

**Implication de l'UETMIS dans le chantier d'amélioration de la pertinence clinique au
CHU de Québec-Université Laval : bilan et constats**

Rapport 07-17

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

JUIN 2017

**Implication de l'UETMIS dans le chantier d'amélioration de la pertinence clinique au CHU de
Québec-Université Laval : bilan et constats**

Rapport 07-17

préparé par

Sylvain L'Espérance, Ph. D.
Katia Boivin, erg., M.Sc.
Martin Coulombe, M.Sc., M.A.P
Marc Rhainds, M.D., M.Sc., FRCPC

UETMIS, CHU de Québec-Université Laval

Juin 2017

Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique et des affaires institutionnelles
(DEQEAI)

<https://www.chudequebec.ca/professionnels-de-la-sante/evaluation/evaluation.aspx>

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval.

COORDINATION

Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS
M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – Évaluation, expérience patient et éthique, Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique et des affaires institutionnelles (DEQEAI)

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

M^{me} Francine Daudelin, technicienne en administration, module Évaluation et expérience patient, DEQEAI

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Hôpital Saint-François-d'Assise du CHU de Québec-Université Laval
10, rue de l'Espinay
Québec (Québec) G1L 3L5
Téléphone : 418 525-4444 poste 54682
Courriel : uetmis@chudequebec.ca

Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval. Implication de l'UETMIS dans le chantier d'amélioration de la pertinence clinique au CHU de Québec-Université Laval : bilan et constats, rapport préparé par Sylvain L'Espérance, Katia Boivin, Martin Coulombe et Marc Rhainds (UETMIS 07-17) Québec, 2017, vii-27 p.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Les photos et images utilisées dans ce document sont libres de droits d'auteur.

Copyright © 2017 UETMIS - CHU de Québec-Université Laval.

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

LES MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE DU CHANTIER D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERTINENCE CLINIQUE DU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

M^{me} Sophie Bellavance, adjointe à la directrice, Direction des services professionnels
M. Sébastien Blais, directeur, Direction de la performance clinique et organisationnelle
M^{me} Katia Boivin, chargée de projet — pertinence
M^{me} Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale, présidente du Comité
M. Martin Coulombe, adjoint au directeur, Évaluation, expérience patient et éthique, DEQEAI
M. Eric Etter, conseiller en communication, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
Dr Jean-Claude Forest, professeur titulaire, Département de biologie moléculaire, de biochimie médicale et de pathologie, Faculté de médecine - Université Laval
Dr André Garon, directeur, Direction médicale des services hospitaliers
M. Daniel La Roche, directeur, DEQEAI
M^{me} Brigitte Martel, directrice, Direction des soins infirmiers
M^{me} Jasmine Martineau, directrice, Direction des services multidisciplinaires
Dr Francis Morin, président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
D^{re} Alice Nourissat, médecin-conseil, UETMIS
M^{me} Marie-Claude Racine, chef de département, Département de pharmacie
Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS
Dr François Rousseau, titulaire de la Chaire de recherche FRSQ/MSSS/CHUQ en évaluation des technologies et des pratiques de pointe en médecine de laboratoire
D^{re} Maryse Turcotte, directrice, Direction des services professionnels

FINANCEMENT

Ce projet a été financé par un programme de l'Agence de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (2015-2017) et le budget de fonctionnement de l'UETMIS.

AVANT-PROPOS

L'UETMIS du CHU de Québec-Université Laval a pour mission de soutenir et de conseiller les décideurs (gestionnaires, médecins et professionnels) dans la prise de décision relative à la meilleure allocation de ressources visant l'implantation d'une technologie ou d'un mode d'intervention en santé ou la révision d'une pratique existante.

LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'UETMIS

Dr Stéphane Bergeron, directeur adjoint, Direction des services professionnels
M^{me} Katia Boivin, Conseil multidisciplinaire
M^{me} Christine Danjou, Direction des soins infirmiers
Dr Marcel Émond, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M^{me} Marie-Pierre Gagnon, chercheuse de l'Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé
M^{me} Martine Lachance, directrice, Direction clientèle - Médecine
M^{me} Marie-Claude Michel, pharmacienne coordonnatrice du Programme de gestion thérapeutique des médicaments
M. Gervais Pelletier, Conseil des infirmières et des infirmiers
M. François Pouliot, module Éthique, DEQEAI
M^{me} Michèle Ricard, adjointe au directeur, module Qualité, sécurité et gestion des risques, DEQEAI
M^{me} Karen Samson, Service-conseil de génie biomédical
D^{re} Claude Tremblay, Programme de prévention et contrôle des infections
M. Stéphane Tremblay, directeur adjoint, Direction des services multidisciplinaires
Vacant, Comité des usagers

L'ÉQUIPE DE L'UETMIS

M^{me} Geneviève Asselin, agente de planification, de programmation et de recherche
M. Martin Bussièrès, agent de planification, de programmation et de recherche
M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – Évaluation, expérience patient et éthique, DEQEAI
M^{me} Francine Daudelin, technicienne en administration
M^{me} Renée Drolet, agente de planification, de programmation et de recherche
M^{me} Brigitte Larocque, agente de planification, de programmation et de recherche
M. Sylvain L'Espérance, agent de planification, de programmation et de recherche
D^{re} Alice Nourissat, médecin-conseil en ETMIS
Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS

Ce document présente les informations répertoriées selon la méthodologie de recherche développée. Il n'engage d'aucune façon la responsabilité du CHU de Québec-Université Laval, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les auteurs, le CHU de Québec-Université Laval, de même que les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AMC	Association médicale canadienne
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMES	Centre Mère-Enfant Soleil
CMQ	Conseil médical du Québec
DMSH	Direction médicale des services hospitaliers
DSP	Directeur des services professionnels
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MSSS	Ministère de la Santé et des services sociaux
PGTM	Programme de gestion thérapeutique des médicaments
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

SOMMAIRE

Depuis près de deux ans, le CHU de Québec-Université Laval (ci-après «CHU de Québec») s'est engagé dans un processus visant à évaluer et à améliorer la pertinence des soins et des actes médicaux prodigués dans son établissement. De par la mission et les mandats qui lui ont été confiés, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec a été associée à ce processus dès sa mise sur pied. Différents projets ont depuis été confiés à l'UETMIS avec la mise en place à l'été 2015 au CHU de Québec du Comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique.

L'implication de l'UETMIS dans la réalisation d'initiatives issues du Comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique du CHU de Québec a permis de mettre en évidence les principales étapes à réaliser pour la mise en œuvre d'un tel chantier de travail dans un établissement. D'abord, l'adhésion de toutes les parties prenantes de l'organisation, et ce, quel que soit le niveau décisionnel ou hiérarchique, est importante à rechercher afin de développer une gouvernance solide et une vision commune de la pertinence clinique. Ensuite, il importe, pour faire des gains en pertinence clinique, d'élaborer un processus clair d'identification, d'évaluation et de priorisation des initiatives cliniques susceptibles d'améliorer la pertinence des soins et de le partager avec un ensemble de parties prenantes. Finalement, l'organisation doit être en mesure d'offrir un soutien pour la mise en œuvre des propositions de pertinence. Ceci inclut la capacité à interroger des bases de données existantes dans les établissements ou d'en créer de nouvelles afin d'assurer un suivi des interventions cliniques implantées et de leurs impacts sur les conditions de santé.

À ce jour, près de 90 initiatives de pertinence clinique ont été suggérées par les médecins et les équipes de soins au CHU de Québec. Bien que plusieurs de ces projets aient été mis en place, leurs impacts sur les changements de pratiques cliniques, les coûts, la qualité des soins, par exemple, n'ont pu être mesurés à ce jour. Toutefois, un Comité de pilotage mis en place à cet effet assure présentement le suivi de ces initiatives. L'expérience acquise ainsi que le potentiel associé aux projets réalisés à ce jour illustrent l'intérêt grandissant de l'organisation et de ses cliniciens face à la pertinence clinique afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de même que l'expérience patient.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	IV
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....	V
SOMMAIRE	VI
TABLE DES MATIÈRES	VII
1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIFS	2
3. MÉTHODOLOGIE.....	3
3.1 Processus d'appel de propositions d'initiatives susceptibles d'améliorer la pertinence clinique.....	3
3.2 Initiatives de pertinence confiées à l'UETMIS.....	3
3.3 Révision	4
4. RÉSULTATS.....	5
4.1 Résumé des initiatives d'amélioration de la pertinence clinique soumises dans le cadre de l'appel de projets en 2015.....	5
4.2 Projets d'évaluation de l'UETMIS initiés à la suite de la mise sur pied du chantier d'amélioration de la pertinence clinique.....	7
4.2.1 Évaluation de la pertinence de l'imagerie par résonance magnétique dans la prise en charge de l'épaule douloureuse chez les adultes.....	7
4.2.2 Utilisation de l'échographie obstétricale pour le suivi d'une grossesse normale : recension des recommandations et des pratiques.....	9
4.2.3 Offre de services ambulatoires en soins palliatifs pour les patients atteints d'un cancer de stade avancé au CHU de Québec.....	11
4.2.4 La neurostimulation sous-cutanée pour le traitement des lombalgies chroniques.....	13
4.2.5 Évaluation de la prise en charge ambulatoire des nouveaux cas de diabète en pédiatrie (projet en cours de réalisation).....	15
4.2.6 Évaluation de l'efficacité et de l'innocuité des brides nasales pour fixer les tubes d'alimentation entérale (projet en cours de réalisation).....	16
4.3 Autres initiatives de pertinence accompagnées.....	17
4.3.1 Utilisation des chambres d'espacement pour l'administration des médicaments en aérosol.....	17
4.3.2 Utilisation des formules nutritives semi-élémentaires et monomériques.....	17
4.3.3 Révision des analyses de laboratoire utilisées pour le suivi de la nutrition parentérale et entérale.....	18
5. DISCUSSION.....	19
6. CONCLUSION.....	25
RÉFÉRENCES	26

1. INTRODUCTION

Près de 50 % des dépenses de programme prévues dans le budget 2017-2018 du Gouvernement du Québec sont liées aux services de santé et aux services sociaux [1]. Le réseau de la santé et des services sociaux doit répondre à l'évolution des besoins de la population tout en assurant un contrôle des dépenses, une saine gestion des ressources et une amélioration de la performance du système [2]. À la suite du dépôt du plan économique de 2015 du Gouvernement du Québec dans lequel une mesure budgétaire de 150 millions de dollars liée à l'adoption des meilleures pratiques pour améliorer la pertinence des soins de santé et des services sociaux a été ordonnée [3], l'organisation a dû réagir à cette nouvelle contrainte budgétaire¹ [4].

Le CHU de Québec-Université Laval (ci-après « CHU de Québec ») a fait de la pertinence clinique une priorité organisationnelle de l'établissement depuis déjà plusieurs années avec la participation au programme de gestion thérapeutique des médicaments (PGTM) développé par les CHU et la création en 2006 de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS). C'est dans ce même esprit en 2013, qu'une équipe du CHU de Québec a été mandatée afin de réaliser un projet d'intervention dans le cadre du programme FORCES de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) [5]. Ce projet visait à intégrer une approche d'évaluation centrée sur la pertinence, la qualité et la sécurité des interventions dans les processus d'évaluation déjà en place dans l'organisation [5]. Cette volonté se reflète également dans la planification stratégique du CHU de Québec pour les années 2015-2016 et 2016-2017 [6]. Pour faire face à ce défi, un chantier d'amélioration de la pertinence clinique a été lancé conjointement, au printemps 2015, par le Directeur des services professionnels (DSP), le Directeur médical des services hospitaliers et le président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CHU de Québec auprès des chefs des départements et des services médicaux [4]. Un Comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique a également été mis sur pied en juin 2015. Les principaux mandats de ce comité sont 1) d'identifier et prioriser les initiatives qui sont les plus susceptibles d'améliorer la pertinence des soins dans le cadre d'un processus clair, juste, transparent et délibératif; 2) d'assurer la cohérence organisationnelle, la complémentarité et la coordination des initiatives visant à améliorer la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques; 3) de soutenir la réalisation des projets de révision de la pertinence des soins et; 4) de suivre et de mesurer les résultats des initiatives de révision de la pertinence des soins. La composition du Comité de pilotage est présentée à la page III.

