties de la hanche et du genou

«Un document évolutif»



Décennie des os et des articulations au Canada

Mise à jour le 31 mars 2011

Canadian Orthopaedic Foundation
Fondation Canadienne d'Orthopédie
1.800.461.3639 • www.canorth.org

Alberta Bone & Joint Health Institute

Bone and Joint Decade Canada
It's Your "Move"...
It's Your "Choice"

The Bone and Joint Decade 2000 - 2010 • Joint Motion

Rédaction :

Dr. James P. Waddell, MD, FRCSC, coordonnateur,
Réseau d'action national canadien de la Décennie des os et des articulations,
Dr. Cy Frank, directeur général, Alberta Bone and Joint Health Institute

REMERCIEMENTS

Les auteurs du présent rapport souhaitent remercier les membres du Comité directeur, les représentants provinciaux, ainsi que les coordonnateurs et les membres des différents groupes de travail qui ont participé à sa rédaction.

La présente trousse a été rendue possible par la contribution financière des organismes suivants :

- Santé Canada
- Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IALA), Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Ainsi que par la contribution en nature des organismes suivants :

- Association Canadienne d'Orthopédie
- La Société d'arthrite

Les points de vue exprimés dans le présent document ne représentent pas nécessairement ceux des contributeurs au projet.

Auteurs :

Introduction, conclusion et révision générale :

Mme Rhona McGlasson, B.Sc.(physio.), MBA, Décennie des os et des articulations au Canada

Mme Hazel Wood, B.Sc.(ergo.), MBA, Décennie des os et des articulations au Canada

Section sur les temps d'attente :

Mme Sherry Weaver, aspirante au doctorat, génie mécanique et industriel, Université de Toronto

Section sur les soins préopératoires :

Mme Rhona McGlasson, B.Sc.(physio.), MBA, directrice de projet, Bone and Joint Health Network

Section sur les soins chirurgicaux :

Mme Cindy Roberts, B.G.Sc., directrice de programme, programme OASIS (OsteoArthritis Service Integration System), Vancouver Coastal Health

Section sur les soins postopératoires :

Mme Michelle Morrison, inf. aut., B.Sc.Inf., gestionnaire de projets en orthopédie, Capital Health

Section sur les évaluations :

Mme Kathy Gooch, B.Sc., M.Sc.appl. (épid.), conseillère, Alberta Bone and Joint Health Institute (ABJHI)

Section sur la modélisation :

M. Michael Carter, Ph.D., professeur et directeur, Centre for Research in Healthcare Engineering, Université de Toronto

M. Matthew Nelson, M.Sc., Centre for Research in Healthcare Engineering, Université de Toronto

Mme Sonia Vanderby, Ph.D., chercheure en santé

Mme Sherry Weaver, aspirante au doctorat, génie mécanique et industriel, Université de Toronto

Contributions provinciales et rétroaction supplémentaire :

Gouvernement de la Colombie-Britannique :

Mme Munjeet Bhalla, directrice, direction des soins aigus et de la reddition de comptes en matière de rendement, division des autorités sanitaires, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Mme Karen Fettes, gestionnaire de projet, direction des soins aigus et de la reddition de comptes en matière de rendement, division des autorités sanitaires, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Gouvernement de l'Alberta :

Mme Tracy Wasylak, vice-présidente, South Health Campus, Alberta Health Services, autorité sanitaire de Calgary

Mme Joanne O'Gorman, agente du réseau clinique, Alberta Health Services – Région d'Edmonton

Gouvernement de la Saskatchewan :

Mme Gwendolyn Friedrich, directrice de la recherche et de la conception de plans de soins cliniques, ministère de la Santé de la Saskatchewan

Table des matières

SOMMAIRE 5
CONTEXTE 6
PRINCIPES ET OBJET DE LA TROUSSE 7
Principes directeurs 7
CONCEPTION DE LA TROUSSE 8
Contexte 8
Gestion clinique 8
Autre 8
STRATÉGIES PROVINCIALES 9
Aperçu 9
Évaluation des listes d'attente et temps d'attente 9
Taux d'intervention chirurgicale 12
Nombre d'orthopédistes par habitants 12
Durée moyenne des hospitalisations 12
Leadership et gouvernance des provinces 12
Activités provinciales 12
Autres stratégies 13
MODÈLE NATIONAL DE SOINS 14
La hanche par rapport au genou 14
GESTION DES TEMPS D'ATTENTE 15
Aperçu 16
Gestion systémique des temps d'attente 16
Outils de gestion des temps d'attente 17
Évaluation des temps d'attente 17
Outils d'évaluation des temps d'attente 18
Reddition de comptes relativement aux temps d'attente 18
Cibles en matière de temps d'attente 18
Sommaire 18
SOINS PRÉOPÉRATOIRES 19
Aperçu 19
Pratiques de gestion des aiguillages 20
Évaluation et triage 21
Communications avec les fournisseurs de soins primaires 23
Préparation à la chirurgie et soins postopératoires 23
Optimisation de la santé du patient avant la chirurgie 24
Sensibilisation 25
Sommaire 27
SOINS CHIRURGICAUX 28
Aperçu 29
Préparation médicale à la chirurgie 29
Horaires de la salle d'opération 30
Admission en chirurgie 31
Salle d'opération 31
Unité de soins postanesthésiques 33
Service de stérilisation 33
Sommaire 34

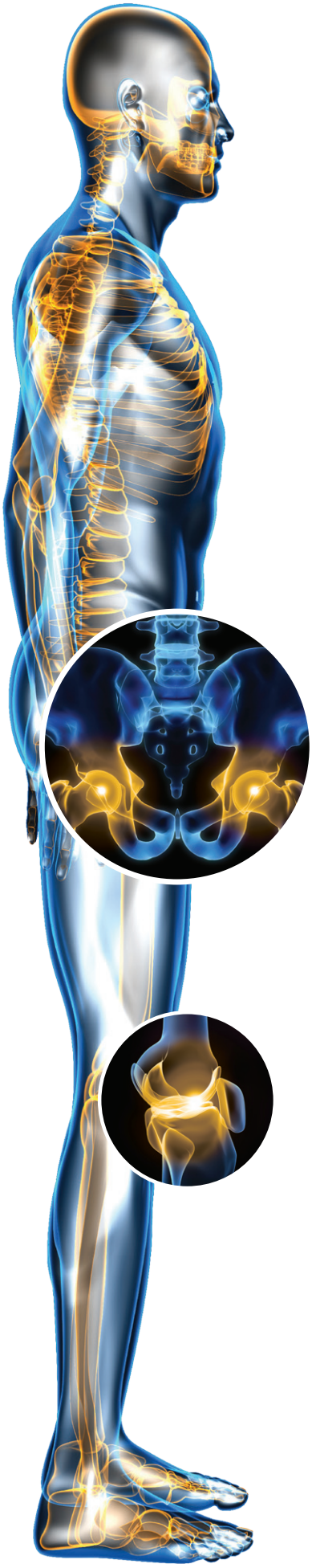
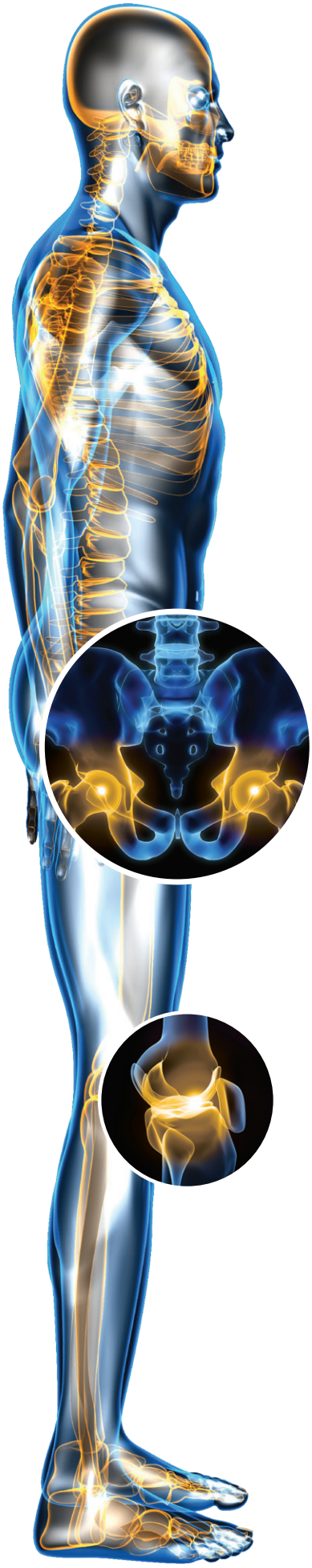


Table des matières

SOINS POSTOPÉRATOIRES 35
Aperçu 35
Soins aigus postopératoires 35
Réadaptation. 37
Suivi après l'obtention du congé des soins aigus. 38
Sommaire 39
ÉVALUATION 40
Établissement des indicateurs de rendement clés 40
Aperçu 41
Indicateurs de rendement clés – Soins préopératoires 41
Indicateurs de rendement clés – Soins chirurgicaux et hospitaliers 42
Indicateurs de rendement clés – Après l'obtention du congé. 43
MISE EN ŒUVRE 45
Aperçu 45
Définition des besoins en matière d'arthroplasties de la hanche et du genou 46
Établissement des endroits où il y a un programme fonctionnel et étude de ce programme 46
Description du cheminement du patient sous forme de modèle théorique avant le lancement du programme 46
Processus décisionnel englobant tous les intervenants 46
Établissement d'un cadre de reddition de comptes 46
Modification des pratiques grâce à un protocole normalisé de gestion du changement 46
Sommaire 46
MODÉLISATION DE LA RECHERCHE SUR LA CAPACITÉ ET LE FONCTIONNEMENT DES SYSTÈMES 47
Plans de soins 47
Modélisation des ressources humaines en santé – Orthopédistes 48
Modèle de soins préopératoires généralisé 48
Modélisation Monte-Carlo – Planification du nombre de lits 49
Sommaire 50
SOMMAIRE 51

Liste des figures et tableaux

Figure 1: Pourcentage de patients ayant reçu des soins dans le délai de référence en 2010 10
Figure 2: Provinces réalisant au moins 90 % des interventions dans les délais de référence, 2010. 10
Figure 3: Provinces réalisant au moins 75 % des interventions dans les délais de référence, 2010. 11
Figure 4: Tendances liées à la proportion de patients subissant une arthroplastie dans le délai de référence, de 2008 à 2010 11
Figure 5: Tendances relatives aux temps d'attente pour une arthroplastie, de 2008 à 2010 11
Figure 6: Modèle national de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou. 14
Tableau 1: Volets de la qualité des soins en Alberta 40



1. Sommaire

La Décennie des os et des articulations (DOA) au Canada a lancé le mandat de faciliter l'accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles de l'appareil locomoteur. La DOA au Canada a en effet cerné un besoin précis, soit concevoir et mettre en œuvre une stratégie relative aux temps d'attente afin d'améliorer l'accès aux arthroplasties primaires de la hanche et du genou. La DOA au Canada a entrepris la conception et la promotion d'un continuum de soins uniforme pour les personnes subissant une arthroplastie de la hanche ou du genou, continuum devant entraîner une amélioration durable de l'accès aux soins de même que de leur qualité et de leur efficacité.

On a conçu et mis en œuvre un peu partout au pays un certain nombre de programmes fructueux pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou; il est cependant manifeste que chaque province n'en était pas au même stade dans sa compréhension des questions associées aux temps d'attente pour ces interventions ainsi que dans sa capacité à mettre en œuvre de manière efficace une stratégie de gestion des temps d'attente. On a reconnu la nécessité de mieux coordonner les différents systèmes, d'uniformiser davantage les soins, d'accroître la satisfaction des patients et d'améliorer le rapport coûts-avantages. Ainsi, la DOA au Canada a créé le National Hip and Knee Knowledge Translation Network, dont le principal objectif est d'améliorer l'accès aux arthroplasties de la hanche et du genou partout au pays. La DOA au Canada y est parvenue en ralliant un consensus sur les éléments clés d'un modèle national de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou, et en compilant et intégrant diverses ressources conçues partout au pays dans une trousse nationale visant ces interventions. Le soutien et la participation des organismes provinciaux dans l'échange des outils cliniques et connaissances se sont avérés un facteur primordial dans l'élaboration de la présente trousse. On prévoit que cette trousse aidera les provinces à concevoir et mettre en œuvre le modèle national de soins.

La trousse a été conçue afin de communiquer les processus et ressources dont peuvent se servir les administrateurs en santé et le personnel clinique qui souhaitent améliorer l'accès des patients aux arthroplasties primaires de la hanche et du genou. Elle a pour ambition de servir de guide et de référence dans l'élaboration d'un modèle national de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou. Il faudra approfondir la recherche afin d'établir une norme d'excellence dans les soins.

La trousse contient les éléments recommandés dans le modèle national de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou ainsi que diverses ressources traitant des questions suivantes :

- Temps d'attente
- Soins préopératoires
- Soins chirurgicaux
- Soins postopératoires
- Évaluation
- Mise en œuvre

La trousse est complétée par un dossier de ressources que l'on trouve sur le site Web de la DOA au Canada, à *www.boneandjointcanada.com* (en anglais seulement). Le dossier de ressources fournit des modèles visant à faciliter la création de programmes cliniques qui pourraient bénéficier des travaux déjà en cours partout au Canada. On a choisi d'inclure tous les outils pertinents cernés par les différents intervenants ayant pris part à ce projet, peu importe qu'ils soient appuyés par des données probantes ou non, car de nombreux outils pertinents sur le plan clinique sont actuellement utilisés dans les provinces et présentent une validité apparente de même qu'une application pratique appropriées. Dans le dossier de ressources, les outils ont été organisés en fonction des catégories suivantes : soins préopératoires, soins chirurgicaux, soins postopératoires et évaluations. Il faudra approfondir la recherche afin d'établir une norme d'excellence dans les soins.

2. Contexte

La présente trousse est une initiative de la Décennie des os et des articulations au Canada, elle-même issue de la Décennie des os et des articulations (DOA). La DOA a été créée par un groupe international de professionnels de la santé dans le but d'aborder les répercussions des troubles des os et articulations sur la société, le système de santé et les personnes.

Au Canada, dans le cadre de la Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé de 2004, les premiers ministres se sont engagés à réduire substantiellement les temps d'attente dans cinq domaines prioritaires, soit le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue. On a conséquemment mis en œuvre des stratégies dans chaque province dans le but d'améliorer l'accès à diverses procédures de diagnostic et interventions, y compris les arthroplasties primaires de la hanche et du genou, de même que de réduire les temps d'attente connexes.

De son côté, l'Alliance pour le programme canadien de l'arthrite (APCA), dans un rapport de 2006 issu du Colloque sur les normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite, proposait 12 normes connexes.[1] La norme qui porte sur l'accès aux arthroplasties de la hanche et du genou pour les personnes atteintes d'arthrite stipule que : « Les Canadiens qui ont besoin d'une chirurgie particulière ne devraient jamais avoir à attendre plus de six mois à partir du moment où la décision d'opérer est prise par le patient et son médecin. »

Cette norme vient appuyer une des priorités de la DOA au Canada, soit concevoir et mettre en œuvre une stratégie relative aux temps d'attente afin d'améliorer l'accès aux arthroplasties de la hanche et du genou. Les données sur les soins de santé appuient également la nécessité d'améliorer l'accès aux chirurgies. « Au cours des deux dernières décennies, les taux normalisés selon l'âge des arthroplasties totales de la hanche et du genou ont augmenté. En Ontario, le taux d'arthroplasties totales de la hanche est en effet passé de 48,5 femmes par 100 000 habitants en 1981-1982 à 97,8 en 2001-2002, tandis que chez les hommes, il passait de 33,9 à 68,8 au cours de la même période. Pour ce qui est du taux d'arthroplasties totales du genou, il est passé de 7,8 femmes par 100 000 habitants en 1981-1982 à 130,7 en 2001-2002, et de 8,1 à 84,3 chez les hommes.[2] En 2004, un certain nombre de provinces rapportaient des temps d'attente supérieurs à deux ans pour les arthroplasties. Les personnes atteintes d'arthrite étaient les plus touchées par cette attente prolongée.

Grâce aux fonds obtenus de Santé Canada[3], on a conçu la Trousse sur les arthroplasties de la hanche et du genou – Un document évolutif en 2009. Santé Canada a aussi fourni des fonds[4] pour soutenir la phase IV de l'initiative, soit sa mise en œuvre. Partout au pays de 2009 à 2011, on a déployé diverses initiatives visant l'amélioration de l'accès et des soins pour les patients subissant une arthroplastie de la hanche ou du genou. En 2011, on a mis à jour la trousse afin d'y inclure les leçons tirées de ces initiatives.

[1] *APCA, L'arthrite, c'est peu de chose…tant qu'on n'en souffre pas. Demandez à quatre millions de Canadiens, rapport tiré du Colloque sur les normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite, février 2006. Internet : www.arthritisalliance.ca.*

[2] *E. Badley et R. Glazier, Arthritis and related conditions in Ontario, Research Atlas, Institute for Clinical Evaluative Sciences, septembre 2004.*

[3] *Santé Canada, Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé (PCPSS) – Initiative nationale relative aux temps d'attente.*

[4] *Santé Canada, Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé (PCPSS) – Stratégie en matière de ressources humaines en santé.*

3. Principes et objet de la trousse

La présente trousse vise à améliorer l'accès et les soins pour les patients subissant une arthroplastie primaire de la hanche ou du genou et à fournir des renseignements sur les pratiques cliniques et opérationnelles exemplaires au pays. La trousse définit le cheminement des patients dans le continuum de soins selon le modèle national de soins pour les arthroplasties de la hanche et du genou, en plus de fournir des renseignements sur les pratiques exemplaires dans les soins préopératoires, chirurgicaux et postopératoires.

La trousse a été conçue afin de communiquer les processus et ressources dont peuvent se servir les administrateurs en santé et le personnel clinique qui souhaitent améliorer les soins et de fournir un cadre aux hôpitaux, régions et gouvernements pour les aspects cliniques et opérationnels associés à l'offre de la meilleure expérience de soins possible aux patients. La trousse fournit un aperçu des outils de modélisation de l'affectation des ressources, mais aucune directive relativement au financement (y compris les coûts et l'affectation des ressources) et à la mise en œuvre du modèle. Ces questions ont été référées aux autorités sanitaires et gouvernements provinciaux concernés. Toutefois, puisque les ressources, humaines et financières, varient d'un bout à l'autre du pays, la trousse propose un cadre général et assez souple pour être mis en œuvre à de multiples endroits selon les ressources disponibles.

PRINCIPES DIRECTEURS

On a procédé à l'élaboration de la trousse en fonction des dix règles de la réforme des soins de santé américaine[5], soit :

- Les soins doivent être fondés sur des relations curatives continues
- Les soins doivent être adaptés aux besoins et valeurs du patient
- Le patient doit être la source de contrôle
- Les connaissances doivent être partagées, et l'information circuler librement
- Les décisions doivent être fondées sur des données probantes
- La sécurité doit être inhérente au système
- La transparence est nécessaire
- Les besoins doivent être anticipés
- Les pertes doivent être constamment réduites
- La collaboration entre cliniciens doit être une priorité

Le Comité directeur et les coordonnateurs ont cerné les principes suivants :

- Le modèle doit être conçu en fonction de l'expérience du patient, y compris la présomption que le patient prend une part active dans ses soins et l'autogestion.
- Le modèle doit inclure la perspective d'un large éventail d'intervenants de tout le pays, y compris des patients, orthopédistes, fournisseurs de soins primaires et de réadaptation, anesthésistes, personnel infirmier, autorités sanitaires et fonctionnaires. Il reflète donc la diversité des pratiques et champs d'activité des professionnels de la santé. Le modèle respecte les liens des professionnels au sein du milieu des soins.
- Le modèle doit être associé à des stratégies visant des maladies chroniques (comme l'arthrite), ce qui permet d'aborder les questions plus globales de prévention et des aspects du suivi.
- Le modèle doit être fondé sur l'hypothèse que des évaluations continues sont nécessaires pour stimuler les améliorations et gains au sein du système. La trousse doit contenir les indicateurs recommandés dans l'évaluation du continuum de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou.

[5] *« Appendix B – 10 Rules for Health Care Reform, 28 Focus Areas of Health People 2010 and PEW Taskforce Recommendations », dans White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy, mars 2002, p. 169-170. Internet : www.whccamp.hhs.gov/pdfs/fr2002_appendix_b.pdf (accédé le 26 mars 2009).*

4. Conception de la trousse

Cette trousse est un document évolutif qui est mis à jour au fil de l'acquisition des renseignements et de l'expérience dans la gestion des arthroplasties primaires de la hanche et du genou. Elle est fondée sur l'examen des revues de langue anglaise en médecine humaine publiées de 2004 à 2011 et fait l'objet d'un consensus clinique informel.

La trousse comprend un dossier de ressources qui permet la diffusion de matériel et de ressources qui ne sont pas publiés, comme des documents opérationnels (p. ex. formulaires types, matériel éducatif, plans de soins et indicateurs de rendement). Tous les professionnels de la santé canadiens peuvent accéder à ce dossier de ressources en ligne, à partir du site Web de la DOA au Canada, à ***www.boneandjointcanada.com*** (en anglais seulement). Le dossier de ressources fournit des documents visant à faciliter la création de programmes cliniques en donnant accès aux travaux déjà en cours partout au Canada. Toutefois, vu le manque de données probantes, la DOA au Canada n'approuve pas nécessairement les différents documents proposés dans ce dossier. Elle souhaite strictement rendre ce contenu accessible à des fins d'examen par les organismes concernés.

Les sections suivantes figurent dans la trousse :

CONTEXTE

Stratégies provinciales : Grâce à cette section, le lecteur pourra trouver des collectivités disposant de statistiques semblables aux siennes, ce qui pourrait jouer un rôle important dans l'établissement de solutions convenant au contexte local. Le survol effectué a mis en évidence les écarts dans les temps d'attente et processus de collecte à l'échelle nationale, ce qui renforce la nécessité d'une telle trousse et d'un ensemble minimal de données pour le Canada.

Modèle national de soins : Cette section donne un aperçu du modèle et cerne clairement l'approche à adopter par rapport au continuum de soins pour répondre aux besoins des patients.

Temps d'attente : Dans cette section, on trouve des lignes directrices pour la conception d'un système permettant de gérer les aiguillages, d'évaluer les temps d'attente et de veiller à ce que les renseignements soient accessibles aux divers intervenants.

GESTION CLINIQUE

Soins préopératoires : Cette section fournit des recommandations, ressources et outils quant aux éléments essentiels des soins globaux offerts au patient avant une arthroplastie primaire de la hanche ou du genou.

Soins chirurgicaux : Dans cette section, on met l'accent sur les processus et procédures pour veiller à ce que l'arthroplastie primaire de la hanche ou du genou se fasse de façon efficace, rentable et sûre pour le patient.

Soins postopératoires : On trouve dans cette section des recommandations, ressources et outils relatifs aux soins immédiatement après la chirurgie et pendant la réadaptation, que ce soit en milieu hospitalier ou par l'intermédiaire de ressources en consultation externe ou communautaires.

