

L'interface entre la première et la deuxième ligne : Exemple de deux maladies chroniques

Debbie Feldman PT, PhD

Québec 

• Agence de la santé et des services sociaux de Montréal¹
• Institut national de santé publique

Contexte

- Les maladies chroniques sont un fardeau sociétal immense
- Pour réduire l'impact, il faut optimiser les soins
- Deux exemples seront présentés : arthrite rhumatoïde (qui affecte 1 % de la population) et insuffisance cardiaque (affecte 2 % de la population)

Plan de la présentation

- Arthrite rhumatoïde
 - Analyse de banques de données administratives
 - Enquête auprès de médecins
 - Étude clinique
 - Focus groupes
- Insuffisance cardiaque
 - Analyse de banques de données
 - Études cliniques
 - Accès Clinique
 - Accès Urgence



**Délais de consultation auprès de
spécialistes pour les personnes qu'on
soupçonne d'avoir nouvellement
développé de l'arthrite rhumatoïde :
Une étude populationnelle**

Ehrmann Feldman et al. *Arthritis & Rheumatism. Arthritis Care & Research.* December 15, 2007, Vol. 57, No. 8, pp. 1419–1425

Contexte

- L'arthrite rhumatoïde (AR) est l'arthropathie inflammatoire qui est la plus fréquemment rencontrée par les omnipraticiens
- Les résultats de santé sont meilleurs s'il y a un contact avec un rhumatologue
- Une consultation précoce en rhumatologie est très importante pour l'optimisation des soins (utilisation précoce de médicaments)

Contexte

- La consultation en deuxième ligne peut être influencée par :
 - Les lignes directrices
 - La disponibilité de services
 - Les caractéristiques des médecins et leurs croyances
 - Des facteurs liés aux patients

Objectif I

- Décrire la consultation dans les cas nouvellement soupçonnés AR :
 - En rhumatologie
 - Des autres spécialistes pertinents
 - médecine interne
 - physiatrie
 - immunologie

Objectif II

- Déterminer les facteurs associés à la consultation :
 - Disponibilité de services
 - Facteurs liés aux médecins (expérience, sexe)
 - Facteurs liés aux patients (âge, sexe, statut socioéconomique, comorbidité)

Méthode : Source des données

- Banque de données de la RAMQ : visites médicales
- Sujets : adultes (≥ 18 ans) avec une visite pour l'arthrite rhumatoïde (code CIM-9 de 714) en 2000 (n=31 378)
- Nouveaux cas d'AR : pas de visites antérieures (1997-2000) (n=13 237)
- Parmi eux, 10 001 personnes avaient leur première visite avec un non-rhumatologue

Variables dérivées de la banque de données

- Statut socioéconomique: indice de Pampalon
- Disponibilité des services (proximité aux soins primaires et secondaires) basé sur un algorithme validé
- Âge du patient et sexe
- Indice de comorbidité de Charlson
- Spécialité du médecin qui a posé le diagnostique d'AR; année de graduation et sexe

Analyses

- Taux de consultation en rhumatologie
- Temps entre le premier diagnostic et la consultation en rhumatologie
- Facteurs liés à la consultation
 - Statistiques bivariées
 - Régression de Cox avec une procédure '*Bootstrap resampling*' (pour le '*clustering*' – analyse de groupement)

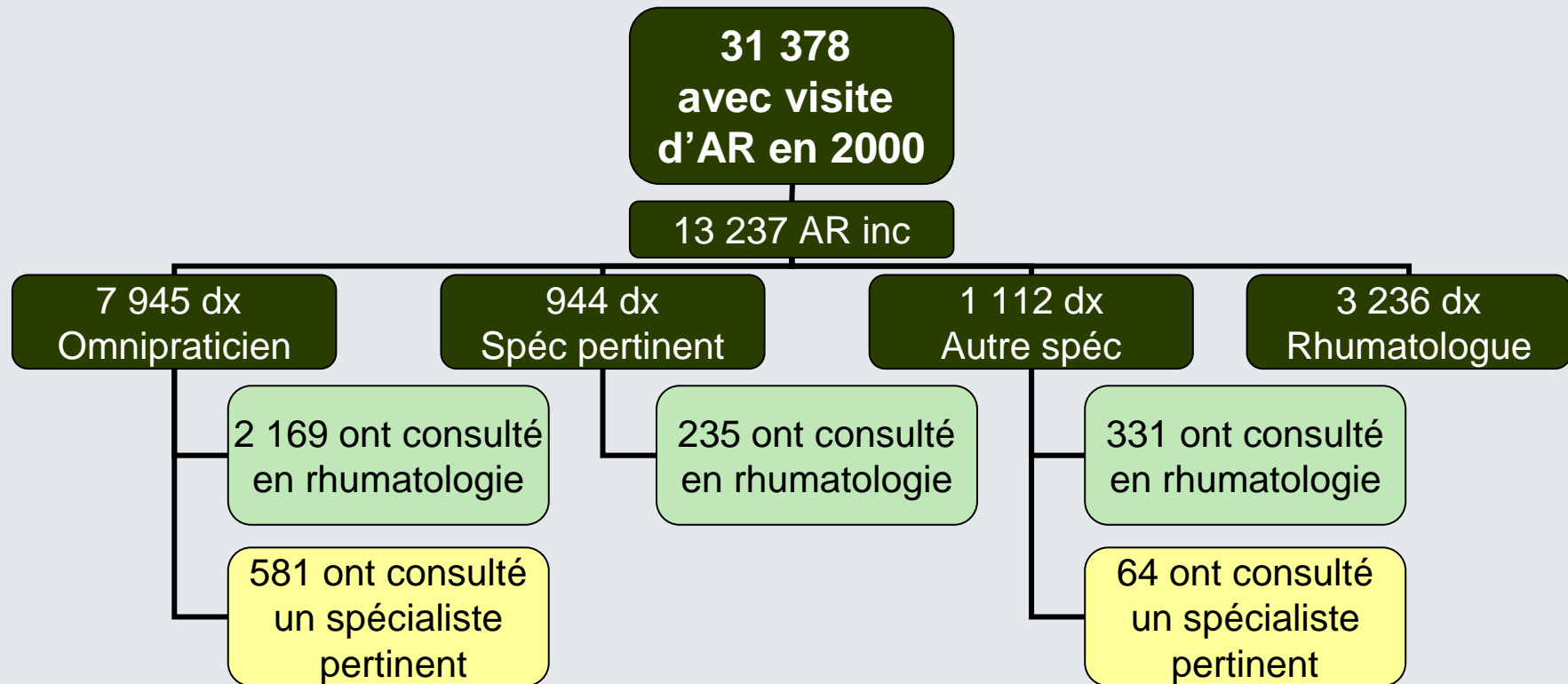
Autres spécialistes pertinents

- Physiатres, immunologistes ou internistes
- Procédure répétée pour les 9 057 personnes avec une première visite pour AR avec un spécialiste autre qu'un rhumatologue ou un spécialiste pertinent
- Limites des visites codées par le spécialiste comme liées à l'arthrite (710-720)