L'UETMIS est une des parties prenantes du chantier d'amélioration de la pertinence clinique en raison de son mandat et de la nature des activités qui en découlent. En effet, le mandat de l'UETMIS est de soutenir et de conseiller les gestionnaires, les médecins et les professionnels dans la prise de décisions relatives à la meilleure allocation des ressources lors de l'introduction ou encore de la révision d'une technologie ou d'un mode d'intervention [7]. Dans le cadre des mesures de soutien en matière de coordination des projets d'amélioration de la performance (2015-2017) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, l'UETMIS a reçu un financement pour réaliser un projet lié à la pertinence clinique qui comportait deux volets. L'un d'eux était le développement et la validation d'un outil multicritères visant à soutenir l'identification des projets d'amélioration de la pertinence clinique à haut potentiel. Un rapport portant sur le développement de l'outil a été publié en 2016 [2]. Le deuxième volet portait sur l'expérimentation terrain de projets en pertinence et fait l'objet du présent rapport.

¹ Cette mesure budgétaire s'est opérationnalisée, pour le CHU de Québec-Université Laval par une contrainte budgétaire de 14 millions de dollars en 2015-2016 liée aux objectifs d'amélioration de la pertinence des actes médicaux et cliniques.

2. OBJECTIFS

L'objectif du présent rapport est de faire le point sur les projets menés par l'UETMIS dans le cadre du chantier d'amélioration de la pertinence clinique depuis son lancement en 2015. Plus spécifiquement, ce rapport vise à :

1. Faire le bilan des travaux menés par l'UETMIS en réponse aux mandats qui lui ont été confiés par le Comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique;
2. Identifier les leçons apprises dans le cadre de ces projets afin de guider les décideurs sur les facteurs à considérer pour soutenir un processus d'amélioration de la pertinence clinique dans une organisation.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Processus d'appel de propositions d'initiatives susceptibles d'améliorer la pertinence clinique

Un appel de propositions d'initiatives pour améliorer la pertinence clinique a été lancé en avril 2015 par le DSP, le Directeur médical des services hospitaliers et le président du CMDP auprès de tous les chefs des départements et des services médicaux. L'appui sur des données probantes ou sur des consensus scientifiques forts était identifié par les promoteurs comme un élément essentiel pour convenir d'une nouvelle norme de pratique à observer et à promouvoir. Les initiatives de pertinence soumises devaient :

- ✓ Viser l'amélioration de la qualité des soins aux malades et des services à la clientèle par la référence à des indications plus judicieuses et précises lors de l'émission d'une ordonnance;
- ✓ Ne pas fragiliser la sécurité des patients, mais conduire à une gestion plus étroite des priorités et des risques;
- ✓ Être effectives et applicables au plus tard le 1^{er} octobre 2015;
- ✓ Générer des économies substantielles et suffisantes pour contribuer à l'équilibre budgétaire de l'établissement et permettre des réinvestissements stratégiques [8].

La documentation des éléments suivants était spécifiquement demandée :

- L'objet visé par l'initiative de pertinence;
- L'initiative de la pertinence en elle-même et sa portée;
- Le changement de pratique induit par l'initiative de pertinence;
- Les impacts cliniques induits par l'initiative de pertinence, le cas échéant;
- Les gains anticipés, tenant compte des ressources actuellement utilisées, liés à l'initiative de pertinence;
- Les principaux motifs du choix effectué;
- La signature du demandeur et sa fonction.

Les initiatives de pertinence reçues ont été discutées lors de réunions du Comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique tenues à l'été et à l'automne 2015. À la suggestion de l'UETMIS, les initiatives ont été évaluées et priorisées à l'aide des critères utilisés par *Health Quality Ontario* (HQO) [9]. Le choix final pour la priorisation des initiatives de pertinence a été effectué à la suite d'un processus délibératif entre les membres du Comité. Parmi les initiatives retenues, certaines ont nécessité de l'accompagnement de la part du Département de pharmacie ou de la Direction médicale des services hospitaliers (DMSH) tandis que d'autres sont passées par un processus d'évaluation au préalable qui a été confié à l'UETMIS.

3.2 Initiatives de pertinence confiées à l'UETMIS

Certaines initiatives de pertinence ont requis une recension des données probantes préalable à l'implantation de changements. Ce travail a été effectué par l'UETMIS dans le respect des standards méthodologiques [7]. Les étapes de cadrage, de recensement des meilleures données probantes, d'analyse critique et contextuelle ainsi que le développement de recommandations ont été effectuées en collaboration avec un groupe de travail interdisciplinaire spécifique à chacun de ces projets d'évaluation. Ces experts de contenu ont participé à l'identification des enjeux et des dimensions à considérer pour la recherche d'informations ainsi qu'aux discussions portant sur la synthèse des connaissances issues de la réalisation d'un projet d'évaluation. Ces échanges ont également contribué à la compréhension commune du contexte de l'établissement, à l'identification des aspects organisationnels à considérer et à l'appropriation des constats découlant de la synthèse des connaissances. Pour les initiatives de pertinence dont l'accompagnement a nécessité l'implication d'une chargée de projet, la méthode de travail s'est concentrée autour des actions de coordination et de suivi du projet afin de supporter les proposant dans la mise en œuvre des changements de pratique souhaités.

Les initiatives de pertinence ayant mené à la publication d'un rapport de l'UETMIS et celles ayant nécessité un accompagnement par la chargée de projet sont présentées au Chapitre 4.

3.3 Révision

Le rapport a été révisé et adopté par les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS lors de sa réunion du 18 avril 2017.

4. RÉSULTATS

4.1 Résumé des initiatives d'amélioration de la pertinence clinique soumises dans le cadre de l'appel de projets en 2015

Au total, 88 initiatives de pertinence ont été reçues par les chefs des départements et des services médicaux à la suite de l'appel de projets effectué au printemps 2015. Parmi celles-ci, une ciblait des interventions offertes par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) et trois ont été considérées comme étant des doublons. Le Tableau 1 présente le nombre d'initiatives de pertinence uniques (n = 84) reçues en fonction de chacun des départements médicaux. On observe que près du quart des propositions provenaient du Département de médecine d'urgence.

TABLEAU 1. PROVENANCE DES DIFFÉRENTES INITIATIVES DE PERTINENCE PROPOSÉES DANS LE CADRE DE L'APPEL DE PROJETS EN 2015

Départements médicaux	n initiatives proposées (%)
Médecine d'urgence	19 (23)
Médecine	12 (14)
Anesthésiologie (incluant les soins intensifs*)	9 (11)
Médecine familiale	9 (11)
Biologie médicale	7 (8)
Imagerie médicale	6 (7)
Chirurgie	6 (7)
Pédiatrie	5 (6)
Obstétrique et gynécologie	4 (5)
Radio-oncologie	4 (5)
Ophthalmologie	1 (1)
Otorhinolaryngologie et chirurgie buccale et maxillo-faciale	1 (1)
Sciences neurologiques	1 (1)

*Les initiatives de pertinence ciblant les soins intensifs pouvaient être proposées à la fois par des membres du service de soins intensifs ou de médecine interne.

Sur le nombre d'initiatives reçues, 26 % (22 sur 84) étaient des projets en lien avec une dimension d'organisation des services ou d'accès aux soins de santé. De plus, 43 % (36 sur 84) consistaient en des initiatives en voie d'être amorcées ou en cours de réalisation. Parmi toutes les initiatives de pertinence reçues, 14 (17 %) d'entre elles ont fait l'objet au demandeur d'un avis par le Comité de pilotage de faire appel à l'UETMIS pour obtenir du soutien en évaluation afin d'éclairer les décideurs sur les changements organisationnels à implanter.

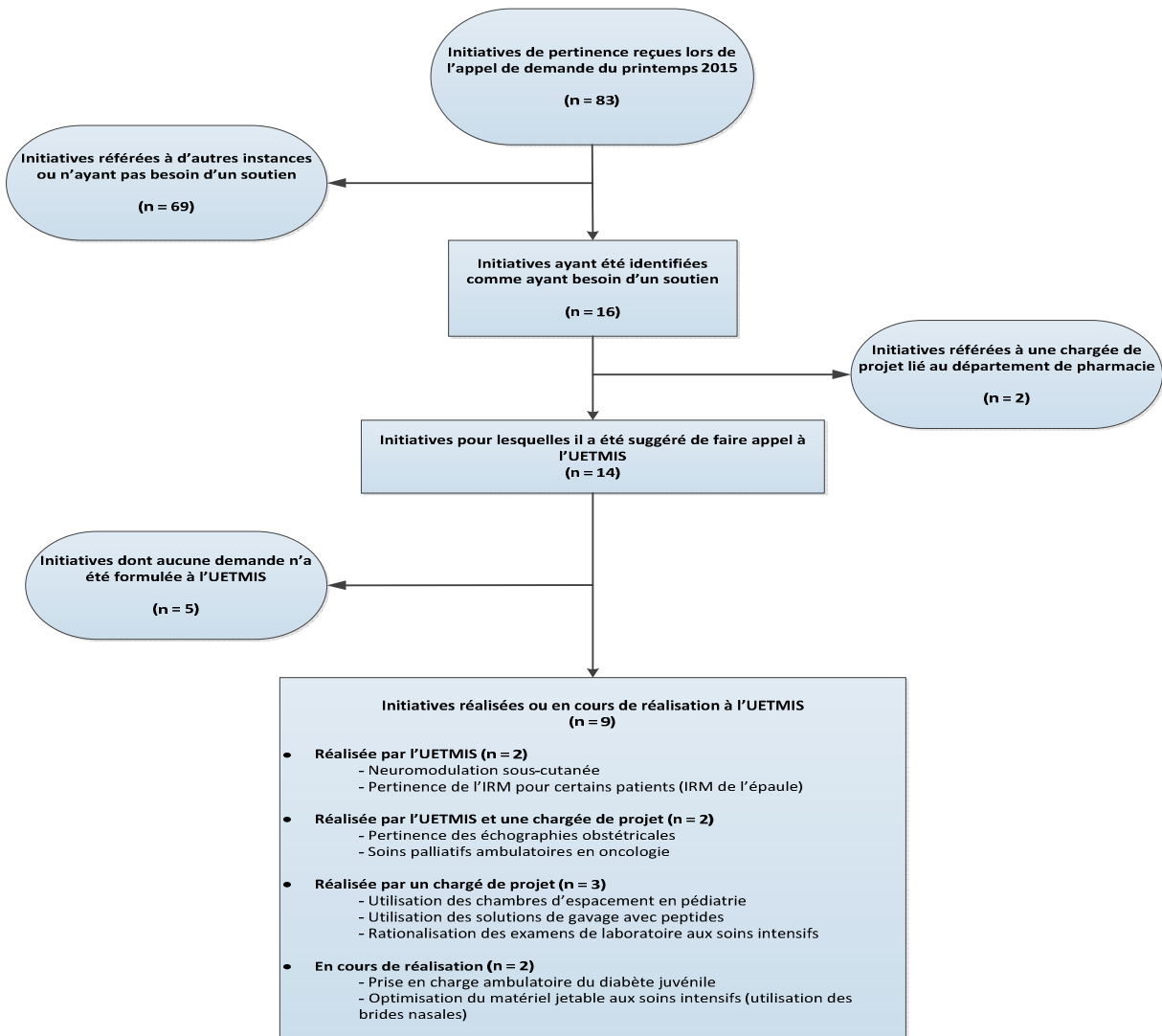
La liste des initiatives de pertinence ayant fait l'objet d'un avis de référence à l'UETMIS est présentée ci-dessous :

- L'optimisation du matériel jetable à l'unité de soins intensifs;
- La rationalisation des radiographies pulmonaires à l'unité de soins intensifs;
- La rationalisation des analyses de laboratoire à l'unité de soins intensifs;
- L'évaluation du coût d'un stérilisateur comparativement à ceux associés à l'utilisation d'outils jetables à l'urgence;
- L'évaluation de la pertinence des examens d'échographies obstétricales dans le CHU de Québec;
- Le choix de la meilleure méthode de dépistage de la tuberculose prébiothérapie;
- L'utilisation optimale des médicaments d'usage courant à l'unité de soins intensifs;
- L'amélioration de la qualité de vie des patients atteints d'un cancer avancé (stade IV ou métastatique) ayant un pronostic de six à 24 mois;
- L'évaluation de la pertinence de cesser la prescription de Tamiflu® (oseltamivir phosphate) pour le traitement de l'influenza;
- L'évaluation de la pertinence de la neuromodulation sous-cutanée en blocs externes sous anesthésie locale au lieu d'au bloc opératoire;

- Réduction du nombre de chambres d'espacement neuves utilisées par la clientèle pédiatrique au Centre Mère-Enfant Soleil (CMES) du CHU de Québec;
- L'évaluation de la pertinence de l'utilisation des différentes solutions de gavage avec peptides;
- Évaluation de la prise en charge ambulatoire des nouveaux cas de diabète en pédiatrie;
- Évaluation de la pertinence de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour certains patients.