Évaluations : Cette section présente les principaux indicateurs de rendement recommandés pour chacune des catégories du modèle national de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou (soins préopératoires, soins chirurgicaux et soins postopératoires).

AUTRE

Mise en œuvre : Cette section vise à encadrer la conception d'un plan de gestion du changement définissant la pratique clinique, intégrant de la rétroaction de tous les intervenants et permettant de gérer l'évolution du patient dans tout le continuum de soins tout en maximisant l'apprentissage par le transfert de connaissances.

5. Stratégies provinciales

Les arthroplasties primaires de la hanche et du genou constituent un fardeau financier important pour le système de santé et nécessitent surveillance et planification par l'intermédiaire des gouvernements provinciaux. Les stratégies provinciales relatives aux arthroplasties primaires de la hanche et du genou varient de façon importante à l'échelle nationale. Cet écart est constaté dans les stratégies de gestion des temps d'attente, les taux d'intervention chirurgicale ainsi que le nombre d'orthopédistes par habitants et la durée des hospitalisations. Puisque ce sont les gouvernements provinciaux qui assurent le financement du système, ils sont à même d'établir la capacité nécessaire pour répondre à la demande provinciale.

La présente section fournit un aperçu des stratégies provinciales actuellement utilisées pour gérer les temps d'attente et améliorer l'accès aux arthroplasties primaires de la hanche et du genou. Elle fournit de plus des renseignements sur le nombre d'orthopédistes par habitants, les taux d'intervention chirurgicale pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou, la durée moyenne des hospitalisations à la suite de ces chirurgies et les organes de surveillance.

APERÇU

Stratégies provinciales : Arthroplasties primaires de la hanche et du genou

L'élaboration de la présente trousse tient compte du travail effectué dans les provinces depuis le début du mandat lié à la stratégie relative aux temps d'attente. En 2006, l'Alberta a lancé un essai clinique comparatif sur échantillon aléatoire qui a permis d'établir que, pour être efficace, un programme devait prendre en considération des processus coordonnés d'admission, une gestion préopératoire des patients et une meilleure coordination des soins postopératoires. Par l'intermédiaire de l'OsteoArthritis Service Integration System (système d'intégration des services pour l'arthrose), on a démontré en Colombie-Britannique qu'un centre d'excellence peut fournir des soins de manière rentable. En Ontario, on a entamé en 2006 le déploiement d'une stratégie provinciale comprenant entre autres un système central d'admission, le recours à des physiothérapeutes en soins avancés et la rationalisation des processus dans tout le continuum de soins, ce qui s'est traduit par des économies et l'uniformisation des soins. En 2007-2008, la DOA au Canada a collaboré avec une équipe de Halifax pour mettre en œuvre un système central d'admission. Dès 2010, un système central d'admission et d'autres aspects du modèle national étaient en place dans diverses régions de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario, ainsi quepartout en Nouvelle-Écosse.

Au cours du processus de mise en œuvre en 2010-2011, Terre-Neuve-et-Labrador de même que l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba et le Québec ont utilisé la trousse et des ressources connexes pour mettre en œuvre des composantes clés du modèle de soins, et ce, avec beaucoup de succès. La Nouvelle-Écosse a quant à elle étendu l'application du modèle à l'ensemble de la province.

Le travail s'est poursuivi en Colombie-Britannique, où on a procédé à une analyse officielle des disparités, alors qu'on développait en Alberta un processus de gestion du changement appelé Projet d'amélioration transformationnelle. De même, en Saskatchewan, on a œuvré à l'inclusion des médecins de famille au processus et élaboré des modèles mathématiques applicables aux processus du bloc opératoire. Ces documents et outils servent à rehausser les améliorations apportées aux systèmes locaux dans les provinces et à concevoir d'autres outils qui peuvent permettre le perfectionnement d'autres programmes ailleurs au pays.

ÉVALUATION DES LISTES D'ATTENTE ET TEMPS D'ATTENTE

Chaque province a mis en œuvre un système de coordination des listes d'attente et un registre des temps d'attente afin de surveiller les temps et listes d'attente pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou. Ces registres contribuent à produire des rapports détaillés sur les temps d'attente par province, autorité sanitaire et établissement. Dans certaines provinces, les données sont également fournies par procédure et, dans de rares cas, par médecin.

La collecte de données est un élément essentiel à la gestion des temps d'attente, car elle permet de déterminer le *nombre* de personnes en attente d'une arthroplastie de

la hanche ou du genou ainsi que la durée réelle de l'attente. L'utilisation d'indicateurs semblables pour l'évaluation des temps d'attente est importante si l'on veut comparer l'accès aux soins de santé dans les différentes provinces. La majorité des provinces définissent le début de l'attente comme le moment où on prend la décision de traiter le patient (le patient et l'orthopédiste conviennent de procéder à une arthroplastie de la hanche ou du genou), et la fin de l'attente comme le moment où le patient entre en chirurgie. On a travaillé dur ces dernières années à l'uniformisation des rapports sur les temps d'attente entre les provinces et territoires; cela dit, on recommande de tenir compte du début et de la fin de l'attente quand on procède à une comparaison interprovinciale.

À la Rencontre des premiers ministres, on a convenu d'assurer la reddition de comptes par les provinces grâce à la présentation de rapports publics. Actuellement, toutes les provinces utilisent des points de repère établis fondés sur des données probantes dans leurs rapports sur les temps d'attente. Dans le cas des arthroplasties primaires de la hanche et du genou, le point de repère est de 6 mois, 26 semaines ou 182 jours. La fréquence de la présentation des rapports sur les temps d'attente peut être trimestrielle, semestrielle ou annuelle. On compte quelques méthodes atypiques de présentation de rapports sur les temps d'attente, comme un délai de 90 jours avant une date préétablie et de 3 mois après une date préétablie.

Les mesures agrégées décrivant les listes et temps d'attente varient considérablement entre les provinces. En général, toutes les provinces rapportent leurs volumes de chirurgies (nombre de patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou). On rapporte aussi le nombre de personnes en attente d'une chirurgie. Ces paramètres diffèrent selon les provinces. Dans certaines, on rapporte le nombre total de patients en attente, ou encore le nombre ou pourcentage de personnes en attente en fonction du point de repère établi. De plus, d'autres compétences rapportent les statistiques sur les temps d'attente sous forme de médianes, moyennes et percentiles, entre autres.

Dans le rapport de 2011 de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)[6], les comparaisons provinciales ont été faites en fonction de trois indicateurs, soit : médiane, 90e percentile et pourcentage de patients recevant des soins conformément aux points de repère. Les auteurs du rapport soulignent que des variations importantes demeurent dans la façon dont les provinces assurent le suivi des temps d'attente et en font le rapport, mais que « les provinces ont convenu de remanier et de faire évoluer leurs registres des temps d'attente de manière à viser la conformité aux définitions communes des indicateurs ».

L'ICIS rapporte que la « proportion de patients subissant une chirurgie dans le délai recommandé variait de 57 à 91 % pour les arthroplasties de la hanche [et] de 42 à 89 % pour les arthroplasties du genou […]. Cela dit, le pourcentage des patients subissant une arthroplastie de la hanche ou une chirurgie de la cataracte dans le délai de référence a augmenté dans certaines provinces au cours des trois dernières années […]. Dans sept provinces, moins des trois quarts des patients ont subi une arthroplastie du genou dans le délai de 182 jours (délai de référence). Sur une période de trois ans, sept provinces sur neuf n'ont affiché aucun changement ou ont enregistré une diminution du pourcentage de patients ayant subi une arthroplastie du genou dans le délai de référence. »

Figure 1 : Pourcentage de patients ayant reçu des soins dans le délai de référence en 2010

	PROVINCES†									
	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PEI	NL
Arthroplasties de la hanche 84%	85%	78%	69%	63%	91%	88%	79%	57%	90%	75%
Arthroplasties du genou 79%	76%	69%	60%	57%	89%	83%	67%	42%	73%	67%

**ICIS, Les temps d'attente au Canada – une comparaison par province, 2011, figure 1, page 6.*
†AB = Alberta; BC = Colombie-Britannique; MB = Manitoba; NB = Nouveau-Brunswick; NL = Terre-Neuve-et-Labrador; NS = Nouvelle-Écosse; ON = Ontario; PEI = Île-du-Prince-Édouard; QC = Québec; et SK = Saskatchewan.

[6] *ICIS, Les temps d'attente au Canada – une comparaison par province, 2011. Internet : www.icis.ca.*

Figure 2 : Provinces réalisant au moins 90 % des interventions dans les délais de référence, 2010

	PROVINCES†									
	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PEI	NL
Arthroplasties de la hanche	X	X	X	X	√	X	X	X	√	X
Arthroplasties du genou	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**ICIS, Les temps d'attente au Canada – une comparaison par province, 2011, figure 2, page 8.*
†AB = Alberta; BC = Colombie-Britannique; MB = Manitoba; NB = Nouveau-Brunswick; NL = Terre-Neuve-et-Labrador; NS = Nouvelle-Écosse; ON = Ontario; PEI = Île-du-Prince-Édouard; QC = Québec; et SK = Saskatchewan.

Figure 3 : Provinces réalisant au moins 75 % des interventions dans les délais de référence, 2010

	PROVINCES†									
	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PEI	NL
Arthroplasties de la hanche	√	√	X	X	√	√	√	X	√	√
Arthroplasties du genou	√	X	X	X	√	√	X	X	X	X

**ICIS, Les temps d'attente au Canada – une comparaison par province, 2011, figure 3, page 9.*
†AB = Alberta; BC = Colombie-Britannique; MB = Manitoba; NB = Nouveau-Brunswick; NL = Terre-Neuve-et-Labrador; NS = Nouvelle-Écosse; ON = Ontario; PEI = Île-du-Prince-Édouard; QC = Québec; et SK = Saskatchewan.

Figure 4 : Tendances liées à la proportion de patients subissant une arthroplastie dans le délai de référence, de 2008 à 2010

	PROVINCES†									
	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PEI	NL
Arthroplasties de la hanche	—	—	↑	↓	*—	*—	↑	↑	*↑	S.O.
Arthroplasties du genou	—	—	↑	↓	—	—	↑	—	—	S.O.

**ICIS, Les temps d'attente au Canada – une comparaison par province, 2011, tableau 1, page 11.*
† AB = Alberta; BC = Colombie-Britannique; MB = Manitoba; NB = Nouveau-Brunswick; NL = Terre-Neuve-et-Labrador; NS = Nouvelle-Écosse; ON = Ontario; PEI = Île-du-Prince-Édouard; QC = Québec; et SK = Saskatchewan.
↑ : Augmentation d'au moins 10 points de pourcentage de patients recevant des soins dans le délai de référence.
↓ : Diminution d'au moins 10 points de pourcentage de patients recevant des soins dans le délai de référence.
**: A atteint le seuil de 90 % des interventions réalisées dans le délai de référence ou plus.*
— : Aucun changement dans le pourcentage de patients ayant reçu des soins dans le délai de référence.
S.O.: Les tendances n'ont pas pu être établies en raison de changements dans la déclaration des données depuis 2008.

Figure 5 : Tendances relatives aux temps d'attente pour une arthroplastie, de 2008 à 2010

	PROVINCES†									
	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PEI	NL
Arthroplasties de la hanche 50e percentile	↑	—	↓	↑	—	—	↓	↓	↓	S.O.
Arthroplasties de la hanche 90e percentile	↓	—	↓	↑	—	↑	↓	↓	↓	S.O.
Arthroplasties du genou 50e percentile	—	—	↓	↑	—	↑	↓	—	↑	S.O.
Arthroplasties du genou 90e percentile	↓	↑	↓	↑	↓	—	↓	↓	—	S.O.

**ICIS, Les temps d'attente au Canada – une comparaison par province, 2011, tableau A1, page 37.*
† AB = Alberta; BC = Colombie-Britannique; MB = Manitoba; NB = Nouveau-Brunswick; NL = Terre-Neuve-et-Labrador; NS = Nouvelle-Écosse; ON = Ontario; PEI = Île-du-Prince-Édouard; QC = Québec; et SK = Saskatchewan.

↓: Diminution des temps d'attente.
↑: Augmentation des temps d'attente.
—: Aucun changement dans les temps d'attente.
S.O.: Les tendances n'ont pas pu être établies en raison de changements dans la déclaration des données depuis 2008.

TAUX D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Selon les données de 2009[7] de l'ICIS, les taux normalisés selon l'âge des arthroplasties de la hanche et du genou varient à l'échelle nationale. C'est au Québec qu'on trouve le taux d'arthroplasties le plus bas (197,8 par 100 000 habitants[8]), puis en Alberta, avec 247,8 chirurgies par 100 000 habitants. En revanche, on trouve en Saskatchewan le taux d'arthroplasties le plus élevé (365,0 par 100 000 habitants), et la Nouvelle-Écosse suit avec 314,8 chirurgies par 100 000 habitants, puis l'Île-du-Prince-Édouard, avec 208,6 chirurgies par 100 000 habitants. Les autres provinces affichent un taux entre 250 et 294 chirurgies par 100 000 habitants, pour une moyenne nationale de 264,3 arthroplasties de la hanche et du genou par 100 000 habitants.[9]

NOMBRE D'ORTHOPÉDISTES PAR HABITANTS

Les écarts sont moins grands lorsqu'on compare le nombre d'orthopédistes par 100 000 habitants selon les estimations disponibles. En général, toutes les provinces comptent 3 ou 4 orthopédistes par 100 000 habitants.[10] La Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard font toutefois exception à la règle, avec respectivement 5 et 2,81 orthopédistes par 100 000 habitants. Le Comité sur les normes nationales de l'Association Canadienne d'Orthopédie (ACO) indique que l'on devrait compter au moins 4, 5 orthopédistes équivalents temps plein (ETP) par 100 000 habitants. En fonction de ce taux, seuls le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique seraient conformes aux recommandations.[11]

DURÉE MOYENNE DES HOSPITALISATIONS

En 2006-2007[12], les hospitalisations moyennes les plus longues au pays pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou étaient de 5 et 4 jours respectivement. Il s'agit d'une réduction importante de la durée des hospitalisations sur 10 ans (les hospitalisations moyennes pour les arthroplasties de la hanche et du genou sont donc passées de 8 à 5 jours et de 8 à 4 jours respectivement).

En 2010-2011, l'équipe de la DOA au Canada a travaillé en étroite collaboration avec l'ICIS afin de définir les paramètres des prochains rapports par l'intermédiaire du portail de l'ICIS. Une fois ces paramètres en place (probablement en 2011-2012), le portail fournira des données à jour pour chacune des provinces.

[7]Données obtenues directement de l'ICIS.

[8]Taux établis en fonction des populations provinciales fournies par Statistique Canada, no 91-215-X au catalogue, Tableau 2.1-1 – Estimations annuelles de la population selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, perspective provinciale – Canada.

[9]Il faut noter que les gouvernements provinciaux, tels que celui de la Saskatchewan, qui travaillent activement à la mise en œuvre de processus de réduction des longs retards pour les arthroplasties de la hanche et du genou vont procéder à un nombre croissant de chirurgies par 100 000 habitants.

[10]Taux établis en fonction des populations provinciales fournies par Statistique Canada, no 91-215-X au catalogue, Tableau 2.1-1 – Estimations annuelles de la population selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, perspective provinciale – Canada.

[11]Données fondées sur les enquêtes effectuées pour le présent rapport – il s'agit d'estimations.

[12]Rapport annuel 2008-2009 du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA).

Actuellement, l'Estimateur des coûts par patient de l'ICIS fournit des données sur la durée des hospitalisations; il suffit de choisir le groupe de maladies analogues (GMA) 320 pour les données relatives aux hanches, et 321 pour celles liées aux genoux.[13]

LEADERSHIP ET GOUVERNANCE DES PROVINCES

On a procédé à des changements importants dans chacune des provinces, ce qui a amélioré l'accès aux arthroplasties primaires de la hanche et du genou. Pour parvenir à de telles réussites, les provinces ont mis en place une structure de gouvernance optimisant le leadership des responsables cliniques et administratifs au sein de leurs collectivités. Les mandats et l'adhésion à ces structures de gouvernance varient selon les activités à réaliser. Cela dit, elles incluent les orthopédistes, le personnel clinique, les responsables administratifs et les représentants gouvernementaux. On a aussi eu recours à des groupes de travail pour cerner et mettre en œuvre des changements cliniques précis.

ACTIVITÉS PROVINCIALES

Pour maximiser l'accès aux arthroplasties primaires de la hanche et du genou, il faut une approche tenant compte du volume de patients et des ressources disponibles, ce qui veut aussi dire qu'on doit veiller à la disponibilité des ressources pour le traitement des autres troubles de l'appareil locomoteur. Les projets suivants ont été mis en œuvre pour traiter ces questions; dans le cadre de ces projets, on a eu recours à la modélisation et à l'analyse de sorte à assurer un accès équitable aux soins.

COLOMBIE-BRITANNIQUE : Modèle de soins pour les troubles de l'appareil locomoteur

Les autorités sanitaires en Colombie-Britannique ont mené une analyse des disparités afin d'établir les écarts dans les soins de l'appareil locomoteur fournis en Colombie-Britannique, à l'aide d'un modèle de soins intégré conçu par le Provincial Musculoskeletal Advisory Group (PMAG), un groupe consultatif provincial en matière de troubles de l'appareil locomoteur. Ce modèle englobait tout le cheminement du patient, de la présentation à son retour à la mobilité, en passant par le traitement, ainsi que le suivi constant de son état; on veille ainsi à gérer les difficultés associées à la prestation des soins et à une population souvent fragile. Le modèle a été déployé dans cinq autorités régionales couvrant toute la province.

Ce modèle a été testé selon quatre scénarios : arthroplastie de la hanche, douleurs chroniques au genou, réparation d'une fracture de la hanche et réparation de la coiffe des rotateurs. Parmi les participants aux visites dans les établissements régionaux, mentionnons des physiothérapeutes, des physiatres, des ergothérapeutes, des nutritionnistes, des orthopédistes et des infirmières, de même que les représentants d'administrations hospitalières et communautaires. Les participants ont cerné toute disparité dans les soins par rapport au modèle. Une fois toutes les séances régionales terminées, on a regroupé les disparités sous différents thèmes provinciaux pour faciliter les discussions et la formulation de recommandations par un groupe de discussion provincial.

Alberta : Gestion du changement

L'Alberta Bone and Joint Clinical Network (BJCN), avec le soutien de l'Alberta Bone and Joint Health Institute (ABJHI), a approuvé un plan de soins normalisé et fondé sur des données probantes pour les arthroplasties de la hanche et du genou. La mise en œuvre du plan de soins a entraîné une diminution de la durée des hospitalisations pour les arthroplasties de la hanche et du genou par la réduction des variations dans la pratique et l'élimination des inefficacités. Le plan de soins intégré est soutenu par un cadre permettant d'évaluer les résultats par rapport aux points de repère provinciaux à l'aide des indicateurs de rendement clés (IRC) pour la qualité et l'efficacité. Le BJCN a approuvé ce cadre d'évaluation, qui sert maintenant à rapporter les résultats obtenus en fonction des points de repère provinciaux applicables aux temps d'attente, à la durée des hospitalisations et à d'autres IRC.

La mise en œuvre du plan de soins intégré partout en Alberta est en cours par l'intermédiaire des équipes multidisciplinaires du Projet d'amélioration transformationnelle créées dans chacun des 12 établissements effectuant des arthroplasties. Chacune a établi des cibles d'amélioration (y compris des cibles provinciales préétablies applicables à la durée des hospitalisations et aux temps d'attente) et des indicateurs locaux en matière de qualité, de sécurité des patients et d'acceptabilité. Chaque équipe a ensuite conçu et mis en œuvre un plan d'amélioration dont les résultats font l'objet d'un suivi constant d'après la méthode des cartes de pointage. Depuis le lancement du Projet, en juin 2010, tous les établissements affichent une amélioration.

On estime que le déploiement provincial du plan de soins intégré pourrait permettre une réduction d'environ 11 000 jours-lits annuellement dans les unités de soins aigus et subaigus chez les patients de moins de 80 ans. Ces ressources pourraient être réinvesties dans le système afin d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les temps d'attente pour les patients devant subir une arthroplastie de la hanche ou du genou.

[13] *Internet : http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/applicationindex/applicationindex/applications_index_main#.*

Projet relatif à l'établissement des horaires et à l'affectation du temps en salle d'opération en Saskatchewan

But du projet :

Concevoir et mettre à l'essai des modèles d'établissement des horaires et d'affectation pour les salles d'opération et concevoir une trousse pour le modèle d'affectation pour les salles d'opération détaillant toutes les étapes des processus de mise en œuvre des modèles mathématiques.

Au cours du dernier exercice, l'équipe a collaboré avec deux régions afin de mettre les modèles à l'essai, entre autres dans un contexte de pratique orthopédique régionale, où on a tenté de maximiser le cheminement chirurgical par une plus grande fluidité dans l'affectation des lits et d'autres ressources chirurgicales, grâce à une affectation plus précise des blocs chirurgicaux.

Au moyen du modèle, les régions ont constaté la meilleure façon d'allouer le temps en salle d'opération de sorte à maximiser le cheminement des patients et cerné les ressources supplémentaires nécessaires pour atteindre les cibles en matière de temps d'attente pour les chirurgies prioritaires. Tant la région que le ministère disposent ainsi des données nécessaires pour établir l'incidence de l'affectation de ressources supplémentaires, ce qui s'est traduit par l'affectation de ressources supplémentaires pour l'ajout d'un orthopédiste et d'une salle d'opération.

AUTRES STRATÉGIES

En plus des systèmes de gestion des temps et listes d'attente, on a mis en œuvre d'autres stratégies à l'échelle des provinces dans le but d'améliorer l'accès aux arthroplasties primaires de la hanche et du genou. Ces stratégies comprennent ce qui suit :

- Investissement dans les ressources humaines en santé
- Intégration de technologies et d'appareils de pointe
- Augmentation des ressources en chirurgie dans le but de renforcer la capacité de servir les patients en attente d'une arthroplastie de la hanche ou du genou

La portée du présent document exclut toutefois ces stratégies.

6. Modèle National de soins

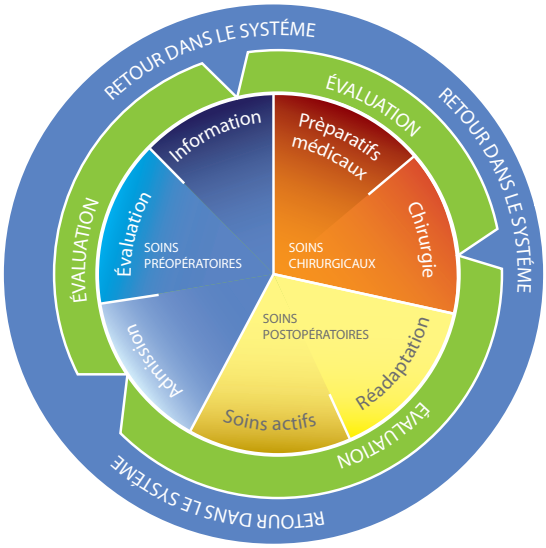
Le modèle national de soins donne un aperçu du continuum de soins qui illustre le cheminement des patients dans le système. Les secteurs de soins sont interreliés, et la gestion du cheminement des patients doit tenir compte de la mise en œuvre d'initiatives en matière de pratiques exemplaires dans chaque interaction des patients avec le système de santé. C'est particulièrement important du point de vue des renseignements transmis aux patients. Comme l'arthroplastie primaire est une procédure élective, les patients peuvent consulter un professionnel de la santé à plusieurs reprises avant de subir la chirurgie et doivent se préparer et préparer leur retour à la maison après la chirurgie. Afin que les patients soient tout à fait prêts, il est important que l'on insiste sur tous les renseignements clés et que, après la chirurgie, les protocoles dans les unités d'hospitalisation reflètent les renseignements fournis avant celle-ci, puis que l'accès à la réadaptation, plus particulièrement pour l'arthroplastie du genou, soit aussi rendu possible.

