

## Réseaux cliniques stratégiques

Par Dianne Mosher, M.D., FRCPC et Joanne Homik, MD, FRCPC

Les quinze réseaux cliniques stratégiques (*Strategic Clinical Networks* ou SCN) de l'Alberta ont été créés dans le but d'encourager les travailleurs du système de santé, les patients, les chercheurs et les administrateurs à trouver de nouvelles façons novatrices et avérées plus rentables de prodiguer les soins, de produire de meilleurs résultats cliniques et d'assurer une meilleure qualité des soins.

Le réseau BJH SCN (*Bone and Joint Health Strategic Clinical Network*) est le principal véhicule de l'Alberta pour les stratégies provinciales visant la santé des os et des articulations. Il a comme mandat de garder les Albertains en bonne santé, de leur fournir des soins de haute qualité lorsqu'ils sont malades, de leur assurer un accès à des soins lorsqu'ils en ont besoin, et d'améliorer leur cheminement à travers le système de santé. En Alberta, toutes les 60 secondes, une personne entre dans le cabinet d'un médecin à la recherche d'un traitement pour un problème osseux ou articulaire. Ce taux de consultation ne fera qu'augmenter en fonction de l'augmentation, du vieillissement et de l'espérance de vie accrue de la population de l'Alberta. Le réseau BJH SCN aidera à gérer et à réduire les répercussions des problèmes de santé osseux et articulaires sur notre système tout en améliorant les soins aux patients.

Parmi ses principaux succès, mentionnons la réduction des séjours à l'hôpital pour les remplacements de hanche et de genou qui sont passés de 4,7 à 3,8 jours, l'introduction de 13 cliniques de physiothérapie offrant le programme GLA:D (*Good Living with OsteoArthritis: Denmark*) ainsi que le dépistage de l'ostéoporose chez 14 455 Albertains présentant une fracture de fragilisation.

Le Groupe de travail sur l'arthrite des réseaux cliniques stratégiques (SCN) a déterminé deux principaux facteurs pour améliorer les soins aux patients atteints d'arthrite inflammatoire (AI) en Alberta : 1) augmentation de la capacité de soins et 2) diminution de la disparité entre les soins et les résultats cliniques. Les deux facteurs ont été abordés par l'élaboration d'un modèle de soins partagés pour l'AI accompagné d'un cadre de travail de mesure. À l'heure actuelle, trois modèles fructueux sont analysés en vue d'en tirer des leçons clés : 1) équipe clinique du South Health Campus dirigée par une infirmière, 2) programme On-TRAAC à Edmonton et 3) programme de télémedecine à Pincher Creek. Ces cliniques représentent des cas exemplaires de soins partagés qui devraient être reproduits afin d'améliorer l'accès et de réduire les disparités.

*D<sup>re</sup> Dianne Mosher, professeure de médecine, chef de la division de rhumatologie, Université de Calgary, Calgary (Alb.)*

*D<sup>re</sup> Joanne Homik, professeure agrégée, Département de médecine, Division de rhumatologie, Université de l'Alberta, Edmonton (Alb.)*

## Les praticiens au rôle élargi améliorent l'accès des Ontariens aux soins

Par Katie Lundon, B. Sc. (P.T.), M. Sc., Ph. D., Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC et Rachel Shupak, M.D., FRCPC

Depuis sa création en 2005, le programme ACPAC (*Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care*)<sup>1</sup> ([www.acpacprogram.ca](http://www.acpacprogram.ca)) a formé avec succès 69 praticiens au rôle élargi (PRÉ) pratiquant un peu partout au Canada. Il s'agit d'un programme de formation reconnu et basé en Ontario qui est offert après l'obtention du permis d'exercice et qui est destiné aux prestataires de soins de santé possédant déjà de l'expérience dans le traitement de l'arthrite. Ce programme assure l'acquisition des compétences et des connaissances approfondies requises pour les divers rôles élargis de pratique.

L'utilisation des PRÉ du programme ACPAC dans les modèles de soins partagés interprofessionnels pour la prise en charge de l'arthrite a optimisé les ressources humaines limitées en rhumatologie et a permis d'obtenir les succès particuliers suivants au niveau du système :

- Excellente concordance entre les PRÉ formés dans le cadre du programme ACPAC et les rhumatologues pour ce qui est de différencier de façon indépendante les formes inflammatoire et non inflammatoire d'arthrite, et amélioration de l'accès aux soins d'un rhumatologue avec une réduction de 40 % du délai avant la prise d'une décision thérapeutique<sup>2</sup>.

- Le triage papier centralisé des demandes de consultation en rhumatologie par un PRÉ du programme ACPAC a réduit les temps d'attente de plus de 50 % (15,5 jours) pour les patients atteints d'AI présumée comparativement au modèle de soins rhumatologiques classique (33,8 jours)<sup>3</sup>.
- Le triage par un PRÉ du programme ACPAC a permis de prioriser correctement un nombre élevé de cas d'arthrite inflammatoire/maladie du tissu conjonctif présumée nécessitant une consultation en rhumatologie, ce qui a entraîné la diminution du temps d'attente sous la médiane provinciale<sup>4</sup>.

