

Caractérisation du modèle de soins rhumatologue-praticien à rôle élargi dans un réseau de soins tertiaires pour patients hospitalisés

Lena Nguyen; Marie-Andrée Brosseau, physiothérapeute; Nancy Granger, M.Sc PT, M. Sc.; Julia Ma, MPH; Andrew Chow, M.D., FRCPC; et Stephanie Tom, M.D., FRCPC

Introduction

Les modèles de soins (MS) sont devenus essentiels pour faire face à la pénurie de rhumatologues et aux besoins de plus en plus complexes des patients. Au Canada, il a été démontré que le recours à des praticiens à rôle élargi (PRE) dans les services ambulatoires de rhumatologie permet de réduire les temps d'attente¹⁻². Le premier MS canadien pour rhumatologues (MD)-PRE pour les patients hospitalisés a été introduit chez Trillium Health Partners (THP) en 2015. Nos PRE sont des physiothérapeutes qui ont suivi le programme *Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care* (ACPAC).

Méthodologie :

Nous avons entrepris une analyse rétrospective et transversale des dossiers de tous les patients adressés au service de consultation de rhumatologie pour patients hospitalisés de THP, qui comprend les sites de l'hôpital de Mississauga (MH) et de l'hôpital de Credit Valley (CVH), afin de caractériser le service de consultation de rhumatologie pour patients hospitalisés moderne où ils ont été évalués par l'équipe du PRE-MD du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2019. Une étude rétrospective des dossiers a été réalisée à l'aide du système de dossiers médicaux électroniques de l'hôpital et des analyses descriptives ont été effectuées.

Résultats :

Au total, 2 361 patients ont été vus par l'équipe MD-PRE entre janvier 2015 et décembre 2019. La cohorte globale avait un âge médian de 72 ans et comprenait plus de femmes (59 %) que d'hommes (41 %). La majorité des références en rhumatologie (96 %) provenaient des services (hospitalier, médecine interne, chirurgie); seules quelques-unes provenaient des unités de soins intensifs ou de soins coronaires (3 %). La plupart des consultations concernaient de nouveaux patients sans contact préalable avec la rhumatologie (69 %). La raison la plus fréquente de l'hospitalisation était un diagnostic musculosquelettique (30 %), qui comprenait une possible étiologie rhumatologique ou orthopédique, suivie par les diagnostics d'admission neurologiques (19 %) et infectieux (16 %) (Tableau 1).

Les diagnostics rhumatologiques les plus fréquents étaient la maladie à cristaux (28 %), suivie par l'arthrose/les douleurs musculosquelettiques (27 %). Les maladies rhumatismales auto-immunes systémiques (15 %), l'arthrite inflammatoire (14 %), la

Tableau 1 :

Population de la consultation rhumatologique de THP

Nombre de patients	2 361
Âge du patient (médiane, [EI])	72 [52,82]
Sexe du patient, nombre (%)	
Femme	1 397 (59,2)
Homme	964 (40,8)
Service de référence, nombre (%)	
Médecine interne	2 254 (95,5 %)
Soins intensifs, cardiaques et neurochirurgicaux	69 (2,9 %)
Autre	38 (1,6%)
Soins rhumatologiques avant l'admission	
Pas de rhumatologue précédent	1 637 (69,3 %)
A déjà un rhumatologue	724 (30,7 %)
Nombre de diagnostics d'admission	
1	2 277 (96,4 %)
2 et plus	84 (3,6 %)
Type de diagnostic à l'admission, nombre (%)	2 445
Musculosquelettique	738 (30,1 %)
Neurologique	453 (18,5 %)
Infectieux	381 (15,6 %)
Cardiovasculaire	248 (10,1 %)
Abdominal/GI	180 (7,4 %)
Rénal	121 (4,9 %)
Respiratoire	104 (4,3 %)
Indifférencié	101 (4,1 %)
Hématologie/Endocrinologie	69 (2,8 %)
Tumeur maligne	50 (2,0 %)
PStatut du patient à la sortie de l'hôpital	
En vie	2 213 (93,7 %)
Décédé	148 (6,3 %)

Tableau 2 :