Résultats (nouveaux cas; n=13 237)

Age moyen (ET)	57,1 (17,1) ans
% femmes	66
% résidents urbains	79
% disponibilité haute	83
% disponibilité modérée	13
% disponibilité faible	5

Consultation avec des rhumatologues et spécialistes pertinents



Description de chaque sous-groupe

	Omni	Autres spéc.	Spéc. pertinent	Rhuma-tologue
Âge moyen (années)	56,6	56,2	58,5	58,1
% femmes	65	63	64	70
% urbain	77	85	73	83
Dispo. haute	80,8	88,6	74,3	88,0
Dispo. moyenne	14,3	8,1	18,3	8,2
Dispo. faible	4,9	3,3	7,4	3,9

Consultation en rhumatologie (n=10 001)

27% (2 735) ont vu un rhumatologue
dans les 2,5 ans suivant
leur premier diagnostic



Temps entre le diagnostic et la consultation
Temps moyen : $189,6 \pm 253,1$ jours
Temps médian : 79 jours (IQR 200)

Consultation avec un professionnel pertinent (n=9 057)

7% (645) ont vu un spécialiste pertinent pour l'arthrite dans les 2,5 ans suivant leur premier diagnostic



Temps entre le diagnostic et la consultation
Temps moyen : $197,7 \pm 276,5$ jours
Temps médian : 67 jours (IQR 230)

Facteurs associés à la consultation en rhumatologie (analyse bivariée)

- Âge plus jeune
- Score de comorbidité plus haut
- Femmes
- Statut socioéconomique plus élevé
- Réside dans une région à haute disponibilité de services
- Femme médecin

Consultation en rhumatologie

(modèle de Cox, ajusté pour le sexe et l'expérience du médecin)

	HR	IC 95%
Âge (années)	0,99	0,99-0,99
Femmes	1,39	1,30-1,48
Comorbidité (Indice de Charlson)	1,09	1,06-1,12
Statut socioéconomique élevé	1,16	1,05-1,26
Disp. modérée de services vs haute	0,82	0,59-1,05
Disp. faible de services vs haute	0,94	0,75-1,13
Médecin (spécialiste vs omni)	1,09	0,78-1,4

Facteurs associés à la consultation en rhumatologie ou avec un spécialiste pertinent

	HR	IC 95%
Âge (années)	0,99	0,99-0,99
Femmes	1,33	1,24-1,43
Comorbidité	1,09	1,06-1,11
Statut socioéconomique élevé	1,07	0,97-1,17
Expérience du médecin	0,99	0,98-1,00

Discussion I

- Seulement 27 % avec un nouveau diagnostic d'AR ont consulté un rhumatologue
- En incluant d'autres spécialités pertinentes, le taux augmente à 37 %
- Pour ceux qui ont consulté, le temps avant la consultation est long

Discussion II

- AR est plus prévalent chez les femmes, surtout parmi les plus jeunes
- Facteurs associés à une consultation dans des délais plus courts : âge plus jeune, femmes, comorbidité élevée et statut socioéconomique élevé
- Les personnes avec d'autres maladies ont plus de contact avec d'autres spécialistes et ont possiblement plus de chance d'être référées

Discussion III

(comparaison avec la littérature)

- Taux de consultation
 - 27 % (notre étude – Québec)
 - 26 % (Badley – Ontario)
 - 26-48 % (Lacaille – BC)
- Temps médian avant une consultation (79 jours) plus long qu'en BC (66 jours)

Limites

- Pas de contrôle sur la façon dont le diagnostic est codé (mais on présume que si le médecin a codé une visite comme AR, il a soupçonné ce diagnostic)
- Pas d'indication de sévérité qui pourrait être liée à la consultation
- Impossible d'évaluer l'accessibilité (temps d'attente pour avoir un rendez-vous, etc.)

Conclusion

- L'accès au rhumatologue est faible pour les patients nouvellement diagnostiqués avec de l'AR
- La recherche doit se concentrer sur l'accès aux services spécialisés afin d'optimiser les soins pour cette maladie

Référence aux rhumatologues pour les personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde : Enquête auprès des médecins

Bernatsky S, Feldman D, Shrier I, Toupin K, Haggerty J, Tousignant P, Zimmer M. Care pathways in early rheumatoid arthritis. *Can Fam Physician* 2006;52:1444-5

Logique

- Les personnes oeuvrant dans le domaine de l'arthrite au Canada encouragent la référence précoce des patients atteints d'arthrite inflammatoire – même en absence d'un diagnostic définitif
- Le but est d'optimiser les pratiques de référence
- Pour être efficace, les lignes directrices ou recommandations doivent être acceptables pour tous

Objectif

Explorer les attitudes des médecins envers l'établissement de lignes directrices recommandant la référence précoce en rhumatologie pour les personnes atteintes d'arthrite inflammatoire

Méthode

- Questionnaires
 - Tous les rhumatologues de la province du Québec (n=85)
 - Un échantillon aléatoire de médecins omnipraticiens dans la province
- Analyse
 - Statistiques descriptives

Méthode : questions

- **Une consultation rapide devrait avoir lieu avec un spécialiste en arthrite pour tous les patients atteints d'arthrite inflammatoire**
- Êtes-vous **en accord** avec cette ligne directrice?
- Quelle est votre opinion, concernant cette ligne directrice:
 - Est-ce qu'elle **améliorerait les résultats** des soins donnés aux patients?
 - Est-ce qu'elle conduirait à des **références plus appropriées** des patients?
 - Fournirait-elle des arguments pour réclamer un meilleur **accès des patients aux spécialistes** en arthrite?

Méthode : Questions

- Pensez-vous qu'elle **devrait être adoptée**?
- Comment cette ligne directrice **affecterait-elle le temps d'attente** pour une évaluation initiale par un spécialiste en arthrite?
- Quels seraient les effets de cette ligne directrice sur les problèmes **médico-légaux** des omnipraticiens?
- **En général**, à quel point les lignes directrices destinées aux médecins sont-elles **utiles**?

Résultats: Taux de réponse

- 63/85 rhumatologues (74 %)
- 150/407 omnipraticiens (37 %)

Caractéristiques des répondants vs les omnipraticiens au Québec

	Répondants	Omnipraticiens au Québec
Âge moyen (ET)	47,4 (9,6)	43,9 (8,7)
Femmes	46%	39%
Clinique communautaire	27%	21%
Bureau privé	68%	72%
Centre universitaire	12%	10%

Résultats de l'enquête (%)

	Rhuma- tologue	Omni- praticien
En accord avec la ligne directrice proposée	98	86
Cela devrait améliorer les résultats	96	82
Cela devrait améliorer les soins	98	77
↑ références appropriées	67	70
Aucune ↑ du temps d'attente	54	56
Aucune ↑ des problèmes medico-légaux	77	62

Résultats :

Enquête des rhumatologues

- Échange d'information entre le rhumatologue et l'omnipraticien
 - Presque tout, pour l'évaluation initiale
 - 75 % périodiquement après
 - 100 % préfèrent suivre leurs patients (AR)
 - 83 % disent que c'est important pour un rhumatologue de suivre le patient plutôt q'un omnipraticien

Discussion I

- Suggère que la ligne directrice est acceptable
- Limites
 - Faible taux de réponse pour les omni
 - Réponses hypothétiques ne reflètent pas toujours les comportements
 - Les lignes directrices ne peuvent pas améliorer les soins ou les résultats de santé si nous n'augmentons pas les connaissances et n'améliorons pas la formation médicale

Discussion II

- Approx. la moitié des répondants croient qu'une ligne directrice pour les références augmenterait les délais pour voir un rhumatologue
 - Problématique – pénurie de rhumatologues
 - Solution potentielle – médecin référant avise le rhumatologue qu'il soupçonne que le patient a de l'AR (triage des références)

Conclusion

- Support pour les lignes directrices en arthrite concernant la référence précoce
- Dissémination des lignes directrices peut être une stratégie pour assurer un traitement efficace et rapide
- L'éducation et la formation peuvent mener à une utilisation plus efficace des ressources et de meilleurs résultats pour les patients

Rapidité de consultation en rhumatologie dans une cohorte d'arthrite inflammatoire précoce

Ehrmann Feldman D, Schieir O, Bernatsky S, Janelle-Montcalm A, Baron M, The McGill Early Inflammatory Arthritis Research Group. Annals of Rheumatic Diseases, Sous Presse.*

Pertinence

- Les experts recommandent une consultation avec un spécialiste (dans les 3 mois suivant le diagnostic) pour les patients atteints d'arthrite inflammatoire.
- Nous avons voulu explorer les délais avant la consultation d'un rhumatologue parmi les patients avec un diagnostic *confirmé*.

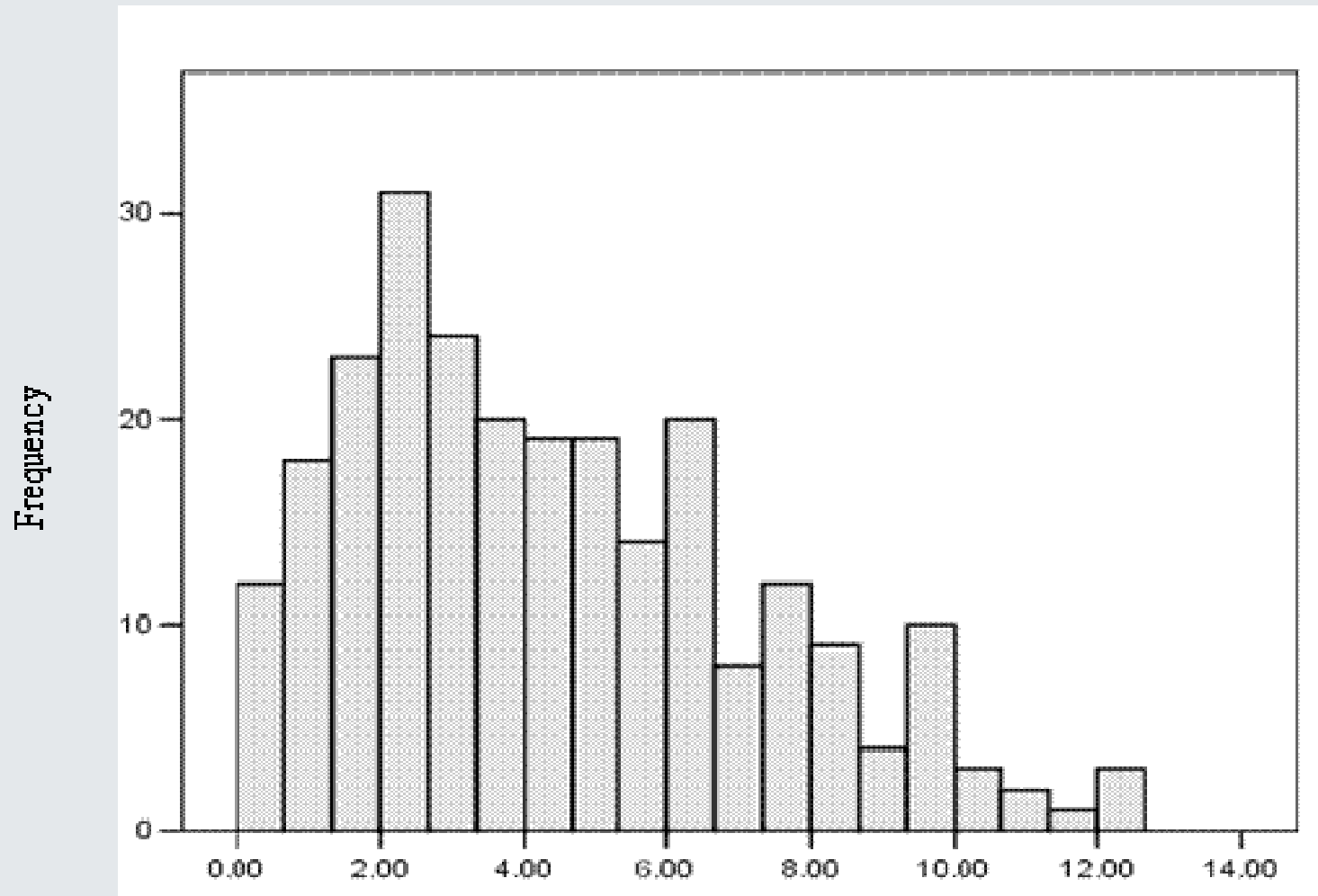
Objectifs et hypothèse

- Déterminer les délais avant la consultation d'un rhumatologue pour les patients d'une cohorte d'arthrite inflammatoire précoce.
- Déterminer les facteurs associés à la rapidité de consultation.
- Comme notre échantillon est une cohorte précoce, notre hypothèse est que ce groupe représente un "best case scenario" où la majorité aurait consulté dans les 3 mois recommandés.

Méthode

- 252 patients dans le McEAR: McGill Early Inflammatory Arthritis Registry (2004-07).
- Patients éligibles s'ils ont :
 - >16 ans,
 - inflammation dans au moins une articulation > 6 semaines mais <1 an (sans avoir un autre diagnostic que l'AR ou arthrite inflammatoire non différencié).

Temps entre 1ers symptômes d'arthrite et 1ère visite chez le rhumatologue



First Episode of Joint Pain to First Visit to a Rheumatologist (months)

Résultats

- Âge moyen: 56.3 ans (ÉT 14.6)
- 173 (69 %) femmes
- Temps moyen entre premier épisode des symptômes et consultation avec rhumatologue: 4.4 mois (ÉT 2.8)
- Temps médian: 3.9 mois (IQR 2.1-6.3)
- Seulement 101 patients (40 %) ont été vus dans les 3 mois suivant le premier épisode.

Facteurs associés à la consultation

	Consultation rhumato $\leq 3m$ (n=101)	Consultation rhumato $>3m$ (n=151)
Age (ÉT)	56.5 (15.7) ans	56.1 (14)
Femmes, n (%)	65 (64%)	108 (72%)
Distance au rhumatologue (ÉT)	16.4 (22.6) km	19.9 (18.5) km
CRP (ÉT)	28.4 (52.7)	16.1 (24)
As un omni n (%)	76 (75%)	129 (85%)
Référé par un spécialiste n (%)	40 (40%)	39 (26%)

Résultats

- Dans le modèle de régression logistique multivariable, seulement le CRP élevé a été associé à une consultation plus précoce avec un rhumatologue
 - OR=1.012
 - 95% intervalle de confiance: 1.01,1.03.

Discussion

- Presque 60% ont consulté un rhumatologue « tard », même dans cette cohorte d'arthrite inflammatoire précoce.
- Avoir un omni régulier est associé avec une consultation plus tardive;
 - Omni demande des tests et observe le patient à travers le temps, et décide éventuellement de référer.
 - Personnes sans omni régulier pourront avoir leur premier contact à l'urgence ou à la clinique sans rendez-vous où elles seront référées plus rapidement.
 - Spécialistes ont tendance à référer quand le problème n'est pas dans leur champs d'expertise.

Limites

- Nos analyses laissent de côté un facteur important - le patient.
- Il pourrait y avoir une hésitation de la part du patient à demander des soins médicaux avec un spécialiste.
- De plus, nous n'avons pas regardé le temps écoulé entre la référence et la consultation, ce qui est particulièrement pertinent dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre de rhumatologues canadiens.

Conclusion

- Les efforts visant à améliorer la qualité des soins de l'arthrite auront probablement besoin d'initiatives multi-facettes orientées vers:
 - l'éducation des médecins de famille
 - l'éducation des patients
 - l'amélioration des méthodes de triage afin de prioriser les cas d'AR

Identification des éléments facilitant le soin optimal de l'arthrite rhumatoïde

Bernatsky S, Feldman D, Rosenberg E, Roper M,
De Civita M, Tousignant P, Haggerty J, Mill C, Lee J.
(soumis au Rheumatology)

Objectif

- Identifier les barrières et les facteurs facilitant pour les trajectoires optimales de soins pour les personnes atteintes d'AR

Méthode I

- Groupe de discussion
 - patients, omnipraticiens, rhumatologues, physiothérapeutes et ergothérapeutes dans le Réseau Universitaire Intégré de Santé (RUIS) de McGill

Méthode II

- Rencontres de 90 minutes pour : 3 groupes de patients (n=15), 2 groupes d'omnipraticiens (n=10), 2 groupes de rhumatologues (n=14), et 2 groupes de thérapeutes (n=12)
- 5 questions abordées, liées à la qualité des soins
- Analyse de contenu basée sur la théorie ancrée ('grounded theory')

Tableau 1a: Questions d'entrevue auprès des patients

Q 1: Quelle est votre expérience de recherche de soins pour traiter votre arthrite?

Q 2: Qu'est-ce qui vous a empêché ou a entravé votre contact avec des spécialistes?

Q 3: Quels sont les facteurs qui ont entravé ou facilité votre cheminement vers la santé?

Q 4: Dans la première phase de notre recherche, nous avons noté des différences dans les trajectoires de soins des patients en fonction de leur démographie et de la proximité des soins. Comment expliqueriez-vous ça?

Q 5: Quelles modifications permettraient d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'AR?

Tableau 1b: Questions d'entrevue auprès des omnipraticiens

Q 1: Comment intervenez-vous avec un patient qu'on soupçonne d'avoir de l'AR ?

Q 2: Quels soins de santé devrait recevoir le patient?

Q 3: Qu'est-ce qui facilite ou vous empêche de fournir des soins optimaux?

Q 4: Dans la première phase de notre recherche, nous avons noté des différences dans les trajectoires de soins des patients en fonction de leur démographie et de la proximité des soins. Comment expliqueriez-vous ça?

Q 5: Quelles modifications permettraient d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'AR?

Tableau 1c: Questions d'entrevue auprès des rhumatologues

Q 1: D'après vous, comment les non-spécialistes répondent-ils à un patient atteint d'AR?

Q 2: Quels soins de santé devraient recevoir ces patients?

Q 3: Qu'est-ce qui facilite ou vous empêche de fournir des soins optimaux?

Q 4: Dans la première phase de notre recherche, nous avons noté des différences dans les trajectoires de soins des patients en fonction de leur démographie et de la proximité des soins. Comment expliqueriez-vous ça?

Q 5: Quelles modifications vous permettraient d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'AR?

Résultats : Messages clés

- L'importance d'une bonne communication entre les omnipraticiens, spécialistes et thérapeutes
- Patients valorisent l'accès aux traitements: médicaments efficaces et stratégies non pharmacologiques (exercice, thérapie, éducation)

Résultats : Patients

- Dans les régions éloignées, problème d'accès : “Je n'ai pas vu un omnipraticien en 4 ans !” (Abitibi-Témiscamingue)
- Les médecins locaux sont surchargés et ne sont pas capables de consacrer le temps dont les patients sentent avoir besoin
- Les patients croient que les problèmes viennent du niveau des décideurs
- Ce groupe se sentait désespéré

Résultats : Omnipraticiens

- Ils reconnaissent l'importance de traiter l'AR: un traitement adéquat procure une meilleure qualité de vie
- Il y avait une perception que les critères de diagnostic de l'AR n'étaient pas clairs ou pas utiles au praticien
- Le manque d'éducation chez les patients est une barrière
 - Par exemple, le patient veut un traitement à court terme pour les douleurs immédiates et ne valorise pas la nécessité d'un traitement qui permettrait d'éviter le développement d'une incapacité plus tard

Résultats :

Messages clés des omnipraticiens

- Les omnipraticiens valorisent leurs relations avec les spécialistes
 - Afin de protéger cette relation, ils « économisent » des références, en référant seulement les patients très malades
 - Ils reconnaissent toutefois que les patients moins touchés par la maladie ne recevront pas les meilleurs soins possibles
 - Ils suggèrent comme solution pour améliorer les soins, d'entraîner les omnipraticiens ayant un intérêt particulier en rhumatologie, pour enlever une partie du fardeau aux spécialistes

Résultats :

Messages clés de la rhumatologie I

- La plupart des obstacles aux soins optimaux pour les patients atteints d'AR sont au niveau du système et non du médecin. Les rhumatologues ne croient pas que la rhumatologie soit valorisée par les décideurs
- Les contraintes de temps des spécialistes, pas assez d'accès à d'autres spécialistes
- L'augmentation du lobbying auprès du grand public pourrait conduire à une augmentation des ressources pour les services de rhumatologie
- Le personnel de soutien, tel qu'une infirmière praticienne, aiderait
 - Par exemple, l'éducation des patients, améliorer la communication entre les soignants, répondre aux questions des patients, etc.

Résultats :

Messages clés de la rhumatologie II

- La promotion de soins optimaux pour l'AR pourrait sensibiliser les médecins non rhumatologues
- En conséquence, les rhumatologues seront référés de façon plus appropriée et seront en mesure de fournir de meilleurs soins aux AR et autres problèmes urgents
 - Un médecin a estimé que 30% des patients référés avaient réellement besoins de ses soins. Le reste représentait un mauvais diagnostic ou une référence au mauvais spécialiste
 - La promotion des soins optimaux pour l'AR devrait inclure les écoles de médecine où la formation musculo-squelettique est trop brève

Résultats :

Messages clés de la rhumatologie III

- Besoin d'une meilleure communication entre les spécialistes et autres professionnels de la santé
 - À une occasion, un pharmacien a conseillé à un rhumatologue de ne pas prescrire le méthotrexate (qui est le médicament de choix à l'heure actuelle)
- L'éducation du patient est essentielle. L'accès à de l'information détaillée sur leur état de santé pourrait améliorer les soins.

Résultats :

Physiothérapeutes et ergothérapeutes

- La physiothérapie / ergothérapie est sous-utilisée
 - Pas assurée sous le régime provincial d'assurance maladie - peut être inabordable pour les patients sans assurance privée
 - Pour ces patients, les hôpitaux affiliés à des cliniques sont disponibles, l'attente est longue
 - Les médecins et les patients peuvent ne pas être conscients des services privés à la disposition de ceux qui ont une assurance privée
 - Les médecins se concentrent principalement sur le traitement pharmacologique
 - Les patients peuvent ne pas vouloir être référés en thérapie

Résultats :

Messages clés des physio et ergo II

- D'autres obstacles aux soins optimaux de l'AR
 - Manque d'éducation précoce des patients AR
 - Manque de sensibilisation du public sur l'AR «L'AR n'est pas (comme) un cancer, elle n'est pas pro médias»
 - Même si un patient AR est référé en thérapie, ce ne sont pas tous les thérapeutes qui ont de l'expertise dans le traitement de l'AR
- Pour améliorer le traitement de l'AR, il faudrait augmenter la quantité et la qualité de l'enseignement sur les maladies rhumatismales dans les programmes professionnels (universités)
- Un «centre de l'arthrite» pourrait aussi faciliter un système optimal de soins

Par exemple, Vancouver's Mary Pack Arthritis Centre

Conclusion

- Résultats démontrent le besoin
 - D'éducation
 - De ressources adéquates
 - De bonne communication

Consultation avec les spécialistes pour les personnes nouvellement diagnostiquées avec de l'insuffisance cardiaque : Une étude populationnelle

Ehrmann Feldman D, Xiao Y, Bernatsky
S, Haggerty J, Tousignant P, Leffondré
K, Abrahamowicz M. *Can J Cardiol*,
sous presse.

Épidémiologie

- Incidence annuelle : 2 à 3,8/1000
- Mortalité : 20 % après 1 an, 50 % en 5 ans
- 1^{re} cause d'hospitalisation chez > 65 ans
- ↑ de l'incidence et de la prévalence attendue

Contexte

- IC est une cause commune d'admission à l'hôpital pour les personnes >65 ans
- Taux élevé de réadmission et de mortalité
- Nouveaux traitements peuvent améliorer la survie
- Accès aux spécialistes qui peuvent implanter ces traitements optimisera les résultats
- La SCC recommande la consultation avec un spécialiste

Objectifs

- Décrire la consultation en cardiologie pour les patients atteints d'IC
- Déterminer les facteurs associés à la consultation
 - Disponibilité des services
 - Facteurs liés aux médecins (expérience, sexe)
 - Facteurs liés aux patients (âge, sexe, statut socioéconomique, comorbidité)

Méthode : Sources des données

- Banque de données de la RAMQ : visites médicales
- Sujets: adultes (≥ 18 ans) avec une visite pour l'IC (code CIM-9 de 428) en 2000 (n=54 699)
- Nouveaux cas d'IC: pas de visites antérieures (1997-2000) (n=22 298)
- Parmi ceux-ci, 13 523 personnes avaient leur première visite avec un non cardiologue

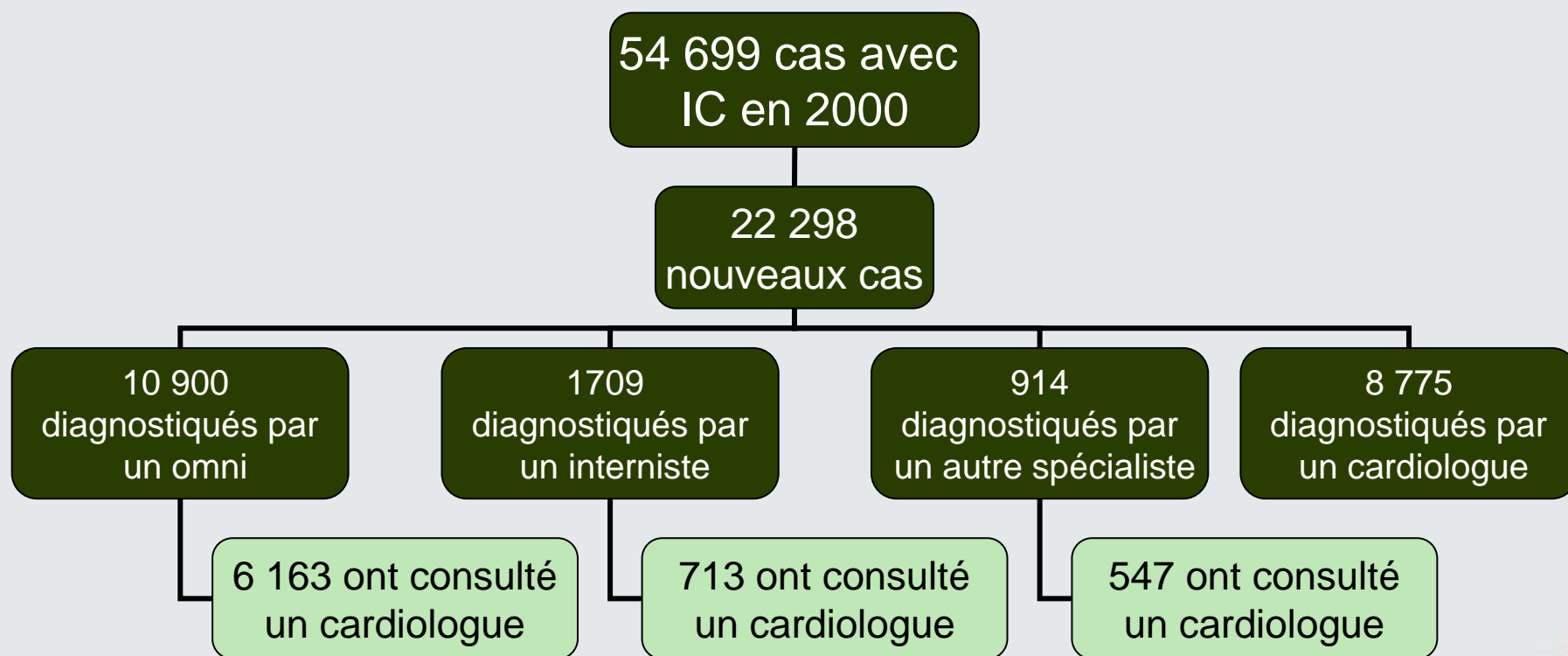
Variables dérivées de la banque de données

- Statut socioéconomique: indice de Pampalon
- Disponibilité des services (proximité des soins primaires et secondaires) basée sur un algorithme validé
- Âge et sexe du patient
- Indice de comorbidité de Charlson
- Spécialité du médecin qui a posé le diagnostic d'IC; année de graduation et sexe

Analyses

- Taux de consultation en cardiologie
- Temps entre la visite du premier diagnostic et consultation en cardiologie
- Facteurs lié à la consultation
 - Statistiques bivariées
 - Régression de Cox avec une procédure '*Bootstrap resampling*' (pour le '*clustering*' – analyse de groupement)

Diagramme : Consultation avec un cardiologue



Consultation en cardiologie (n=13 523)

55 % (7 423) ont vu un cardiologue
dans les 2,5 ans suivant
leur premier diagnostic



Temps entre le diagnostic et la consultation
Temps moyen : $158,2 \pm 255,2$ jours
Temps médian : 33 jours (IQR 2-191)

Description de chaque sous-groupe

	Omni	Cardiologue	Interniste	Autre
Âge moyen	72,5	69,8	66,7	64,4
% femmes	55	48	55	50
% urbain	75	86	68	85
Dispo haute	81,1	91,3	69,3	87,7
% haut SSE	34	42	32	46

Consultation en cardiologie

(modèle de Cox, ajusté pour sexe et type du médecin)

	HR	IC 95%
Âge (par 10 ans)	0,91*	0,89-0,94
Femmes	0,78*	0,74-0,82
Comorbidité (Indice de Charlson)	1,12*	1,10-1,14
Statut socioéconomique élevé	1,20*	1,12-1,28
Disp. mod. de services vs haute	0,55*	0,50-0,62
Disp. basse de services vs haute	0,67*	0,59-0,76
Expérience du médecin (par 10 ans)	0,90*	0,84-0,95

Discussion I

- > 50% des patients diagnostiqués par un non cardiologue ont consulté un cardiologue
- Pour ceux qui ont consulté, le temps moyen est de 5 mois (mais la médiane est de 1 mois)
 - La balise suggérée par la SCC est de 1 jour à 1 mois (selon la gravité de la maladie)

Discussion II

- Les hommes ont consulté plus souvent et plus rapidement
 - Les femmes ont tendance à être suivies par leurs omnipraticiens
- Les plus jeunes et ceux avec un statut socioéconomique plus élevé ont consulté plus souvent et plus rapidement
 - Concordance avec nos résultats en AR
- Consultation moindre et moins rapide pour ceux qui résident dans les régions

Limites

- Pas de contrôle sur le codage du diagnostic; mais la prévalence et l'incidence dans la banque de données concordent avec la littérature
- Pas d'indication de sévérité qui pourrait être liée à la consultation
- Impossible d'évaluer l'accessibilité (temps d'attente pour avoir un rendez-vous, etc.)

Conclusions

- 55 % des patients diagnostiqués avec IC ont consulté un cardiologue
- L'équité d'accès pour les femmes et pour ceux avec un statut socioéconomique plus faible est problématique
- Les personnes dans les régions consultent moins

Facteurs reliés au temps de référence des patients IC aux cliniques spécialisées en IC

Ehrmann Feldman D, Ducharme A, Frenette M, Giannetti N, Michel C, Sheppard R, Grondin F, Behloul H, Pilote L. *Can J Cardiol. Sous presse*



Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 

Université 
de Montréal



Contexte

- IC est une cause importante de morbidité et de mortalité chez les personnes > 65 ans
- Cliniques multidisciplinaires spécialisées sont bénéfiques pour réduire la morbidité et la mortalité
- L'accès aux soins est crucial pour optimiser les résultats
- L'accès aux soins en temps opportun a été étudié par un groupe de travail de la Société canadienne de cardiologie (SCC)

Pertinence

- Lignes directrices de la SCC recommandent la consultation dans les cliniques multidisciplinaires pour les patients à haut risque
- Peu d'information sur l'équité d'accès aux cliniques
- Certains types de patients pourraient être référés plus rapidement et différemment que d'autres

Objectifs

- Déterminer le temps de référence aux cliniques spécialisées
- Explorer les facteurs associés au temps de référence

Méthodes

- Étude de cohorte des patients nouvellement admis à 6 cliniques multidisciplinaires d'IC
- Sources de données :
 - Logiciel commun: Vision Cardiologie (données cliniques)
 - Questionnaires aux patients
 - Tests cliniques administrés par les infirmiers

Définitions

- Temps de référence
 - La différence entre la date initiale du diagnostic et le premier rendez-vous dans la clinique multidisciplinaire
- Gravité de la maladie
 - NYHA classe fonctionnelle
 - Score de qualité de vie (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire)
 - Distance du test de marche de six minutes
- Situation sociale
 - Seul ou non, besoin d'aide pour les rendez-vous médicaux

Analyses

- Statistiques descriptives
- Comparaisons variées entre temps de référence et âge, sexe, statut socioéconomique, situation sociale, gravité, utilisation des soins et médecin référant
- Modèles de régression: temps de référence en fonction de facteurs (médecin référant et facteurs liés aux patients)

Description de l'échantillon (n=531)

	Moyenne	Écart type
Âge (années)	65,9	11,2
Temps avant la référence (années)	5,2 (médiane: 1,2)	8,2 (IQR 0,2, 6,9)
QOL score (Minnesota)	45,1	24,1
Test de marche de 6 minutes (mètres)	277,5	121,0

Caractéristiques sociodémographiques

	N	%
Femmes	138	26
Célibataires	169	34
A besoin d'aide pour ses rendez-vous	441	89
Revenu < 20 K	100	24
20-45	166	40
> 45	149	36

Sévérité et utilisation des soins de santé

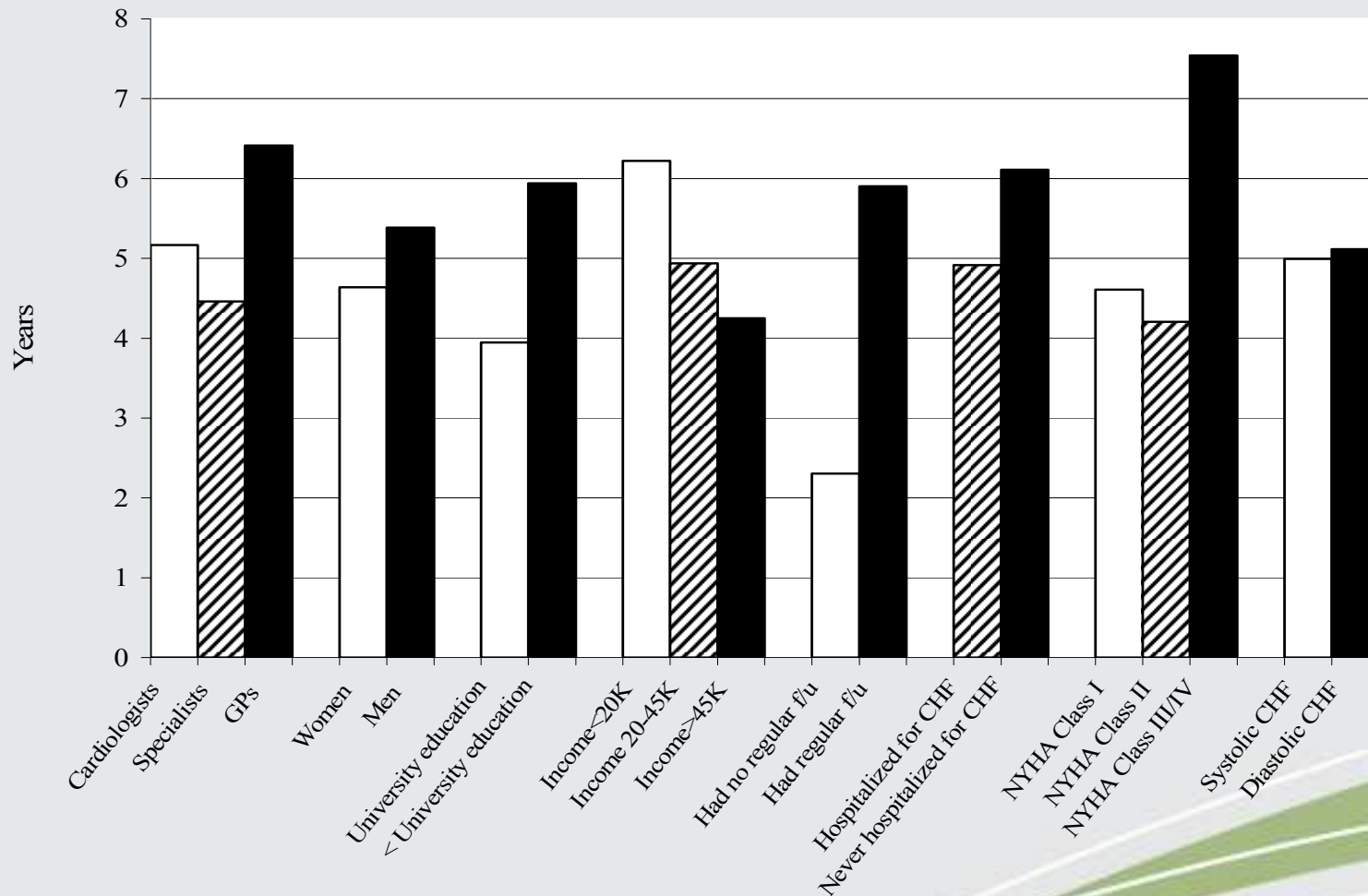
		N	%
Classe NYHA	1	89	17
	2	303	59
	3 et 4	125	24
FEVG > 0.4 (IC diastolique)		70	14
Visite à l'urgence dans les 6 derniers mois	0	136	27
	1	184	37
	2+	177	36
Admission à l'hôpital dans les 6 derniers mois	0	143	29
	1	206	42
	2+	145	29

Docteur qui a référé et délais de référence

	N (%)	Temps moyen avant une référence (années)
Cardiologue ou interniste	311 (62)	5,2
Autre spécialiste	99 (19)	4,5
Omnipraticien	68 (14)	6,4

Délais entre le diagnostic d'IC et la référence à une clinique spécialisée en IC

Time from CHF diagnosis until referral to multidisciplinary clinic



Facteurs associés à une référence tardive

Régression logistique , référence > 1,2 année depuis dx, aussi ajusté pour l'âge, sexe, besoin d'assistance, éducation, NYHA, QOL, visites à l'urgence et admission à l'hôpital

