

Les médecins de famille au champ de pratique élargi améliorent l'accès aux soins en Nouvelle-Écosse

Par Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP

En réponse à une pénurie aiguë de rhumatologues en Nouvelle-Écosse en 2011, une nouvelle clinique novatrice de soins collaboratifs a vu le jour à Halifax afin d'élargir l'accès et les services aux patients atteints d'arthrite inflammatoire. La clinique s'appuie sur un modèle de soins multidisciplinaires adaptés aux besoins régionaux. Un médecin de famille local a suivi un programme de formation de six mois en rhumatologie, puis a travaillé aux côtés d'une équipe composée d'infirmières expérimentées en rhumatologie, de physiothérapeutes et d'un rhumatologue dans la clinique de soins collaboratifs.

Après trois ans d'exploitation de la clinique, une firme de recherche indépendante a été mandatée pour évaluer les forces et les faiblesses du modèle. La leçon tirée la plus importante était que le succès d'une telle clinique repose sur l'appui et la participation de tous les intervenants. Par exemple, les commis aux réservations n'avaient pas participé aux discussions initiales lors de la mise sur pied de la clinique; ils avaient donc tendance à fixer les rendez-vous avec le rhumatologue plutôt qu'avec l'équipe de soins collaboratifs pour les patients atteints d'arthrite inflammatoire stable,

croquant que cela était « préférable ». En revanche, une fois qu'on les a mis au courant de la raison d'être du modèle de triage et qu'ils ont été exposés aux évaluations positives des patients dans les questionnaires de satisfaction, les réservations à la clinique se sont considérablement améliorées.

Le modèle a été transposé au Cap Breton en 2015, où deux médecins de famille ont été formés pour travailler en collaboration avec un rhumatologue; l'un d'eux tient toujours ce même rôle. Une évaluation de la qualité réalisée après seulement un an a révélé des améliorations remarquables des temps d'attente ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources limitées en rhumatologie.

Une étude prospective se déroule actuellement afin d'examiner la satisfaction des patients traités à la clinique de soins collaboratifs, ainsi que l'issue de leur maladie et leur auto-perception quant à la prise en charge de leur douleur, comparativement à des patients recevant les soins habituels (c.-à-d. fournis par un rhumatologue œuvrant dans la clinique externe d'un hôpital).

D^{re} Evelyn Sutton, Division de rhumatologie, Département de médecine, Division de l'éducation médicale, Halifax (N.-É.)

Référence :

1. Hickcox S. Rheumatology Care Re-designed, Models of Care in Action: You can do it too! Atelier tenu à la réunion annuelle 2017 de la Société canadienne de rhumatologie. Ottawa, 2017.

	2014	2015	Répercussions
Liste d'attente non urgente	12 mois	2 mois	243 visites de nouveaux patients
Orientations urgentes	Patients envoyés à Halifax temps de transport : 5 heures	Vus par un rhumatologue local	Accès à des soins urgents pour les collectivités éloignées
Soins de suivi	12 mois +	Tous les 6 mois avec l'omnipraticien	Scores HAQ stables

HAQ : Questionnaire d'évaluation de l'état de santé (*Health Assessment Questionnaire*)

Les vidéoconférences et le soutien interprofessionnel peuvent améliorer l'accès aux soins en Saskatchewan

Par Regina Taylor-Gjevrev, M. Sc., M.D., FRCPC (C) (faculté), Bindu Nair, M.D. (faculté), Brenna Bath, B. Sc. (P.T.), M. Sc., Ph. D., FCAMPT (faculté), Udoka Okpalauwaekwe, M.D., MPH, Meenu Sharma, Ph. D., Erika Penz, M.S., M.D., M. Sc., FRCPC, Catherine Trask, Ph. D. et Samuel Alan Stewart, Ph. D.

Une proportion relativement élevée de la population de la Saskatchewan habite dans de petites communautés et des régions rurales. Pour les personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde (PR) dans ces régions, les déplacements visant à obtenir des soins et un suivi en rhumatologie peuvent poser problème. Plusieurs cas d'utilisation des services de télésanté pour des consultations en rhumatologie ont été signalés. Notre groupe a

entrepris une étude appuyée par des fonds de recherche de l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) afin d'évaluer si les patients atteints de PR bénéficiant d'un suivi longitudinal à l'aide de vidéoconférences et de soins interprofessionnels présentent un niveau comparable de maîtrise de la maladie par rapport aux patients bénéficiant d'un suivi traditionnel en personne dans les cliniques de rhumatologie.

Un total de 85 patients atteints de PR ont été répartis pour faire l'objet d'un suivi rhumatologique traditionnel en personne ou d'un suivi par vidéoconférence avec des rhumatologues basés en milieu urbain ainsi qu'un suivi en personne par des physiothérapeutes œuvrant en milieu rural. Les visites de suivi avaient lieu tous les trois mois sur une période de neuf mois. Les mesures des résultats comprenaient divers indicateurs d'activité de la maladie (DAS-28-CRP, indice d'activité de la PR (RADAI) [RA Disease Activity Index], questionnaire d'évaluation de l'état de santé mo-

difié (HAQm) [Health Assessment Questionnaire], qualité de la vie [EQ5D] et satisfaction du patient [VSQ9]).

Nous n'avons observé aucune différence manifeste entre l'efficacité des soins interprofessionnels par vidéoconférence et celle des soins traditionnels fournis dans les cliniques de rhumatologie, tant pour ce qui est de la prestation de soins de suivi efficaces chez les patients atteints de PR établie que du degré de satisfaction de ceux-ci. Les taux élevés d'abandon du traitement dans les deux groupes ont renforcé la nécessité de tenir compte des besoins et des préférences des patients lors de l'élaboration de modèles de soins. Bien que l'utilisation de vidéoconférences et de technologies de télésanté puisse représenter un avantage distinct pour certains patients, il se pourrait que cela fasse perdre certains des bénéfices auxiliaires liés aux déplacements pour d'autres.

D^{re} Regina Taylor-Gjvre, Division de rhumatologie, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)

D^{re} Bindu Nair, Division de rhumatologie, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)

D^{re} Brenna Bath, École de physiothérapie, Université de la Saskatchewan; Centre canadien de santé et sécurité en milieu agricole, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)

D^r Udoka Okpalauwaekwe, Division de rhumatologie, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)

D^{re} Meenu Sharma, Division de pneumologie, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)

D^{re} Erika Penz, Division de pneumologie, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)

D^{re} Catherine Trask, Centre canadien de santé et sécurité en milieu agricole, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)

Samuel Alan Stewart, Informatique médicale, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, Halifax (N.-É.)

Référence :

Taylor-Gjvre R, Nair B, Bath B, et coll. Addressing rural and remote access disparities for patients with inflammatory arthritis through video-conferencing and innovative inter-professional care models. *Musculoskeletal Care* 2018; 16(1):90-95.

3) Prise en charge médicale

Intégration des DME dans les pratiques de rhumatologie

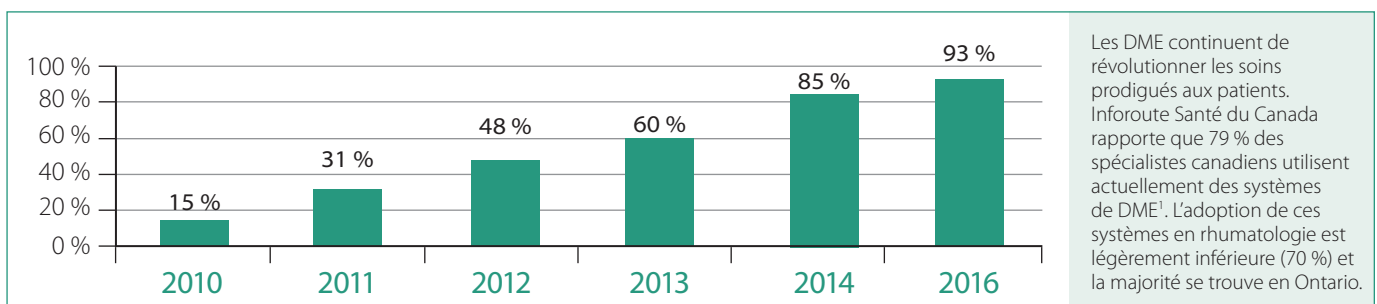
Par Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC et Sandra Couto, B. Sc., B. Sc. pharmacie

Les médecins continuent de mettre en œuvre des systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME) dans leur pratique afin d'améliorer la qualité des soins dispensés et l'efficacité des activités. L'intégration de solutions de DME dans les pratiques cliniques est appuyée par plusieurs agences provinciales. En Ontario, l'entreprise OntarioMD a été créée dans le but d'aider les médecins communautaires à sélectionner, à mettre en œuvre et à adopter les systèmes de DME.

La tâche d'encourager les médecins ontariens à passer aux systèmes de DME n'était pas mince. Les plateformes certifiées de DME créées pour appuyer les médecins de soins primaires

n'étaient pas vraiment conçues pour les besoins des spécialistes. En l'absence d'outils essentiels et de fonctionnalité pour la communauté rhumatologique, l'Association de rhumatologie de l'Ontario (ORA) a créé un sous-comité sur les DME afin de déterminer les besoins de la communauté de rhumatologie et d'incorporer divers outils propres à la rhumatologie dans les plateformes existantes des DME, notamment des formulaires intelligents pour la consignation des données cliniques (avec compteurs d'articulations intégrés, calculateurs de l'activité de la maladie, résultats signalés par le patient et analyses de laboratoire), les questionnaires HAQ, BASDAI et BASFI ainsi que les formulaires de collecte de données pour le registre OBRI. Ces formulaires sont également accessibles aux rhumatologues des autres provinces si ceux-ci utilisent l'une des plateformes de DME de l'Ontario destinées aux spécialistes (Accuro, Telus-PS ou Oscar).

De nombreux médecins signalent que les DME ont augmenté leur charge de travail, exigeant davantage de saisie de données,



Les DME continuent de révolutionner les soins prodigués aux patients. Inforoute Santé du Canada rapporte que 79 % des spécialistes canadiens utilisent actuellement des systèmes de DME¹. L'adoption de ces systèmes en rhumatologie est légèrement inférieure (70 %) et la majorité se trouve en Ontario.

Figure 1. Augmentation de l'utilisation des systèmes de DME chez les rhumatologues communautaires de l'Ontario : de 2010 à 2016