

Développement d'un nouveau modèle de soins en pratique avancée en physiothérapie pour les adultes en clinique gériatrique de douleur chronique

Émie Cournoyer-Arsenault¹, François Dubé^{1,2} pht., M.Sc., François Desmeules^{1,3}, pht., Ph.D.

¹Programme de physiothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal, ²CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal site IUGM, ³CIUSS de l'Est-de-l'Île de Montréal, Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Contexte

- Près d'une personne sur cinq souffre de douleur chronique au Canada
- Les personnes souffrant de douleur chronique bénéficieraient de soins conservateurs non-pharmacologiques, tel que la physiothérapie
- L'accès à des soins conservateurs non-pharmacologiques pour le traitement de la douleur chronique est limité
- Des nouveaux modèles de soins en pratique avancée permettant aux physiothérapeutes un accès direct aux patients sont une avenue pouvant potentiellement améliorer l'accès aux soins.

Objectifs

- Décrire le modèle de soins en pratique avancée dans une clinique gériatrique de la douleur
- Décrire les caractéristiques des nouveaux patients de la clinique
- Décrire le plan de traitement et le type de soins offerts
- Évaluer la satisfaction des patients face aux soins reçus

Méthodologie

Devis

- Étude observationnelle prospective

Critères d'inclusion

- Patient référé pour une première consultation à la clinique gériatrique de douleur chronique de l'Institut de gériatrie de Montréal
- Patient candidat pour la physiothérapie, légalement apte à consentir et capable de communiquer en français ou en anglais.

Collecte de données:

- Données recueillies lors du rendez-vous initial en physiothérapie:
 - Données sociodémographiques
 - Sévérité et niveau incapacitant de la douleur: Brief Pain Inventory (BPI)
 - Auto-efficacité de la gestion de la douleur: Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS)
 - