

## 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

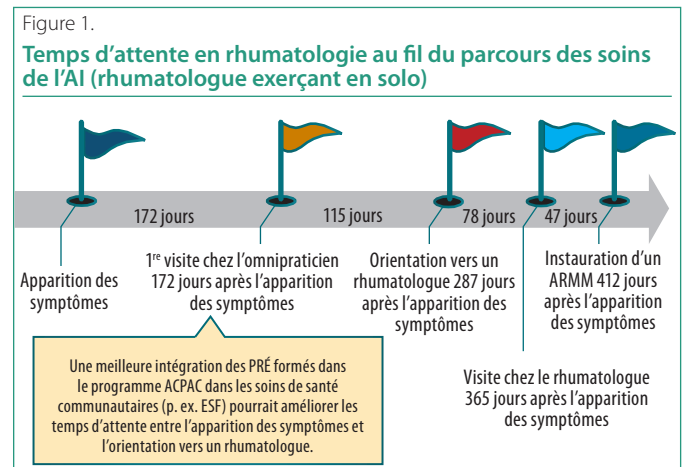
Par Katie Lundon, B. Sc. (P.T.), M. Sc., Ph. D., Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC et Rachel Shupak, M.D., FRCPC

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>.



En résumé, les PRÉ expérimentés ou formés dans le programme ACPAC peuvent raccourcir les délais avant l'évaluation du rhumatologue (Figures 1), ce qui accélère l'établissement du diagnostic ainsi que la prise des décisions thérapeutiques pour les patients atteints d'arthrite inflammatoire<sup>2</sup>. Les PRÉ formés dans le cadre du programme ACPAC pourraient même, grâce à un changement de politique, être encore mieux placés dans la communauté (p. ex. équipe de médecine familiale) pour identifier et trier les patients atteints d'une AI présumée, accélérant ainsi leur consultation d'un rhumatologue (Figure 1).

Des PRÉ formés pourraient être se trouver à de multiples points du parcours de soins afin de favoriser l'identification des patients, l'accès, la prise en charge médicale et les soins partagés, conformément au cadre du modèle de soins de l'arthrite de l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) (Figure 2).

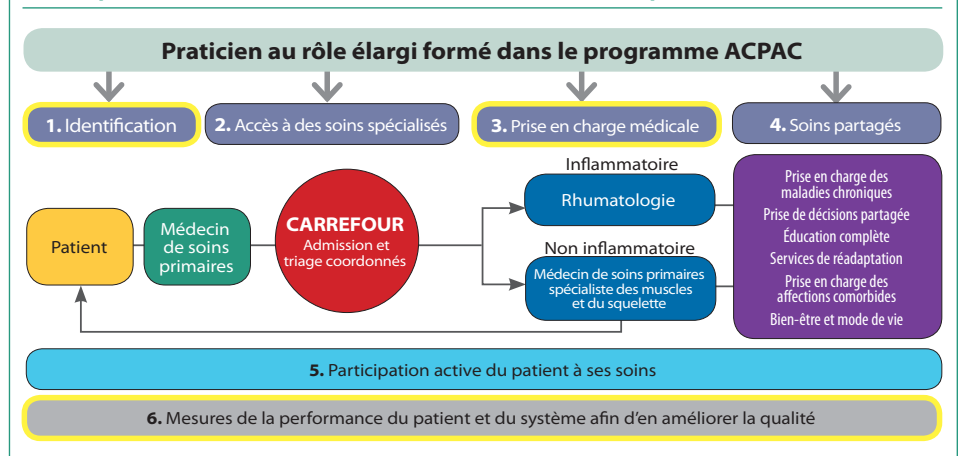
*D<sup>re</sup> Katie Lundon, B. Sc. (P.T.), directrice du programme Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC), Toronto (Ont.)*

*D<sup>re</sup> Vandana Ahluwalia, chef de la direction corporative du Département de rhumatologie, William Osler Health System, Brampton (Ont.)*

*D<sup>re</sup> Rachel Shupak, professeure agrégée, Département de médecine, Université de Toronto; médecin, Hôpital St. Michael's, Toronto (Ont.)*

Figure 2.

## Cadre pour les modèles de soins de l'arthrite élaboré par l'AAC



### Références :

1. Landon K, Shupak R, Schneider R, McIlroy J. Development and Early Evaluation of an Inter-professional Post-licensure Education Programme for Extended Practice Roles in Arthritis Care. *Physiotherapy Canada* 2011;63:94-103.
2. Ahluwalia V, Larsen T, Landon K, et coll. An Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care Can Improve Access to Rheumatology Care in Community-Based Practice. Manuscrit soumis, 2017.
3. Farrer C, Abraham L, Jerome D, Hochman J, Gakhal N. Triage of Rheumatology Referrals Facilitates Wait Time Benchmarks. *J Rheumatol* 2016;43:2064-67.
4. Bombardier C, et al. The Effect of Triage Assessments on Identifying Inflammatory Arthritis and Reducing Rheumatology Wait Times in Ontario [abstract]. *Arthritis Rheumatol* 2016;68 (suppl 10). Accessible à l'adresse <http://acrabstracts.org/abstract/the-effect-of-triage-assessments-on-identifying-inflammatory-arthritis-and-reducing-rheumatology-wait-times-in-ontario/>. Consulté le 26 juillet 2017.

## Les infirmières en rhumatologie améliorent l'accès aux soins en Colombie-Britannique

Par Michelle Teo, M.D., FRCPC

En 2011, les rhumatologues de la Colombie-Britannique ont obtenu des fonds pour l'intégration d'infirmières dans les soins aux patients, ce qui a donné lieu à la création d'une grille tarifaire (appelée affectueusement « code infirmière ») lors de la conférence multidisciplinaire. Ce « code infirmière », qui peut être facturé tous les six mois pour chaque patient, permet aux rhumatologues d'embaucher une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) ou une infirmière autorisée (IA) afin de les aider dans la prise en charge des patients atteints d'arthrite inflammatoire. Les infirmières fournissent un large éventail de services aux patients, y compris la prestation de conseils sur la maladie et les médicaments, une formation sur l'injection du méthotrexate et des agents biologiques, l'administration de vaccins et le test cutané de dépistage de la tuberculose.

Les infirmières en rhumatologie nous permettent non seulement d'offrir de meilleurs soins à nos patients, mais également

d'améliorer l'accès aux soins dans les régions mal desservies. Certaines infirmières travaillent selon un modèle de soins interdisciplinaires où, en collaboration avec le rhumatologue, elles fournissent des soins aux nouveaux patients ou ceux en suivi. Cette approche a permis une amélioration de l'accès des patients en réduisant les temps d'attente pour les nouvelles demandes de consultation ainsi qu'un suivi plus fréquent des patients, au besoin.

Au cours de la période 2016-2017, 53 des 86 rhumatologues de la Colombie-Britannique ont utilisé le « code infirmière » et on estime un emploi de 55 infirmières en rhumatologie dans la province. Nous célébrons le succès de ce programme et c'est avec enthousiasme que nous entrons dans cette nouvelle ère dans laquelle les rhumatologues établis, tout comme les nouveaux diplômés, reconnaissent les avantages de l'intégration de diverses disciplines paramédicales, comme les soins infirmiers, à la pratique moderne de la rhumatologie.

*D<sup>re</sup> Michelle Teo, rhumatologue, Clinique médicale Balfour, Penticton (C.-B.) et professeure clinique, Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.)*