

Pratiques virtuelles optimales en rhumatologie

Énoncé de consensus de la Société canadienne de rhumatologie

30 septembre 2021

La télémédecine, ou plus précisément les soins virtuels, un vocable d'évolution récente, est adopté par l'Association médicale canadienne (AMC) pour désigner « toute interaction entre patients, entre personnes qui participent à leurs soins ou entre membres de ces deux groupes ayant lieu à distance, utilisant une forme de technologie de l'information ou des communications et visant à améliorer ou à optimiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients »(1).

Peu pratiqués en rhumatologie avant la pandémie de COVID-19 (2), les soins virtuels intervenaient principalement dans la prestation de soins dans les régions rurales et éloignées du Canada, souvent par le truchement de la télésanté, d'un professionnel de la santé apte à effectuer chez le patient le décompte ou l'examen articulaire (3-6). Dans le contexte actuel de la pandémie, par souci de prudence devant la nécessité de freiner la propagation du virus, et afin de préserver la capacité hospitalière nécessaire au traitement des patients atteints de la COVID-19, de nombreux systèmes de santé du monde entier ont restreint, voire arrêté, les visites de personnes en soins ambulatoires. Cette nécessité s'est traduite par une expansion rapide des soins virtuels, y compris en rhumatologie, afin de permettre la poursuite du traitement et de la prise en charge des patients rhumatologiques.

Pour épauler les équipes en rhumatologie dans la prestation de soins virtuels de haute qualité, la SCR a, après une étude de la question, élaboré les énoncés de pratiques optimales réunis ici. En clair, le présent document ne fait que mettre en évidence les énoncés et leur fondement. Le manuscrit de l'étude, dans son intégralité, déjà déposé pour publication, qui renferme les méthodes adoptées, ainsi que les références consultées, est actuellement en cours d'examen. Une fois publié, le manuscrit intégral sera accessible par un lien à des fins de référence ultérieure.

Énoncé des pratiques optimales :

- 1. Les rhumatologues devraient suivre les recommandations nationales sur les pratiques exemplaires ainsi que les normes et règlements régissant les soins virtuels, édictés par la province, notamment les considérations concernant le permis d'exercice, la vie privée des patients, la confidentialité, la tenue de dossier et le consentement.**

Raisonnement : Au Canada, les médecins exercent leur profession en vertu d'un permis délivré par leur province et doivent se conformer aux règlements de l'ordre des médecins de leur province. Des organisations, telles que l'Agence canadienne de protection médicale (ACPM) et l'AMC, entre autres, ont également élaboré des recommandations spécifiques à considérer relativement à la prestation de soins virtuels. Parmi ces recommandations figurent une discussion avec le patient des limites

inhérentes aux soins virtuels. D'autres abordent diverses questions telles que le fait d'obtenir et de documenter le consentement aux soins virtuels, la protection des renseignements personnels et de la confidentialité des consultations par télémédecine, la tenue de dossier adéquate de ces consultations et la communication appropriée de celles-ci à d'autres prestataires de soins de santé.

2. Le bien-fondé des soins virtuels en rhumatologie doit être examiné au regard des facteurs suivants : accès aux soins rhumatologiques de proximité; caractère justifié, urgence et complexité de la visite clinique (y compris les considérations cliniques, culturelles et linguistiques); préférences du patient et type de soins virtuels disponibles.

Raisonnement : Les soins virtuels peuvent être administrés si cela se justifie pour les raisons médicales, l'ACPM estimant toutefois que « les soins virtuels ne peuvent se substituer aux évaluations en personne ou aux examens cliniques » (7) et qu'ils ne remplacent pas non plus le traitement du patient au service des urgences, le cas échéant. Pour déterminer la pertinence d'une intervention par soins virtuels, il faudra tenir compte de divers facteurs relevant du patient, de la clinique et du soin. Sur la foi des revues des soins virtuels en rhumatologie, examens à la fois multiples et systématiques, il n'existe que peu de preuves en ce qui concerne la sécurité et l'efficacité des soins virtuels face à de nombreuses affections rhumatologiques (8-10). D'un autre côté, il existe des preuves contradictoires, tirées d'études de faible envergure et plus anciennes, selon lesquelles une vidéoconférence adressée à un nouveau patient peut offrir une précision diagnostique semblable à celle d'une évaluation faite en personne (11-13), mais, là encore, il faudra des études complémentaires à la fine pointe du savoir. Ces défis, pour la plupart (ou tous), peuvent être atténués par la présence d'un examinateur qualifié, tel qu'un clinicien praticien avancé en soins de l'arthrite (ACPAC), sur place, (14, 15) auprès du patient, pour aider à l'examen. Les preuves de l'efficacité à long terme des soins virtuels sont également limitées, la plupart des données disponibles ne concernant que la polyarthrite rhumatoïde (PR) (16). Quant aux types (17) d'affections rhumatismales pouvant se prêter plus ou moins aux soins virtuels, il n'existe que des enquêtes et des recommandations fondées sur l'opinion (18, 19). En outre, les facteurs propres aux patients, tels que les comorbidités, la langue, la culture et d'autres considérations, doivent être pris en compte pour déterminer la pertinence ou l'opportunité des soins virtuels.