De ce nombre, neuf initiatives de pertinence ont fait l'objet d'une demande formelle à l'UETMIS de soutien en évaluation de la part des demandeurs. Les projets réalisés ou en cours de réalisation avec le soutien de l'UETMIS sont présentés à la Figure 1. Deux de ces projets (les projets concernant les échographies obstétricales et les soins palliatifs ambulatoires en oncologie) ont été effectués par l'UETMIS en collaboration avec une chargée de projet dédiée au chantier d'amélioration de la pertinence clinique. Trois initiatives de pertinence, soit la réduction du nombre de chambres d'espacement neuves utilisées pour la clientèle pédiatrique, l'évaluation de la pertinence de l'utilisation des différentes solutions de gavage avec peptides et la révision des analyses de laboratoire utilisées pour le suivi de la nutrition parentérale et entérale n'ont été effectuées qu'avec le soutien d'une chargée de projet. Deux projets soit l'évaluation de la prise en charge ambulatoire des nouveaux cas de diabète en pédiatrie et l'utilisation des brides nasales pour fixer les tubes d'alimentation entérale, sont présentement en cours de réalisation.

FIGURE 1 DIAGRAMME DE SUIVI DES INITIATIVES DE PERTINENCE POUR LESQUELLES IL A ÉTÉ SUGGÉRÉ D'OBTENIR LE SOUTIEN DE L'UETMIS



4.2 Projets d'évaluation de l'UETMIS initiés à la suite de la mise sur pied du chantier d'amélioration de la pertinence clinique

4.2.1 Évaluation de la pertinence de l'imagerie par résonance magnétique dans la prise en charge de l'épaule douloureuse chez les adultes [10]

INTRODUCTION

Les douleurs de l'épaule font partie des problèmes musculosquelettiques les plus courants et leurs causes sont d'origine multiple. Le diagnostic précis de la structure anatomique à l'origine de la douleur n'est pas toujours simple à établir. La démarche diagnostique implique à la fois l'histoire clinique et l'examen physique du patient et, selon le cas, le recours à l'imagerie médicale. Les services d'imagerie médicale du CHU de Québec ont constaté au cours des dernières années une augmentation des demandes d'examens d'IRM de l'épaule dont l'indication pourrait être questionnable, notamment sans qu'une radiographie simple n'ait été réalisée au préalable. Dans un contexte d'harmonisation des pratiques et d'optimisation des ressources, l'UETMIS a été mandatée pour évaluer la pertinence de l'IRM dans la prise en charge de l'épaule douloureuse.

QUESTION DÉCISIONNELLE

Doit-on revoir les pratiques actuelles d'utilisation de l'IRM dans la prise en charge de l'épaule douloureuse chez l'adulte ?

QUESTIONS D'ÉVALUATION

1. Quelles sont les indications de l'IRM dans l'investigation diagnostique de l'épaule douloureuse, selon les recommandations cliniques publiées dans la littérature ?
2. Quelles sont les pratiques de prescriptions de l'IRM de l'épaule décrites dans la littérature ?
3. Quelles sont les pratiques actuelles (indications, volume) concernant les demandes d'IRM de l'épaule reçues au CHU de Québec ?

CONSTATS

Il se dégage de la présente analyse et de l'appréciation des données probantes les constats suivants:

- Les données disponibles indiquent que l'IRM n'est pas l'examen d'imagerie initial à privilégier pour l'exploration de l'épaule douloureuse;
- L'utilisation inappropriée des examens d'IRM pour la prise en charge initiale de l'épaule douloureuse ne peut pas être formellement établie à partir des données disponibles;
- Le développement d'algorithmes décisionnels est un moyen à considérer pour guider le choix de l'imagerie médicale la plus appropriée dans l'évaluation de l'épaule douloureuse.

RECOMMANDATIONS

- **Il est recommandé au CHU de Québec de développer et de diffuser des algorithmes décisionnels pour guider les médecins prescripteurs et les radiologistes à mieux juger de la pertinence de l'IRM et des autres examens d'imagerie médicale dans l'exploration de l'épaule douloureuse.**
 - À ce titre, l'UETMIS suggère qu'un groupe représentatif des différentes parties prenantes intéressées dans le CHU de Québec (radiologistes, orthopédistes, physiatres, omnipraticiens pratiquant en unité de médecine familiale, physiothérapeutes, etc.) soit mis sur pied pour développer ces algorithmes décisionnels, les faire entériner par les instances concernées et les diffuser.

- L'UETMIS propose également des exemples d'algorithmes décisionnels développés par une autre organisation et adaptés à l'aide des suggestions des membres du groupe de travail concernant la prise en charge:
 - des tendinites, du syndrome d'accrochage, bursites, calcifications, déchirures partielles et déchirures complètes non réparables;
 - des ruptures de la coiffe des rotateurs;
 - de l'instabilité de l'épaule (subluxation/luxation gléno-humérale).

- **Il est recommandé au CHU de Québec de réviser et de standardiser les formulaires de demandes d'examens d'IRM afin de favoriser la diffusion des informations pertinentes (données cliniques, thérapeutiques et radiologiques) entre prescripteurs et radiologistes.**
 - À cet égard, pour la prescription des IRM de l'épaule, l'UETMIS recommande :
 - Que les résultats d'une radiographie simple de l'épaule soient joints à la demande;
 - De spécifier si une consultation avec un orthopédiste ou un autre spécialiste est prévue.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Un algorithme décisionnel visant à fournir une aide aux cliniciens pour juger de la pertinence des examens d'IRM et des autres examens d'imagerie médicale lors de l'exploration de l'épaule douloureuse est en phase d'implantation depuis le début de l'année 2017. Cette initiative vise à favoriser une meilleure utilisation et une réduction du volume d'IRM des membres supérieurs dans l'évaluation de l'épaule douloureuse.

4.2.2 Utilisation de l'échographie obstétricale pour le suivi d'une grossesse normale : recension des recommandations et des pratiques [11]

INTRODUCTION

L'échographie obstétricale fait partie intégrante des soins prénataux. Cette technique d'imagerie utilise des ultrasons à haute fréquence pour procéder à la visualisation des structures anatomiques, obtenir des informations pour apprécier le bien-être du fœtus et contribuer à une bonne prise en charge de la grossesse. Le volume annuel d'échographies réalisées au CHU de Québec, considérant le nombre d'accouchements pratiqués, soulève des interrogations sur les pratiques en cours. Dans le cadre du chantier d'amélioration de la pertinence clinique lancé par le CHU de Québec au printemps 2015, l'UETMIS a été mandatée afin de déterminer si l'utilisation des ressources en échographie obstétricale au CHU de Québec pour le suivi des grossesses normales est optimale.

QUESTION DÉCISIONNELLE

L'utilisation des ressources en échographie obstétricale au CHU de Québec pour le suivi des grossesses normales est-elle optimale ?

QUESTIONS D'ÉVALUATION

1. Quelles sont les recommandations et normes reconnues de bonnes pratiques des différentes organisations médicales concernant l'utilisation de l'échographie obstétricale pour le suivi des grossesses normales ?
2. Quelles sont les pratiques implantées dans d'autres établissements universitaires de santé quant aux indications relatives à l'utilisation de l'échographie obstétricale pour le suivi des grossesses normales ?
3. Quelle est la concordance entre les pratiques en place au CHU de Québec et celles préconisées par diverses organisations médicales et d'autres établissements universitaires de santé concernant l'utilisation de l'échographie obstétricale pour le suivi des grossesses normales ?
4. Quels seraient les impacts organisationnels associés à une révision de l'offre de services en échographie obstétricale pour le suivi des grossesses normales ?

CONSTATS

L'interprétation des informations issues de la recherche documentaire, des échanges avec le groupe de travail interdisciplinaire et des enquêtes effectuées pour documenter le suivi de grossesse de femmes de la région de la Capitale-Nationale et de la clientèle du CHU de Québec a conduit aux constats suivants :

- La prescription systématique d'un examen d'échographie obstétricale au premier et au deuxième trimestres de la grossesse normale est une pratique qui fait consensus;
- La prescription systématique d'un examen d'échographie obstétricale au troisième trimestre pour le suivi d'une grossesse normale constitue une pratique non appuyée par les données probantes;
- L'échographie obstétricale au CHU de Québec pour le suivi d'une grossesse normale comporte différents enjeux à considérer pour revoir la pratique médicale.

RECOMMANDATIONS

- **Il est recommandé au CHU de Québec de maintenir son offre actuelle de services concernant la prescription systématique d'une échographie obstétricale au premier et au deuxième trimestres d'une grossesse normale.**
 - L'UETMIS suggère également que l'offre de services d'échographie obstétricale pour le suivi des grossesses normales soit protocolisée afin de mieux encadrer et standardiser la pratique médicale.

- **Il est recommandé aux professionnels de la santé (gynécologues-obstétriciens, médecins de famille, sages-femmes) qui utilisent les services d'échographie du CHU de Québec de ne pas prescrire systématiquement des échographies obstétricales au troisième trimestre pour le suivi d'une grossesse normale sans facteur de risque ou condition médicale particulière identifié au premier ou au deuxième trimestre.**
 - Toutefois, à la lumière des données probantes actuellement disponibles, l'UETMIS est d'avis que l'échographie obstétricale effectuée au troisième trimestre de la grossesse normale pourrait être réalisée en cas de suspicion de diverses situations cliniques importantes dont :
 - les problèmes de croissance fœtale;
 - un mauvais positionnement fœtal;
 - certaines malformations fœtales;
 - un mauvais positionnement du placenta.
 - En ce sens, l'UETMIS suggère que les cliniciens définissent entre eux les indications médicales qui requièrent un examen d'échographie au troisième trimestre de la grossesse.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Suivant la publication du rapport d'évaluation de l'UETMIS, un comité de suivi des recommandations a été créé. Celui-ci est composé du cogestionnaire scientifique et médical de l'UETMIS, du directeur de la DMSH, du DSP et du chef de département de gynécologie et d'obstétrique. L'objectif de ce comité est d'élaborer un plan d'action, incluant un plan de communication (patients et médecins) pour discuter de la mise en œuvre des recommandations émises par l'UETMIS. À la demande du chef de département de gynécologie d'obstétrique, un comité conjoint HSFA-CMES-CHUL d'échographie obstétricale a été réactivé afin de réviser le rapport de l'UETMIS et proposer des solutions pour optimiser l'utilisation de l'échographie obstétricale au CHU de Québec. Les indicateurs de suivi incluent la diminution du volume total d'échographies obstétricales effectuées au CHU de Québec, le nombre moyen d'échographies effectuées par patiente lors d'une grossesse normale ainsi qu'une diminution des coûts associés.

4.2.3 Offre de services ambulatoires en soins palliatifs pour les patients atteints d'un cancer de stade avancé au CHU de Québec [12]

INTRODUCTION

Les soins palliatifs constituent une approche interdisciplinaire visant l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs familles face aux conséquences d'une maladie dont le pronostic est réservé. Ce type de soins vise notamment la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, et le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels en lien avec la maladie. Plusieurs orientations gouvernementales, et ce, à différents niveaux (régional, provincial, national et international) préconisent l'introduction des soins palliatifs dès le diagnostic ou au moment opportun dans la trajectoire de soins du patient atteint de cancer. À la suite de l'engagement du CHU de Québec à améliorer la pertinence des soins et des actes médicaux donnés dans son établissement, l'UETMIS du CHU de Québec a été sollicitée afin de réviser les preuves scientifiques associées aux modèles d'offres de services ambulatoires intégrant précocement les soins palliatifs pour les patients adultes atteints d'un cancer de stade avancé.