LA HANCHE PAR RAPPORT AU GENOU

Ce modèle national de soins a été conçu afin de convenir à la fois aux arthroplasties de la hanche et du genou. Bien que, du point de vue des processus, il y ait moult similitudes dans la gestion et le cheminement des patients subissant ces interventions, il y a des différences dans leur gestion clinique et, donc, dans les renseignements fournis. Les documents et les outils fournis dans le dossier de ressources sont divisés en fonction des arthroplasties de la hanche et du genou.

Figure 6 : Modèle national de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou

Modèle national de soins



7. Gestion des temps d'attente

Les techniques de gestion des temps d'attente peuvent servir à assurer l'évaluation des temps d'attente au sein de tout le système. L'ACO a déterminé que l'attente devrait durer moins de 90 jours à compter de l'aiguillage par le fournisseur de soins primaires jusqu'à la consultation avec l'orthopédiste, et 182 jours à partir du moment où le patient et l'orthopédiste conviennent de procéder à la chirurgie. Ces points de repère ont été établis dans le cadre de l'initiative de l'Alliance sur les temps d'attente, principalement par consensus. Même si la documentation contient considérablement de données probantes indiquant que l'accès en temps opportun à une arthroplastie totale permet d'améliorer les résultats pour le patient, la recherche documentée sur les temps d'attente maximums acceptables d'un point de vue purement clinique est moins abondante. L'ACO a formulé ses recommandations en fonction des politiques adoptées dans d'autres compétences (Suède, Nouvelle-Zélande, Espagne, Australie et Royaume-Uni) et du consensus atteint au sein du comité responsable. Ces points de repère relatifs aux temps d'attente sont conformes à ceux publiés dans le cadre du projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada (Western Canada Wait List Project) et tenant compte du point de vue clinique, du patient et de la population.

POINTS DE REPÈRE RELATIFS AUX TEMPS D'ATTENTE DE L'ACO, 2005

CAS PROVENANT DU SERVICE DES URGENCES	CAS URGENTS	CAS NON URGENTS
Dans les 24 heures	Dans les 30 jours (niveau 1)	Consultation : dans les 3 mois
	Dans les 90 jours (niveau 2)	Traitement : dans les 6 mois suivant la consultation

En décembre 2005, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont annoncé l'établissement de points de repère nationaux pour les arthroplasties de la hanche et du genou, soit 182 jours à compter de la décision de procéder à la chirurgie. Depuis, les provinces et territoires s'efforcent d'atteindre cette cible de 182 jours. La plupart des autorités sanitaires au pays, qu'elles soient provinciales ou régionales, ont adopté une forme ou une autre de lignes directrices ou cibles qu'elles s'efforcent de respecter. Il faut concevoir un système permettant de gérer les aiguillages au sein du système, d'évaluer les temps d'attente et de veiller à ce que les renseignements soient accessibles aux intervenants.

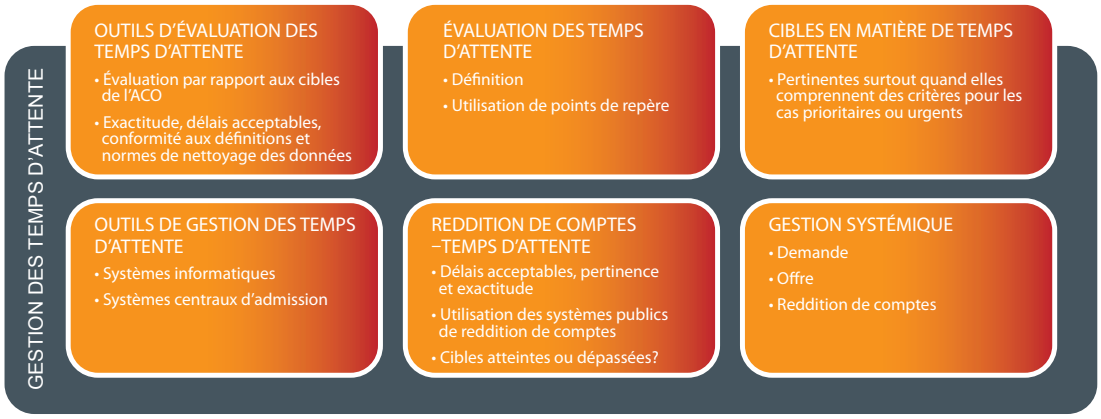
Parmi les pratiques et outils recommandés pour la gestion des temps d'attente, on trouve les suivants :

- Gestion systémique des temps d'attente
- Outils de gestion des temps d'attente
- Évaluation des temps d'attente
- Outils d'évaluation des temps d'attente
- Reddition de comptes relativement aux temps d'attente
- Cibles en matière de temps d'attente

On a effectué une analyse contextuelle des pratiques en matière de gestion des temps d'attente en 2010 afin d'établir lesquelles étaient utilisées au Canada et leur incidence perçue sur la capacité à gérer les temps d'attente.

APERÇU

Continuum de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou : Temps d'attente



GESTION SYSTÉMIQUE DES TEMPS D'ATTENTE

DEMANDE

- Le processus d'arrivée du patient doit être bien compris. Quand on utilise des moyens de prévision de la demande et tient à jour les données de façon continue et en temps utile, les décisions relatives à l'affectation des ressources peuvent être prises avant que la demande influe négativement sur les temps d'attente. L'analyse contextuelle montre que très peu d'établissements utilisent des moyens de prévision de la demande actuellement. Cela est peut-être dû au fait que l'on juge impossible dans les cliniques de modifier l'offre d'arthroplasties en réponse aux prévisions de la demande.
- On doit mener une gestion active des listes d'attente, en plus de les valider continuellement, de sorte à en retirer rapidement le nom de tout patient n'ayant plus besoin de soins et à s'assurer que les données sur les temps d'attente demeurent exactes. L'analyse contextuelle montre que la plupart des établissements procèdent actuellement à une mise à jour active de leurs listes d'attente en faisant leurs rapports sur les temps d'attente.
- Alors qu'on améliore l'offre au sein du système, il faut aussi recueillir les données appropriées relativement aux profils des patients (données épidémiologiques, niveaux d'urgence et technologies nécessaires) afin d'analyser et de comprendre la demande latente et la demande stimulée par l'offre, et d'ajuster les techniques de prévision de sorte à intégrer les futures tendances de la demande. L'analyse montre en outre que, avec la rationalisation des plans de soins pour certains types de patients, le bassin de patients en attente d'une arthroplastie influe sur l'offre au sein du système.

OFFRE

- Le patient accepte mieux le temps d'attente si le processus lui semble juste et efficace. Pour ce faire, on peut avoir recours à un processus central ou coordonné d'admission. Ces types d'admission permettent de s'assurer que le patient reçoit le même niveau de soins que les autres tout en réduisant les chevauchements dans les tâches et la collecte des données. Idéalement, le système central d'admission devrait servir une région de taille appropriée et englober tous les orthopédistes vers qui le patient pourrait être aiguillé pour une arthroplastie totale.
- On peut mieux gérer l'accès aux services en ayant recours à une seule liste d'attente (électronique) centralisée, car celle-ci permet d'éviter les chevauchements et les aiguillages multiples au sein du système. Il s'agit d'un point particulièrement important lorsque le patient a accès à de multiples points d'admission.
- Quand on a recours à un système central d'admission, ou à des listes d'attente communes, il faut pouvoir tenir compte de toute relation déjà établie entre le patient et un orthopédiste en particulier (p. ex. reprise chirurgicale ou chirurgie non liée à la hanche ni au genou). L'analyse contextuelle montre que beaucoup d'établissements adoptent un système central d'admission, ce qui permet aux patients d'opter pour le premier orthopédiste disponible ou encore pour un établissement ou un orthopédiste en particulier. Ce système central d'admission « hybride » a l'avantage de réduire les temps d'attente tout en donnant un choix au patient. Beaucoup de patients optent pour le premier orthopédiste disponible.

- La gestion systémique des temps d'attente doit permettre de déceler toute obstruction (goulot d'étranglement) dans le continuum de soins et d'y remédier, puis de cerner les contraintes subséquentes en matière de ressources après l'injection de ressources supplémentaires pour remédier aux obstructions.
- Un système central d'admission favorise l'efficacité du processus grâce à un plan de soins normalisé faisant appel à des adjoints au médecin, gestionnaires de cas ou physiothérapeutes en soins avancés. On a démontré que l'ajout de telles ressources accroît la productivité de l'orthopédiste et la satisfaction du patient.
- On a conçu des modèles d'analyse des avantages de divers plans de soins; ceux-ci sont abordés plus en détail dans la section sur les modèles de la présente trousse.

REDDITION DE COMPTES

- Jusqu'à ce que le système central d'admission soit entièrement fonctionnel, il faut établir les temps d'attente prévalant pour tous les orthopédistes au sein du système. Le patient devrait avoir la possibilité d'être aiguillé vers un autre orthopédiste (ou système d'admission) pour qui les temps d'attente sont moindres si on constate des écarts au sein du système.
- Les systèmes électroniques de tenue des dossiers simplifient la saisie des données et favorisent l'uniformité entre les divers établissements.
- La saisie des données devrait être électronique, précise et rapide.
- Des principes clairs devraient guider la gestion du suivi des temps d'attente.

OUTILS DE GESTION DES TEMPS D'ATTENTE

Systèmes informatiques

- Les dossiers électroniques favorisent une collecte de données rapide et efficace. La saisie répétée des mêmes données est une source de délais, mais lorsque les systèmes sont bien intégrés au sein du continuum de soins, on peut souvent l'éviter.
- Les listes d'attente ou registres de patients électroniques sont les systèmes les plus essentiels.
- Lorsque l'affectation des ressources en salle d'opération est transparente, fiable et bien communiquée aux personnes chargées de la gestion des horaires chirurgicaux pour le système central d'admission, les services de chirurgie sont mieux en mesure de fournir au patient une date ferme pour l'intervention plutôt que de lui donner une position indéterminée sur une liste d'attente. Les systèmes de rendez-vous peuvent non seulement servir à prévoir les rendez-vous pour les soins préopératoires et postopératoires, mais aussi les chirurgies.
- Les systèmes de gestion du suivi postopératoire et des interventions subséquentes réduisent les résultats négatifs et minimisent les coûts pour le système.

Systèmes centraux d'admission

- Une fois entièrement fonctionnel, le système central d'admission englobe le triage des aiguillages, la mise en commun des listes d'attente, de même qu'une évaluation et une sensibilisation du patient uniformisées.
- En attendant la coordination de tout cela, la création d'une liste d'attente commune permettant d'équilibrer les temps d'attente entre les différents orthopédistes est un bon compromis.
- Si on détermine que la chirurgie n'est pas appropriée pour un patient, le système central d'admission doit comprendre une procédure standard de « sortie » pour renvoyer le dossier au médecin traitant, avec des renseignements pour le patient et des directives pour le médecin, ce qui peut inclure des critères pour la réinscription du patient dans le système d'admission.
- Tout système central d'admission profite grandement d'un processus de triage des aiguillages normalisé. Notre analyse contextuelle montre que le recours à des physiothérapeutes en soins avancés (à Toronto et à Thunder Bay) de même qu'une utilisation ingénieuse des orthopédistes à la retraite (à Edmonton) a permis de mettre en œuvre de manière efficace cette approche. La modélisation de ces systèmes indique que l'orthopédiste dispose ainsi de plus de temps en salle d'opération, si l'affectation des ressources connexes est augmentée en conséquence.

ÉVALUATION DES TEMPS D'ATTENTE

Comment définit-on les temps d'attente?

- Temps d'attente pour la période T1 (p. ex. de l'aiguillage du patient par le fournisseur de soins primaires à la consultation avec le spécialiste)
- Temps d'attente pour la période T2 (p. ex. de la décision de procéder à une chirurgie à la date de celle-ci)

- Le délai entre la consultation initiale avec le spécialiste et la décision de procéder à la chirurgie devrait également faire l'objet d'un suivi de sorte que l'on puisse évaluer le temps d'attente total de l'aiguillage à la chirurgie comme telle. Selon les données du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA), l'ICIS évalue que la période T1 représente 30 % du temps d'attente total, tandis que la période T2 en représente 60 % et que le reste de celui-ci (10 %) correspond au délai entre les 2 périodes. C'est le temps d'attente total qui influe sur la satisfaction du patient.
- Certains territoires et provinces ont décomposé encore davantage les temps d'attente, selon la priorité. On fait aussi le suivi de la priorité ou de l'urgence des cas pour s'assurer que les plus urgents reçoivent des soins en temps opportun, tout en maintenant des temps d'attente acceptables pour les cas dont la priorité est moindre. Au fur et à mesure que les temps d'attente diminuent pour l'ensemble des cas et que les patients sont vus dans des délais opportuns, il pourrait ne plus être nécessaire de prioriser les cas, même si la saisie des données demeurerait essentielle à la pleine compréhension de la dynamique de la demande. De même, quand les temps d'attente sont particulièrement longs, il est primordial de gérer les différents niveaux d'urgence adéquatement afin de veiller à ce que tous les patients aient accès aux soins en temps opportun.
- Les choix faits par le patient ou ses circonstances personnelles peuvent influer sur la durée de l'attente (p. ex. report de la chirurgie pour des raisons personnelles, volonté de voir un orthopédiste en particulier ou optimisation médicale avant la chirurgie). Bien qu'il soit important de noter ce type de délais dans les systèmes, ils NE doivent PAS être inclus dans le calcul des temps d'attente servant à évaluer l'atteinte des cibles. Ces données devraient être notées dans une catégorie distincte de délais, et non dans les temps d'attente. Les systèmes doivent adopter une approche cohérente quant aux types de délais inclus dans le calcul des temps d'attente pour fins de rapport (p. ex. délais imputables au système ou aux choix du patient).
- L'analyse contextuelle montre que beaucoup d'établissements notent maintenant les dates influant sur l'accès au traitement (DART), afin que l'on puisse les soustraire des temps d'attente globaux et ainsi obtenir les temps d'attente réels.
- Il faut des politiques de retrait des listes d'attente normalisées, documentées et clairement communiquées aux patients; on peut par exemple opter pour retirer le nom d'un patient de la liste après deux refus.

OUTILS D'ÉVALUATION DES TEMPS D'ATTENTE

Le système doit évaluer les temps d'attente et les comparer aux cibles de l'ACO, qui sont de 90 jours pour la période T1 et de 182 jours pour la période T2 dans le cas des arthroplasties primaires de la hanche et du genou.

Les données doivent être de qualité suffisante pour permettre aux intervenants de prendre les bonnes décisions relativement aux facteurs suivants :

- Exactitude (comment l'obtient-on?)
- Délais acceptables (la mise à jour en temps réel est idéale)
- Conformité aux définitions des temps d'attente évalués
- Respect des normes de nettoyage des données

REDDITION DE COMPTES RELATIVEMENT AUX TEMPS D'ATTENTE

- La reddition de comptes à l'interne est un moyen utile de favoriser l'amélioration continue du système. En effet, même si les rapports au ministère et à la population sont essentiels, il est important que le système de reddition de comptes permette aux cliniciens de constater les progrès réalisés, de cerner les goulots d'étranglement et problèmes de capacité et de constamment améliorer la prestation des services. Des rapports exacts, pertinents et présentés en temps opportun permettent d'obtenir une rétroaction régulière et adéquate pour que les cliniciens puissent assumer un rôle de premier plan dans l'amélioration continue des processus.
- L'accès au système est mieux géré lorsque tous les intervenants, y compris les patients et fournisseurs de soins primaires, sont informés des temps d'attente pour les orthopédistes. Par conséquent, ces données devraient être facilement accessibles par l'intermédiaire d'un système public de reddition de comptes. À quelle fréquence rédige-t-on les rapports? Quelle est l'utilisation publique prévue des données?

Les rapports sont-ils clairs et aident-ils le patient ou le médecin dans le processus décisionnel? Pour les endroits où il n'y a pas de système central d'admission ni de liste d'attente commune, il faut fournir au patient les renseignements pertinents pour veiller à ce qu'il sache qu'il peut attendre d'être vu par un orthopédiste en particulier ou encore opter pour un orthopédiste dont la liste d'attente est plus courte.

- Quelles sont les cibles établies par les différentes compétences pour l'évaluation du rendement? Est-ce que les compétences satisfont aux cibles de l'ACO ou encore les dépassent (c.-à-d. 90 jours pour la période T1 et 182 jours pour la période T2)?

CIBLES EN MATIÈRE DE TEMPS D'ATTENTE

Les autorités sanitaires devraient s'efforcer de réduire les temps d'attente de sorte à atteindre les cibles établies par les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux ou par l'ACO. Quand on garantit des temps d'attente, tous les intervenants doivent connaître clairement les mesures qui seront prises si les garanties données ne sont pas respectées. C'est lorsqu'elles comprennent des critères pour les différents niveaux d'urgence ou priorités que les cibles en matière de temps d'attente sont les plus pertinentes.

SOMMAIRE

Les temps d'attente constituent l'aspect du continuum de soins de santé le plus apparent pour les patients, la population et les décideurs, et donc celui qui est le plus susceptible d'être jugé. Les temps d'attente sont un produit complexe des systèmes de prestation, des politiques, des plans de soins et des personnes chargées de procéder aux arthroplasties totales dont les Canadiens ont besoin. Bien qu'il soit important de fournir des recherches fondées sur des données probantes quant à la grande qualité des services qui doivent être offerts, il faut reconnaître que le temps pendant lequel le patient doit attendre avant de recevoir des soins est responsable en bonne partie de sa perception de la qualité de ces services. La collecte de données et l'évaluation des temps d'attente sont des outils importants pour nous aider à établir des plans de soins et politiques améliorés qui répondent aux besoins des patients. La modélisation peut quant à elle favoriser une définition plus pointue des ressources nécessaires pour répondre à ces besoins.

8. Soins préopératoires

Le programme pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou doit garantir l'accès au système de santé aux personnes souffrant de douleurs à la hanche ou au genou. Le système devrait être rationalisé de sorte que l'on puisse cerner les patients ayant besoin d'une chirurgie de manière efficace grâce à une évaluation multidisciplinaire et à des pratiques normalisées. Afin d'assurer un accès équitable, le système devrait être transparent pour ce qui est des listes d'attente et être conçu de façon à permettre aux personnes en attente d'une chirurgie de passer d'un orthopédiste à un autre. Toutes les personnes en attente d'une chirurgie doivent recevoir les renseignements appropriés pour être en mesure de bien se préparer à leur chirurgie.

La présente section fournit les éléments recommandés pour les soins offerts au patient avant une arthroplastie de la hanche ou du genou, de même que les ressources et outils nécessaires à leur mise en œuvre. La majorité des renseignements sont fondés sur les recommandations des cliniciens.

La section aborde les éléments suivants :

- Pratiques de gestion des aiguillages
- Évaluation et triage
- Communications avec les fournisseurs de soins primaires
- Préparation à la chirurgie et soins postopératoires
- Optimisation de la santé du patient avant la chirurgie
- Sensibilisation

APERÇU

Continuum de soins pour les arthroplasties de la hanche et du genou : Soins préopératoires

PRATIQUES DE GESTION DES AIGUILLAGES

Le processus d'aiguillage permet au patient d'accéder au système de santé afin d'obtenir l'avis d'un spécialiste sur la possibilité de procéder à une arthroplastie de la hanche ou du genou en raison de troubles connexes. Le processus doit être axé sur le patient et veiller à ce que l'on reçoive les renseignements cliniques et relatifs aux examens qui sont nécessaires pour cerner les besoins du patient, s'assurer qu'il obtient une consultation avec le bon praticien et établir l'urgence de procéder à une évaluation du cas.

Parmi les pratiques recommandées pour la gestion des aiguillages, on trouve les suivantes :

- Accès au système
- Normalisation des renseignements cliniques
- Normalisation des explorations
- Format de réception des aiguillages

8.1.1. Accès au système

- Le fournisseur de soins primaires, soit le praticien ou l'infirmière praticienne, est le coordonnateur des soins offerts au patient au sein du système de santé. C'est pour cette raison qu'on recommande que l'aiguillage soit effectué par le fournisseur de soins primaires.
- Afin d'assurer le soutien du fournisseur de soins primaires dans son rôle, le programme doit tenir compte du temps requis pour procéder à l'aiguillage et veiller à ce que tous les renseignements inclus pour le processus d'admission au programme soient à la fois concis et exhaustifs ainsi que présentés dans un format simple minimisant le fardeau imposé au praticien responsable de l'aiguillage.
- Le système doit être souple de sorte à permettre au fournisseur de soins primaires d'aiguiller le patient vers le premier orthopédiste disponible, ou encore un orthopédiste ou hôpital en particulier.
- D'autres formes d'accès, comme l'accès direct, devraient être envisagées pour les personnes qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires.

8.1.2. Normalisation des renseignements cliniques

Les aiguillages sont plus complets et simples à traiter lorsqu'on fournit un ensemble prédéterminé de renseignements. Ces renseignements peuvent comprendre les suivants :

- Nom du patient, adresse et autres coordonnées
- Nom du médecin, adresse et autres coordonnées
- Raison de l'aiguillage : articulation touchée, symptômes, durée des symptômes, limitations fonctionnelles et urgence du cas
- Aiguillage vers : un orthopédiste ou un établissement précis, ou au premier orthopédiste ou établissement disponible
- Antécédents médicaux pertinents : chirurgies passées et autres conditions médicales
- Données relatives aux comorbidités, dont les allergies
- Médicaments
- Traitement non chirurgical essayé
- Radiographies et autres tests, y compris les résultats documentés
- L'utilisation d'un formulaire normalisé contenant les renseignements susmentionnés faciliterait le processus d'aiguillage. On peut consulter un exemple de formulaire normalisé utilisé en Alberta à www.albertahealthservices.ca/rf-hip-knee.pdf (en anglais seulement).

