

Améliorer l'exactitude du triage des cas rhumatologiques dont le diagnostic est ambigu : une amélioration de la qualité

Par Stephanie Gottheil, M.D., FRCPC; Chiara Gottheil, M. Sc.; et Joe Carson, M. Sc. (QIPS).



Les patients atteints d'arthrite inflammatoire précoce (AIP) doivent être vus de toute urgence pour commencer leur traitement. Notre clinique de rhumatologie communautaire de London, en Ontario, était préoccupée par le fait que l'évaluation des cas d'AIP était inutilement retardée lorsque ceux-ci n'étaient pas suffisamment détaillés pour être triés avec précision. Dans le cadre d'un projet antérieur d'amélioration de la qualité, nous avons repensé notre processus de triage et y avons inclus un sondage précédemment validé (l'outil d'AIP) que les patients devaient remplir afin de pouvoir déterminer lesquels d'entre eux souffraient d'AIP. Lors de cette étude, nous avons cherché à évaluer la précision et la spécificité du nouveau processus de triage pour les cas dont l'urgence était ambiguë après 12 mois d'utilisation.

Tous les cas acceptés par un rhumatologue entre avril 2020 et juillet 2022 ont été inclus. Pendant la période d'intervention, nous avons mis en œuvre le nouveau processus de triage. Le rhumatologue a trié tous les cas soumis comme étant urgents, non urgents ou a indiqué si la situation était ambiguë. Les patients dont on n'a pu établir l'urgence du cas ont été invités à remplir l'outil d'AIP avant qu'on leur fixe un rendez-vous. Les résultats du sondage ont permis d'obtenir un score de triage définissant un cas urgent ou non urgent, et les consultations ont ensuite été planifiées en conséquence. Après la consultation, le rhumatologue a déterminé le « véritable » score d'urgence, tout en ignorant le score préalable à la consultation. Les données ont été recueillies prospectivement pour tous les cas entrants. Nous avons analysé les données à l'aide de statistiques descriptives, et calculé tant la précision et la spécificité des processus de triage de référence que celles des nouveaux processus de triage.

La période de référence de 16 mois (avril 2020 à juillet 2021) comprenait 1 296 cas; 647 (50 %) ont été triés comme étant urgents. La période d'intervention de 12 mois (août 2021 à juillet 2022) comprenait 888 cas; 508 (57 %)

ont été triés comme des cas urgents et 97 (11 %) ont été triés comme des cas ambigus. L'outil AIP a été utilisé dans tous les cas ambigus; 93 patients ont soumis le sondage en ligne, et 4 patients qui n'avaient pas accès à un courriel ont répondu au sondage par téléphone. La plupart des patients (86 %) ont répondu au sondage dans la journée suivant sa réception. Un cycle de cinq jours était nécessaire entre l'aiguillage du patient et l'établissement du rendez-vous pour les cas ambigus, tandis qu'un cycle de trois jours était nécessaire pour ceux qui n'avaient pas reçu l'outil d'AIP. La précision de la détermination des cas urgents était de 97 % pendant l'intervention, comparativement à 85 % au départ. La spécificité pendant l'intervention était de 59 % par rapport à 70 % au départ.

L'outil AIP nous a aidés à détecter 97 % des cas vraiment urgents, ce qui nous a permis de réduire le risque de retard de traitement causé par une erreur de triage. Depuis, ce processus a été adopté par trois autres rhumatologues de notre clinique. Notre prochaine étape consistera à analyser les volumes d'aiguillages de patients urgents, puis à modifier notre algorithme de planification en conséquence pour nous assurer que tous les cas urgents deviennent prioritaires.

*Stephanie Gottheil, M.D., FRCPC
Rhumatologue, London Rheumatology
Professeure adjointe de médecine, Western University
London (Ontario)*

*Chiara Gottheil, M. Sc.
Chercheuse associée, London Rheumatology
London (Ontario)*

*Joe Carson, M. Sc. (QIPS)
Directeur général, London Rheumatology
London (Ontario)*