QUESTION DÉCISIONNELLE

Le CHU de Québec devrait-il rendre accessible, pour l'ensemble des patients adultes atteints de cancer de stade avancé, une offre de services ambulatoires intégrant précocement les soins palliatifs ?

QUESTIONS D'ÉVALUATION

1. Quels sont les différents modèles d'organisation de l'offre de services ambulatoires des soins palliatifs ?
2. Quelle est l'efficacité des interventions précoces en soins palliatifs ambulatoires pour les patients atteints de cancer de stade avancé ?
3. Quels sont les inconvénients pour le patient atteint d'un cancer avancé d'intégrer précocement les soins palliatifs dans la trajectoire de soins ?

Question conditionnelle aux résultats des questions préalables

Quels sont les moyens à mettre en place pour rendre accessible, dans le CHU de Québec, pour l'ensemble des patients adultes atteints de cancer de stade avancé, une offre de services ambulatoires intégrant précocement les soins palliatifs ?

CONSTATS

L'interprétation des informations issues de la recherche documentaire, des échanges avec le groupe de travail interdisciplinaire, de l'enquête menée auprès de certains établissements de santé canadiens et de l'analyse du contexte et de l'environnement a conduit aux constats suivants :

- Les soins palliatifs intégrés précocement sur un mode ambulatoire dans la trajectoire de soins en oncologie ont des bénéfices cliniques probables pour le patient;
- Les soins palliatifs ambulatoires intégrés précocement dans la trajectoire de soins en oncologie ont des bénéfices possibles pour le système de santé;
- L'intégration précoce des soins palliatifs ambulatoires en oncologie au CHU de Québec devrait être mieux définie, et ce, malgré l'incertitude entourant le modèle optimal d'organisation des soins.

RECOMMANDATION

- **Il est recommandé au CHU de Québec de réviser l'offre de services ambulatoires intégrant précocement les soins palliatifs en oncologie afin de la consolider et la rendre accessible aux patients pris en charge dans les différents sites hospitaliers.**
 - L'UETMIS suggère les pistes de réflexion suivantes :
 - ✓ Hiérarchiser les soins et les services de soins palliatifs en oncologie;
 - ✓ Préciser la localisation de la clinique de soins palliatifs ambulatoires en oncologie;
 - ✓ Favoriser la collaboration entre les médecins de soins palliatifs, les oncologues et les médecins de famille;
 - ✓ Renforcer l'interdisciplinarité pour les interventions en soins palliatifs spécialisés;
 - ✓ Préciser l'éventail des services qui seront offerts dans la clinique de soins palliatifs ambulatoires;
 - ✓ Définir une trajectoire interne des patients atteints de cancer ayant des besoins complexes;
 - ✓ Déterminer des paramètres permettant d'évaluer les services offerts à la clientèle.
 - L'UETMIS suggère également que toute nouvelle offre de services de soins palliatifs ambulatoires en oncologie soit validée auprès des différentes parties prenantes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du CHU de Québec, incluant des représentants de la clientèle.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Les conclusions et recommandations de l'UETMIS concernant l'intégration précoce des soins palliatifs ambulatoires dans la trajectoire de soins des patients atteints de cancer avancé ont été transmises au Comité directeur sur l'offre en soins palliatifs et de fin de vie du CHU de Québec. Ce comité a pour mandat d'élaborer un programme clinique concernant les soins palliatifs et de fin de vie dans lequel seront précisées les orientations de l'établissement en cette matière, la clientèle visée par le programme, l'organisation des soins et des services, les modalités d'implantation du programme et les mesures d'évaluation. Une présentation formelle des conclusions du rapport d'évaluation à ce comité est prévue en 2017. L'implantation du changement proposé est sous la responsabilité de la DSP, de la directrice de la Direction-clientèle médecine, de la directrice de la Direction-clientèle néphrologie-oncologie et de trois médecins ayant participé aux travaux de l'UETMIS.

4.2.4 La neurostimulation sous-cutanée pour le traitement des lombalgies chroniques [13]

INTRODUCTION

Les lombalgies chroniques sont définies par la présence de douleurs lombaires ou sacro-iliaques, avec ou sans irradiation radiculaire, évoluant depuis plus de trois mois. Elles incluent les lombalgies réfractaires postchirurgicales et les lombalgies non chirurgicales réfractaires aux autres traitements conventionnels. La neurostimulation sous-cutanée est une option qui peut être utilisée en association ou non avec la neurostimulation médullaire lorsque les autres modalités thérapeutiques n'ont pas apporté un soulagement adéquat de la douleur. Le traitement consiste en l'application d'une stimulation électrique à la région douloureuse à l'aide d'un générateur d'impulsions et l'implantation d'une ou plusieurs électrodes dans le tissu adipeux sous-cutané à l'épicentre de la zone douloureuse ou près de celle-ci. Bien que la neurostimulation sous-cutanée soit offerte depuis 2011 à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) pour le traitement des lombalgies chroniques, des questions demeurent concernant l'efficacité et l'innocuité de cette procédure. L'UETMIS a été sollicitée afin de guider la prise de décision quant à l'utilisation de la neurostimulation sous-cutanée pour les lombalgies chroniques au CHU de Québec.

QUESTION DÉCISIONNELLE

Doit-on maintenir au CHU de Québec l'utilisation de la neurostimulation sous-cutanée dans le traitement des lombalgies chroniques incluant les lombalgies postchirurgicales et non chirurgicales réfractaires aux traitements conventionnels ?

QUESTIONS D'ÉVALUATION

1. Quelle est l'efficacité de la neurostimulation sous-cutanée pour le traitement des lombalgies chroniques ?
2. Quelle est l'innocuité de la neurostimulation sous-cutanée pour le traitement des lombalgies chroniques ?
3. Quels sont les coûts des équipements associés au traitement par neurostimulation sous-cutanée d'un patient souffrant de lombalgies chroniques au CHU de Québec ?

CONSTATS

L'analyse et l'interprétation des informations issues de la recherche documentaire, des données transmises par l'équipe de l'HEJ, des échanges avec le groupe de travail et de l'enquête effectuée auprès des centres d'expertise en gestion de la douleur chronique et d'autres centres de neuromodulation au Canada ont conduit aux constats suivants :

- La neurostimulation sous-cutanée dans le traitement des lombalgies chroniques réfractaires aux traitements conventionnels est possiblement associée à un effet bénéfique à court terme (trois à 12 mois) pour le patient;
- L'efficacité à long terme de la neurostimulation sous-cutanée pour le traitement des lombalgies chroniques réfractaires aux traitements conventionnels reste à démontrer;
- La neurostimulation sous-cutanée pour le traitement des lombalgies chroniques est associée à une fréquence élevée de bris et de dysfonctionnements, mais à peu d'effets indésirables graves pour le patient;
- La neurostimulation sous-cutanée pour le traitement des lombalgies chroniques est une pratique innovante en cours d'évaluation.

RECOMMANDATION

- **Il est recommandé au CHU de Québec de ne pas introduire dans la pratique courante la neurostimulation sous-cutanée pour le traitement des lombalgies chroniques, mais de poursuivre son utilisation à titre de pratique innovante avec une révision de l'offre actuelle de services visant à mieux définir la place de ce traitement parmi les options thérapeutiques disponibles.**

- L'utilisation de cette pratique innovante pour le traitement des lombalgies chroniques devrait impliquer le respect des conditions suivantes :
 - tenue d'un registre prospectif permettant de suivre l'efficacité et l'innocuité de la neurostimulation sous-cutanée;
 - recueil systématique des données au cours du suivi à l'aide d'outils standardisés et validés;
 - analyse périodique des données recueillies;
 - information du patient quant aux bénéfices et effets indésirables potentiels selon les données probantes disponibles dans le cadre de l'obtention du consentement libre et éclairé du patient.
- Cette recommandation ne s'applique pas à l'utilisation de la neurostimulation sous-cutanée pour d'autres sièges de douleur chronique. Elle pourra être revue à la lumière des informations recueillies.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Un comité portant sur l'organisation des soins et des services en neuromodulation de la douleur chronique a été créé au CHU de Québec pour revoir le guichet d'accès. Il reviendra à ce comité d'assurer le suivi des recommandations de l'UETMIS qui touchent plus particulièrement l'organisation des services en neuromodulation sous-cutanée pour les lombalgies chroniques.

4.2.5 Évaluation de la prise en charge ambulatoire des nouveaux cas de diabète en pédiatrie (projet en cours de réalisation)

INTRODUCTION

Le contrôle de la glycémie constitue un objectif fondamental de la prise en charge du diabète. Ce contrôle repose sur l'adhésion au traitement, dont l'efficacité et la sécurité s'appuient fortement sur les capacités d'autogestion. Chez les enfants ayant reçu un diagnostic de diabète juvénile, l'éducation à l'autogestion (c.-à-d. : toute intervention systématique engageant activement les patients dans l'autosurveillance de processus physiologiques, la prise de décision, ou les deux) débute dès la prise en charge initiale du patient. Actuellement au CHU de Québec, cette éducation à l'autogestion s'effectue en hospitalisant le patient. Toutefois, des données probantes suggèrent que cette prise en charge pourrait s'effectuer selon un mode ambulatoire. Afin de comparer ces deux modes d'interventions, l'UETMIS a été sollicitée afin d'évaluer les différents modèles de prise en charge ambulatoire des nouveaux cas de diabète en pédiatrie afin de déterminer comment ils pouvaient contribuer à l'objectif d'autogestion des patients.

QUESTION DÉCISIONNELLE

Quelle est l'organisation de services à privilégier pour la prise en charge ambulatoire des nouveaux cas non compliqués de diabète insulino-traités en pédiatrie au CHU de Québec ?

QUESTIONS D'ÉVALUATION

Comparativement à la prise en charge intrahospitalière des nouveaux cas non compliqués de diabète insulino-traités en pédiatrie :

1. Quelles sont les caractéristiques des modèles de prise en charge ambulatoire tels que :
 - recommandés par les principaux organismes spécialisés dans le domaine;
 - décrits dans la littérature scientifique;
 - déjà implantés dans des établissements de santé québécois ayant des unités hospitalières de pédiatrie.
2. Quelle est l'efficacité de la prise en charge ambulatoire des nouveaux cas de diabète en pédiatrie ?
3. Y a-t-il des risques associés à la prise en charge ambulatoire des nouveaux cas de diabète en pédiatrie?

MÉTHODOLOGIE

Une revue systématique sera effectuée à partir de bases de données indexées (Medline, Embase, CINAHL, *Center for Reviews and Dissemination* et bibliothèque Cochrane) et d'autres sources pour évaluer l'efficacité et les risques associés à la prise en charge des nouveaux cas de diabète juvénile selon un mode ambulatoire. Les principaux indicateurs recherchés porteront sur les caractéristiques des modèles de prise en charge du diabète juvénile en mode ambulatoire, l'observance du traitement, le degré de contrôle métabolique ainsi que, les complications aiguës (p. ex. : acidocétose diabétique ou hypoglycémie grave). Une enquête ayant comme objectif de décrire les différents modèles de prise en charge ambulatoire du diabète juvénile dans d'autres centres hospitaliers du Québec est également en cours. Le protocole détaillé de ce projet d'évaluation est disponible sur le site Internet de l'UETMIS (<http://www.chudequebec.ca/professionnels-de-la-sante/evaluation/evaluation.aspx>). Le dépôt de ce rapport d'évaluation est prévu pour l'automne 2017.