8.1.3. Normalisation des explorations

Des explorations précises sont nécessaires pour le diagnostic et la prise de décisions cliniques relativement aux arthroplasties de la hanche et du genou. Les éléments suivants devraient être pris en compte en ce qui a trait à la normalisation des explorations :

- Les résultats des explorations et les épreuves devraient être fournis par le praticien responsable de l'aiguillage.
- La normalisation, y compris le contrôle de la position du patient, l'établissement de la gravité du cas et des indicateurs standard, doit être considérée pour veiller à la fiabilité et à la validité des résultats des tests.
- Les radiographies standard suivantes sont recommandées, et la position du patient doit être contrôlée pendant qu'elles sont prises :

Genou

Radiographies obligatoires :

- Cliché antéropostérieur en charge (deux genoux)
- Défilé fémoropatellaire à 30° de flexion (deux genoux)
- Cliché de profil (deux genoux), debout si possible

Radiographies supplémentaires :

- Défilé fémoropatellaire du côté touché et incidence de l'échancrure intercondylienne
- Cliché de profil à 90° de flexion
- Clichés antéropostérieurs complets une fois que l'orthopédiste a vu le patient

Hanche

Radiographies obligatoires :

- Cliché antéropostérieur du bassin, centré sur le pubis pour montrer environ le tiers de l'extrémité proximale des fémurs
- Cliché de la face latérale de la hanche affectée et de l'extrémité proximale du fémur

Radiographies supplémentaires :

- Cliché antéropostérieur en charge (deux hanches)
- Clichés antéropostérieurs complets une fois que l'orthopédiste a vu le patient
- Le praticien responsable de l'aiguillage doit fournir toute autre exploration relativement aux comorbidités pertinentes afin d'éviter toute complication à la chirurgie.

8.1.4. Format de réception des aiguillages

- Les demandes d'aiguillage peuvent être acheminées par télécopieur ou, idéalement, par voie électronique.
- Les demandes reçues par voie électronique devraient être directement entrées dans le système informatique du programme.
- Les demandes reçues par télécopieur doivent être entrées dans le système informatique du programme.
- Le mécanisme de réception des dossiers ne devrait pas influer sur les protocoles d'évaluation clinique ni sur le temps nécessaire pour l'évaluation.

ÉVALUATION ET TRIAGE

Tous les patients doivent subir une évaluation complète afin de déterminer la pertinence d'une chirurgie. Cette évaluation devrait permettre d'établir l'urgence du cas, ainsi que tout facteur de risques médical ou psychologique pouvant entraîner le report ou l'annulation de la chirurgie.

Parmi les pratiques recommandées pour l'évaluation et le triage, on trouve les suivantes :

- Antécédents médicaux et examen physique normalisés et complets
- Évaluation fonctionnelle
- Explorations diagnostiques
- Ressources humaines en santé
- Documentation
- Pertinence
- Niveau d'urgence
- Planification du continuum de soins

8.1.5. Antécédents médicaux et examen physique normalisés et complets

- Le diagnostic et la décision de procéder à une arthroplastie de la hanche ou du genou nécessitent une évaluation complète, dont l'établissement des antécédents sociaux et médicaux et un examen physique.
- Si plus d'un professionnel de la santé procède à l'évaluation du patient, les résultats et recommandations découlant de l'évaluation de chacun doivent être communiqués de sorte à empêcher tout chevauchement et à veiller à ce que le patient ne reçoive pas de messages contradictoires.
- L'évaluation doit permettre de cerner tout facteur médical ou social à traiter avant la chirurgie.
- La normalisation du processus d'évaluation et de prise de décisions permet de s'assurer que tous les patients jouissent d'un accès équitable aux services.
- Offrir des services de traduction ou d'interprétation (par un membre de la famille ou professionnel) aux patients ne parlant pas la langue de la personne procédant à l'évaluation permet d'assurer l'obtention de renseignements exacts pendant le processus.

8.1.6. Évaluation fonctionnelle

- La tolérance fonctionnelle d'un patient à la consultation initiale contribue à établir l'importance de l'incapacité et l'urgence de son cas.
- La capacité fonctionnelle peut être évaluée à l'aide d'un questionnaire autoadministré ou de tests fonctionnels au moyen d'indicateurs des résultats valides. Parmi les indicateurs des résultats actuellement utilisés dans le cadre des programmes, on trouve les suivants :

Questionnaires autoadministrés

Indice de l'arthrose WOMAC (universités de Western Ontario et McMaster)

Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada

Medical Outcome Study (MOS) Short Form 36

Lower Extremity Functional Scale (LEFS)

Tests fonctionnels

Timed Up and Go (TUG)

Marche de 40 mètres

Escaliers

8.1.7. Explorations diagnostiques

- Tous les rapports d'exploration ou d'imagerie devraient être examinés dans le cadre de l'évaluation.
- Lorsque les résultats d'une exploration ou de l'imagerie ne satisfont pas aux besoins de l'évaluation, on peut en faire de nouvelles.

Il n'existe pas encore d'outils pour les explorations.

8.1.8. Ressources humaines en santé

- Les évaluations physiques et fonctionnelles devraient être menées par un professionnel de la santé (p. ex. orthopédiste, gestionnaire de cas, thérapeute en soins avancés ou adjoint au médecin) disposant des qualifications et de la formation nécessaires pour évaluer le patient et prendre les décisions relatives à la pertinence d'une consultation en chirurgie ou d'une chirurgie comme telle.
- Le professionnel de la santé doit être en mesure de demander les explorations nécessaires pour prendre les décisions cliniques quant à la pertinence de la chirurgie.
- Les orthopédistes doivent évaluer tous les candidats à la chirurgie, leur expliquer la chirurgie envisagée, passer en revue les risques, avantages et résultats attendus, répondre à leurs questions et remplir le formulaire de consentement connexe.

8.1.9. Documentation

L'utilisation de documents d'évaluation normalisés devrait être considérée, plus particulièrement dans le cadre d'un programme multidisciplinaire nécessitant une pratique normalisée.

Les formulaires d'évaluation peuvent contenir les renseignements suivants :

- Renseignements sur le patient
- Antécédents de la condition
- Douleurs
- Médicaments et allergies
- Évaluation physique
- Évaluation fonctionnelle
- Raideur articulaire
- Traitement non chirurgical reçu à ce jour
- Diagnostic
- Plan

L'établissement des facteurs qui peuvent influer sur la date de la chirurgie (p. ex. comorbidités nécessitant des explorations supplémentaires ou obligations sociales) permet d'obtenir des horaires efficaces pour les candidats à la chirurgie.

Les politiques de l'établissement et les lignes directrices sur la pratique professionnelle touchant les documents papier et électroniques et la tenue des dossiers médicaux devraient être respectées.

8.1.10. Pertinence de la chirurgie

Un orthopédiste doit procéder à une évaluation du patient afin de prendre la décision finale quant à la pertinence de la chirurgie.

Les résultats de l'évaluation doivent ensuite être examinés en fonction des critères suivants de sorte à établir la pertinence de la chirurgie pour le patient :

- État du patient
- Progression de la condition
- Avantages prévus de la chirurgie proposée

On devrait expliquer les risques et avantages de la chirurgie au patient, qui fait ensuite face aux choix suivants :

- Accepter la chirurgie
- Reporter la chirurgie
- Refuser la chirurgie
- Accéder à d'autres traitements (y compris l'optimisation de la santé)
- Demander un deuxième avis

8.1.11. Niveau d'urgence

Un système normalisé d'établissement du niveau d'urgence peut être utilisé pour déterminer la nécessité médicale d'une chirurgie pour un patient lorsque celui-ci est candidat à la chirurgie.

On devrait discuter des points suivants avec le patient et prendre une décision avec lui :

- Capacité du patient à se préparer à la chirurgie
- Nécessité d'une optimisation médicale (voir ci-après)
- Capacité du patient à être opéré à la date prévue

8.1.12. Planification du continuum de soins

L'évaluation devrait tenir compte de la condition du patient. Cela peut impliquer de cerner les cas pouvant convenir à un séjour de courte durée et ceux risquant de nécessiter un séjour prolongé.

Un interniste ou anesthésiste peut devoir mener une évaluation préopératoire dans le cas des patients courant des risques de complications pendant ou après la chirurgie afin de s'assurer que les questions sont bien cernées et traitées avant la prise du rendez-vous pour la chirurgie.

Les documents visant tout le continuum de soins, comme les plans de soins, contribuent à assurer une communication adéquate des objectifs et résultats attendus pour le patient en attente d'une arthroplastie primaire de la hanche ou du genou.

L'aiguillage vers des services offerts ailleurs qu'à l'établissement de soins aigus facilite l'obtention du congé par le patient; ces services peuvent comprendre les suivants :

- Réadaptation pour patients hospitalisés
- Consultation préopératoire à domicile
- Consultation postopératoire à domicile
- Réadaptation en consultation externe

COMMUNICATIONS AVEC LES FOURNISSEURS DE SOINS PRIMAIRES

Le fournisseur de soins primaires est le premier point de contact du patient au sein du système de santé; il doit par conséquent être au courant de son statut médical et de ses plans relatifs à la chirurgie.

Parmi les pratiques recommandées pour les communications avec les fournisseurs de soins primaires, on trouve les suivantes :

- Notification des rendez-vous du patient
- Notification des résultats de la consultation, dont des directives sur la gestion médicale et des explorations de sorte à assurer une stabilité médicale

8.1.13. Notification des rendez-vous du patient

- Le fournisseur de soins primaires doit être avisé de la réception de la demande d'aiguillage vers un chirurgien.
- S'il manque des renseignements pour l'aiguillage, on devrait communiquer avec le fournisseur de soins primaires pour veiller à ce que tous les renseignements soient acheminés et exacts.
- Le fournisseur de soins primaires doit être avisé de tous les rendez-vous du patient.

8.1.14. Notification des résultats de la consultation, dont des directives sur la gestion médicale et des explorations de sorte à assurer une stabilité médicale

- Le fournisseur de soins primaires doit être au courant de l'état du patient et des plans relatifs à la chirurgie.
- La notification peut être faite par lettre dictée ou écrite et devrait respecter le protocole de l'établissement.
- Le fournisseur de soins primaires doit être avisé si une gestion médicale approfondie ou des explorations sont nécessaires pour assurer la stabilité médicale du patient avant la chirurgie.

PRÉPARATION À LA CHIRURGIE ET SOINS POSTOPÉRATOIRES

Les arthroplasties primaires de la hanche et du genou sont des procédures non urgentes. On a donc du temps avant la chirurgie, et ce temps doit être utilisé de façon constructive afin de s'assurer que le patient est bien préparé sur les plans physique et psychologique, de même que fonctionnel et social. La majeure partie de cette préparation peut être faite en informant le patient et sa famille (voir la section « Sensibilisation »).

Parmi les pratiques recommandées pour la préparation du patient à la chirurgie, on trouve les suivantes :

- Rendez-vous pour la chirurgie
- Obtention de soutien
- Préparation du domicile
- Prescription d'aides à la marche
- Traitement des questions médicales
- Établissement des complications
- Optimisation de la santé (voir la prochaine section)

8.1.15. Rendez-vous pour la chirurgie

Les arthroplasties de la hanche et du genou sont des procédures non urgentes. On doit par conséquent choisir une date tenant compte des éléments suivants :

- Disponibilité de l'orthopédiste et de la salle d'opération
- Capacité du patient à se préparer à la chirurgie
- État du patient
- Questions psychosociales

8.1.16. Obtention de soutien

L'obtention de soutien est importante pour le patient sur le point de subir une arthroplastie de la hanche ou du genou. Ce rôle peut englober les éléments suivants :

- Aide pour comprendre le matériel éducatif
- Accès aux ressources supplémentaires requises après la chirurgie
- Coordination de l'évaluation et des consultations médicales
- Surveillance du respect des recommandations en matière de gestion et d'optimisation médicales ainsi que de soins postopératoires
- Après une chirurgie, le patient a une capacité limitée à fonctionner au quotidien; il est donc recommandé de trouver du soutien pour les activités quotidiennes.

Une fois qu'on a décidé de procéder à la chirurgie, le patient doit pouvoir se préparer en prenant des dispositions pour les aspects suivants :

- Aide pendant une à deux semaines après l'obtention du congé des soins aigus ou de la réadaptation pour patient hospitalisé
- Transport aller-retour à l'hôpital
- Transport aller-retour à l'établissement de réadaptation (au besoin)

8.1.17. Préparation du domicile

Le patient et sa famille devraient envisager de préparer le retour à la maison, y compris les soins aux enfants et animaux de compagnie et la préparation des repas, de sorte à en assurer la sécurité après l'obtention du congé des soins aigus ou de la réadaptation pour patient hospitalisé. Voici les aspects pouvant nécessiter de tels préparatifs :

- Salle de bains
- Espaces de vie
- Cuisine
- Lessive
- Soins aux enfants
- Soins aux animaux de compagnie
- Repas (prêts-à-servir)

Après la chirurgie, de l'équipement ou des accessoires fonctionnels, comme les suivants, doivent être prévus pour faciliter les activités courantes :

- Siège de toilette surélevé
- Siège de bain ou de douche
- Barres d'appui
- Surfaces antidérapantes
- Coussins releveurs
- Pinces télescopiques
- Lacets élastiques
- Brosse à récurer à long manche
- Chausse-pied à long manche

Un service de soins à domicile et d'autres ressources communautaires peuvent fournir des renseignements ou de l'aide quant à l'équipement et aux préparatifs susmentionnés. Ces ressources peuvent englober les services suivants :

- Matériel éducatif
- Appel d'un thérapeute ou d'une infirmière
- Visite à domicile d'un thérapeute ou d'une infirmière

8.1.18. Prescription d'aides à la marche

- Après la chirurgie, le patient a besoin d'au moins une aide à la marche pour se déplacer, comme une marchette, des béquilles ou une canne. Il est préférable de se procurer ces aides avant la chirurgie.
- En demandant à un professionnel de la santé d'ajuster les aides à la marche, le patient peut s'assurer que celles-ci sont à sa taille.

8.1.19. Traitement des questions médicales

Le patient doit être médicalement stable avant toute chirurgie non urgente. Les questions médicales sont généralement traitées par le fournisseur de soins primaires ou dans le cadre de l'évaluation avant la chirurgie. Voici quelques exemples de questions médicales :

- Troubles cardiaques ou respiratoires
- Anémie
- Troubles psychologiques (p. ex. dépression)
- Comorbidités pertinentes

8.1.20. Établissement des complications

- Il faut cerner les complications pouvant influer sur la procédure chirurgicale ou la date de la chirurgie au moyen d'activités préopératoires telles que la consultation initiale en chirurgie et les interactions avec le fournisseur de soins primaires ou le service de soins à domicile.
- En cas de problèmes, un mécanisme doit être en place pour en aviser l'orthopédiste et permettre la prise de dispositions de rechange.

OPTIMISATION DE LA SANTÉ DU PATIENT AVANT LA CHIRURGIE

Des facteurs liés au mode de vie, comme l'obésité, le manque d'exercice et le tabagisme, peuvent influer sur les résultats de bien des arthroplasties de la hanche et du genou. Il est possible d'atténuer ces facteurs grâce à une sensibilisation du patient axée sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des modifications au mode de vie.

Parmi les pratiques recommandées pour l'optimisation de la santé du patient, on trouve les suivantes :

- Optimisation des avantages et risques
- Évaluation des besoins en matière d'optimisation
- Programmes d'optimisation

8.1.21. Optimisation des avantages et risques

L'optimisation de la santé avant une arthroplastie de la hanche ou du genou peut nécessiter une intervention visant à :

- perdre du poids,
- recevoir des conseils nutritionnels,
- cesser de fumer,
- faire de l'exercice.
- Même si l'optimisation de la santé comporte des avantages en améliorant la capacité fonctionnelle du patient et en réduisant les risques chirurgicaux, les avantages de passer rapidement en chirurgie – et la réduction de la douleur à la hanche ou au genou, puis l'amélioration de la tolérance fonctionnelle qui en résultent – doivent aussi être considérés. Cette décision peut être prise au cas par cas.
- S'il y a des risques à retarder la chirurgie et que l'orthopédiste ou son établissement n'est pas en mesure de procéder à la chirurgie en raison d'au moins un facteur lié au mode de vie (comme le poids), le patient peut être aiguillé vers un autre orthopédiste ou établissement qui peut s'en charger.

8.1.22. Évaluation des besoins en matière d'optimisation

- On peut recourir à des questionnaires normalisés pour déterminer les facteurs liés au mode de vie et faciliter l'évaluation des besoins en matière d'optimisation.
- Des indicateurs valides et fiables de la réceptivité au changement peuvent servir à déterminer la volonté du patient d'apporter activement des modifications à son mode de vie.
- L'obtention des avantages liés aux modifications au mode de vie peut prendre un certain temps. Il est donc recommandé d'aviser le patient de ces avantages, entre autres en lui expliquant la façon dont les modifications apportées peuvent avoir une incidence positive sur sa chirurgie, et de fixer des objectifs appropriés.

8.1.23. Programmes d'optimisation

- Les divers éléments du programme d'optimisation visant à préparer le patient à la chirurgie peuvent être intégrés au programme de soins préopératoires (lorsque les ressources nécessaires sont disponibles).
- Le patient peut suivre d'autres programmes d'optimisation de la santé au sein de sa collectivité afin de renforcer le message au sein de groupes officiels et réseaux informels (p. ex. « La santé de vos os et articulations »[14], de la Fondation Canadienne d'Orthopédie, le défi de la Société de l'arthrite *Ma qualité de vie, j'y tiens!*[15], Weight Watchers[16] et des programmes de renoncement au tabac).
- Les programmes d'optimisation comprennent généralement un volet de sensibilisation à l'aide de différents médiums et l'accès à du matériel de sensibilisation, comme des DVD, un site Web et des dépliants.

[14] *www.canorth.org/fr/patientresources*

[15] *www.arthrite.ca*

[16] *www.weightwatchers.ca*

SENSIBILISATION

Le patient et sa famille doivent recevoir des renseignements détaillés pour être en mesure de bien se préparer à la chirurgie. L'organisation doit s'assurer que le patient est prêt et apte à subir une arthroplastie de la hanche ou du genou. De plus, la sensibilisation du patient et de sa famille à leur participation au processus de rétablissement peut leur être bénéfique. Comme chaque patient absorbe l'information à sa manière, on recommande de recourir à différentes formes de sensibilisation et de lui donner l'occasion, ainsi qu'à sa famille, de poser des questions et d'accéder à du matériel répondant à ses besoins.

Parmi les pratiques recommandées pour la sensibilisation, on trouve les suivantes :

- Aperçu
- Format
- Contenu
- Autres ressources éducatives
- Autogestion

8.1.24. Aperçu

L'information doit être uniforme et confirmée tout le long du continuum de soins :

- Consultations avec le fournisseur de soins primaires
- Consultations avec d'autres professionnels de la santé
- Consultation avec l'orthopédiste
- Visites à domicile avant l'opération (le cas échéant)
- Consultation à la clinique préopératoire
- Hospitalisation
- Thérapie postopératoire
- Suivi postopératoire mené par l'orthopédiste ou d'autres professionnels de la santé
- La sensibilisation offerte pour veiller à ce que le patient soit bien préparé à son arthroplastie de la hanche ou du genou doit être poursuivie à la clinique préopératoire.

8.1.25. Format

- Le matériel éducatif écrit permet au patient de prendre connaissance des renseignements à son propre rythme et avec ses proches.
- La sensibilisation faite verbalement et avec des aides visuelles, par exemple lors de séances d'information ou de visites à domicile, donne au patient l'occasion d'entendre l'information, de voir l'équipement et de poser des questions. Cette approche permet en outre de satisfaire aux besoins en matière d'information des personnes analphabètes.
- Pour veiller à ce que le patient puisse assister aux activités éducatives, on devrait s'efforcer d'offrir des séances à différents moments de la journée, y compris le soir.
- Les membres de la famille ou amis du patient qui aideront celui-ci avant et après la chirurgie doivent aussi bénéficier, autant que possible, de possibilités de sensibilisation.
- Le matériel éducatif peut être divisé en sections fournissant des renseignements et directives sur les divers volets du cheminement du patient, y compris les attentes et renseignements généraux sur la chirurgie, l'hospitalisation, l'obtention du congé, les activités quotidiennes après la chirurgie et le retour à la mobilité.
- On recommande de fournir le matériel éducatif dans les langues présentes dans la collectivité. Il peut être nécessaire de fournir des services de traduction ou d'interprétation pour veiller à ce que le patient comprenne bien le cheminement dans le continuum de soins.
- Le matériel de sensibilisation des patients devrait être conçu selon les lignes directrices pour ce public cible, soit : un niveau d'écriture équivalant à la 6e année, un texte minimal, des illustrations au besoin et une présentation uniforme.
- L'information doit être confirmée tout le long du continuum de soins par tous les professionnels de la santé. On peut rehausser le matériel en utilisant de multiples moyens de communication.

8.1.26. Contenu

- La sensibilisation du patient devrait répondre à tous ses besoins en matière d'information.
- La sensibilisation doit porter sur tout le continuum de soins; il faut également veiller à ce que tous les professionnels de la santé participant aux soins transmettent des messages cohérents.
- Tous les patients doivent être mis au courant de leurs responsabilités par rapport à leur rétablissement, ce qui comprend leur participation à des séances de réadaptation et l'exécution d'exercices à l'hôpital et après l'obtention de leur congé.
- Les changements apportés au programme doivent être largement diffusés de sorte que tous les professionnels de la santé participant au continuum de soins puissent adapter le contenu éducatif pour leurs futurs patients.

Le contenu éducatif peut englober les éléments suivants :

- Renseignements généraux
- Structure et fonctionnement de l'articulation
- Procédure chirurgicale
- Risques et avantages de la chirurgie
- Avant la chirurgie
- Consultation préadmission
- Préparation du domicile
- Besoins en matière d'équipement, y compris les fournisseurs
- Journée avant la chirurgie
- Hospitalisation
- Journée de la chirurgie
- Anesthésie
- Gestion de la douleur
- De une à quatre journées après la chirurgie
- Congé et activités quotidiennes
- Symptômes des complications possibles
- Rougeurs, enflure, plaie suintante, fièvre, douleur extrême, engourdissement du pied, enflure ou douleur dans le mollet ou la cuisse
- Alimentation
- Soins de la plaie ou du point d'incision
- Médicaments, y compris tout anticoagulant
- Exercices et restrictions
- Activités fonctionnelles
- Toilette, habillement, bain, déplacements en voiture, tâches ménagères, transferts de lit et escaliers
- Reprise des activités sexuelles
- Retour à la mobilité
- Fin des restrictions selon les indications
- Augmentation de l'endurance
- Retour au travail et reprise des activités sportives
- Suivi
- Suivi par le fournisseur de soins primaires et l'orthopédiste
- Renseignements supplémentaires
- Politiques de l'établissement, entre autres pour le téléphone, la télévision et les heures de visite
- Coordonnées
- Remarques

8.1.27. Autres ressources éducatives

Comme chaque patient absorbe l'information à sa manière, on recommande de recourir à différentes formes de sensibilisation, comme des DVD, des sites Web et des réseaux de patients.

8.1.28. Autogestion

La sensibilisation doit insister sur le fait que le patient doit prendre une part active à son traitement et qu'il est responsable de son rétablissement.

SOMMAIRE

Les activités préopératoires doivent être conçues de sorte à permettre aux patients d'accéder au système, à évaluer et choisir les candidats à la chirurgie, ainsi qu'à s'assurer que les patients sont informés et bien préparés à leur arthroplastie de la hanche ou du genou. Elles doivent aussi permettre aux patients de bien comprendre leurs responsabilités dans la gestion de leur rétablissement après la chirurgie. La mise en œuvre d'activités préopératoires globales favorise l'obtention de résultats optimaux à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou.