Service de consultation des patients hospitalisés en rhumatologie

Nombre de patients	2 361
Nombre de diagnostics rhumatologiques	
0	258 (10,9 %)
1	1 934 (81,9 %)
2	169 (7,2 %)
Diagnostics rhumatologiques	
Maladie à cristaux	646 (28,4 %)
Douleur musculosquelettique/arthrose	622 (27,3 %)
Maladie rhumatismale auto-immune systémique	347 (15,2 %)
Arthrite inflammatoire	309 (13,6 %)
Vascularite	262 (11,5 %)
Infectieux	87 (3,8 %)
Nombre d'interventions	
0	49 (2,1 %)
1	719 (30,5 %)
2	791 (33,5 %)
3	695 (29,4 %)
4 et plus	107 (4,5 %)
Interventions	
Analyse de sang	1 622 (68,7 %)
Médicaments	1 329 (56,3 %)
Imagerie	1 097 (46,5 %)
Injection	675 (28,6 %)
Non pharmacologique	89 (3,8 %)
Références	
Spécialité en médecine	146 (6,2 %)
Chirurgie	145 (6,1 %)
Services paramédicaux	25 (1,1 %)
Radiologie	26 (1,1 %)
Autre	5 (0,2 %)
Suivi ambulatoire nécessaire	
Non	1 360 (57,6 %)
Oui	1 001 (42,4 %)

vascularite (12 %) et l'infection (4 %) étaient moins fréquentes. Sur les 169 patients présentant des diagnostics concomitants, les diagnostics concomitants les plus fréquents étaient la maladie à cristaux et les douleurs liées à l'arthrose/musculosquelettiques (50 %). Presque toutes les consultations de rhumatologie ont nécessité des interventions (98 %), notamment des analyses de sang (69 %), des médicaments (56 %), des examens d'imagerie (47 %) ou des injections intra-articulaires (29 %), la plupart nécessitant plus d'une intervention (Tableau 2).

Tableau supplémentaire A :

Patients nécessitant un suivi en fonction des diagnostics rhumatologiques

Nombre de patients	Suivi	
	Oui	Non
Maladie à cristaux	1 001	1 360
Maladie à cristaux	167 (16,7 %)	479 (35,2 %)
Douleur musculosquelettique /arthrose	94 (9,4 %)	528 (38,8 %)
Auto-immune systémique		
Maladie rhumatismale	279 (27,9 %)	68 (5,0 %)
Arthrite inflammatoire	269 (26,9 %)	40 (2,9 %)
Vascularite	200 (20,0 %)	62 (4,6 %)
Infectieux	32 (3,2 %)	55 (4,0 %)

Parmi tous les patients consultés, 42 % ont nécessité un suivi ambulatoire (Tableau 2), en particulier ceux atteints de rhumatisme auto-immun systémique (28 %), d'arthrite inflammatoire (27 %) et de vascularite (20 %) (Tableau supplémentaire A).

Discussion :

Dans le but de répondre aux besoins non satisfaits des patients hospitalisés et d'assurer la viabilité de la pratique communautaire affiliée à l'hôpital, THP a mis en œuvre le premier MS MD-PRE canadien pour les patients hospitalisés. La plupart des patients n'avaient pas eu de contact préalable avec la rhumatologie et n'ont eu besoin d'une intervention que pendant leur hospitalisation. Les diagnostics rhumatologiques les plus fréquents étaient la maladie à cristaux et les douleurs liées à l'arthrose/musculosquelettiques, ce qui correspond à leur prévalence dans la population générale³.

Bien qu'il soit important d'avoir accès à une prise en charge rhumatologique dans les situations d'hospitalisation à forte acuité (c'est-à-dire en cas de vasculite mettant en jeu le pronostic vital), le service de rhumatologie moderne comprend également la prise en charge de la douleur et de la maladie à cristaux liées à l'arthrose et musculosquelettique. La maladie à cristaux était le diagnostic rhumatologique le plus fréquent, une observation qui s'aligne sur les études rapportant que la goutte et la pseudogoutte sont les principales causes d'hospitalisations liées aux arthropathies cristallines⁴⁻⁶. Notamment, plusieurs études établissent des liens entre les déficiences des soins préhospitaliers⁷⁻⁹ et l'absence de traitement de diminution de l'acide urique chez les patients hospitalisés¹⁰⁻¹². L'arthrose était un autre motif fréquent de consultation en rhumatologie, probablement en raison de la comorbidité, c'est-à-dire de l'incidence de l'arthrose sur la sécurité de la marche et la planification des sorties. Le champ d'activité de nombreux rhumatologues étant axé sur les affections inflammatoires pour faire face à la pénurie de ressources humaines¹³, les problèmes liés à l'arthrose et à la maladie à cristaux sont généralement pris en charge par les prestataires de soins primaires avant et après l'admission.