	OR aju	IC 95%
Référé par un spécialiste	0,41	0,20-0,83
A eu suivi régulier pour IC	2,83	1,31-6,11
Célibataire	0,50	0,25-0,99
Revenu < 20K	2,11	0,88-5,06
>2 facteurs de comorbidité	1,62	0,88-2,97

Discussion I

- La majorité des patients sont référés par des cardiologues ou d'autres spécialistes
 - Les omnipraticiens peuvent initialement référer à des cardiologues qui, à leur tour, réfèrent à la clinique
 - Les spécialistes ont tendance à référer plus rapidement les patients dont les problèmes ne sont pas dans leur domaine d'expertise

Discussion II

- Les personnes ayant des niveaux de revenu plus élevés ont été référés plus tôt
- Biais de référence possible. Les personnes ayant une faible morbidité ont été référés plus tôt
 - Ceux qui sont le plus incapacités ne sont peut-être pas considérés comme les meilleurs candidats pour ces cliniques, même si nous savons que ceux-ci pourraient en bénéficier

Discussion III

- 20 % de la cohorte n'a pas reçu de soins réguliers pour IC avant l'admission à la clinique
 - Le manque de soins réguliers est un sujet de préoccupation
 - Ces patients sont envoyés plus tôt à la clinique: possiblement référés au premier contact avec le système de soins de santé
- Les patients suivis par des omnipraticiens sont référés plus tard
 - Peut être problématique si les médecins sont moins conscients de l'existence de ces cliniques ou sont réticents à l'idée de référer

Limites

- L'admission à ces cliniques peut dépendre de certains critères («non écrits») spécifiques à la clinique
- Caractéristiques organisationnelles de la clinique peuvent influencer l'accès (par exemple, le temps avant d'obtenir un rendez-vous, le nombre d'employés et de ressources, les exigences administratives, etc.)
- On ne peut pas être certain du potentiel de généralisation des résultats, cependant il existe des similitudes avec d'autres études cliniques de patients à l'égard de l'âge, du sexe, de la dysfonction systolique IC

Conclusion

- Les patients atteints d'IC sont plus susceptibles d'être référés à des cliniques spécialisées par les cardiologues et les spécialistes que par les omnipraticiens
- Les personnes atteintes moins sévèrement de la maladie et au statut socioéconomique plus élevé ont tendance à être référées plus tôt
- La diffusion d'information auprès des omnipraticiens sur les cliniques ainsi que leurs critères de référence pourrait être nécessaire

Accès-Urg :
Accès aux services spécialisés pour
patients atteints d'insuffisance
cardiaque :
Rencontrons-nous les temps
d'attente recommandés?

Québec 

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- Institut national de santé publique

Université 
de Montréal


CIHR IRSC



Chercheurs et co-chercheurs

Chercheure principale :

- Debbie Feldman, Université de Montréal, École de réhabilitation et Direction de santé publique

Co-chercheure principale :

- Louise Pilote, Centre de santé universitaire McGill, Clinique d'épidémiologie

Autres co-chercheurs :

- Marc Frenette, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- Nadia Giannetti, Hôpital Royal Victoria
- François Grondin, Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis
- Thao Huynh, Hôpital général de Montréal
- Caroline Michel et Richard Sheppard, Hôpital Général Juif
- Martine Montigny, Hôpital Cité de la Santé
- Serge Lepage, CHUS – Hôpital Fleurimont

Pertinence et objectifs

- Pour compléter le portrait de référence, il faut déterminer quels patients sont référés aux services spécialisés et lesquels ne le sont pas.
- Nous voulons déterminer si les temps recommandés pour la consultation aux services spécialisés sont atteints et, sinon, à quel point la situation actuelle diffère de la situation 'idéale'.

Méthode

- Nous recrutons 500 patients (qui ne sont pas déjà inscrits dans des cliniques spécialisées en IC) qui se sont présentés en urgence hospitalière avec des symptômes d'IC
- Les participants sont suivis pour une période de 6 mois par l'entremise de revues de dossiers et d'entrevues téléphoniques

Données démographiques

	Tous	F	H
Nb. patients recrutés	336	68%	32%
Âge moyen (années)	77 (±10.36)	79 (±9.34)	74 (±10.60)
% Revenu familial annuel < 20 000\$	43.2%	61.4%	30.3%
% Scolarité ≤ 7e année	36%	44%	30%
Score Minnesota <i>physique</i> (score max. 40)	15.30 (±11.56)	15.97 (±12.22)	15.61 (±11.85)
Score Minnesota <i>émotionnel</i> (score max. 25)	6.62 (±6.41)	6.28 (±6.55)	6.92 (±6.30)
% de patients avec médecin régulier	91	92	90

Résultats préliminaires – entrevue téléphonique

	Tous les répondants	F	H
Type de médecin préféré pour suivi IC	46% préf cardio* 28% préf omni	42% préf cardio* 34% préf omni	49% préf cardio* 22% préf omni
Perception du patient de son état de santé	68% ±22,45	66% ±24,47	69% ±20,46

* Inclut le cardiologue et la clinique spécialisée en cardiologie

Analyse préliminaire

	Tous	F	H
Taux de consultation avec un médecin dans les 6 premières semaines après le congé de l'urgence	51% (27% ont vu un cardio)	46.5% (21% ont vu un cardio)	55.2% (33% ont vu un cardio)
Taux de référence aux cliniques spécialisées en IC dans les 6 premières semaines	21%	13%	30%

Facteurs associés avec la consultation à 6 semaines

	Consult. tous HR (IC 95%)	Cardio seulem. HR (IC 95%)
Âge	1.01 (0.98,1.04)	1.00 (0.97,1.04)
Hommes	1.17 (0.69,1.97)	1.35 (0.72,2.70)
IC –fn systolique préservé	1.25 (0.78,2.02)	0.76 (0.39,1.47)
Score Minnesota sévère	1.00 (0.98,1.02)	1.00 (0.97,1.03)
Patient préfère un cardiologue	0.85 (0.52,1.40)	1.40 (0.76,2.7)
Auto efficacité personnelle	1.00 (0.98,1.02)	0.98 (0.95,1.0)

Conclusion Accès URG

- Environ la moitié des patients avec IC ne consultent pas un médecin dans les 6 semaines suivant leur visite à l'urgence.
- La planification du congé des patients atteints d'IC devrait inclure un rendez-vous de suivi avec un médecin.

Conclusion

- La situation en cardiologie semble être mieux que celle en rhumatologie en ce qui concerne la consultation en deuxième ligne.
- Toutefois, les facteurs liés au genre, disponibilité des services et facteurs socioéconomiques influencent la consultation.
- Besoin de communication entre la 1^{ère} et 2^{ème} ligne et sensibilisation des médecins et patients.