9. Soins chirurgicaux

Le cheminement du patient en attente d'une arthroplastie dans le continuum de soins devrait se faire sans heurts. Pour y parvenir, l'équipe de soins et les services de soutien doivent collaborer afin d'éviter la fragmentation des services. Les processus et procédures en place pour veiller à l'efficacité, à la rentabilité et à la sécurité de la chirurgie peuvent permettre d'offrir cet environnement sans heurts au patient.

Même si toutes les ressources en santé sont précieuses, une salle d'opération est une ressource particulièrement coûteuse, ce qui rend essentielle la collaboration entre les fournisseurs de soins et les services de soutien pouvant influer sur le cheminement du patient à cet égard. Chacun est responsable de sa contribution au cheminement du patient de sorte à rendre la chirurgie efficace, rentable et sûre.

La présente section fournit les éléments recommandés pour les soins chirurgicaux liés aux arthroplasties de la hanche et du genou, de même que les ressources et outils détaillés nécessaires à leur mise en œuvre. La majorité des renseignements sont fondés sur les recommandations des cliniciens.

Les principes généraux relatifs aux soins chirurgicaux comprennent les suivants :

- Soins axés sur le patient
- Documentation et lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires
- Considération des répercussions sur les systèmes
- Utilisation efficace des ressources
- Évaluation du modèle de soins

Dans le but de favoriser la conception d'un modèle pour des arthroplasties de la hanche et du genou efficaces, rentables et sûres, la section sur les soins chirurgicaux de la trousse comprend de la rétroaction des intervenants et des outils couvrant les volets suivants : préparation médicale à la chirurgie, horaires de la salle d'opération, admission en chirurgie, salle d'opération, unité de soins postanesthésiques, stérilisation et évaluation chirurgicale.

Pour contribuer à mettre l'accent sur l'ensemble du continuum de soins dans le cheminement du patient et pour utiliser les ressources chirurgicales de manière efficace, rentable et sûre, il est impératif de coordonner les diverses spécialités médicales, les services de chirurgie et les services de soutien. Les services de chirurgie et de soutien comprennent, entre autres, la préadmission ou le triage chirurgical, les horaires de la salle d'opération et la salle d'opération comme telle, l'unité de soins postanesthésiques, ainsi que le service de stérilisation, la distribution, le nettoyage, le transport et la gestion de l'approvisionnement. Il s'agit essentiellement de l'équipe chirurgicale. Les établissements canadiens utilisent un éventail de noms pour désigner ces services.

L'optimisation de la sécurité du patient est une considération de premier plan dans la conception et la mise en œuvre de nouveaux modèles de soins. Cela implique la réduction des complications chirurgicales et événements indésirables évitables pouvant découler de problèmes de ressources humaines en santé, de même que de complications dues aux changements de technologies et de normes. On trouve de nombreuses ressources favorisant l'adoption d'une culture de sécurité du patient au stade opératoire, entre autres offertes par l'intermédiaire de la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! et par l'OMS et l'Institute for Healthcare Improvement (IHI). Ces ressources fournissent des renseignements et outils tels que des listes de vérification pour une chirurgie sûre, des pauses en salle d'opération ou en chirurgie, l'établissement de la procédure adéquate et le marquage du site opératoire.

Ressources

- Site Web de la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! (stratégie Infections du site opératoire), à http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/ssi/pages/default.aspx
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) : Initiative Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies (Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale), à http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/ (page en anglais seulement)
- Site Web de l'Institute for Healthcare Improvement [IHI] (Pausing for Safety), à www.ihi.org/IHI/ (en anglais seulement

Un système électronique de gestion des chirurgies favorise un modèle visant tout le continuum de soins et contribuant à un cheminement et à une évaluation efficaces et rentables. Idéalement, il y aurait un système pour gérer l'ensemble du continuum de soins, y compris les listes d'attente, les horaires de la salle d'opération, l'information sur l'admission et la salle d'opération, l'information sur l'unité de soins postanesthésiques, le contrôle des stocks et les plans de procédure (listes de préparation du chariot de chirurgie) du service de stérilisation. Ce système ferait partie d'autres systèmes électroniques au sein de l'organisation, comme le système d'admission, de gestion des lits et de congé, ou y serait connecté. Pour l'instant, ce système idéal n'est pas nécessairement disponible à chaque établissement, pour diverses raisons. La présence de seulement quelques-uns de ces éléments, comme la gestion des listes d'attente, des horaires de la salle d'opération et des plans de procédure du service de stérilisation, contribue à mettre l'accent sur l'ensemble du continuum de soins et favorise la collaboration entre les services de chirurgie et de soutien.

La présente section fournit les éléments recommandés pour les soins chirurgicaux offerts aux patients en attente d'une arthroplastie primaire de la hanche ou du genou, de même que les ressources et outils détaillés nécessaires à leur mise en œuvre. Ces éléments comprennent les suivants :

- Préparation médicale à la chirurgie
- Horaires de la salle d'opération
- Admission en chirurgie
- Salle d'opération
- Unité de soins postanesthésiques
- Service de stérilisation

PRÉPARATION MÉDICALE À LA CHIRURGIE

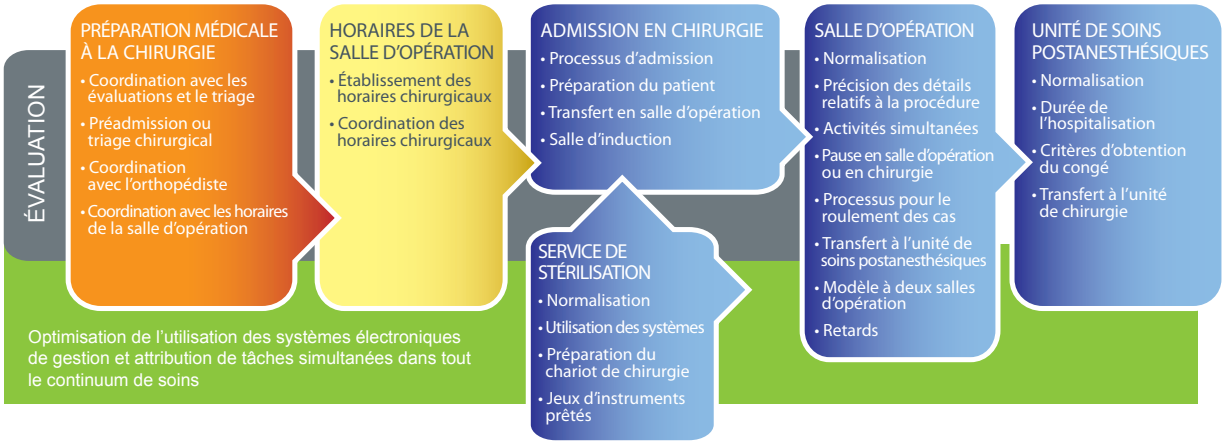
La préparation médicale du patient à la chirurgie joue un rôle important dans son cheminement, car il s'agit de la dernière évaluation de sa préparation à la chirurgie. On peut aussi y faire référence par des termes comme « préadmission » ou « triage chirurgical ».

Parmi les pratiques recommandées pour la préparation médicale à la chirurgie, on trouve les suivantes :

- Coordination avec les évaluations et le triage
- Préadmission ou triage chirurgical
- Coordination avec l'orthopédiste
- Coordination avec les horaires de la salle d'opération

APERÇU

Continuum de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou : Soins chirurgicaux



9.1.1. Coordination avec les évaluations et le triage

Afin de favoriser un cheminement sans heurts du patient, la préparation médicale à la chirurgie doit être coordonnée avec le volet des évaluations et du triage du modèle de soins. Cela comprend la communication des résultats des évaluations des spécialistes pour les patients considérés comme à risque de subir des complications pendant ou après la chirurgie aux membres concernés de l'équipe chirurgicale.

9.1.2. Préadmission ou triage chirurgical

- Pour favoriser une préparation médicale efficace, rentable et sûre à la chirurgie, un processus de préadmission ou de triage chirurgical normalisé peut être établi dans un esprit de collaboration grâce à la participation de divers fournisseurs de soins de santé, comme des anesthésistes, infirmières, orthopédistes et d'autres spécialistes pouvant avoir une incidence dans la préparation du patient.
- L'utilisation de documents normalisés devrait être considérée.
- Les explorations menées expressément aux fins de la préparation médicale doivent être faites selon les pratiques exemplaires. La normalisation devrait être considérée.
- Pour éviter de gaspiller du temps prévu en salle d'opération en raison d'annulations tardives, on doit procéder à la préadmission ou au triage chirurgical dans un délai approprié avant la date de la chirurgie. Remarque : Dans la section « Horaires de la salle d'opération », on suggère de prévoir la date des chirurgies non urgentes à l'avance.

9.1.3. Coordination avec l'orthopédiste

Il faut communiquer à l'orthopédiste tout changement devant être apporté à l'horaire chirurgical à la suite de la préadmission ou du triage chirurgical.

9.1.4. Coordination avec les horaires de la salle d'opération

Il faut communiquer aux responsables des horaires de la salle d'opération tout changement devant être apporté à l'horaire chirurgical à la suite de la préadmission ou du triage chirurgical.

HORAIRES DE LA SALLE D'OPÉRATION

L'horaire chirurgical prépare le terrain pour la journée de l'opération. En plus de fournir des renseignements favorisant un cheminement efficace du patient, il permet d'assurer une utilisation efficace et rentable des ressources chirurgicales de sorte qu'un maximum de patients puissent en bénéficier. Pour y parvenir et assurer un cheminement sans heurts du patient, il doit être établi dans un esprit de collaboration entre divers services de chirurgie et de soutien.

Parmi les pratiques recommandées pour l'établissement des horaires de la salle d'opération, on trouve les suivantes :

- Établissement des horaires chirurgicaux
- Coordination des horaires chirurgicaux

9.1.5. Établissement des horaires chirurgicaux

Des politiques et procédures d'établissement des horaires de la salle d'opération telles que les suivantes devraient être adoptées afin de soutenir le processus :

- Affectation des blocs opératoires
- Renseignements nécessaires pour fixer les rendez-vous
- Moment de l'établissement des horaires
- Durée des procédures
- Approbation des horaires chirurgicaux
- Pour favoriser l'efficacité la journée de la chirurgie, l'affectation de la salle d'opération peut être faite selon des blocs de journées par service lorsque c'est possible et en fonction de critères clairs. L'affectation doit être fournie de quatre à six mois à l'avance. Il existe différentes formes de procédures d'affectation des blocs opératoires; dans la plupart des cas, on revoit et modifie régulièrement l'affectation.
- Un modèle d'utilisation des lits peut être utilisé pour faciliter l'établissement des horaires chirurgicaux afin de cerner et confirmer les lits disponibles. Le nombre de lits en chirurgie disponibles pour chaque bloc doit être précisé dans l'affectation des blocs opératoires fournie de quatre à six mois à l'avance.
- Les horaires chirurgicaux devraient être établis de sorte à utiliser le temps en salle d'opération de manière efficace, rentable et sûre et à maximiser le nombre de patients opérés.
- Les chirurgies non urgentes peuvent être prévues à l'avance (p. ex. quatre semaines) dans le but de faciliter les processus de préparation médicale, d'évaluation préopératoire et de sensibilisation.
- La durée des procédures prévues devrait être établie en fonction de l'orthopédiste et des procédures passées.
- Les horaires chirurgicaux doivent inclure des renseignements sur les besoins spéciaux des patients pouvant influer sur le cheminement du patient la journée de la chirurgie, comme de l'équipement spécial ou les services d'un traducteur ou interprète.

Un processus conjoint d'examen et d'approbation devrait être mis en place pour cerner et traiter les questions pouvant affecter la salle d'opération, l'unité de soins postanesthésiques, le service de stérilisation et l'unité de chirurgie avant la journée de la chirurgie. On peut faciliter cela de la façon suivante :

- Revoir l'horaire provisoire une semaine à l'avance
- Revoir et approuver l'horaire final avant midi la veille
- Un système électronique peut faciliter la gestion des listes d'attente, des horaires de la salle d'opération, de la production des plans de procédure du service de stérilisation et de la distribution des horaires chirurgicaux.

9.1.6. Coordination des horaires chirurgicaux

- L'établissement des horaires chirurgicaux doit être coordonné avec les responsables de la salle d'opération, de l'unité de soins postanesthésiques, du service de stérilisation et de l'unité de chirurgie afin de favoriser une utilisation efficace des salles d'opération et d'éviter les annulations en raison de problèmes liés aux ressources, comme un manque d'équipement ou de lits.
- L'établissement des horaires chirurgicaux doit être coordonné avec l'évaluation préopératoire, la sensibilisation et la préparation médicale à la chirurgie afin de favoriser la préparation du patient et d'éviter les annulations tardives.

ADMISSION EN CHIRURGIE

L'admission en chirurgie est la dernière étape de préparation du patient pour la salle d'opération. Grâce à des processus conjoints liés aux pratiques exemplaires, le patient est préparé, puis transféré en salle d'opération pour sa chirurgie.

Parmi les pratiques recommandées pour l'admission en chirurgie, on trouve les suivantes :

- Processus d'admission
- Préparation du patient
- Transfert en salle d'opération
- Salle d'induction

Un système électronique peut faciliter la gestion de l'information sur l'admission en salle d'opération, y compris sur l'admission générale, comme les heures d'arrivée et de congé.

9.1.7. Processus d'admission

- On peut procéder à l'admission du patient à l'avance, soit à son rendez-vous en préadmission ou en préévaluation, de sorte à faciliter le cheminement du patient la journée de la chirurgie.
- L'heure d'arrivée du patient doit être suffisamment tôt pour permettre sa préparation pour la salle d'opération.
- Un système électronique peut faciliter la gestion de l'information sur l'admission en salle d'opération, y compris sur l'admission générale.

9.1.8. Préparation du patient

- Le processus de préparation du patient doit être établi dans un esprit de collaboration grâce à la participation des infirmières à l'admission et en salle d'opération, anesthésistes, orthopédistes, porteurs, techniciens en stérilisation et d'autres spécialistes pouvant avoir une incidence dans la préparation du patient.
- On peut avoir recours à un plan de soins normalisé, y compris à des ordonnances préimprimées.
- On a recours à l'attribution de tâches simultanées autant que possible afin de favoriser l'efficacité et de faciliter le cheminement du patient.
- L'orthopédiste doit marquer le site opératoire de chaque patient et y apposer ses initiales. Le patient doit aussi confirmer le tout avant la chirurgie.
- Tous les patients recevant un dispositif orthopédique implantable doivent aussi recevoir des antibiotiques prophylactiques afin de réduire les infections du site opératoire.
- Les communications doivent être maintenues entre l'unité d'admission, la salle d'opération et les porteurs de sorte à faciliter le transfert en salle d'opération.

9.1.9. Transfert en salle d'opération

- Les communications doivent être maintenues entre l'unité d'admission, la salle d'opération et les porteurs de sorte à faciliter le transfert en salle d'opération.
- On a recours à l'attribution de tâches simultanées autant que possible afin de favoriser l'efficacité et de faciliter le cheminement du patient.

9.1.10. Salle d'induction

- Lorsque le volume de patients et les ressources, comme l'espace, l'équipement et les anesthésistes, le permettent, on peut avoir recours à une salle d'induction.
- Torkki et al (2005) ont constaté que l'on peut réduire le délai moyen pour le roulement des cas et le temps passé en salle d'opération en procédant à l'induction simultanée de l'anesthésie.[17] Ainsi, une équipe distincte, composée de personnel infirmier et d'un anesthésiste, assure l'induction parallèle dans une autre salle. La décision de créer une salle d'induction devrait être prise dans le cadre d'un processus de collaboration, chaque établissement devant évaluer l'efficacité, la rentabilité et la sécurité d'une telle initiative.

SALLE D'OPÉRATION

Les pratiques exemplaires, la normalisation, l'attribution de tâches simultanées et une approche axée sur la collaboration favorisent le cheminement sans heurts du patient et une utilisation efficace du temps en salle d'opération.

Parmi les pratiques recommandées relativement à la salle d'opération, on trouve les suivantes :

- Normalisation
- Précision des détails relatifs à la procédure
- Activités simultanées
- Pause en salle d'opération ou en chirurgie
- Processus pour le roulement des cas
- Transfert à l'unité de soins postanesthésiques
- Modèle à deux salles d'opération
- Retards

Un système électronique peut faciliter la gestion de l'information sur la salle d'opération, y compris sur la durée des procédures et les retards.

9.1.11. Normalisation

- La normalisation des processus et procédures liés à la salle d'opération pour les arthroplasties vise à améliorer la sécurité du patient et son cheminement, ainsi qu'à favoriser une utilisation efficace du temps en salle d'opération.
- On peut procéder à la normalisation des jeux d'instruments internes, comme les jeux d'implants osseux, afin de faciliter la préparation, la chirurgie et le roulement des cas.
- On peut avoir recours à des trousses personnalisées normalisées afin de faciliter la préparation, la chirurgie et le roulement des cas.
- La normalisation des processus, de l'équipement et des jeux d'instruments devrait être menée en collaboration avec les spécialistes concernés, dont les orthopédistes, anesthésistes, infirmières de salle d'opération et techniciens en stérilisation.

9.1.12. Précision des détails relatifs à la procédure

- Tous les membres de l'équipe chirurgicale devraient collaborer pour veiller à la précision des détails relatifs à la procédure, y compris au respect du temps prévu pour la chirurgie, autant que possible.
- On peut utiliser un moment prédéterminé dans l'horaire chirurgical, comme le début de la préparation, l'arrivée du patient dans la salle ou l'incision, comme point de repère pour s'assurer de ne pas prendre de retard dans les cas.

9.1.13. Activités simultanées

- Pour une efficacité maximale en salle d'opération, on devrait miser sur l'attribution de tâches simultanées.
- Celles-ci ne doivent pas avoir de répercussions négatives sur la sécurité des patients.
- Tous les spécialistes ayant un rôle à jouer en salle d'opération devraient contribuer aux processus d'attribution de tâches simultanées, y compris les orthopédistes, anesthésistes, infirmières de salle d'opération, techniciens en stérilisation, nettoyeurs et porteurs, pour ne nommer que ceux-là.

9.1.14. Pause en salle d'opération ou en chirurgie

Une procédure de pause en salle d'opération ou en chirurgie sert à appuyer les communications au sein de l'équipe et des pratiques sûres. Toute l'équipe chirurgicale prend une pause, avant le début de la chirurgie, et confirme verbalement l'identité du patient, la procédure, le site opératoire, l'implant, le plan de procédure ainsi que d'autres détails.

[17] *Anesthesiology, vol. 103, no 2, août 2005, p. 401 à 405.*

9.1.15. Processus pour le roulement des cas

- Le processus pour le roulement des cas doit être établi dans un esprit de collaboration grâce à la participation des infirmières de salle d'opération et de l'unité de soins postanesthésiques, de même que des anesthésistes, orthopédistes, porteurs, techniciens en stérilisation et d'autres spécialistes pouvant avoir une incidence dans la préparation du patient.
- Une définition claire et consensuelle du « roulement » devrait en outre être établie en collaboration avec l'équipe chirurgicale.
- On peut procéder à l'attribution de tâches simultanées pendant le processus pour le roulement en salle d'opération.
- Les ressources humaines adéquates devraient être disponibles pendant le roulement pour faciliter le processus.

9.1.16. Transfert à l'unité de soins postanesthésiques

- Les communications devraient être maintenues entre la salle d'opération, l'unité de soins postanesthésiques et les porteurs de sorte à faciliter le transfert à l'unité de soins postanesthésiques.
- On peut avoir recours à l'attribution de tâches simultanées lorsque c'est possible afin de favoriser l'efficacité et de faciliter le cheminement du patient.

9.1.17. Modèle à deux salles d'opération

Les établissements peuvent adopter un modèle à deux salles d'opération afin d'accroître le nombre d'arthroplasties primaires de la hanche et du genou effectuées chaque jour. En plus des pratiques recommandées en salle d'opération, on propose les principes suivants pour le modèle à deux salles d'opération :

- Pour assurer la sécurité du patient, de l'orthopédiste et de l'anesthésiste, on ne raccourcit pas la durée de l'induction ni de la chirurgie, mais on l'établit en fonction du temps réel qu'y consacre habituellement l'orthopédiste ou l'anesthésiste. Les orthopédistes ou anesthésistes qui ont besoin de plus de temps pour accomplir leurs tâches que la moyenne combinée peuvent ne pas être des candidats au modèle à deux salles d'opération.
- Pour favoriser l'efficacité du roulement et de la durée des procédures, on peut limiter les systèmes d'implants à un ou deux systèmes standard par journée selon le modèle à deux salles d'opération.
- On devrait établir une procédure d'ajout de nouveaux systèmes par journée selon le modèle à deux salles d'opération afin de favoriser les nouvelles technologies tout en maintenant l'efficacité grâce à la planification.
- Pour éviter les annulations ou retards liés aux instruments utilisés, on devrait préétablir l'ordre des procédures à effectuer. Cela peut être nécessaire, par exemple, s'il faut combiner des interventions à la hanche et au genou en raison de la disponibilité des jeux d'instruments.
- On peut recourir à des adjoints au médecin afin de favoriser le roulement et d'assurer le respect de la durée établie pour les procédures.

9.1.18. Retards

On devrait régulièrement examiner les retards dans les processus en salle d'opération pour favoriser la résolution des problèmes et l'ajustement des processus et tâches au besoin, et ainsi veiller à une utilisation constamment efficace du temps en salle d'opération.

UNITÉ DE SOINS POSTANESTHÉSIQUES

L'établissement d'un plan de soins normalisé et axé sur les pratiques exemplaires pour le rétablissement du patient et l'obtention de son congé de l'unité de soins postanesthésiques contribue à un cheminement sûr et sans heurts du patient, de l'unité de soins postanesthésiques à l'unité de chirurgie.

Parmi les pratiques recommandées relativement à l'unité de soins postanesthésiques, on trouve les suivantes :

- Normalisation
- Durée du séjour à l'unité de soins postanesthésiques
- Critères d'obtention du congé
- Transfert à l'unité de chirurgie

Un système électronique peut faciliter la gestion de l'information sur l'unité de soins postanesthésiques, y compris sur l'heure des congés et les retards.

9.1.19. Normalisation

- La normalisation des processus et procédures de l'unité de soins postanesthésiques grâce à un plan de soins devrait être effectuée afin d'améliorer le cheminement du patient et l'obtention du congé puis le transfert à l'unité de chirurgie.
- La normalisation des processus et procédures (établissement d'un plan de soins) devrait être menée en collaboration avec les spécialistes concernés, dont les anesthésistes, orthopédistes et infirmières des unités de soins postanesthésiques et de chirurgie, pour ne nommer que ceux-là.
- Un système électronique peut faciliter la gestion de l'information sur la salle d'opération, y compris sur l'admission du patient.

9.1.20. Durée du séjour à l'unité de soins postanesthésiques

La durée ciblée du séjour à l'unité de soins postanesthésiques devrait être déterminée en fonction de la documentation sur les pratiques exemplaires et de consultations menées auprès des fournisseurs de soins.