Caractérisation du modèle de soins rhumatologue-praticien à rôle élargi dans un réseau de soins tertiaires pour patients hospitalisés

Suite de la page 13

Conclusion :

Compte tenu de la charge croissante des maladies rhumatismales et du nombre insuffisant de rhumatologues, les PRE sont indispensables pour soutenir les soins rhumatologiques en milieu hospitalier. Notre étude fournit un point de référence pour les futures mises en œuvre de MS similaires et met en évidence une occasion d'améliorer la gestion ambulatoire des maladies chroniques afin d'atténuer la charge de morbidité future. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'incidence économique de la consultation en rhumatologie et du MS MD-PRE en milieu hospitalier.

Remerciements :

Nous remercions nos patients, leurs familles et leurs équipes de prestataires de soins de santé d'avoir rendu cette étude possible, ainsi que la D^{re} Judith Versloot pour sa contribution experte à l'analyse de la recherche.

Déclaration d'intérêts :

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas d'intérêts financiers concurrents connus ou de relations personnelles qui auraient pu sembler influencer le travail rapporté dans cet article. Cette recherche a été réalisée à des fins d'amélioration de la qualité pour évaluer notre MS actuel.

Références :

- Ahluwalia V, Lineker S, Sweezie R, Bell MJ, Kendzerska T, Widdifield J, Bombardier C, Allied Health Rheumatology Triage Investigators. The effect of triage assessments on identifying inflammatory arthritis and reducing rheumatology wait times in Ontario. *The Journal of rheumatology*. 2020 Mar 1;47(3):461-7.
- Passalent L, Hawke C, Lawson DO, et coll. Advancing early identification of axial spondyloarthritis: an interobserver comparison of extended role practitioners and rheumatologists. *The Journal of rheumatology*. 2020 Apr 1;47(4):524-30.
- Vos T, Lim SS, Abbafati C, et coll. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1204-22.
- Zleik N, Elfishawi MM, Kvrjic Z, et coll. Hospitalization increases the risk of acute arthritic flares in gout: a population-based study over 2 decades. *The Journal of rheumatology*. 2018 Aug 1;45(8):1188-91.
- Villion A, Arinon Z, Feldman J, et coll. Crystal-Induced Arthropathy in Elderly Patients Hospitalized for Acute Conditions. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*. 2017 Mar 1;19(3):183-5.
- Lim SY, Lu N, Oza A, et al. Trends in gout and rheumatoid arthritis hospitalizations in the United States, 1993-2011. *Jama*. 2016 Jun 7;315(21):2345-7.
- Kuo CF, Grainger MJ, Mallen C, et coll. Rising burden of gout in the UK but continuing suboptimal management: a nationwide population study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2015 Apr 1;74(4):661-7.
- Neogi T, Hunter DJ, Chaisson CE, et coll. Frequency and predictors of inappropriate management of recurrent gout attacks in a longitudinal study. *The Journal of Rheumatology*. 2006 Jan 1;33(1):104-9.
- Singh JA, Hodges JS, Toscano JP, et coll. Quality of care for gout in the US needs improvement. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 2007 Jun
- Wright S, Chapman PT, Frampton C, et al. Management of gout in a hospital setting: a lost opportunity. *The Journal of rheumatology*. 2017 Oct 1;44(10):1493-8.
- Nitichaiulvatana P, Upchurch KS, Harrold LR. The Impact of Deficits in Gout Care on Hospitalizations. *Journal of clinical rheumatology: practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases*. 2011 Oct;17(7):389.
- Hutton I, Gamble G, Gow P, et coll. Factors associated with recurrent hospital admissions for gout: a case-control study. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*. 2009 Sep 1;15(6):271-4.
- Barber CE, Jewett L, Badley EM, et coll. Stand up and be counted: measuring and mapping the rheumatology workforce in Canada. *The Journal of rheumatology*. 2017 Feb 1;44(2):248-57.

Lena Nguyen
Étudiant en médecine,
Faculté de médecine
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Marie-Andrée Brosseau, PT
Physiothérapeute en pratique avancée,
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Nancy Granger, M.Sc. PT, M.Sc.
Physiothérapeute en pratique avancée,
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Julia Ma, MPH
Biostatisticienne
Institut pour une meilleure santé,
Partenaires en santé Trillium
Mississauga (Ontario)

Andrew Chow, M.D., FRCPC
Rhumatologue,
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)
Chargé de cours, Université de Toronto
Professeur agrégé, Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Stephanie Tom, M.D., FRCPC
Chef de division, Rhumatologie
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)
Chargée de cours, Université de Toronto,
Toronto (Ontario)