L'accès aux soins rhumatologiques de proximité en personne, qui est limité dans de nombreuses régions du Canada du fait que les rhumatologues se trouvent principalement dans les grands centres urbains, est donc un enjeu déterminant. Cela signifie que les soins virtuels rapprochent les spécialistes en rhumatologie mieux que jamais des centres de proximité qui n'en ont pas et que les centres qui ne bénéficient de soins rhumatologiques qu'à titre sporadique, grâce aux cliniques itinérantes, peuvent s'assurer d'une meilleure continuité des soins.

À l'heure actuelle, vu les divers scénarios cliniques qui pourraient se présenter, nous recommandons, lorsqu'il s'agit de déterminer la pertinence d'une consultation virtuelle, une approche qui tient compte de multiples facteurs systémiques, cliniques et propres au patient.

- 3. Si le recours aux soins virtuels se justifie pour des raisons médicales, il convient de s'assurer que la décision est prise en commun avec les patients et que leur consentement est documenté.**

Raisonnement : Les soins virtuels ne se justifient pas toujours d'un point de vue médical (voir Énoncé 2). Dès lors que les soins virtuels se justifient, il faudra décider de concert avec le patient et peser les avantages et les risques à manquer des observations cliniques subtiles, ce qui pourrait avoir une incidence sur les résultats à l'endroit du patient. Diverses organisations ont mis au point des outils et des schémas d'éducation des patients sur les soins virtuels et le consentement à consigner. Les outils de soins virtuels, dits Doctors Technology Office Virtual Care Toolkit (20), que propose Doctors of BC, en constituent un exemple cité en référence dans les documents nationaux de l'AMC et adapté à l'usage des autres (21) provinces.

- 4. La norme de traitement par soins virtuels, en termes d'examen physique, devrait permettre une prise de décision clinique appropriée. Si cela n'est pas possible, un examen physique en personne est alors nécessaire et doit être fait (soit lors d'une visite en personne chez un rhumatologue, soit par un examinateur qualifié sur un site distant).**

Raisonnement : Bien qu'il existe divers outils d'examen physique en télémédecine (22-24), outils propices aux consultations en milieu de soins virtuels, il reste encore à mener des travaux de validation dans la mesure où ces outils reposent essentiellement sur un consensus. Il peut arriver qu'un examen physique ne soit pas toujours nécessaire, tout dépend de la nature de la visite clinique. En général, le type d'examen à effectuer, lorsqu'il est nécessaire, doit se faire en fonction des impératifs cliniques consistant à éclairer efficacement la prise de décision.

- 5. Le cas échéant, les résultats que rapportent le patient et qui permettent d'orienter les approches thérapeutiques, devraient être pris en compte lors des consultations virtuelles.**

Raisonnement : Le terme « Treat-to-Target » (traitement à objectif quantifié), qui consiste à réévaluer souvent l'activité de la maladie afin d'orienter les adaptations d'agents rhumatismaux modificateurs de la maladie vers une activité faible ou inactive, est un paradigme (ou une stratégie thérapeutique) qui s'inscrit dans les lignes directrices actuelles sur le traitement de la PR (25) et qui semble s'imposer pour de nombreuses autres maladies rhumatismales. Pour faire entrer les thérapies avancées dans le traitement de nombreuses maladies rhumatismales, le rapport sur l'activité de la maladie et/ou le état fonctionnel du patient peut être nécessaire. Outre les mesures ou indicateurs de l'activité de la maladie, les pratiques thérapeutiques optimales de la PR peuvent inclure le suivi de l'état fonctionnel (26, 27), y

compris par soins virtuels comme l'a fait dernièrement l'American College of Rheumatology dans ses propositions modifiant la déclaration de l'activité de la maladie et de l'état fonctionnel dans le cas de la PR (28). Alors que les résultats rapportés par les patients, tels qu'ils ont été recommandés, n'ont pas besoin d'être modifiés, certaines mesures composites de l'activité de la maladie exigent un décompte articulaire complet, par le patient plutôt que par le prestataire de soins, et une validation plus poussée de cette approche s'impose.