4.2.6 Évaluation de l'efficacité et de l'innocuité des brides nasales pour fixer les tubes d'alimentation entérale (projet en cours de réalisation)

INTRODUCTION

En milieu hospitalier, le maintien d'un apport nutritionnel adéquat est une préoccupation quotidienne dans la prise en charge thérapeutique des patients. Lorsque l'alimentation par voie orale est impossible ou insuffisante, l'apport de nutriments exogènes via la voie entérale peut être envisagé, notamment par la mise en place d'un tube d'alimentation nasogastrique ou nasoentérale. Ces tubes doivent être fixés pour éviter les retraits ou les déplacements non désirés qui sont associés à une utilisation accrue des ressources de l'établissement et peuvent aussi occasionner des complications pour le patient. Les tubes d'alimentation entérale sont fixés avec du ruban adhésif pour stabiliser le tube au visage du patient selon une méthode de soins. Toutefois, les taux de déplacements avec cette méthode peuvent dans certain cas atteindre plus de 40 %. Récemment, un dispositif a été commercialisé pour faciliter l'installation d'une bride nasale à l'aide d'un guide magnétique. L'UETMIS a été sollicitée afin de déterminer l'efficacité et la sécurité de ces nouveaux dispositifs chez les adultes et les enfants dans un contexte de soins critiques.

QUESTION DÉCISIONNELLE

Les brides nasales devraient-elles être utilisées au CHU de Québec pour fixer les tubes d'alimentation entérale chez les patients hospitalisés ?

QUESTIONS D'ÉVALUATION

1. Les brides nasales sont-elles efficaces pour prévenir les retraits et les déplacements des tubes d'alimentation entérale chez les patients hospitalisés ?
2. Quels sont les effets indésirables et les complications liés à l'utilisation des brides nasales ?
 - a. Complications lors de l'insertion de la bride nasale
 - b. Complications en cours d'utilisation
3. Si l'utilisation de la bride nasale s'avère efficace et sécuritaire pour fixer les tubes d'alimentation entérale, quels seraient les impacts sur les ressources du CHU de Québec (humaines et budgétaires) découlant de l'utilisation de ce dispositif chez la population ciblée ?

MÉTHODOLOGIE

Une revue systématique sera effectuée à partir de bases de données indexées (Medline, Embase, CINAHL, *Center for Reviews and Dissemination* et bibliothèque Cochrane) et d'autres sources pour évaluer l'efficacité et l'innocuité des brides nasales lorsqu'utilisées pour fixer les tube nasogastrique, nasoduodénal ou nasojejunal tubes chez les adultes et les enfants hospitalisés nécessitant une alimentation entérale. Les principaux indicateurs recherchés porteront sur la fréquence de déplacements et de retraits des tubes d'alimentation entérale, l'intervalle de temps entre la pose de la bride nasale et le retrait non-intentionnel du tube, la fréquence de remplacements du tube d'alimentation, l'apport calorique du patient, la durée de séjour du patient ainsi que les complications reliées à l'insertion (p. ex. : épistaxis, traumatisme à la cloison nasale) et l'utilisation de la bride nasale (p. ex. : inconfort, épistaxis, sinusite). Une recherche dans la base de données administratives GESRISK sera également effectuée afin de documenter les complications associées à l'insertion des tubes d'alimentation dans notre organisation. De plus, une enquête auprès des autres centres hospitaliers universitaires du Québec sera effectuée afin de documenter l'utilisation des brides nasale dans ces établissements. Le protocole détaillé de ce projet d'évaluation est disponible sur le site Internet de l'UETMIS (<http://www.chudequebec.ca/professionnels-de-la-sante/evaluation/evaluation.aspx>). Le dépôt de ce rapport d'évaluation est prévu à l'été 2017.

4.3 Autres initiatives de pertinence accompagnées

Parmi les initiatives évaluées par le Comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique, cinq ont bénéficié du soutien de la chargée de projet associée à l'UETMIS. Le soutien effectué pour deux de ces initiatives, soit les projets en lien avec les échographies obstétricales et les soins palliatifs ambulatoires en oncologie, s'est effectué en complémentarité des projets d'évaluation menés par l'UETMIS. Outre ces deux projets, la chargée de projet a soutenu l'implantation de changements qui faisaient l'objet de consensus au sein des équipes les ayant proposés. Ils sont décrits ci-après.

4.3.1 Utilisation des chambres d'espace pour l'administration des médicaments en aérosol

Les chambres d'espace sont requises pour l'administration des médicaments en aérosol chez la clientèle pédiatrique du CHUL. Cette clientèle consulte fréquemment en clinique externe et, lorsque l'administration de ce type de médicament est requise lors d'une visite, les patients n'ont souvent pas avec eux leurs chambres d'espace personnelles, ce qui contraint l'hôpital à leur rendre accessible un dispositif jetable. L'équipe de révision de la pertinence des soins a été interpellée afin de promouvoir l'utilisation des chambres d'espace personnelles des patients. Une petite équipe composée d'un médecin, d'inhalothérapeutes et d'un conseiller en communication a donc été formée afin de mettre en place un plan d'action visant l'utilisation des chambres d'espace personnelles en pédiatrie.

Les principales mesures mises en place sont les suivantes :

- Modification des consignes données aux patients lors de la prise de rendez-vous;
- Messages diffusés sur les écrans des salles d'attente;
- Affiches exposées à la clinique externe et dans les salles d'examen en inhalothérapie.

Après 10 périodes de l'année financière 2016-2017, une économie de 29 384 \$, soit une variation de 15 %, en dépenses pour les aérochambres, a été observée dans le CHU de Québec comparativement aux montants alloués pour ces achats durant les mêmes périodes financières de l'année 2015-2016 (Tableau 2). Ces économies sont également reliées au remplacement des chambres d'espace en plastique par les chambres d'espace en carton à l'automne 2015. Il est donc difficile de distinguer l'effet des deux initiatives. Cependant, on note une accentuation des économies à partir de la période 4 de l'année financière 2016-2017, période où ont été mis en place les changements quant aux consignes transmises aux patients lors de la prise de rendez-vous.

TABLEAU 2. VARIATIONS DES DÉPENSES ASSOCIÉES À L'ACHAT DE CHAMBRES D'ESPACEMENT POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN AÉROSOL AU CHU DE QUÉBEC

Moyens	Coûts totaux pour l'achat de chambres d'espace (\$)				Variation ¹
	2014-2015	2015-2016 ¹		2016-2017	
	Total	Total	10 périodes financières	10 périodes financières	
Remplacer l'utilisation de chambres d'espace en plastique par des chambres en carton	332 569	262 475	200 873	171 490	-15 %
Réduire le nombre de chambres d'espace neuves utilisées au CMES					

¹Après 10 périodes financières
CMES : Centre Mère-Enfant Soleil

4.3.2 Utilisation des formules nutritives semi-élémentaires et monomériques

À la suite d'une demande de l'équipe de soins intensifs, les nutritionnistes du CHU de Québec se sont penchées sur la pertinence d'utiliser des formules nutritives polymériques au lieu des formules nutritives semi-élémentaires et monomériques chez les patients admis à l'unité de soins intensifs, et ce, en raison de leurs coûts moins élevés. La démarche de révision des meilleures pratiques menée par l'agente de développement des pratiques professionnelles en nutrition clinique quant au choix des formules nutritives n'a pas mis en lumière d'écart entre les meilleures pratiques et l'utilisation au CHU de

Québec de ces formules. Cependant, une note de service a été diffusée à l'ensemble des nutritionnistes le 2 novembre 2016 afin de rappeler les prix des différentes formules et de sensibiliser les professionnelles à l'importance d'évaluer la possibilité de revenir à une formule polymérique dès que la situation clinique le permet.

4.3.3 Révision des analyses de laboratoire utilisées pour le suivi de la nutrition parentérale et entérale

Une révision des analyses de laboratoire requises pour le suivi de l'alimentation entérale et parentérale a été demandée par l'équipe des soins intensifs. Pour ce faire, un groupe de travail multidisciplinaire a été mis sur pied. Il était composé d'une nutritionniste, d'un intensiviste, d'une pharmacienne, d'une conseillère en soins infirmiers et d'une conseillère en soins spécialisés. Un consensus clinique sur les analyses pertinentes pour le suivi de la nutrition entérale et parentérale a été rapidement obtenu.

Dans un deuxième temps, une consultation élargie a eu lieu afin de valider l'opportunité d'étendre la nouvelle pratique à l'ensemble des unités de soins adultes. Cette consultation a touché l'ensemble des pharmaciens et nutritionnistes impliqués dans la nutrition entérale et parentérale, la Direction des soins infirmiers ainsi que les principaux chefs de départements et de services médicaux concernés.

Le consensus quant au changement sur le plan clinique a été obtenu à l'intérieur d'une période de trois mois. En effet, plusieurs analyses effectuées ont été qualifiées de non pertinentes par l'ensemble des professionnels impliqués. De plus, la DMSH a soutenu la démarche afin de permettre aux cliniciens de faire certains choix en considérant les coûts comparatifs de certaines analyses qui avaient une valeur équivalente sur le plan clinique. Par exemple, le calcium ionisé a été choisi plutôt que la combinaison du calcium et de l'albumine. Ultiment, 12 analyses ont été retirées complètement ou partiellement du suivi de la nutrition entérale et parentérale. Il s'agit des analyses suivantes : protéines totales, lipase, amylase, fer sérique, transferrine, capacité totale (TIBC), indice de saturation, ferritine, formule sanguine complète (FSC), albumine, cholestérol total, cholestérol-lipoprotéine de haute densité (LDH) (direct).

L'implantation du changement a nécessité une stratégie adaptée aux outils et processus utilisés dans les différents secteurs du CHU de Québec. En effet, il existait au CHU de Québec trois formulaires différents, deux protocoles et deux ordonnances collectives. De plus, ce type d'ordonnances collectives ne correspondait plus aux nouvelles normes en vigueur où l'on considère qu'une ordonnance collective doit être initiée par un professionnel qui analyse une situation clinique. Dans le cas présent, les ordonnances collectives utilisées pour la prescription des analyses de laboratoire en suivi de la nutrition entérale et parentérale par le médecin étaient utilisées pour effectuer le suivi d'un acte déjà initié par un autre professionnel. Ainsi, il a été convenu avec la Direction des soins infirmiers, le comité sur les ordonnances collectives et le CMDP, qu'il serait préférable d'utiliser une telle ordonnance collective en la jumelant à un formulaire d'ordonnances médicales préimprimées. Le but recherché était de respecter les habitudes déjà en place des médecins et infirmières lors de l'introduction de ce changement qui touchait en premier lieu la pratique des nutritionnistes et des pharmaciens.

Finalement, un formulaire d'ordonnances médicales et une nouvelle ordonnance collective ont été créés. Le respect des nouvelles ordonnances médicales sera facilité par l'ajustement sur Crystal-Net des outils informatiques de l'infirmière. Le déploiement a été fait le 27 février 2017 avec un plan de communication s'adressant aux professionnels concernés. L'indicateur servant à suivre le projet est le volume des analyses touchées par le changement de pratique.

5. DISCUSSION

Depuis plusieurs années, la pertinence clinique est au cœur de discussions en lien avec l'organisation des soins. Dès 1997, le Conseil médical du Québec (CMQ) constatait qu'il existait de la non-pertinence dans les services médicaux au Québec, notamment au niveau des examens de laboratoire de biologie médicale et des examens en imagerie médicale [14]. Un plan d'action avait été recommandé à cette époque par le CMQ afin d'atténuer l'ampleur de cette non-pertinence dans le réseau. Vingt ans plus tard, les discussions sur la pertinence des soins de santé sont toujours d'actualité. Différentes initiatives d'associations médicales nord-américaines font ressortir depuis quelques années la nécessité de mettre de l'avant le rehaussement de la pertinence clinique. L'outil d'usage judicieux de 14 tests de biologie médicale de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) [15] ainsi que la campagne « *Choosing Wisely*/Choisir avec soin » de l'Association médicale canadienne (AMC) constituent des exemples concrets de ce type d'initiatives [16]. L'importance de ce mouvement est telle que, dans son plan économique de 2015, le Gouvernement du Québec a annoncé une coupure budgétaire de 150 millions de dollars liée à l'adoption des meilleures pratiques pour améliorer la pertinence des soins de santé et des services sociaux [3]. Dans la foulée de cette compression budgétaire, le CHU de Québec a lancé un chantier d'amélioration de la pertinence clinique au printemps 2015. À plusieurs niveaux, l'équipe de l'UETMIS du CHU de Québec a été impliquée dans la réalisation de ce chantier. Des leçons ont été tirées de cette expérience acquise durant la mise en place du chantier de la pertinence ainsi que de l'accompagnement et de la réalisation de certaines initiatives de pertinence.