9.1.21. Critères d'obtention du congé

- Des critères d'obtention du congé adéquats devraient être établis en fonction de la documentation sur les pratiques exemplaires et de consultations menées auprès des fournisseurs de soins.
- Les critères d'obtention du congé devraient figurer dans le plan de soins normalisé.
- La classification de la gestion de la douleur devrait faire l'objet d'un consensus au sein de l'équipe et être bien comprise par tous ses membres. La pratique courante veut que, avant que le patient obtienne son congé puis son transfert à l'unité de chirurgie, la douleur qu'il ressent doit être tolérable lorsqu'on bouge un peu le membre opéré.

9.1.22. Transfert à l'unité de chirurgie

- Les communications devraient être maintenues entre l'unité de soins postanesthésiques, l'unité de chirurgie et les porteurs de sorte à faciliter le transfert à l'unité de chirurgie.
- Un rapport verbal de l'état du patient devrait être communiqué à l'unité de chirurgie par l'unité de soins postanesthésiques.
- On peut avoir recours à l'attribution de tâches simultanées lorsque c'est possible afin de favoriser l'efficacité et de faciliter le cheminement du patient.
- Les retards dans le transfert du patient devraient être examinés rapidement, et tout problème résolu au besoin.

SERVICE DE STÉRILISATION

Le service de stérilisation devrait travailler en partenariat avec les autres services de chirurgie dans le but de favoriser un cheminement efficace et rentable du patient. La normalisation de l'équipement et des méthodes de travail contribue à la prestation efficace de ces services.

Parmi les pratiques recommandées relativement au service de stérilisation, on trouve les suivantes :

- Normalisation
- Utilisation des systèmes
- Préparation du chariot de chirurgie
- Jeux d'instruments prêtés

Un système électronique peut faciliter la gestion de l'information sur le service de stérilisation, y compris la tenue des plans de procédure et le contrôle des stocks.

9.1.23. Normalisation

- On devrait normaliser les jeux d'instruments afin de faciliter la préparation, la chirurgie et le roulement des cas.
- La normalisation des processus et procédures du service de stérilisation devrait être effectuée afin d'améliorer le déroulement des tâches.
- La normalisation de l'équipement et des jeux d'instruments devrait être menée en collaboration avec les spécialistes concernés, dont les orthopédistes, anesthésistes, infirmières de salle d'opération et techniciens en stérilisation.

9.1.24. Utilisation des systèmes

- Lorsqu'ils sont disponibles, on peut utiliser des systèmes pour la gestion des instruments, de même que des processus de nettoyage et de stérilisation. Ces systèmes contribuent à faire le suivi des instruments et jeux d'instruments et à gérer les processus de nettoyage et de stérilisation.
- Lorsqu'ils sont disponibles, on peut utiliser des systèmes pour dresser les listes de procédures (ou cartes d'approvisionnement) utilisées pour réunir tous les instruments et fournitures (chariots de chirurgie) pour chaque procédure.

9.1.25. Préparation du chariot de chirurgie

- L'horaire chirurgical devrait être final avant midi la journée précédant la chirurgie afin de préparer le chariot de chirurgie, pour ainsi avoir le temps de régler tout problème lié aux instruments.
- On devrait revoir l'horaire provisoire une semaine avant la date de la chirurgie pour cerner et résoudre tout problème de chevauchement des rendez-vous, de même que de bris ou de manque d'instruments ou d'équipement.
- Lorsque c'est possible, on devrait minimiser le recours à la stérilisation rapide afin de prolonger la vie utile de l'équipement et des instruments.
- Un technicien en stérilisation devrait être disponible pour trouver tout article manquant dans le chariot de chirurgie avant chaque procédure.

9.1.26. Jeux d'instruments prêtés

Les jeux d'instruments prêtés constituent les divers systèmes nécessaires pour la pose des implants. En raison des coûts afférents, de l'espace limité et des nombreux changements technologiques, les établissements de santé n'acquièrent généralement pas ces systèmes d'implants, qui sont plutôt prêtés par les fournisseurs.

- On devrait établir des politiques relatives aux jeux d'instruments prêtés détaillant les procédures du fournisseur et les pratiques de retraitement approuvées.
- Afin de faciliter leur préparation, ces jeux d'instruments devraient être sur place 48 heures avant la journée de la chirurgie.
- Pour éviter les problèmes d'espace au sein du service de stérilisation, les jeux d'instruments prêtés devraient être retournés dans les 24 heures suivant la chirurgie.
- Les fournisseurs offrent les services sur place, de l'information écrite sur la préparation et des photos pour les jeux d'instruments prêtés.

SOMMAIRE

En travaillant en collaboration, en intégrant les pratiques exemplaires et l'avis des spécialistes de même qu'en utilisant les ressources dans le volet chirurgical du modèle de façon efficace, rentable et sûre, l'équipe chirurgicale contribue à offrir un cheminement sans heurts au patient. Le respect des principes chirurgicaux généraux, y compris en mettant l'accent sur le patient, en tenant compte de l'incidence des systèmes et en procédant continuellement à l'évaluation de l'utilisation des ressources, contribue à intégrer le modèle à l'ensemble des activités liées aux chirurgies, soit la préparation médicale, l'établissement des horaires de la salle d'opération, l'admission en chirurgie, les soins en salle d'opération, les soins postanesthésiques et la stérilisation.

10. Soins postopératoires

Les soins postopératoires englobent tous les soins reçus par le patient immédiatement après la chirurgie (dont la réadaptation), que ce soit en milieu hospitalier ou par l'intermédiaire de ressources en consultation externe dans la collectivité. Les soins aigus sont axés sur les besoins immédiats du patient et soutenus par l'équipe de soins grâce à l'utilisation de plans de soins normalisés. Les pratiques de réadaptation varient selon les besoins du patient et sa capacité fonctionnelle. Le suivi dans la collectivité par le fournisseur de soins primaires et l'orthopédiste est essentiel pour veiller à ce que les progrès réalisés par le patient et son rétablissement optimal correspondent à sa capacité fonctionnelle avant la chirurgie et à sa santé.

La présente section fournit les éléments recommandés pour les soins offerts au patient après une arthroplastie de la hanche ou du genou, de même que les ressources et outils nécessaires à leur mise en œuvre. La majorité des renseignements sont fondés sur les recommandations des cliniciens.

Ces éléments comprennent les suivants :

- Soins aigus postopératoires
- Réadaptation
- Suivi après l'obtention du congé des soins aigus

SOINS AIGUS POSTOPÉRATOIRES

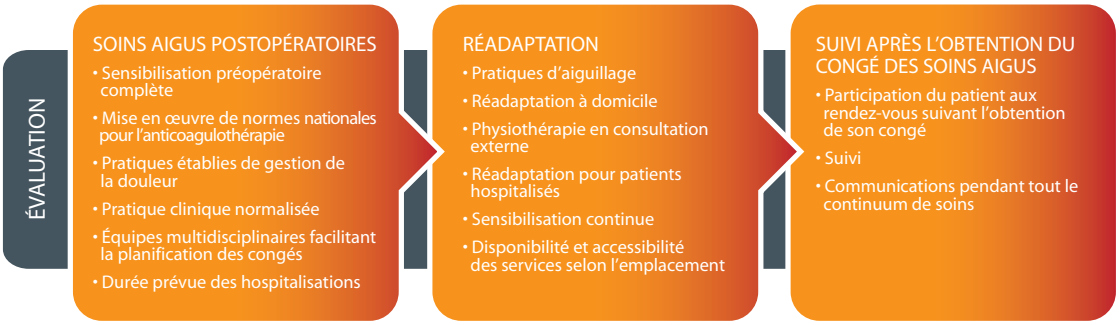
Comprehensive pre-operative patient De la sensibilisation et une évaluation complètes avant l'opération ont une incidence directe sur l'expérience en soins aigus du patient ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou. La normalisation des pratiques liées aux soins est importante si l'on veut obtenir des résultats optimaux. Les pratiques liées aux soins immédiatement après une arthroplastie primaire de la hanche ou du genou peuvent être normalisées de sorte à assurer une transition sans heurts pendant tout le continuum de soins tout en obtenant les meilleurs résultats possibles pour le patient.

Parmi les pratiques recommandées pour les soins aigus postopératoires, on trouve les suivantes :

- Sensibilisation préopératoire complète
- Mise en œuvre de normes nationales pour l'anticoagulothérapie
- Pratiques établies de gestion de la douleur
- Pratique clinique normalisée
- Équipes multidisciplinaires facilitant la planification des congés
- Durée prévue des hospitalisations

APERÇU

Continuum de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou : Soins postopératoires



10.1.1. Sensibilisation préopératoire complète

- On croit qu'une sensibilisation et des évaluations complètes, effectuées par des professionnels de la santé formés à cet effet, avant l'opération améliorent les résultats postopératoires pour les patients grâce à la gestion des attentes du patient et des fournisseurs de soins tout le long du continuum de soins.
- Le fait pour le patient de connaître le continuum de soins aigus contribue à réduire ses craintes par rapport à la chirurgie.

10.1.2. Mise en œuvre de normes nationales pour l'anticoagulothérapie

- Il est démontré que l'arthroplastie entraîne des risques élevés de thromboembolie veineuse; par conséquent, la norme consiste à procéder à une thromboprophylaxie systématique.
- Il faut considérer des normes nationales quant à la médication anticoagulante.
- Des recherches plus poussées sur l'efficacité des nouveaux protocoles relatifs aux anticoagulants oraux doivent être considérées dans la gestion de cette complication.

10.1.3. Pratiques établies de gestion de la douleur

- Les recherches montrent que la gestion de la douleur est primordiale dans les soins offerts aux personnes subissant une arthroplastie. Le soulagement de la douleur postopératoire devrait être intégré aux soins aigus et à la réadaptation de sorte à faciliter le rétablissement.
- Les pratiques de gestion de la douleur varient actuellement au sein même des organisations et peuvent être sous la responsabilité de l'équipe d'orthopédie ou de gestion de la douleur (p. ex. l'anesthésiste). Les cliniciens ayant participé à ce projet croient en la nécessité de normaliser ces pratiques.

10.1.4. Pratique clinique normalisée

- Les cliniciens sont d'avis que toutes les pratiques cliniques normalisées devraient être fondées sur des données probantes.
- Le recours à des plans de soins permet d'avoir une approche uniforme dans la gestion des cas d'arthroplastie primaire de la hanche ou du genou. Il faut faire preuve de jugement clinique dans l'utilisation des plans de soins, car des ajustements peuvent devoir être apportés pour un sous-groupe de patients qui ne satisfont pas aux critères habituels en raison de comorbidités ou d'événements indésirables survenus après l'opération.

Les principales activités cliniques constituent les bases de la normalisation des soins tout le long du continuum pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou. Les pratiques généralement incluses dans les plans de soins comprennent les suivantes :

- Tests (tests de laboratoire et radiographiques normalisés menés après l'opération)
- Évaluations cliniques multidisciplinaires
- Traitements
- Médicaments :
  - Administration d'antibiotiques à l'induction préopératoire
  - Antibiothérapie postopératoire
  - Gestion de la douleur (y compris l'approche multimodale)
  - Respect de la médication généralement utilisée pour gérer les comorbidités pertinentes
  - Alimentation
  - Fonctions intestinales et urinaires
  - Planification des congés et critères connexes
  - Sensibilisation des patients

Étapes clés et résultats prévus pour le patient :

- Objectifs des soins convenus avec le patient et sa famille
- Activités de mobilisation et de mise en charge :
  - Les protocoles fonctionnels et relatifs aux exercices pour les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou devraient être normalisés.
  - Les objectifs normalisés relatifs aux congés pour les programmes publics de réadaptation doivent être clairement établis et communiqués au patient.
  - La réadaptation doit être fondée sur des données probantes et axée sur la tolérance physique et fonctionnelle.

- Des groupes d'ordonnances prédéterminés contribuent à l'uniformité de l'approche pour les soins postopératoires. Il faut utiliser des identifiants clairs afin de veiller à bien indiquer les allergies du patient. Un plan de soins personnalisé devrait être établi pour répondre aux besoins du patient selon toute comorbidité ou tout événement indésirable survenu après l'opération.
- Les communications entre les fournisseurs de soins (d'un quart et d'une journée à l'autre) sont importantes du point de vue du plan de soins global et améliorent la continuité des soins.

10.1.5. Équipes multidisciplinaires facilitant la planification des congés

- L'élaboration d'un modèle de soins reflétant les pratiques exemplaires, intégrant les besoins du patient et des fournisseurs de soins et utilisant les ressources disponibles favorise une transition sans heurts pendant tout le continuum de soins.
- Tous les membres de l'équipe doivent être au courant des rôles et responsabilités de tous les autres fournisseurs de soins par rapport au plan de soins du patient.
- La sensibilisation et l'évaluation du patient avant l'opération font partie intégrante du processus d'établissement des ressources nécessaires après la chirurgie. Les évaluations et la sensibilisation doivent être considérées pendant toute la réadaptation postopératoire du patient.
- La prise de dispositions adéquates relativement au congé permet d'éviter tout délai inutile dans l'obtention du congé des soins aigus ou de la réadaptation pour patient hospitalisé.

10.1.6. Durée prévue des hospitalisations

- Pour les patients en santé et bénéficiant d'un soutien social adéquat, la durée moyenne de l'hospitalisation en soins aigus après une arthroplastie de la hanche ou du genou devrait correspondre aux points de repère nationaux.
- Pour les patients âgés présentant des comorbidités importantes et ne bénéficiant pas d'un soutien social adéquat, la durée de l'hospitalisation ne doit pas être fondée sur les points de repère.
- De nombreux facteurs peuvent contribuer à la durée de l'hospitalisation en soins aigus : les comorbidités, les événements indésirables survenus et la capacité du patient à obtenir les résultats prévus dans le plan de soins. Les patients qui ne suivent pas le plan de soins en raison de comorbidités ou de complications doivent recevoir les soins appropriés et être aiguillés vers des services de réadaptation plus lente au besoin.
- Les protocoles accélérés favorisent des hospitalisations plus courtes pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou, ce qui permet de maximiser les gains au sein du programme. Le profil du patient comprend les critères établis qui doivent être respectés pour que celui-ci puisse avoir un plan de soins accéléré et être hospitalisé moins longtemps.

RÉADAPTATION

Les cliniciens sont d'avis que la réadaptation est un élément clé du rétablissement du patient à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou. Le système de santé doit veiller à ce que des services de réadaptation appropriés soient accessibles en temps opportun pour les patients qui en ont besoin à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou. Les besoins des patients en matière de soins varient. Les services peuvent être offerts à domicile, à l'hôpital ou en consultation externe.

Parmi les pratiques recommandées pour la réadaptation, on trouve les suivantes :

- Pratiques d'aiguillage
- Réadaptation à domicile
- Physiothérapie en consultation externe
- Réadaptation pour patients hospitalisés
- Sensibilisation continue
- Disponibilité et accessibilité des services selon l'emplacement

10.1.7. Pratiques d'aiguillage

- Les processus d'aiguillage doivent être normalisés et rationalisés de sorte à favoriser une transition sans heurts pendant tout le continuum de soins.
- Après leur arthroplastie de la hanche ou du genou, la majorité des patients peuvent gérer leur réadaptation chez eux; il faudrait donc concevoir un système appuyant l'obtention du congé en vue d'une réadaptation à domicile autant que possible.
- Les demandes d'aiguillage devraient inclure des renseignements sur l'état du patient, la capacité de mise en charge, les restrictions à la mobilité et les traitements postopératoires.

10.1.8. Réadaptation à domicile

- Comme la majorité des patients peuvent se rétablir chez eux à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou, le programme devrait inciter le patient à faire des activités fonctionnelles et exercices de réadaptation normalisés. Ceux-ci peuvent être enseignés au patient puis mis en pratique dans le cadre des soins préopératoires et de l'hospitalisation.
- En ce qui a trait aux soins à domicile, on devrait envisager la physiothérapie, l'ergothérapie, les soins infirmiers et les services de soutien à la personne, selon les critères d'admission à ces services dans la région.
- Lorsque l'aiguillage vers des soins à domicile est jugé approprié, les services doivent être réservés avant l'obtention du congé.
- Lorsqu'il y a eu une visite à domicile avant l'opération, le programme devrait prévoir le même fournisseur de soins à domicile après celle-ci.
- Les ordonnances de mise en charge et restrictions à la mobilité devraient être normalisées autant que possible afin d'accroître l'efficacité de la visite à domicile. Lorsque l'on dévie des ordonnances standard, la demande d'aiguillage vers les services à domicile doit comprendre les ordonnances de mise en charge et restrictions à la mobilité.
- Il faut considérer l'aiguillage vers une réadaptation en consultation externe si le patient a besoin de poursuivre la thérapie pour atteindre ses objectifs fonctionnels après la fin des soins à domicile prévus.

10.1.9. Physiothérapie en consultation externe

- Les ordonnances de mise en charge et restrictions à la mobilité devraient être normalisées autant que possible afin d'accroître l'efficacité de la consultation externe. Lorsque l'on dévie des ordonnances standard, la demande d'aiguillage doit le refléter.
- Pour assurer l'accès aux soins, on recommande de prévoir les rendez-vous du patient avant qu'il obtienne son congé. Il est aussi conseillé de lui fournir des directives par écrit relativement à ces rendez-vous.
- La majorité des soins sont offerts à domicile; ainsi, pendant tout le programme, le patient doit recevoir des directives et des renseignements continus sur les exercices et activités fonctionnelles qu'il doit effectuer chez lui.
- À la suite d'une arthroplastie du genou, la réadaptation comprend des exercices intensifs visant à atteindre l'amplitude et la capacité fonctionnelle voulues dans les 12 semaines suivant la chirurgie.
- Dans le cas d'une arthroplastie de la hanche, la réadaptation est limitée par les restrictions chirurgicales. Elle tend à commencer après la première consultation avec l'orthopédiste et à se poursuivre jusqu'à trois mois après la chirurgie. La réadaptation a pour objectif global de corriger les déficits musculaires résultant des restrictions chirurgicales.
- La thérapie prend fin une fois que le patient a atteint l'objectif fonctionnel, soit l'autonomie dans ses activités quotidiennes, ou lorsqu'il cesse de progresser.
- Les communications avec l'orthopédiste et le fournisseur de soins primaires quant aux progrès du patient se poursuivent pendant tout le programme.
- Lorsque le patient cesse de recevoir des soins du système public, on devrait lui proposer des manières de poursuivre la réadaptation, soit en continuant de faire des exercices seul ou en recourant aux services d'un fournisseur privé.

10.1.10. Réadaptation pour patients hospitalisés

- La réadaptation pour patients hospitalisés est nécessaire pour une minorité de patients à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou, généralement en raison de comorbidités ou de complications postopératoires.
- Les patients qui suivent une réadaptation pendant leur hospitalisation le font pour diverses raisons, d'où la nécessité d'un plan de soins personnalisé.
- Le plan de soins établi devrait évaluer le patient en fonction des activités qu'il doit accomplir au quotidien.
- Les ordonnances de mise en charge et restrictions à la mobilité devraient être normalisées autant que possible afin d'accroître l'efficacité de la consultation externe. Lorsque l'on dévie des ordonnances standard, la demande d'aiguillage doit le refléter.
- Les patients doivent faire leurs exercices et assister aux séances prévues afin d'obtenir des résultats optimaux pendant leur rétablissement.
- Le patient et les personnes qui lui fournissent de l'aide ont besoin de directives claires pour assurer la bonne compréhension et le respect du plan de soins de sorte à atteindre les objectifs à court et à long termes.
- On devrait considérer l'aiguillage vers une réadaptation en consultation externe ou à domicile après la fin de la réadaptation suivie à l'hôpital.

10.1.11. Sensibilisation continue

- Jusqu'à au moins un an après son arthroplastie primaire de la hanche ou du genou, le patient peut avoir besoin de conseils ou de renseignements afin d'accroître sa capacité physique et fonctionnelle. Les recommandations en matière de capacité fonctionnelle et de progression devraient être normalisées autant que possible.
- La sensibilisation devrait être cohérente et disponible de diverses façons, dont sur papier, sur le Web, par l'intermédiaire des fournisseurs de soins primaires, par téléphone et par téléconférence.

10.1.12. Disponibilité et accessibilité des services selon l'emplacement

L'accès aux programmes et ressources peut varier selon l'emplacement (milieu urbain, rural ou éloigné). Les fournisseurs de soins de l'établissement où le patient a reçu son traitement doivent s'assurer qu'un plan de soins adéquat est établi en fonction de la disponibilité des ressources.

SUIVI APRÈS L'OBTENTION DU CONGÉ DES SOINS AIGUS

Les soins postopératoires englobent toutes les pratiques liées aux soins, y compris jusqu'aux soins suivant l'obtention du congé, qui comprennent : les rendez-vous pour la thérapie en consultation externe et les rendez-vous de suivi avec les fournisseurs de soins primaires et l'orthopédiste.

Parmi les pratiques recommandées pour le suivi, on trouve les suivantes :

- Rendez-vous après l'obtention du congé
- Suivi nécessaire pour veiller à ce que le patient obtienne les résultats prévus à court et à long termes
- Communication pendant tout le continuum de soins
- Rapports sur les résultats (à court et à long termes)

10.1.13. Rendez-vous après l'obtention du congé

- Le patient doit recevoir des directives écrites sur le suivi après l'obtention de son congé (p. ex. rendez-vous avec l'orthopédiste, les fournisseurs de soins primaires et les physiothérapeutes).
- Le patient devrait recevoir le numéro de téléphone des membres de l'équipe de soins, au besoin.

10.1.14. Suivi nécessaire pour veiller à ce que le patient obtienne les résultats prévus à court et à long termes

- Le patient doit comprendre l'importance de se rendre aux rendez-vous prévus avec les fournisseurs de soins (p. ex. l'orthopédiste, les fournisseurs de soins primaires et les physiothérapeutes).
- Le suivi postopératoire dans le cadre du programme chirurgical peut être effectué par l'intermédiaire du programme d'évaluation ou d'un rendez-vous avec l'orthopédiste ou dans une clinique de fractures. Il faut une certaine normalisation à cet égard, mais certains cliniciens mentionnent que cela engloberait actuellement trois consultations dans l'année suivant la chirurgie, puis environ trois autres au cours des dix années suivantes et, enfin, une consultation annuelle par la suite.
- Il faut prévoir un accès accéléré à l'orthopédiste par le fournisseur de soins primaires ou le patient comme tel en cas de complications postopératoires. Le fournisseur de soins primaires doit avoir accès à l'orthopédiste rapidement si l'état du patient le requiert.

10.1.15. Communication pendant tout le continuum de soins

- La gestion des soins orthopédiques et de l'arthrite devrait être assurée selon une approche intégrée.
- La gestion, tant du point de vue des soins primaires que des soins spécialisés, est importante dans l'obtention de résultats optimaux. Le patient et les membres de sa famille devraient savoir quant et comment recourir aux soins de leur médecin de famille, de l'orthopédiste et du rhumatologue.
- Les communications entre les fournisseurs de soins primaires et l'équipe de soins doivent être faites en temps opportun et en fonction du traitement chirurgical du patient et de son plan de soins après l'obtention de son congé.