Pour d'autres affections rhumatismales, il est également possible de recueillir facilement les résultats auprès des patients par voie électronique, par téléphone ou par courrier électronique. Par exemple, dans le cas de l'arthrite juvénile idiopathique, les mesures de l'état fonctionnel comme le questionnaire d'évaluation de la santé de l'enfant (CHAQ) peuvent être recueillies comme de routine. Dans la spondylarthrite ankylosante, les indices d'activité de la maladie, notamment les indices d'activité de la maladie BATH AS et les indices d'état fonctionnel (BASDAI et BASFI), peuvent être enregistrés. Pour ce qui est du lupus (29), diverses mesures (à rapporter par le patient) ont été proposées, mais les sociétés professionnelles ne fournissent que peu d'indications quant aux mesures qui devraient être recueillies de manière systématique.

Il peut être tout aussi opportun de recueillir d'autres indicateurs rapportés par les patients, notamment les indications sur la fatigue (30), la douleur(31) et la santé mentale (32, 33). En outre, s'agissant de la collecte des indicateurs que rapporte le patient, il peut y avoir des considérations spécifiques à prendre en compte chez les personnes dont la maîtrise de l'anglais est limitée ou qui ont des connaissances limitées en matière de santé (34, 35) (34, 35).

6. Les soins virtuels peuvent s'ajouter aux suivis en personne pour améliorer la prise en charge.

Raisonnement : Entre les rendez-vous en rhumatologie, les soins virtuels ont permis de venir en aide aux patients de diverses manières. Parmi les exemples figurent l'autosurveillance à l'aide d'applications mobiles (36, 37), les lignes téléphoniques tenues par des infirmières et des infirmiers (38), l'autogestion (cours, éducation et ressources) par les patients(36), les cours d'injection de méthotrexate ou de produits biologiques et les « lignes d'assistance » d'accès rapide permettant aux rhumatologues praticiens de bénéficier rapidement de l'avis d'un spécialiste. Une évaluation et un rapport suivis de ces stratégies de soins sont préconisés.

7. Dans le contexte de la cogestion complexe de maladies, les soins virtuels peuvent servir à améliorer la communication entre les prestataires.

Raisonnement : Les patients atteints de maladies rhumatismales peuvent présenter plusieurs comorbidités qui font qu'ils doivent consulter différents spécialistes. Dans tout le pays, il existe

plusieurs centres de soins intégrés où un patient peut être reçu par deux spécialistes ou plusieurs, au cours d'une seule consultation clinique, améliorant ainsi la communication et la prise de décision clinique ou encore évitant des visites à répétition. Ces cliniques peuvent accueillir des visites virtuelles, le cas échéant. Parmi les scénarios possibles sont la cogestion des soins rhumatologiques avec des prestataires de soins primaires ou des internistes, les cliniques de transition virtuelles où des rhumatologues chez l'adulte et pédiatriques facilitent le passage de jeunes adultes aux soins pour adultes ou les visites interdisciplinaires (par exemple, en présence d'un travailleur ou une travailleuse social(e), d'un(e) physiothérapeute ou d'une infirmière ou d'un infirmier pendant une partie ou toute la visite). Ces scénarios, exemples de modèles avancés de soins virtuels en rhumatologie doivent faire l'objet de recherches poussées.

Pour récapituler...

Les soins virtuels, du fait de la pandémie de COVID-19, ayant vu tomber de nombreux obstacles logistiques qui existaient auparavant, devraient poursuivre leur essor, comme mode d'intervention thérapeutique post-pandémie. Dans ce contexte d'anticipation, le présent document, un ensemble d'énoncés de pratiques optimales, se veut une amorce qui pourra être enrichie, voire élargie, à mesure que nous en apprendrons davantage sur la prestation optimale de soins virtuels dans les cas de maladies rhumatismales. Bien entendu, cet ensemble d'énoncés ne saurait se substituer au bon jugement clinique dans la prestation des soins ni supplanter les exigences réglementaires régionales.