1. Faire de la pertinence clinique un élément clé au cœur des missions d'un CHU : développer une vision commune et partagée par un ensemble d'acteurs clés

Différents jalons historiques tels que la création de l'UETMIS en 2006 et la réalisation en 2013 du projet FORCES visant le développement d'une approche de révision des soins centrée sur la pertinence, la qualité et la sécurité des interventions [5] démontrent l'importance grandissante des préoccupations entourant la pertinence clinique au sein de l'organisation. Pour le CHU de Québec, la contrainte budgétaire liée aux objectifs d'amélioration de la pertinence des actes médicaux et cliniques imposée par le Ministère de la Santé et de Services sociaux (MSSS) en 2015 a mis à l'avant-plan la pertinence clinique dans l'organisation. En ce sens, un chantier d'amélioration de la pertinence clinique a été lancé au printemps 2015 et un comité de pilotage a ainsi été créé pour l'encadrer. Ces catalyseurs ont mené à une accélération de l'identification d'initiatives de pertinence clinique dont celles menées avec le soutien de l'UETMIS.

À certains égards, les enjeux reliés à la pertinence clinique dans un établissement de santé impliquent des changements au niveau organisationnel puisqu'un tel chantier de travail est un projet mobilisateur qui requiert l'adhésion et l'implication de plusieurs parties prenantes. Sans qu'il s'agisse d'une réelle transformation organisationnelle, il n'en demeure pas moins que le chantier de la pertinence clinique partage certains éléments en commun avec la définition puisqu'il s'agit d'un phénomène à caractère exceptionnel qui se distingue des transformations routinières et dont la finalité est d'augmenter la performance de l'organisation tout en conciliant les aspects humains et sociaux [17]. Toutes les organisations de santé ont pour objectif commun d'offrir la meilleure qualité de soins à leurs clientèles mais l'atteinte de cet objectif par la réalisation d'un chantier d'amélioration de la pertinence clinique comporte plusieurs défis.

La mise sur pied du chantier d'amélioration de la pertinence clinique est un processus évolutif qui devrait mener à un changement de la culture organisationnelle si l'on souhaite assurer la pérennité de cette approche dans le temps. Dans ce type de chantier de travail, les défis sont nombreux et les résultats attendus ne sont pas toujours concrets ou visibles. La mise sur pied d'une structure organisationnelle stable qui aura la responsabilité de piloter cette transformation constitue un élément permettant de faciliter les phases de planification, de mise en œuvre et de suivi des initiatives associées au changement. Au CHU de Québec, un comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique a été créé à cet effet. Ce comité, sous la présidence de la présidente-directrice générale, regroupe des représentants de diverses directions et départements ainsi que du CMDP (voir la composition du Comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique à la page III). Une vision claire, commune, bien comprise et partagée par l'ensemble des parties prenantes de ce qu'est la pertinence clinique est requise avant d'amorcer les travaux. Selon l'AMC, la pertinence des soins consiste à fournir les « *bons soins* » aux « *bons patients* », « *aux bons moments* » et « *aux bons endroits* » par les « *bons fournisseurs de soins* » [18]. Selon ce modèle théorique, ces cinq éléments clés devraient idéalement être réunis afin d'assurer d'être en mesure d'offrir des soins d'une qualité optimale à la clientèle (Figure 2).

FIGURE.2 MODÈLE THÉORIQUE DE LA PERTINENCE CLINIQUE DÉRIVÉ DE LA DÉFINITION DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

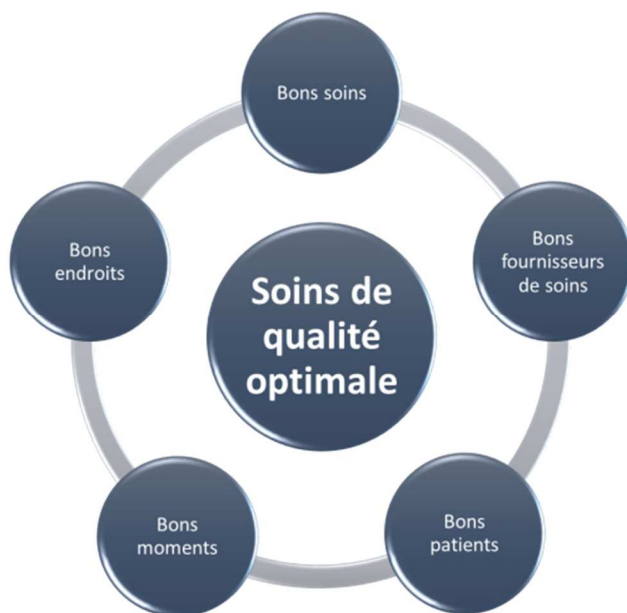


Figure adaptée de l'Association médicale canadienne [18]

Actuellement, comme recommandé par le MSSS, la révision de la pertinence clinique vise principalement les actes médicaux. Cette action n'étant pas uniquement un concept ciblé vers la profession médicale, rien n'indique toutefois que ce chantier de travail ne pourrait pas s'étendre aux autres services de l'organisation soit les interventions menées par les autres professionnels de la santé (p. ex. : dentistes, pharmaciens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières, etc.) ou techniciens de la santé.

2. L'identification, l'évaluation et la priorisation des initiatives d'amélioration de la pertinence clinique : un processus à formaliser

Dans le cadre de la mise sur pied du chantier d'amélioration de la pertinence clinique au CHU de Québec, différentes problématiques liées à la capacité de l'organisation à identifier les interventions cliniques les plus susceptibles d'améliorer la pertinence clinique ont été observées. L'appel de propositions d'initiatives de pertinence effectué auprès des chefs des départements et des services a permis de récolter 88 propositions. L'analyse des données a montré que 25 % de ces propositions étaient des améliorations déjà mises en place, faisaient l'objet de recommandations de la part d'organisations gouvernementales (p. ex. : recommandations de l'INESSS) ou encore ne correspondaient pas à des projets de pertinence clinique. De plus, à l'exception des 14 mesures proposées dans le cadre d'OPTILAB, certains secteurs cliniques de l'établissement reconnus comme étant de grands générateurs de coûts n'ont proposé aucune ou voir peu d'initiatives de pertinence clinique. Ces expériences ont mis en évidence la nécessité pour l'organisation de développer des mécanismes permettant d'identifier plus facilement les initiatives de pertinence les plus prometteuses. Ces mécanismes nécessitent d'établir des critères clairs permettant d'identifier les interventions cliniques les plus susceptibles d'améliorer la pertinence et de générer des gains en accessibilité, en qualité et en sécurité des soins, de même que des économies pour l'organisation. La capacité d'interroger les bases de données administratives de l'établissement sur différents aspects (p. ex. : volumétrie, type d'interventions, coûts) apparaît également comme un élément clé. Ces mécanismes d'identification pourraient prévoir la collaboration de leaders cliniques et des parties prenantes des départements et services afin d'identifier des opportunités de s'interroger sur la pertinence de certaines interventions effectuées.

Une autre problématique observée lors de la mise sur pied du chantier d'amélioration de la pertinence clinique au CHU de Québec a été la difficulté d'évaluer et de prioriser les différentes propositions reçues. La démarche et les critères utilisés

pour la priorisation des propositions ont été compliqués en raison du peu d'information fournie par les proposants. L'évaluation de la pertinence d'une intervention et la prise de décision organisationnelle est un processus complexe [19]. Ce processus doit être rigoureux, équitable, explicite, transparent et doit tenir compte autant des considérations d'ordre scientifique et économique que des jugements de valeur et des enjeux d'acceptabilité sociale qui lui sont associés. La décision d'implanter, de maintenir ou de retirer une intervention doit se prendre selon une approche formelle et structurée. Différentes approches peuvent aider à établir des priorités de manière plus explicite. Le décideur a la possibilité, après évaluation des risques, des bénéfices et du contexte actuel, de prendre une décision sur une base individuelle dans l'intérêt de l'organisation et de sa clientèle. Cette décision peut être fondée sur l'intuition (décision basée sur une combinaison d'expériences et de valeurs personnelles) ou le raisonnement (décision basée sur des faits) du décideur [20]. Une approche plus formelle et structurée impliquant généralement l'intuition et le raisonnement peut être privilégiée lorsqu'une décision plus complexe doit être prise. Dans ce type de situation, une prise de décision en groupe peut s'avérer une méthode judicieuse [20]. Plusieurs approches servant à établir des priorités en matière de soins de santé sont couramment utilisées dont les analyses coût-utilité (p. ex. : *Quality-adjusted-life-year* [QALY], la budgétisation de programme et d'analyse marginale [PBMA], la méthode d'évaluation contingente) [21]. Ces approches ont le désavantage d'avoir recours à des critères uniques alors qu'en réalité, les décideurs ont besoin de prendre en compte de multiples enjeux simultanément afin de faire un « bon » choix.

En parallèle à la mise sur pied du chantier d'amélioration de la pertinence clinique, une démarche d'identification de critères de priorisation, issus de la littérature scientifique et d'un processus de consultation interne, a été menée auprès des différentes parties prenantes de notre organisation incluant les chefs des départements et services, les cadres, les professionnels, les représentants des patients et citoyens, de même que les représentants de divers comités internes impliqués dans l'évaluation de la pertinence des soins de santé [2]. À la suite de cet exercice, une liste de 27 thèmes d'évaluation a été identifiée et soumise à un exercice de classification selon l'importance accordée. Au terme de trois rondes de consultation, 12 thèmes d'évaluation ont été conservés. Les thèmes en lien avec l'efficacité de l'intervention, les bénéfices sur la santé de la population visée ainsi que l'innocuité et la sécurité de l'intervention sont ceux ayant obtenu les scores les plus élevés lors de l'exercice de classement par ordre d'importance [2]. Un processus de documentation ainsi qu'un outil d'aide à la décision multicritères ont été développés à partir de ces thèmes d'évaluation. Parmi les avantages d'utiliser une approche multicritères pour la priorisation des projets, mentionnons la possibilité de résoudre des problèmes décisionnels complexes en faisant intervenir plusieurs points de vue et valeurs organisationnelles qui sont généralement variés même parfois contradictoires. Dans une telle approche, les critères seront utiles à la priorisation pourvu que ceux-ci soient soigneusement sélectionnés, pertinents, non redondants, mutuellement exclusifs et opérationnels [9]. L'utilisation d'une telle approche nécessite toutefois que chacune des interventions cliniques à évaluer soit bien documentée, que l'information fournie corresponde à la réalité scientifique et clinique et que le tout soit dans un format simple, flexible et discriminant. Une équipe de soutien permettant la documentation, la révision, la bonification et l'évaluation des différentes propositions de pertinence constitue un atout dans la mise en œuvre d'un chantier de pertinence. Cette équipe pourrait inclure, par exemple, des professionnels en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, des économistes de la santé ou des spécialistes en documentation scientifique. Une expertise clinique demeure également essentielle afin de bien contextualiser les propositions de pertinence clinique. Au CHU de Québec, les initiatives de pertinence clinique sont, depuis la fin de l'année 2016, documentées et résumées dans une fiche synthèse. Les différentes propositions sont évaluées et priorisées à l'aide des 12 critères déterminés selon trois volets (risques, bénéfices et capacité) avec l'outil d'aide à la décision multicritères développé. Les résultats de priorisation obtenus sont par la suite pris en délibération par les membres du Comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique qui décident quelles initiatives de pertinence seront mises en œuvre. La mise sur pied de cet outil d'analyse a permis au CHU de Québec d'identifier les initiatives de pertinence qui possèdent une plus grande valeur ajoutée pour le patient et pour l'organisation. Elle a également permis à l'organisation de repérer celles pour lesquelles il est requis d'apporter un éclairage aux différentes problématiques en lien avec le bénéfice, le risque ou la capacité de l'organisation avant de les introduire dans l'établissement.