SOMMAIRE

La planification des soins et les communications au sein des équipes multidisciplinaires assurent une transition sans heurts à la réadaptation et à la vie quotidienne. Les pratiques en matière de communications et d'aiguillage permettent à l'équipe de soins d'opérer une transition efficace et simple dans les besoins du patient, qui passent des soins aigus à la réadaptation. La normalisation des renseignements grâce à des sommaires pour l'aiguillage et le congé permet de prolonger le plan de soins au-delà des soins aigus. Les ressources communautaires doivent être associées aux soins aigus et au fournisseur de soins primaires pour favoriser une réadaptation complète.

Les organisations et équipes de soins doivent s'assurer que les patients, leur famille et les personnes qui les soutiennent reçoivent des directives écrites quant au suivi. Les renseignements sur le patient devraient être coordonnés et communiqués dans l'ensemble du continuum de soins afin de veiller à ce qu'ils soient exhaustifs et fournis en temps opportun. Les patients et leur famille doivent savoir comment et quand recourir aux soins de leur fournisseur de soins primaires ou orthopédiste afin d'obtenir des soins optimaux pendant leur rétablissement et leur réadaptation. En expliquant clairement au patient le rôle du fournisseur de soins primaires et de l'orthopédiste, on peut améliorer à la fois les soins et son expérience postopératoire.

11. Évaluation

Les organisations en santé utilisent des indicateurs de rendement clés (IRC) afin de comparer leur rendement, d'établir leurs cibles et de promouvoir des améliorations à la qualité des soins. Cela permet aux fournisseurs de soins, administrateurs et décideurs de surveiller le rendement et d'accroître leur capacité à cibler de manière efficace les aspects nécessitant des changements. Le rendement des soins de santé est multidimensionnel, les fournisseurs ayant des intérêts légitimes dans un éventail diversifié d'IRC touchant les résultats des points de vue clinique et administratif.

On a cerné un cadre d'évaluation des IRC et recommandé des IRC permettant d'évaluer et d'encadrer les améliorations apportées après la mise en œuvre de la trousse pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou. Les bases ayant servi à l'élaboration du cadre d'évaluation exigeaient des IRC à la fois quantifiables et essentiels à l'atteinte de l'objectif de favoriser l'accès aux arthroplasties primaires de la hanche et du genou.

ÉTABLISSEMENT DES INDICATEURS DE RENDEMENT CLÉS

Les *Dimensions of Quality within the Alberta Quality Matrix of Health* [www.hqca.ca – en anglais seulement] (Tableau 1) ont servi de cadre pour établir les IRC recommandés dans la trousse. La liste recommandée comprend des IRC nécessaires, mais aussi des IRC qui sont importants sans être aussi essentiels pour le cadre d'évaluation en raison de problèmes liés à la capacité et de restrictions dans certains secteurs. Pour que les fournisseurs soient en mesure de bénéficier d'une évaluation complète du rendement de leur modèle de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou, on recommande que les IRC énumérés dans le cadre d'évaluation soient évalués en conséquence.

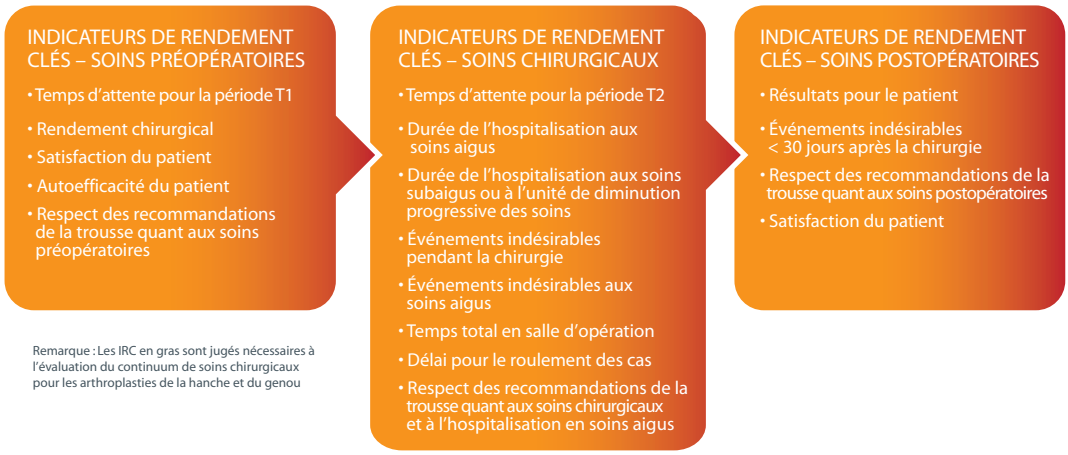
Tableau 1 : Volets de la qualité des soins en Alberta

VOLET DE LA QUALITÉ	DÉFINITION
Acceptabilité	Les services de santé respectent les besoins, préférences et attentes de leur clientèle et s'y adaptent
Accessibilité	Les services de santé sont offerts dans un milieu le plus convenable possible et dans des délais raisonnables, en plus de se trouver à une distance raisonnable de leur clientèle
Pertinence	Les services de santé répondent aux besoins de leur clientèle et sont établis en fonction de pratiques acceptées et fondées sur des données probantes
Efficacité	Les services de santé sont offerts en fonction des connaissances scientifiques en vue d'obtenir les résultats souhaités
Efficience	Les ressources sont utilisées de façon optimale afin d'obtenir les résultats souhaités
Sécurité	Atténuer les risques de sorte à éviter tout résultat imprévu ou dommageable

Les IRC recommandés sont interreliés. On prévoit que, en améliorant l'ensemble des IRC, on pourrait réduire les temps d'attente pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou à l'échelle nationale. Il importe toutefois de souligner que la réussite du cadre d'évaluation est directement tributaire de la fiabilité, de l'exactitude et de l'à-propos des rapports sur les IRC présentés au public concerné. On recommande d'évaluer les IRC pour tous les types d'arthroplasties de la hanche et du genou (p. ex. primaire ou reprise chirurgicale) et de présenter les rapports correspondants. Il faut cependant aussi stratifier les résultats pour les IRC selon qu'il s'agit d'une arthroplastie primaire de la hanche ou du genou, car il existe des différences considérables entre les deux interventions (prévalence, procédures, points de repère et durée du rétablissement).

APERÇU

Continuum de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou : Évaluation



Remarque : Les IRC en gras sont jugés nécessaires à l'évaluation du continuum de soins chirurgicaux pour les arthroplasties de la hanche et du genou

INDICATEURS DE RENDEMENT CLÉS – SOINS PRÉOPÉRATOIRES

On a recommandé un total de cinq IRC pour le volet sur les soins préopératoires de la trousse. Bien qu'ils soient tous jugés importants, deux sont considérés comme nécessaires à l'évaluation (ces derniers sont indiqués en gras) :

- Temps d'attente pour la période T1
- Rendement chirurgical
- Satisfaction du patient
- Autoefficacité du patient
- Respect des recommandations de la trousse quant aux soins préopératoires

11.1.1. Temps d'attente pour la période T1

Le temps d'attente pour la période T1 est défini comme la période d'attente allant de l'aiguillage du patient vers un orthopédiste par le fournisseur de soins primaires à la date de la première consultation en orthopédie. Ce temps d'attente est un IRC essentiel qui contribue à l'évaluation du volet de l'accessibilité de la qualité des soins. On recommande que tous les renseignements nécessaires à l'évaluation du temps d'attente pour la période T1 soient saisis par voie électronique. On recommande que le temps d'attente pour la période T1 fasse l'objet de rapports trimestriels aux échelons local, provincial et national.

11.1.2. Rendement chirurgical

Le rendement chirurgical est défini comme le pourcentage des aiguillages en vue d'une arthroplastie primaire de la hanche ou du genou qui résultent effectivement en une arthroplastie. Le rendement chirurgical est un IRC essentiel au volet de l'accessibilité de la qualité des soins. Comme pour le temps d'attente pour la période T1, on recommande que tous les renseignements nécessaires à l'évaluation du rendement chirurgical soient saisis par voie électronique. Pour compenser le temps d'attente pour la chirurgie, on recommande que cet IRC fasse l'objet de rapports annuels aux échelons local, provincial et national.

11.1.3. Satisfaction du patient

La satisfaction du patient est définie comme l'évaluation par le patient ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou de son expérience chirurgicale globale, y compris les soins préopératoires. L'expérience en soins préopératoires comprend l'acceptabilité pour le patient du temps d'attente pour la première consultation en orthopédie. Cet IRC n'est pas considéré comme essentiel au cadre d'évaluation, mais on souligne qu'il s'agit d'une mesure utile permettant d'obtenir des renseignements sur l'acceptabilité pour le patient. Comme il pourrait être trop complexe de rapporter les renseignements relatifs à cet IRC pour tous les patients, on recommande d'évaluer celui-ci au besoin, à l'aide d'un questionnaire remis à un échantillon transversal aléatoire de patients. Par exemple, il pourrait être avantageux de présenter un rapport sur la satisfaction du patient à la mise en œuvre d'un modèle de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou, puis tous les ans par la suite. On recommande que les rapports sur l'IRC pour la satisfaction des patients avant la chirurgie soient de portée locale. Les outils cités comprennent des questionnaires types utilisés par des organisations de tout le pays pour l'évaluation de la satisfaction des patients.

11.1.4. Autoefficacité du patient

L'autoefficacité du patient est définie comme sa capacité à comprendre sa condition, à la gérer et à se soigner en conséquence, ce que favorise une bonne sensibilisation du patient. Comme dans le cas de la satisfaction du patient, cet IRC n'est pas considéré comme essentiel au cadre d'évaluation, mais on souligne que, si l'organisation a la capacité de l'évaluer, il peut fournir des renseignements éclairants sur l'efficacité des services préopératoires. On recommande d'évaluer cet IRC au besoin, à l'aide d'un questionnaire remis à un échantillon transversal aléatoire de patients. L'Arthritis Self-Efficacy Scale, de l'université Stanford, est un questionnaire destiné aux patients qui est éprouvé et couramment utilisé pour évaluer l'autoefficacité relativement à l'arthrite (http://patienteducation.stanford.edu/research/searthritis.html – en anglais seulement). Les outils cités comprennent d'autres questionnaires types conçus et utilisés par des organisations de tout le pays pour l'évaluation de l'autoefficacité. On recommande que les rapports sur cet IRC soient de portée locale.

11.1.5. Respect des recommandations de la trousse quant aux soins préopératoires

On sait que la présentation de rapports précis d'évaluation du respect des recommandations quant aux soins préopératoires nécessite une grande quantité de renseignements et des efforts considérables. Même si cet IRC concerne la faisabilité et la rentabilité de la section sur les soins préopératoires de la trousse, il n'est pas considéré comme nécessaire au cadre d'évaluation, et on recommande de l'évaluer de façon intermittente, au besoin, et que les rapports sur cet IRC soient de portée locale seulement. L'évaluation du respect des procédures grâce à un échantillon transversal aléatoire suffit probablement au suivi de cet IRC.

INDICATEURS DE RENDEMENT CLÉS – SOINS CHIRURGICAUX ET HOSPITALIERS

On a recommandé un total de neuf IRC pour le volet sur les soins chirurgicaux de la trousse, dont six sont considérés comme nécessaires à l'évaluation (ces derniers sont indiqués en gras) :

- Temps d'attente pour la période T2
- Durée de l'hospitalisation en soins aigus
- Dispositions prises au congé
- Durée de l'hospitalisation aux soins subaigus ou à l'unité de diminution progressive des soins
- Événements indésirables pendant la chirurgie
- Événements indésirables aux soins aigus
- Temps total en salle d'opération
- Délai pour le roulement des cas
- Respect des recommandations de la trousse quant aux soins chirurgicaux et à l'hospitalisation en soins aigus

11.1.6. Temps d'attente pour la période T2

Le temps d'attente pour la période T2 est défini comme la période d'attente allant de la date de la première consultation en orthopédie à la date de la chirurgie. Ce temps d'attente est un IRC essentiel qui contribue à l'évaluation du volet de l'accessibilité de la qualité des soins. Comme pour le temps d'attente pour la période T1, on recommande que tous les renseignements nécessaires à l'évaluation du temps d'attente pour la période T2 soient saisis par voie électronique. On recommande que le temps d'attente pour la période T2 fasse l'objet de rapports trimestriels aux échelons local, provincial et national. Les rapports sur cet IRC sont disponibles à l'échelon provincial et, dans bien des cas, ils sont de nature publique.

11.1.7. Durée de l'hospitalisation en soins aigus

La durée de l'hospitalisation est définie comme le temps qui s'écoule de l'admission du patient à l'obtention de son congé d'un établissement de soins aigus où il a subi une arthroplastie. Cet IRC est considéré comme essentiel au cadre d'évaluation. Les renseignements nécessaires à l'évaluation de la durée de l'hospitalisation devraient être saisis par voie électronique et faire l'objet de rapports trimestriels pour tous les patients aux échelons local, provincial et national. Pour remédier aux préoccupations possibles quant à l'utilisation accrue d'autres ressources en raison de la réduction de la durée de l'hospitalisation en soins aigus, on doit évaluer cet IRC en lien avec les dispositions prises au congé établies ci-dessous; on suggère donc de distinguer les patients retournant chez eux après l'obtention de leur congé et ceux qui vont ailleurs. Les rapports sur cet IRC sont disponibles auprès de l'ICIS.

11.1.8. Dispositions prises au congé (état de sortie)

Les dispositions prises au congé correspondent à l'endroit où est dirigé le patient après l'opération. Le but de tout programme chirurgical est de concevoir un plan de rétablissement qui permet au patient de retourner chez lui dans une période de temps optimale. Cet IRC définit le nombre de patients qui retournent chez eux à leur congé, une donnée dont on tire le maximum quand elle est jumelée à la durée de l'hospitalisation. On devrait envisager des rapports locaux, provinciaux et nationaux pour cet IRC. Les rapports sur cet IRC sont disponibles auprès de l'ICIS.

11.1.9. Durée de l'hospitalisation aux soins subaigus ou à l'unité de diminution progressive des soins

Pour obtenir une évaluation détaillée de la durée totale de l'hospitalisation pour une arthroplastie de la hanche ou du genou, il faut intégrer l'évaluation du temps passé aux soins subaigus ou à l'unité de diminution progressive des soins. Par contre, comme beaucoup de patients qui obtiennent leur congé se retrouvent ensuite dans un autre établissement, on comprend que la saisie des données nécessaires pour cet IRC et leur association sur le plan administratif sont difficiles, et on ne sait pas trop comment procéder. Cet IRC n'est donc pas considéré comme essentiel au cadre d'évaluation pour le moment. Si on s'en sert, on recommande que la portée des rapports connexes soit la même que pour l'IRC pour la durée de l'hospitalisation en soins aigus.

11.1.10. Événements indésirables pendant la chirurgie

Les événements indésirables pendant la chirurgie constituent tout événement imprévu ou non souhaitable qui survient pendant une arthroplastie de la hanche ou du genou. Cet IRC lié à la sécurité est considéré comme important. On recommande donc que les renseignements nécessaires soient saisis par voie électronique et fassent l'objet de rapports pour tous les patients. On recommande que cet IRC fasse l'objet de rapports trimestriels aux échelons local, provincial et national.

11.1.11. Événements indésirables aux soins aigus

Les événements indésirables aux soins aigus constituent tout événement imprévu ou non souhaitable qui survient pendant l'hospitalisation aux soins aigus pour une arthroplastie primaire de la hanche ou du genou, à l'exception de ceux qui se produisent pendant la chirurgie. Comme pour les événements indésirables pendant la chirurgie, cet IRC est considéré comme nécessaire. On recommande donc que les renseignements requis soient saisis par voie électronique et fassent l'objet de rapports pour tous les patients. On recommande que cet IRC fasse l'objet de rapports trimestriels aux échelons local, provincial et national. Seuls les événements indésirables jugés graves devraient faire l'objet de rapports – des complications telles que les nausées postopératoires sont trop fréquentes et précises pour être signalées. Cet IRC permet d'évaluer la sécurité.

11.1.12. Temps total en salle d'opération

Le temps total en salle d'opération est défini comme le temps qui s'écoule de l'arrivée du patient en salle d'opération à sa sortie de celle-ci. Cet IRC est considéré comme nécessaire et classé dans le volet de la rentabilité de la qualité des soins. Les renseignements sur le temps en salle d'opération devraient être recueillis et maintenus par voie électronique, et cet IRC devrait faire l'objet de rapports pour tous les patients. On recommande que cet IRC fasse l'objet de rapports trimestriels aux échelons local, provincial et national.

11.1.13. Délai pour le roulement des cas

Le délai pour le roulement des cas est défini comme le temps qui s'écoule de la sortie du patient de la salle d'opération à l'arrivée du patient suivant dans celle-ci. Cet IRC est considéré comme une mesure importante de la rentabilité des systèmes. Même si la collecte de renseignements sur le délai pour le roulement des cas et la présentation des rapports connexes peuvent être complexes, cet indicateur est jugé nécessaire. On devrait donc évaluer cet IRC à l'aide de stratégies intégrées à un système électronique médical de sorte à accroître la capacité de présentation de rapports. On recommande également que les renseignements nécessaires à l'évaluation du délai pour le roulement des cas soient saisis pour tous les patients et fassent l'objet de rapports trimestriels de portée locale.

11.1.14. Respect des recommandations de la trousse quant aux soins chirurgicaux et à l'hospitalisation en soins aigus

On sait que la présentation de rapports précis d'évaluation du respect des recommandations quant aux soins chirurgicaux et à l'hospitalisation en soins aigus nécessite une grande quantité de renseignements et des efforts considérables. Même si cet IRC concerne la faisabilité et la rentabilité des sections sur les soins chirurgicaux et aigus de la trousse, il n'est pas considéré comme nécessaire au cadre d'évaluation. Si on l'évalue, on recommande de le faire de façon intermittente, au besoin, et que les rapports sur cet IRC soient de

portée locale seulement. L'évaluation du respect des procédures grâce à un échantillon transversal aléatoire suffit probablement à assurer un suivi adéquat de cet IRC.

INDICATEURS DE RENDEMENT CLÉS – APRÈS L'OBTENTION DU CONGÉ

On a recommandé un total de cinq IRC pour le volet sur les soins postopératoires de la trousse, dont trois sont considérés comme nécessaires à l'évaluation (ces derniers sont indiqués en gras) :

- Résultats pour le patient
- Événements indésirables < 30 jours après la chirurgie (réadmission)
- Taux de reprise
- Respect des recommandations de la trousse quant aux soins postopératoires
- Satisfaction du patient

11.1.15. Résultats pour le patient

Les résultats pour le patient sont définis comme des mesures des changements survenus dans la capacité fonctionnelle du patient et la douleur ressentie, de la période précédant la chirurgie jusqu'à des moments prédéterminés après celle-ci. Cet IRC est considéré comme nécessaire au cadre d'évaluation et constitue une mesure de l'efficacité des systèmes. Comme la durée du rétablissement et le délai prévu avant qu'une amélioration soit constatée diffèrent selon qu'il s'agit d'une arthroplastie de la hanche ou du genou, la collecte des données sur les résultats postopératoires pour le patient devrait être effectuée aux intervalles appropriés. On recommande d'évaluer ces données à l'aide d'un questionnaire remis aux patients. Des outils éprouvés, comme l'Oxford Hip Score, peuvent être utilisés, et le dossier de ressources de la trousse contient des questionnaires types sur les résultats utilisés par des organisations partout au pays pour l'évaluation de la capacité fonctionnelle du patient et de la douleur postopératoire. Les variantes dans le contenu des questionnaires sur les résultats pour le patient reflètent les besoins, ressources et préférences des utilisateurs à l'échelon local; par conséquent, on recommande que cet IRC fasse l'objet de rapports annuels de portée locale pour tous les patients. On conseille toutefois de faire preuve de prudence dans la comparaison des résultats pour le patient obtenus chez différents fournisseurs de soins afin de s'assurer que les résultats ne sont pas biaisés en raison d'une sélection des patients. L'évaluation de cet IRC nécessite la mise en œuvre de méthodes statistiques solides pour l'ajustement des risques pour le patient.

11.1.16. Événements indésirables < 30 jours après la chirurgie

Les événements indésirables aux soins postopératoires constituent tout événement imprévu ou non souhaitable qui survient dans les 30 jours suivant une arthroplastie de la hanche ou du genou, à l'exception de ceux qui se produisent pendant l'hospitalisation aux soins aigus. Cet IRC est considéré comme nécessaire. On recommande donc que les renseignements requis soient saisis par voie électronique et fassent l'objet de rapports pour tous les patients. On recommande que cet IRC fasse l'objet de rapports annuels aux échelons local et provincial. Les événements indésirables devraient inclure tous les décès et réadmissions liés aux soins pour une arthroplastie primaire de la hanche ou du genou. Cet IRC permet d'évaluer la sécurité. Les rapports sur cet IRC sont disponibles auprès de l'ICIS, sous forme de taux de réadmission dans les 30 jours suivant le congé.

11.1.17. Taux de reprise

Les complications dues à une arthroplastie de la hanche ou du genou peuvent entraîner une reprise chirurgicale au cours de la première année suivant l'intervention initiale, ce qui signifie de moins bons résultats. Cet IRC permet d'évaluer la sécurité; les rapports connexes sont disponibles auprès de l'ICIS.

11.1.18. Respect des recommandations de la trousse quant aux soins postopératoires

La présentation de rapports précis d'évaluation du respect des recommandations quant aux soins postopératoires de la trousse nécessite une grande quantité de renseignements et des efforts considérables. Même si cet IRC concerne la faisabilité et la rentabilité, il n'est pas considéré comme nécessaire au cadre d'évaluation. Si on l'évalue, on recommande donc de le faire de façon intermittente, au besoin, et que les rapports sur cet IRC soient de portée locale seulement. Pour la plupart des organisations, il n'est probablement pas possible de présenter des rapports pour tous les patients; par conséquent, on recommande une évaluation du respect des procédures à partir d'un échantillon transversal aléatoire seulement.

11.1.19. Satisfaction du patient

La satisfaction du patient est définie comme l'évaluation par le patient ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou de son expérience chirurgicale globale, y compris les soins postopératoires. Cet IRC n'est pas considéré comme nécessaire au cadre d'évaluation, mais il s'agit d'une mesure utile permettant d'obtenir des renseignements sur l'acceptabilité pour le patient. Comme il pourrait être trop complexe de rapporter les renseignements relatifs à cet IRC pour tous les patients, on recommande d'évaluer celui-ci au besoin, à l'aide d'un questionnaire remis à un échantillon transversal aléatoire de patients. On recommande donc que les rapports sur l'IRC pour la satisfaction du patient après la chirurgie soient de portée locale. Les outils cités dans le dossier de ressources comprennent des questionnaires types utilisés par des organisations de tout le pays pour l'évaluation de la satisfaction des patients.

12. Mise en œuvre

Bien que la mise en œuvre du modèle national de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou dépasse la portée de la trousse, certains paramètres de base sont fournis afin d'aider les organismes à améliorer l'accès aux soins et leur qualité. La mise en œuvre nécessite la conception d'un plan coordonné répondant aux besoins des patients à l'échelle communautaire. Les plans régionaux devraient donc être conçus de sorte à établir la demande actuelle et future pour les services, de même que la capacité à y répondre. Pour veiller à ce que le programme soit fructueux, l'approche doit être planifiée, et tous les intervenants doivent participer à la conception du programme, à sa mise en œuvre et au suivi de son rendement.