En revanche, ce travail représente un point de départ de progrès ultérieurs de la recherche et de la pratique en rhumatologie en ce qui a trait aux soins virtuels. Nous estimons que les travaux de recherche dans ce domaine vont s'intensifier au fil du temps et mettrons à jour ces énoncés au gré des progrès réalisés en la matière.

Références :

1. Association médicale canadienne (AMC), Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et Collège des médecins de famille du Canada. Soins virtuels: recommandations pour la création d'un cadre pancanadien : Rapport du Groupe de travail sur les soins virtuels. 2020 [mise à jour en 2020; cité le 30 octobre 2020]; disponible sur : <https://policybase.cma.ca/fr/viewer?file=%2fdocuments%2fPolicyPDF%2fPD20-07F.pdf#phrase=false>.
2. Barber CE, Jewett L, Badley EM, Lacaille D, Cividino A, Ahluwalia V, et al. Stand Up and Be Counted: Measuring and Mapping the Rheumatology Workforce in Canada. *J Rheumatol* 2017;44:248-57.
3. Davis P, Howard R, Brockway P. Telehealth consultations in rheumatology: cost-effectiveness and user satisfaction. *J Telemed Telecare* 2001;7 Suppl 1:10-1.
4. Davis P. The application of telehealth to rheumatology. *Clin Rheumatol* 2003;22:168-72.
5. Davis P, Howard R, Brockway P. An evaluation of telehealth in the provision of rheumatologic consults to a remote area. *J Rheumatol* 2001;28:1910-3.
6. Taylor-Gjevre R, Nair B, Bath B, Okpalauwaekwe U, Sharma M, Penz E, et al. Addressing rural and remote access disparities for patients with inflammatory arthritis through video-conferencing and innovative inter-professional care models. *Musculoskeletal care* 2018;16:90-5.
7. Association canadienne de protection médicale (ACPM). La prestation de soins virtuels pendant la pandémie de COVID-19. 2021 [mise à jour en 2021; cité le 20 avril 2021]; disponible sur : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2020/providing-virtual-care-during-the-covid-19-pandemic>.
8. McDougall JA, Ferucci ED, Glover J, Fraenkel L. Telerheumatology: A Systematic Review. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2017;69:1546-57.
9. Nelson A, Anderson M. A Systematic Review Exploring Pre-COVID-19 Telehealthcare Models Used in the Management of Patients with Rheumatological Disease. *Arthritis Rheumatol* 2020;72.
10. Piga M, Cangemi I, Mathieu A, Cauli A. Telemedicine for patients with rheumatic diseases: Systematic review and proposal for research agenda. *Semin Arthritis Rheum* 2017;47:121-8.
11. Leggett P, Graham L, Steele K, Gilliland A, Stevenson M, O'Reilly D, et al. Telerheumatology--diagnostic accuracy and acceptability to patient, specialist, and general practitioner. *Br J Gen Pract* 2001;51:746-8.
12. Nguyen-Oghalai TU, Hunter K, Lyon M. Telerheumatology: The VA Experience. *South Med J* 2018;111:359-62.
13. Graham LE, McGimpsey S, Wright S, McClean G, Carsar J, Stevenson M, et al. Could a low-cost audio-visual link be useful in rheumatology? *J Telemed Telecare* 2000;6 Suppl 1:S35-7.
14. Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC). Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC). 2016 [updated 2016; cited 2016 January 29]; disponible sur : <http://acpacprogram.ca/>.
15. Ahluwalia V, Larsen TLH, Kennedy CA, Inrig T, Lundon K. An advanced clinician practitioner in arthritis care can improve access to rheumatology care in community-based practice. *J Multidiscip Healthc* 2019;12:63-71.

16. Han L, Hazlewood GS, Barnabe C, Barber CEH. Systematic Review of Outcomes and Patient Experience with Virtual Care in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2021.
17. Singh JA, Richards JS, Chang E, Joseph A, Ng B. Management of Rheumatic Diseases During the COVID-19 pandemic: A National Veterans Affairs Survey of Rheumatologists. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2020.
18. Roberts LJ, Lamont EG, Lim I, Sabesan S, Barrett C. Telerheumatology: an idea whose time has come. *Intern Med J* 2012;42:1072-8.
19. American College of Rheumatology. Guiding principles from the American College of Rheumatology for decision making around in-person urgent versus virtual non-urgent medical care.; 2020 [updated 2020; cited]; disponible sur : <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/Guiding-Principles-Urgent-vs-Non-Urgent-Services.pdf>.
20. Doctors of BC. Doctors Technology Office Virtual Care Toolkit. Doctor's of British Columbia; 2021 [updated 2021; cited]; disponible sur : https://www.doctorsofbc.ca/sites/default/files/dto_virtual_care_toolkit.pdf.
21. Association médicale canadienne (AMC), Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et Collège des médecins de famille du Canada. Guide sur les soins virtuels à l'intention des médecins du Canada. [série sur Internet]. 2020 [cité le 21 mars 2021]; disponible sur : <https://www.cma.ca/fr/guide-sur-les-soins-virtuels-lintention-des-medecins-du-canada>.
22. Bone and Joint Canada. Virtual Assessment of Musculoskeletal Conditions, Completing a Clinical Assessment. 2021 [updated 2021; cited 2021 April 20]; disponible sur : <http://boneandjointcanada.com/virtual-care/>.
23. Pediatric Musculoskeletal Matters (PMM) International. Virtual of Video-pGALS (V-pGALS). [cited 2021 April 20]; disponible sur : <http://www.pmmonline.org/doctor/approach-to-clinical-assessment/examination/v-pgals>.
24. Wahezi SE, Duarte RA, Yerra S, Thomas MA, Pujar B, Sehgal N, et al. Telemedicine During COVID-19 and Beyond: A Practical Guide and Best Practices Multidisciplinary Approach for the Orthopedic and Neurologic Pain Physical Examination. *Pain Physician* 2020;23:S205-S38.
25. Singh JA, Saag KG, Bridges SL, Jr., Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2016;68:1-26.
26. England BR, Tiong BK, Bergman MJ, Curtis JR, Kazi S, Mikuls TR, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology Recommended Rheumatoid Arthritis Disease Activity Measures. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2019;71:1540-55.
27. Barber CEH, Zell J, Yazdany J, Davis AM, Cappelli L, Ehrlich-Jones L, et al. 2019 American College of Rheumatology Recommended Patient-Reported Functional Status Assessment Measures in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2019;71:1531-9.
28. England BR, Barber CEH, Bergman M, Ranganath VK, Suter LG, Michaud K. Brief Report: Adaptation of American College of Rheumatology Rheumatoid Arthritis Disease Activity and Functional Status Measures for Telehealth Visits. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2020.
29. Mahieu M, Yount S, Ramsey-Goldman R. Patient-Reported Outcomes in Systemic Lupus Erythematosus. *Rheum Dis Clin North Am* 2016;42:253-63.

30. Elera-Fitzcarrald C, Rocha J, Burgos PI, Ugarte-Gil MF, Petri M, Alarcon GS. Measures of Fatigue in Patients With Rheumatic Diseases: A Critical Review. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2020;72 Suppl 10:369-409.
31. Hassett AL, Whibley D, Kratz A, Williams DA. Measures for the Assessment of Pain in Adults. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2020;72 Suppl 10:342-57.
32. Kwan A, Bingham K, Touma Z. Measures of Anxiety in Rheumatic Diseases. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2020;72 Suppl 10:630-44.
33. Smarr KL, Keefer AL. Measures of Depression and Depressive Symptoms. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2020;72 Suppl 10:608-29.
34. Hirsh JM. The Challenge and Opportunity of Capturing Patient Reported Measures of Rheumatoid Arthritis Disease Activity in Vulnerable Populations with Limited Health Literacy and Limited English Proficiency. *Rheum Dis Clin North Am* 2016;42:347-62.
35. Carvajal Bedoya G, Davis LA, Hirsh JM. Patient-Reported Outcomes in Rheumatology Patients With Limited English Proficiency and Limited Health Literacy. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2020;72 Suppl 10:738-49.
36. Nguyen AD, Baysari MT, Kannagara DR, Tariq A, Lau AY, Westbrook JI, et al. Mobile applications to enhance self-management of gout. *Int J Med Inform* 2016;94:67-74.
37. Seppen BF, den Boer P, Wiegel J, Ter Wee MM, van der Leeden M, de Vries R, et al. Asynchronous mHealth Interventions in Rheumatoid Arthritis: Systematic Scoping Review. *JMIR Mhealth Uhealth* 2020;8:e19260.
38. Tomlinson P, Heaton H, Medcalf P, Campbell J, Whiteside D. A nurse-led rheumatology telephone advice line: service redesign to improve efficiency and patient experience. *Br J Nurs* 2019;28:619-27.

Remarque : Hormis les mentions dûment indiquées, les documents cités en référence ne sont disponibles qu'en anglais.