3. La pertinence clinique dans un CHU : divers degrés de complexité liés au soutien et à la mise en œuvre des propositions

L'analyse des initiatives de pertinence clinique reçues de la part des chefs des départements et des services de notre établissement a permis de constater que le degré de complexité rattaché à chacun de ces projets était variable. Tout d'abord, après révision de l'information transmise et vérification auprès des demandeurs, il est ressorti qu'une majorité des initiatives

de pertinence clinique pouvaient être mises en œuvre par l'équipe concernée, et ce, sans soutien particulier de l'organisation. La mise en place de ce type d'initiative requiert toutefois l'identification d'un leader à l'intérieur des équipes. L'identification de leaders cliniques est importante pour la réussite des projets d'amélioration de la pertinence clinique puisque ces derniers possèdent habituellement des qualités de bons communicateurs, en plus d'être crédibles auprès de leurs pairs, et d'avoir une certaine influence dans le secteur clinique dans lequel ils œuvrent. Les leaders cliniques ont également une bonne compréhension de l'environnement dans lequel le changement doit s'opérer et s'engagent à s'impliquer à la mise en place de l'initiative de pertinence [22]. Ces derniers peuvent également intervenir dans le processus de mise en œuvre par la diffusion de l'information auprès du personnel sur le changement de pratique envisagé, en convainquant les autres professionnels des bienfaits du changement proposé et en participant à la planification et à l'adaptation au milieu des stratégies de mise en œuvre [23].

Un niveau de complexité, plus ou moins élevé selon le cas, était présent dans les autres initiatives de pertinence reçues. La catégorie de projet dont la complexité est qualifiée de modérée implique habituellement plusieurs directions ou plusieurs niveaux décisionnels dans l'organisation. Pour de tels projets, un accompagnement était soit requis ou sollicité pour la mise en œuvre après évaluation par le Comité de pilotage. Cet accompagnement a facilité la coordination et la mise en œuvre de l'initiative afin de s'assurer que l'ensemble des enjeux et difficultés puisse être surmonté et que le projet se déroule ainsi selon les échéanciers prévus. Finalement, un niveau de complexité plus élevé a été observé dans une faible proportion des initiatives de pertinence reçues. Généralement, ces projets impliquent plusieurs parties prenantes et sont caractérisés par une difficulté à obtenir un consensus concernant la problématique entourant la proposition de pertinence clinique, la solution à mettre en œuvre et les moyens pour y parvenir. En raison de la controverse soulevée, ce type de projet est confié à des équipes spécialisées (p. ex. : UETMIS, PGTM). Dans une telle situation, le recours aux données probantes revêt une grande importance afin d'assurer l'indépendance de l'évaluation et soutenir le processus de décision et de mise en œuvre. Toutefois, la prise en charge des initiatives de pertinence clinique plus complexes requiert d'une organisation qu'elle ait des capacités en évaluation, et ce, à plusieurs niveaux. Il est important de rappeler que selon l'expérience du CHU de Québec, un niveau moindre de complexité dans l'appréciation d'une initiative de pertinence clinique ne signifie pas nécessairement que le projet sera réalisé plus rapidement. Par exemple, la mise en œuvre d'un projet avec le soutien d'une chargée de projet (p. ex. : projet concernant la révision des analyses de laboratoire utilisées pour le suivi de la nutrition parentérale et entérale) a nécessité près de 180 heures d'accompagnement pour sa réalisation en plus de mobiliser plusieurs personnes et niveaux hiérarchiques et décisionnels dans l'organisation.

Quel que soit le niveau de complexité du projet de pertinence, il faut s'attendre à ce que les changements proposés aient des répercussions aux plans organisationnel et de la pratique clinique. Afin de réussir ces transitions, il importe que l'organisation soit prête à effectuer ces changements. Les travaux d'Armenakis *et al.* soutiennent l'importance d'une bonne préparation de l'organisation au changement afin d'éviter les résistances et de mieux préparer le personnel [24]. Selon les théories associées au concept de « préparation organisationnelle au changement (*Organizational Readiness for Change*) », cinq aspects sont importants pour préparer une organisation à effectuer un changement [24]. Il faut d'abord une volonté organisationnelle d'introduire un changement. Au CHU de Québec, le chantier de travail portant sur l'amélioration de la pertinence clinique a été mis sur pied à l'initiative de la direction de l'établissement, sous la responsabilité des leaders médicaux (DSP, directeur de la DMSH, président du CMDP). Afin d'être prête au changement, l'organisation doit également favoriser un climat ou une dynamique organisationnelle qui facilite l'implantation du changement. À titre d'exemple, à la suite du lancement de l'appel de projets de pertinence, le CHU de Québec a créé un comité de pilotage chargé d'identifier les initiatives de pertinence qui offriront le plus de bénéfices pour les patients et l'organisation et de s'assurer que les équipes qui devront mettre en place ces initiatives soient soutenues pour réussir à implanter le changement. Différentes initiatives existent au CHU de Québec pour faciliter l'implantation du changement. L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé constitue un des moyens privilégiés au CHU de Québec pour la prise de décision concernant l'implantation d'une nouvelle technologie, d'une nouvelle pratique ou la révision d'une pratique existante. De plus, la promotion de la révision des pratiques professionnelles, effectuée par exemple via les comités de pairs à la Direction des services multidisciplinaires ou via l'évaluation de la qualité de l'acte médical, constitue également un moyen mis à la disposition des professionnels de la santé pour s'assurer de la qualité et de la pertinence des soins qu'ils offrent dans l'établissement. Pour pouvoir mettre en place un changement, l'organisation doit aussi être prête à innover. L'expérience vécue lors de la mise sur pied du chantier d'amélioration de la pertinence clinique a permis de mettre en lumière la volonté d'innover des équipes en place. Près de 90 propositions d'amélioration de la pertinence clinique ont été reçues de la part des équipes sur le terrain. Ces améliorations visaient l'usage judicieux de service de biologie médicale, des examens

diagnostiques en imagerie médicale, des médicaments et des fournitures médicales, l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins de santé et l'optimisation des processus. Cette implication constitue un exemple concret de l'intérêt des équipes en place à vouloir innover et améliorer leur pratique clinique. Finalement, pour être prête au changement, il faut que l'organisation soit convaincue de la nécessité d'effectuer le changement et doit être en mesure de le gérer activement (communication, etc.). L'organisation doit donc faire ce qu'il est nécessaire pour accompagner la mise en place du changement. Cette étape est importante puisqu'elle est directement liée au succès ou à l'échec du changement proposé. Afin d'augmenter les chances de réussite, l'utilisation de méthodes efficaces de transfert des connaissances est conseillée.

Un processus efficace de transfert des connaissances peut constituer également un élément de succès dans la mise en place des changements découlant des diverses initiatives de pertinence. Il existe plusieurs méthodes permettant la mobilisation et le transfert des connaissances. Le cycle des connaissances à la pratique (*Knowledge to action*) constitue une des méthodes de transfert des connaissances les plus connues [25]. Il ne s'agit pas d'un processus linéaire, mais plutôt d'une méthode dynamique avec plusieurs boucles de rétroaction en six étapes (Figure 3). La première étape consiste à apprécier les données terrain utiles à la prise de décision afin d'identifier les besoins en connaissances, les bons indicateurs, et ce, en évaluant le contexte clinique et administratif. La deuxième étape a pour but d'adapter les connaissances acquises au contexte local afin que les changements envisagés soient pertinents et faisables. L'étape suivante consiste en l'identification des barrières et des facilitateurs à la mise en œuvre du changement. Ces différents facteurs peuvent être identifiés en évaluant les caractéristiques du changement qui doit être apporté, les professionnels qui sont ciblés par ce changement ainsi que le milieu et l'organisation dans lesquels ce changement doit s'opérer [23]. L'étape qui suit est celle associée au choix de l'intervention à implanter afin de favoriser le transfert des connaissances concernant le changement à mettre en œuvre. Finalement, les deux dernières étapes du processus consistent à mesurer et à évaluer l'application du changement pour en assurer sa pérennité. Dans un contexte médico-hospitalier, l'évaluation et la mesure de l'application du changement apporté représentent un défi en soi puisque les bases de données clinico-administratives ne sont généralement pas conçues pour établir des liens directs entre les actes médicaux posés et les indications cliniques qui y sont rattachées. Ce dernier élément est traité dans le constat qui suit.

FIGURE 3 CYCLE DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE

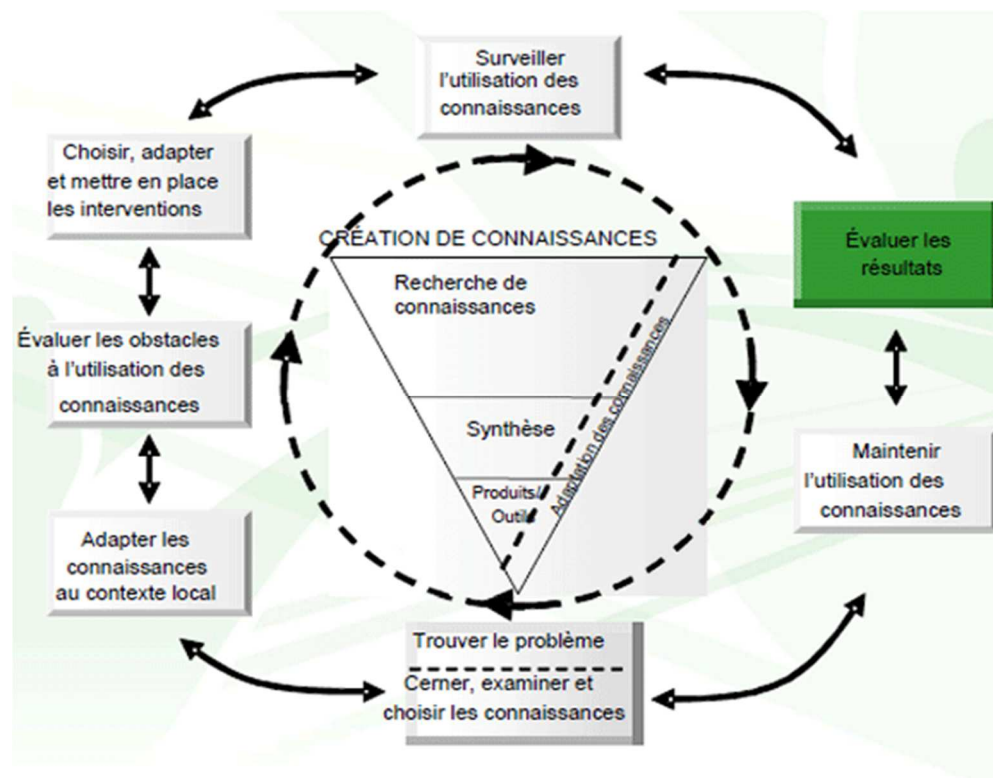


Figure tirée de l'Institut de recherche en santé du Canada [26]

4. La capacité de suivre et de mesurer le changement : un élément clé de la pertinence clinique

Le projet réalisé au CHU de Québec en 2012-2013 dans le cadre du programme FORCES a mis en lumière la difficulté de documenter à partir des bases de données clinico-administratives de l'établissement les pratiques cliniques ciblées dans la campagne canadienne de *Choosing wisely/Choisir avec soin* [16]. Il s'est avéré que l'information disponible n'était pas suffisamment précise pour permettre de relier les recommandations de bonnes pratiques cliniques aux conditions médicales ciblées. Par exemple, les bases de données disponibles comme celles de MED-ÉCHO ou Médirad, servent principalement à des fins administratives pour effectuer l'évaluation des besoins et de la consommation des services, en plus de répondre aux besoins de planification, d'organisation et d'évaluation des services rendus [27]. Il est également possible d'obtenir avec ces bases de données de l'information sur le nombre de patients ayant bénéficié d'une intervention médicale à une période donnée. Bien qu'un indicateur de volume puisse être utile dans certaines situations pour suivre l'évolution d'une pratique (p. ex. : un test de laboratoire), l'information contenue dans ces bases de données ne permet pas de relier directement la volumétrie à une intervention ou une condition médicale précise.

Ce constat a également été soulevé dans le cadre des travaux menés à l'UETMIS en lien avec le chantier d'amélioration de la pertinence clinique. L'évaluation de la pertinence de l'IRM dans la prise en charge de l'épaule douloureuse chez les adultes en est un bon exemple [10]. Un des objectifs avec ce projet était de documenter la pertinence des demandes d'examens d'IRM au CHU de Québec dans le cadre d'une investigation pour un problème de douleur à l'épaule. L'équipe de l'UETMIS a constaté que l'utilisation de la base de données Médirad des services d'imagerie médicale comportait plusieurs limites dont la plus importante a été l'incapacité d'établir dans quelle proportion les demandes d'IRM étaient non pertinentes d'un point de vue clinique. Comme la base de données ne permettait pas d'identifier la région anatomique ciblée au-delà du membre supérieur, l'extraction de l'information a dû être réalisée manuellement afin de repérer les demandes en lien avec un diagnostic présumé d'épaule douloureuse. De plus, il n'était pas toujours possible de documenter avec l'information disponible si une radiographie simple de l'épaule avait été réalisée avant de faire une demande d'examen pour une IRM de l'épaule alors qu'il s'agissait d'un élément clé dans l'interprétation de la pertinence clinique. S'ajoute à cela les renseignements cliniques sur le formulaire de demande d'examen d'IRM qui sont difficiles à interpréter en raison de l'absence de données médicales complètes dans la base de données. De façon similaire, les bases de données administratives MED-ÉCHO et Médirad ont été consultées afin de déterminer le nombre moyen d'échographies obstétricales effectuées par grossesse dans le projet d'évaluation portant sur l'utilisation de l'échographie obstétricale pour le suivi d'une grossesse normale [11]. Une analyse des dossiers menée dans la base de données MED-ÉCHO a permis de constater que des erreurs de classification sont possibles entre une grossesse normale et une grossesse à risque élevé. De plus, les raisons cliniques associées à la réalisation d'un examen d'échographie obstétricale étaient absentes de la base de données Médirad. Par conséquent, il a été nécessaire pour ce projet d'effectuer une collecte manuelle d'information dans les bases de données du CHU de Québec pour estimer le nombre d'échographies par trimestre au cours d'une grossesse normale.

L'évolution des technologies informationnelles permet d'envisager l'avenir avec plus d'optimisme au regard de l'accès à des données pertinentes pour assurer le suivi en temps réel des pratiques cliniques. Par exemple, l'introduction de nouvelles pompes à perfusion dotées de la technologie Wi-Fi facilite la communication d'informations sur les médicaments administrés directement dans le dossier patient électronique. D'autres logiciels sont également en cours d'évaluation au CHU de Québec comme par exemple pour le suivi, dans le secteur de la radio-oncologie, des doses en radioprotection pour les patients qui facilitent ainsi l'évaluation du risque de surtraitement. L'accès à des bases de données complètes contenant des informations cliniques sur le parcours de soins du patient et qu'il soit possible de les interroger, constituent des éléments clés dans la réalisation d'un chantier de la pertinence clinique. Ces données, lorsque disponibles, permettent d'établir le niveau d'utilisation de base d'une intervention clinique, de même que de fixer des objectifs réalistes concernant le changement de pratique clinique à implanter. La traçabilité de la mesure d'effet d'une intervention est un élément clé pour faciliter la mise en œuvre du changement de pratique, de même que le suivi dans le temps de l'évolution de la pratique afin de s'assurer que les cibles de désinvestissements et de réinvestissements stratégiques en pertinence clinique sont atteintes par une organisation. La mesure peut également être utile pour le suivi des stratégies de transfert de connaissances vers les équipes cliniques.

6. CONCLUSION

Au CHU de Québec, l'amélioration de la pertinence clinique constitue une priorité organisationnelle. De par sa mission, l'UETMIS a été un acteur de premier plan dans la mise sur pied de ce chantier de travail au CHU de Québec. L'expérience acquise a permis de dégager des leçons pour la réussite de la mise en place de ce chantier de travail au sein d'un établissement de santé. Ces leçons apprises sont les suivantes :

1. Il est souhaitable pour un établissement de santé désirant mettre sur pied un chantier d'amélioration de la pertinence clinique d'obtenir l'adhésion de toutes les parties prenantes de l'organisation, et ce, quel que soit le niveau décisionnel ou hiérarchique, afin de développer une gouvernance solide et une vision commune de la pertinence clinique;
2. Le développement d'un processus clair et partagé par un ensemble de parties prenantes permettant d'identifier, d'évaluer et de prioriser des initiatives susceptibles d'améliorer la pertinence clinique est nécessaire avant la mise sur pied de projets;
3. L'établissement devrait être en mesure d'offrir un soutien pour la mise en œuvre des propositions de pertinence adapté au degré de complexité du projet;
4. Le développement de bases de données contenant un portrait complet des interventions cliniques associées à une condition de santé constitue un élément clé pour la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi des initiatives de pertinence.

Mettre en œuvre un chantier d'amélioration de la pertinence clinique est complexe et requiert des ressources spécialisées et du temps. Bien que plusieurs projets aient été menés au CHU de Québec dans le cadre de ce chantier, leurs impacts sur les changements de pratiques cliniques, les coûts, la qualité des soins, par exemple, n'ont pu être mesurés à ce jour. Toutefois, le Comité de pilotage mis en place au CHU de Québec dans le cadre du chantier d'amélioration de la pertinence clinique assure présentement le suivi de ces initiatives. Néanmoins, l'expérience acquise ainsi que le potentiel des projets réalisés à ce jour sous l'angle de la pertinence clinique démontrent l'intérêt et les besoins de l'organisation et de ses cliniciens d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de même que l'expérience patient.

RÉFÉRENCES

- [1] Morrison RS, Meier DE. The National Palliative Care Research Center and the Center to Advance Palliative Care: a partnership to improve care for persons with serious illness and their families. *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2011; 33 Suppl 2: S126-31.
- [2] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval et la Chaire de recherche FRSQ/MSSS/CHUQ en évaluation des technologies et des pratiques de pointe en médecine de laboratoire de l'Université Laval. La priorisation des interventions pertinentes en milieu hospitalier : rapport d'étape sur le choix des critères d'évaluation, Rapport préparé par Sylvain L'Espérance, Carmen Lindsay, Marie-Pierre Gagnon, Martin Coulombe, François Rousseau et Marc Rhainds (UETMIS 09-16) Québec, 2016, XIV-64 p.
- [3] Gouvernement du Québec, Finance Québec. Le plan économique du Québec. Mars 2017 (http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2017-2018/fr/documents/PlanEconomique_Mars2017.pdf).
- [4] CHU de Québec - Université Laval. Rapport annuel de gestion 2015-2016 (<http://www.chudequebec.ca/getmedia/272c3516-c62f-40ac-93a7-ad6917c4d612/Rap-ann-gestion-chu-qc-15-16-final.aspx>).
- [5] Coulombe M, La Roche D, Rhainds M. Approche stratégique de réallocation des ressources basée sur la pertinence des interventions. 2013.
- [6] CHU de Québec - Université Laval, Planification stratégique 2014-2020 et priorités 2016-2017 (http://www.chudequebec.ca/getmedia/6fd1b857-2380-41cb-87bd-1d9e71f712fd/Planification_strategique_format_legal.aspx).
- [7] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval. Guide méthodologique – Démarche d'évaluation et étapes de réalisation d'un projet d'ETMIS. Québec, novembre 2015, 26 p.
- [8] Communication par courriel envoyée le 22 avril 2015 par du Président du CMDP, du Directeur des services professionnels et du Directeur médical des services hospitaliers à tous les chefs de département et de service clinique du CHU de Québec-Université Laval.
- [9] Wright C, McCurdy B. The Importance of Assessing Appropriateness as a CQI Issue in Health Care. Présentation dans le cadre de la conférence *Health quality transformation* de Health Quality Ontario. 2012.
- [10] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval. Évaluation de la pertinence de l'imagerie par résonance magnétique dans la prise en charge de l'épaule douloureuse chez les adultes – Rapport d'évaluation préparé par Sylvain Bussièrès, Martin Bussièrès, Alice Nourissat, Martin Coulombe et Marc Rhainds (UETMIS 10-16) Québec, 2016, XIII-45 p.
- [11] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec - Université Laval. Utilisation de l'échographie obstétricale pour le suivi d'une grossesse normale : recension des recommandations et des pratiques, rapport d'évaluation préparé par Sylvain L'Espérance, Geneviève Asselin, Katia Boivin, Martin Coulombe et Marc Rhainds (UETMIS 01-17) Québec, 2017, xi- 69 p.
- [12] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval. Offre de services ambulatoires en soins palliatifs pour les patients atteints d'un cancer avancé au CHU de Québec-Université Laval, rapport d'évaluation préparé par Sylvain L'Espérance, Alice Nourissat, Katia Boivin, Martin Coulombe et Marc Rhainds avec la participation de Christine Dufour-Turbis et Richard Coovi Fachehoun (UETMIS 06-17) Québec, 2017, viii - 87 p.
- [13] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval. La neurostimulation sous-cutanée pour le traitement des lombalgies chroniques, rapport d'évaluation préparé par Brigitte Larocque, Sylvain Bussièrès, Alice Nourissat, Martin Coulombe et Marc Rhainds (UETMIS 12-16) Québec, 2016, xv-63 p.
- [14] Conseil médical du Québec. Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec. Avis 97-02, Septembre 1997 (http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/1997_02_av_fr.pdf).
- [15] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Usage judicieux de 14 analyses biomédicales. Rapport rédigé par Faiza Boughrassa et Alicia Framarin avec la collaboration du Comité d'experts sur la pertinence-OPTILAB. Montréal, Québec : INESSS; 2014. 33p.
- [16] Campagne canadienne *Choosing wisely* / Choisir avec soin (<http://www.choisiravecsoin.org/>).
- [17] Fabi B, Martin Y, Valois P. Favoriser l'engagement organisationnel des personnes oeuvrant dans des organisations en transformation. Quelques pistes de gestion prometteuses. *Gestion*. 1999; 24(3): 102-13.

- [18] Association médicale canadienne. Politique de l'AMC: Pertinence des soins. 2015 (<http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-05f.pdf>).
- [19] Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H, Levitt RJ, Erickson LJ, Rindress D. Evidence and Value: Impact on DEcisionMaking--the EVIDEM framework and potential applications. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8: 270.
- [20] Hansson SO. Decision Theory: A Brief Introduction. In: *Department of Philosophy and the History of Technology*. Stockholm: Royal Institute of Technology (KTH) 2005.
- [21] Sullivan T. Using MCDA (Multi-Criteria Decision Analysis) to prioritise publicly-funded health care. Dunedin, New Zealand: University of Otago 2012.
- [22] Osheroff JA, Teich JM, Levick D, Saldana L, Velasco FT, Sittig DF, et al. *Improving Outcomes with Clinical Decision Support: An Implementer's Guide*: Healthcare Information and Management Systems Society, 2012.
- [23] Institut de recherche en santé du Canada. Passer à l'action : nous connaissons les pratiques que nous voulons changer. Que faire, maintenant ? Guide de mise en oeuvre pour les professionnels de la santé. 2012 (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/45669.html>).
- [24] Attieh R, Gagnon MP, Estabrooks CA, Legare F, Ouimet M, Roch G, et al. Organizational readiness for knowledge translation in chronic care: a review of theoretical components. *Implement Sci.* 2013; 8: 138.
- [25] Institut de recherche en santé du Canada. L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique. 2015 (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/40618.html>).
- [26] Institut de recherche en santé du Canada. L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique. Section 6.1: Méthodes d'évaluation de l'efficacité des interventions d'application des connaissances. 2015 (http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/kt_in_health_care_chapter_6.1_f.pdf).
- [27] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Sources de données et métadonnées. MED-ÉCHO (<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documentation-sources-de-donnees-et-indicateurs/sources-de-donnees-et-metadonnees/med-echo/>).

CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

UNITÉ D'ÉVALUATION ET DES MODES
D'INTERVENTION EN SANTÉ (**UETMIS**)

DIRECTION DE L'ÉVALUATION, DE LA QUALITÉ, DE L'ÉTHIQUE
ET DES AFFAIRES INSTITUTIONNELLES (**DEQEI**)

HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE
10, RUE DE L'ESPINAY, ÉDIFICE D, D7-724
QUÉBEC (QUÉBEC) G1L 3L5
TÉLÉPHONE : 418 525-4444 POSTE 54682
TÉLÉCOPIEUR : 418 525-4028