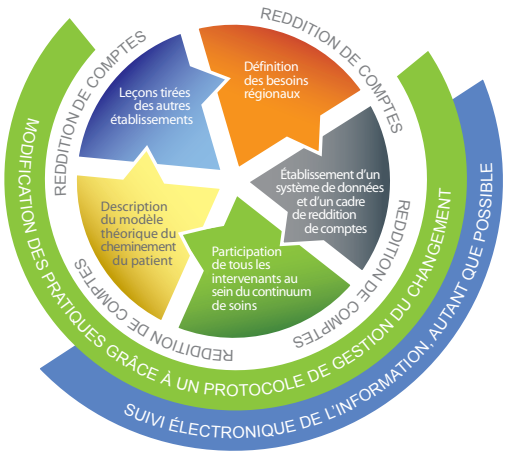
Afin de favoriser l'adoption de pratiques exemplaires pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou, il faut concevoir un plan définissant les soins en fonction de la région et permettant de gérer l'évolution du patient dans tout le continuum de soins.

Parmi les pratiques recommandées pour la mise en œuvre, on trouve les suivantes :

- Définition des besoins régionaux actuels et futurs en matière d'arthroplasties primaires de la hanche et du genou
- Établissement des endroits où il y a un programme fonctionnel et étude de ce programme
- Description du cheminement du patient sous forme de modèle théorique avant le lancement du programme
- Processus décisionnel englobant tous les intervenants au sein du continuum de soins
- Établissement d'un cadre de reddition de comptes dans tout le continuum de soins
- Suivi électronique de l'information, autant que possible
- Modification des pratiques grâce à un protocole normalisé de gestion du changement

APERÇU

Continuum de soins pour les arthroplasties primaires de la hanche et du genou : Mise en œuvre



DÉFINITION DES BESOINS EN MATIÈRE D'ARTHROPLASTIES DE LA HANCHE ET DU GENOU

- Il est important de définir les besoins en matière d'arthroplasties primaires de la hanche et du genou à l'aide des données disponibles sur les services locaux et des données démographiques.
- L'utilisation des données susmentionnées contribuera à la planification des volumes régionaux de sorte à optimiser la capacité du système et l'utilisation des ressources.

ÉTABLISSEMENT DES ENDROITS OÙ IL Y A UN PROGRAMME FONCTIONNEL ET ÉTUDE DE CE PROGRAMME

- Établir des liens avec les centres à haut rendement à l'échelon régional, provincial ou national.
- En apprendre davantage sur leurs programmes, y compris leurs réussites et leurs difficultés.
- Établir des liens entre les membres du personnel afin d'accroître l'acquisition de connaissances, au besoin.

DESCRIPTION DU CHEMINEMENT DU PATIENT SOUS FORME DE MODÈLE THÉORIQUE AVANT LE LANCEMENT DU PROGRAMME

- Un diagramme du processus facilite la description du cheminement du patient au sein du continuum de soins.
- Le personnel de première ligne devrait avoir l'occasion de créer et modifier le diagramme du processus afin de veiller à ce que toutes les questions opérationnelles y soient intégrées.
- Le diagramme du processus devrait être approuvé par les équipes de gestion des organisations concernées.

PROCESSUS DÉCISIONNEL ENGLOBANT TOUS LES INTERVENANTS

- Il faut une structure de gouvernance à l'échelle régionale et organisationnelle.
- La structure de gouvernance doit inclure des représentants de tous les groupes de fournisseurs de soins de santé, dont les orthopédistes, fournisseurs de soins primaires, anesthésistes et professionnels des soins de santé connexes.
- La structure de gouvernance régionale devrait inclure des représentants de tous les intervenants, y compris les gouvernements et les organismes prenant part au continuum de soins.
- Les comités et groupes de travail au sein de la structure de gouvernance doivent avoir les responsabilités et les pouvoirs requis pour mettre en œuvre le programme.
- La structure de gouvernance doit comprendre des groupes de travail chargés de la mise en œuvre et du suivi du rendement du programme.
- On devrait considérer la possibilité d'inclure des représentants des patients lorsqu'il est pertinent de le faire.

ÉTABLISSEMENT D'UN CADRE DE REDDITION DE COMPTES

- Il faut établir un mandat pour le programme par l'intermédiaire d'un cadre de reddition de comptes.
- Le cadre de reddition de comptes devrait inclure des systèmes publics d'évaluation du rendement et de reddition de comptes relativement au financement.

Le suivi électronique des patients permet d'obtenir des renseignements de sorte à évaluer le rendement du système. Il pourrait inclure les éléments suivants :

- Aiguillages électroniques
- Système de gestion des aiguillages
- Évaluation des temps d'attente
- Système de rendez-vous pour les chirurgies
- Dossiers électroniques pour les soins postopératoires
- Résultats escomptés

MODIFICATION DES PRATIQUES GRÂCE À UN PROTOCOLE NORMALISÉ DE GESTION DU CHANGEMENT

Les protocoles de gestion du changement ne font pas partie du mandat de ce projet. On trouve des références à la gestion du changement dans le milieu de la santé sur le site Web de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), à www.ihi.org (en anglais seulement).

SOMMAIRE

On peut améliorer les soins offerts aux patients en attente d'une arthroplastie de la hanche ou du genou en adoptant une approche systématique favorisant l'uniformité à l'échelle nationale. Cela nécessite de la planification, la participation des intervenants et la communication avec ceux-ci, de la coordination et des évaluations continues. Pour que le système soit fondé sur les résultats, la collecte des données doit être ciblée et doit orienter le processus décisionnel.

13. Modélisation de la recherche sur la capacité et le fonctionnement des systèmes

La planification de la gestion des arthroplasties primaires de la hanche et du genou doit tenir compte de nombreux facteurs, y compris la demande pour les services, la capacité des ressources humaines en santé à fournir ces services et les ressources fonctionnelles, dont les principaux facteurs limitants sont l'accès à la salle d'opération et le nombre de lits. Afin de maximiser la capacité locale, il est important de comprendre la façon dont ces facteurs sont interreliés. C'est là que la modélisation intervient. Les modèles qui suivent fournissent des renseignements sur l'évaluation de ces facteurs. Ces modèles ont été conçus par l'Université de Toronto.[18]

PLANS DE SOINS

La conception de plans de soins efficaces qui sont profitables tant pour les soins aux patients que pour l'efficacité globale du système fait l'objet d'efforts constants. Au Canada, on utilise plusieurs modèles, chacun étant toutefois axé sur l'amélioration de l'accès aux soins en fonction de ressources limitées. Chaque plan de soins applique un cheminement du patient semblable, sauf que les ressources employées à chaque étape et la méthode de prestation des soins diffèrent. Selon les ressources disponibles et le processus en place, certains plans de soins peuvent être plus faciles à mettre en œuvre que d'autres. Les modèles de plans de soins visent à donner un aperçu général des ressources nécessaires à la mise en œuvre et de ses avantages par rapport au statu quo ou à d'autres plans de soins.

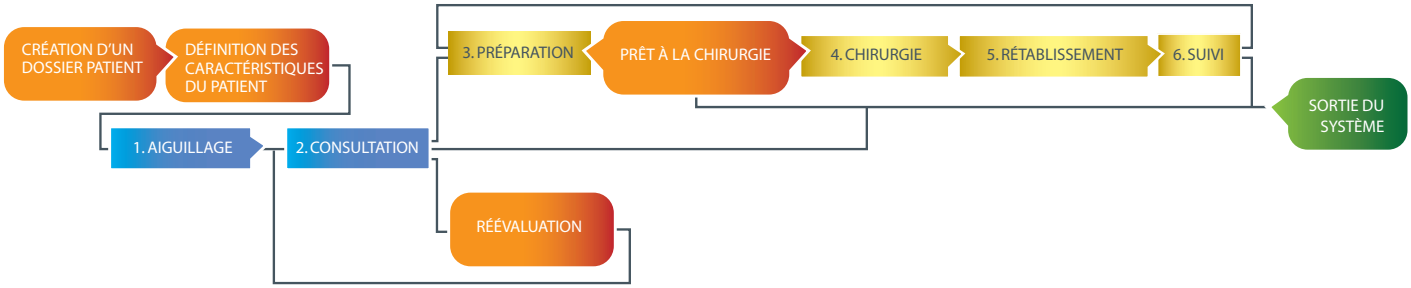
13.1.1. Utilité du modèle

- Il simule le cheminement des patients dans les processus d'aiguillage, de consultation, de préparation, de chirurgie, de soins postopératoires et de suivi.
- Il évalue diverses statistiques pendant le cheminement du patient dans le système, comme le temps d'attente, la longueur des files d'attente, l'utilisation des ressources, voire les coûts.

13.1.2. Exigences en matière de données

En règle générale, les exigences en matière de données sont grandes, selon le niveau de détail nécessaire à l'analyse. Voici un petit exemple des données nécessaires :

- **Données sur le patient** – Taux d'arrivée des aiguillages et répartition des urgences, répartition du type de chirurgies (primaires, reprises, arthroplasties totales ou partielles, de la hanche ou du genou, difficulté), pourcentage de patients nécessitant une optimisation médicale ou fonctionnelle.
- **Données sur les ressources** – Nombre d'orthopédistes et taux moyen de conversion des aiguillages en chirurgie, affectation du temps en salle d'opération, nombre de chirurgies effectuées par jour en salle d'opération, durée de l'aiguillage et rendez-vous de suivi.
- **Données cliniques** – Heures de clinique, horaire des jours de clinique, répartition des aiguillages et gestion des listes d'attente.
- **Données sur le plan de soins** – Autres services offerts en clinique et disponibilité de ces ressources (p. ex. physiothérapeute en soins avancés et personnel responsable de la préparation et de la sensibilisation des patients), personnes concernées et temps d'interaction avec le patient.



[18]*Centre for Research in Healthcare Engineering. Internet : www.crhe.ca.*

13.1.3. Scénarios possibles selon le modèle actuel

Voici quelques-uns des scénarios qui peuvent être mis à l'essai à l'aide du modèle et des données dont on dispose actuellement. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais bien d'une indication de la gamme de scénarios qui peuvent être mis à l'essai à l'aide du modèle.

- Si davantage de ressources sont allouées aux différentes étapes du continuum de soins, quelle en est l'incidence sur la capacité?
- Si le taux d'aiguillage augmente ou diminue, qu'advient-il des temps d'attente?
- Si le bassin de patients change, qu'advient-il des temps d'attente et de l'utilisation des ressources?
- Si on fait appel à un physiothérapeute en soins avancés pour le triage des cas aiguillés, peut-on accroître le nombre de chirurgies effectuées?
- En quoi la clinique est-elle en mesure d'atteindre les cibles en matière de temps d'attente?

MODÉLISATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ – ORTHOPÉDISTES

Veiller à ce qu'il y ait suffisamment de ressources humaines en santé pour fournir les services nécessaires est une composante primordiale pour l'offre de soins accessibles et de grande qualité au sein d'un système viable. Pour ce faire, on a besoin d'outils de planification des ressources humaines en santé. Les modèles applicables à la main-d'œuvre en santé donnent un aperçu de l'offre future de ressources humaines et de la demande future pour les services qu'elles fournissent d'après les projections démographiques et d'autres facteurs. On peut donc employer ces modèles pour étudier divers scénarios et ainsi avoir un aperçu des effets à long terme des politiques et autres changements apportés au système. À cette fin, on a conçu un modèle de ressources humaines en santé applicable aux orthopédistes canadiens.

13.1.4. Utilité du modèle

- Il simule la progression des étudiants au fil de leurs résidence et bourses en orthopédie, jusqu'à leur pleine intégration au sein de la communauté orthopédique.
- Il représente la population d'orthopédistes actifs au fil du temps et établit la capacité chirurgicale et clinique correspondante au sein du système.
- Il établit la demande clinique et chirurgicale en orthopédie d'après les projections démographiques et le taux de demande par habitant établis en fonction du sexe et de l'âge, les listes d'attente actuelles et la demande chirurgicale par les patients non canadiens.
- Il dresse la comparaison entre l'offre et la demande pour chaque type d'activités de l'orthopédiste (chirurgicales et cliniques) afin d'établir les surplus ou pénuries d'orthopédistes au sein du système.

13.1.5. Exigences en matière de données

- **Données sur les étudiants :** Le nombre d'étudiants dans le système selon l'année de résidence, le taux d'inscription, la durée de la formation et la proportion d'étudiants qui deviennent boursiers.
- **Données sur les orthopédistes :** Nombre d'orthopédistes dans le système, leur âge et le taux d'attrition selon l'âge.
- **Données sur la charge de travail :** Charge de travail annuelle actuelle et souhaitée par orthopédiste selon le type d'activités (chirurgicales et cliniques) en fonction de l'âge, du temps alloué à la chirurgie par rapport aux activités cliniques et de la capacité chirurgicale du système (cas financés).
- **Données sur la demande :** Demande par habitant pour des consultations et des chirurgies selon l'âge et le sexe, nombre de patients actuellement en attente d'une chirurgie ou d'une consultation, taux de retrait des listes d'attente et demande de chirurgie par des patients non canadiens.

13.1.6. Scénarios possibles selon le modèle actuel

Voici quelques-uns des scénarios qui peuvent être mis à l'essai à l'aide du modèle et des données dont on dispose actuellement. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais bien d'une indication de la gamme de scénarios qui peuvent être mis à l'essai à l'aide du modèle.

- Que se passerait-il si on contingentait les inscriptions en résidence?
- Quelle est l'incidence des limites de cas chirurgicaux sur le système?
- Que se passe-t-il si la demande est supérieure ou inférieure aux estimations actuelles pour la chirurgie? Et pour les consultations?
- Que se passe-t-il si on emploie des projections démographiques plus élevées? Et si on en utilise des plus prudentes?
- Que se passe-t-il si la charge annuelle de l'orthopédiste en cas ou consultations est supérieure ou inférieure aux estimations actuelles?
- Que se passe-t-il quand la demande relative aux listes d'attente est répartie sur plusieurs périodes (un an, cinq ans ou dix ans)?

MODÈLE DE SOINS PRÉOPÉRATOIRES GÉNÉRALISÉ

Bien que chaque hôpital ait ses propres défis à relever, le modèle de base des soins chirurgicaux est le même partout : les patients doivent se rendre à l'hôpital, où ils subissent une chirurgie, après quoi on les soigne avant de les renvoyer chez eux. La simulation de ces activités s'avère toujours un processus long et laborieux nécessitant la création d'un modèle personnalisé afin d'inclure les nuances de chaque situation; cependant, compte tenu de cette ressemblance fondamentale, le modèle peut être généralisé tout en englobant suffisamment de détails pour fournir des prévisions significatives. Le but de ce modèle est de permettre une analyse de divers scénarios de sorte à soutenir les décisions relatives aux changements à apporter aux activités et aux horaires.

13.1.7. Utilité du modèle

- Il simule le cheminement des patients jusqu'à la salle d'opération, puis vers l'unité de rétablissement.
- Il est généralisé afin d'être applicable à toute situation en milieu hospitalier, que ce soit dans une petite région rurale ou dans de très grands centres universitaires.
- Il tient compte des variations dues aux changements à la liste chirurgicale et aux pratiques différentes des orthopédistes.
- Il inclut le traitement des patients dans des unités non chirurgicales, l'annulation de chirurgies due à un manque d'espace dans les unités ou de temps en salle d'opération.
- Il évalue les statistiques liées au fonctionnement de l'hôpital, comme l'utilisation de la salle d'opération, le recensement dans les unités selon le jour de la semaine et le rendement des orthopédistes et services.

13.1.8. Exigences en matière de données

En règle générale, les exigences en matière de données sont grandes, mais celles-ci devraient être accessibles aux administrateurs des hôpitaux. Les données nécessaires en premier lieu sont les suivantes :

- **Données sur le patient –** Service et orthopédiste effectuant la chirurgie, date de la chirurgie et durée du séjour en salle d'opération, temps réservé en salle d'opération, délai pour le roulement des cas et plan de soins postopératoires en milieu hospitalier avec durée du séjour dans chaque unité.
- **Données sur les ressources –** Nombre de salles d'opération, liste des chirurgies par service pour chacune des salles, nombre d'orthopédistes disponibles dans chaque service, longueur de la liste d'attente de chaque orthopédiste, nombre de lits disponibles dans chaque unité selon les quarts de travail. Ces données peuvent aussi englober d'autres ressources dans le système, p. ex. la réadaptation, les soins infirmiers et l'anesthésie.
- **Données opérationnelles –** Affectations et rapports des soins infirmiers à l'extérieur du service, règles d'établissement des horaires et gestion des listes d'attente.

13.1.9. Scénarios possibles selon le modèle actuel

Voici quelques-uns des scénarios qui peuvent être mis à l'essai à l'aide du modèle et des données dont on dispose actuellement. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais bien d'une indication de la gamme de scénarios qui peuvent être mis à l'essai à l'aide du modèle.

- Qu'adviendrait-il de l'utilisation, du niveau de recensement ou du rendement si la liste chirurgicale changeait de configuration?
- Qu'adviendrait-il de l'utilisation, du niveau de recensement ou du rendement si on ajoutait une salle d'opération? De quelle façon devrait-on planifier le service dans cette nouvelle salle?
- Qu'adviendrait-il de l'utilisation, du niveau de recensement ou du rendement si certaines chirurgies étaient effectuées plus tôt ou plus tard dans la semaine ou la journée?

13.1.10. Résultats du modèle

Le modèle vise davantage à soutenir le processus décisionnel d'un point de vue opérationnel. On l'a validé dans cinq hôpitaux de tailles diverses, et le processus se poursuit dans plusieurs autres établissements au cours de l'année. Dans chaque établissement où il a été mis à l'essai, le modèle s'est avéré apte à représenter les activités avec suffisamment de précision pour aider les décideurs à planifier des changements dans les activités et le déroulement des processus.

MODÉLISATION MONTE-CARLO – PLANIFICATION DU NOMBRE DE LITS

L'affectation de ressources limitées à divers intervenants est un processus complexe, tout comme l'est la compréhension des facteurs qui influent sur le nombre de patients nécessitant un lit à l'hôpital durant une semaine type. Afin d'arriver à comprendre la façon d'allouer du temps en salle d'opération et des lits aux services, on a besoin d'outils de planification. Ainsi, un modèle de planification du nombre de lits donne un aperçu de l'incidence globale sur le système des changements apportés dans un secteur donné. On peut donc employer un modèle pour étudier divers scénarios afin d'évaluer les effets de ces changements. Ce modèle a été conçu à cette fin.

13.1.11. Utilité du modèle

- Il simule le nombre de lits nécessaires selon le jour de la semaine et le quart de travail, et ce, pour chaque service.
- Il utilise les données sur les anciens patients pour établir des corrélations quant au délai pour le roulement des cas, à la durée du séjour aux soins intensifs, à la durée du séjour dans les unités et ainsi de suite.
- Il intègre l'incidence de l'arrivée de patients des urgences ou d'autres services sur le nombre de lits.
- Il permet d'analyser l'incidence de la croissance du bassin de patients et des changements à la liste chirurgicale, à la durée des séjours dans les unités, aux autres niveaux de soins, et ainsi de suite.
- Il détermine la position de l'établissement d'un point de vue stratégique de sorte à soutenir les décisions relatives à la planification de l'affectation des lits, à l'isolement et à d'autres stratégies en matière de gestion des lits.

13.1.12. Exigences en matière de données

En règle générale, les exigences en matière de données sont assez grandes, mais celles-ci devraient être accessibles aux administrateurs des hôpitaux. Les données nécessaires en premier lieu sont les suivantes :

- Renseignements sur les chirurgies par patient : Dates, durée et orthopédiste
- Renseignements sur le cheminement postopératoire par patient, y compris la durée du séjour à chaque étape
- Renseignements sur les chirurgies effectuées par orthopédiste, y compris la durée du séjour connexe
- Taux d'aiguillage de nouveaux patients vers le système

13.1.13. Scénarios possibles selon le modèle actuel

Voici quelques-uns des scénarios qui peuvent être mis à l'essai à l'aide du modèle et des données dont on dispose actuellement. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais bien d'une indication de la gamme de scénarios qui peuvent être mis à l'essai à l'aide du modèle.

- Quelle serait l'incidence sur le nombre de lits si le nombre de chirurgies augmentait de 10, 15 ou 20 % l'an prochain?
- Quelle serait l'incidence sur le nombre de lits si une partie des lits réservés aux chirurgies étaient strictement affectés à l'orthopédie pour éviter qu'on s'en serve dans d'autres services?
- Quelle serait l'incidence sur le nombre de lit si la liste chirurgicale était changée? Quel serait le changement le plus minime qui pourrait avoir l'incidence la plus marquée?
- Quelle serait l'incidence sur le nombre de lits si la durée de l'hospitalisation pour tous les patients habituels était réduite au 25e percentile de l'ICIS?
- Quelle serait l'incidence sur le nombre de lits d'une réduction de 25 ou de 50 % des jours passés aux autres niveaux de soins?

SOMMAIRE

La modélisation fournit des renseignements sur le cheminement théorique des patients dans le continuum de soins et peut tenir compte des facteurs individuels qui peuvent être un frein à l'amélioration des soins et de l'accès à ceux-ci pour les patients.

14. Sommaire

Grâce au soutien financier de Santé Canada et de l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IALA), à la contribution en nature de la Fondation Canadienne d'Orthopédie, de l'Association Canadienne d'Orthopédie, de l'Alberta Bone and Joint Health Institute (ABJHI) et de La Société d'arthrite, de même qu'à la participation et aux efforts exceptionnels de divers intervenants dans chacune des provinces et deux territoires, la DOA au Canada a conçu une trousse destinée à encadrer la mise en œuvre du modèle national de soins. Les hôpitaux du pays ont généreusement mis à notre disposition les outils qu'ils ont mis au point; ils sont accessibles sur le site Web de la DOA au Canada (***www.boneandjointcanada.com*** – en anglais seulement) et peuvent être téléchargés par les cliniciens de partout au pays.

Cette trousse fournit des ressources et lignes directrices détaillées pour la gestion des arthroplasties primaires de la hanche et du genou constituant une approche planifiée qui répond aux besoins des patients dans la collectivité. Plus particulièrement, la trousse comprend des recommandations sur la façon d'adopter des pratiques fondées sur des données probantes pour la gestion des cas aiguillés vers le système, les soins préopératoires, y compris l'identification et la gestion des patients, le processus chirurgical et les soins postopératoires, dont la réadaptation.

La trousse met en outre l'accent sur l'établissement de processus et procédures coordonnés pour offrir un environnement sans heurts au patient et veiller à l'efficacité, à la rentabilité et à la sécurité de son cheminement.

Des IRC sont inclus afin de comparer le rendement, d'établir les cibles, de promouvoir des améliorations et de faire le suivi du rendement. Cela permet de renforcer la capacité des régions et organisations à cibler de manière efficace les aspects nécessitant des changements et à orienter les optimisations nécessaires à une amélioration constante des soins après la mise en œuvre initiale de la trousse sur les arthroplasties primaires de la hanche et du genou.

Enfin, le présent document fournit un aperçu de l'utilisation que l'on peut faire de la capacité du système et de la modélisation des ressources pour obtenir des données qui encadrent le processus décisionnel en matière d'affectation des ressources.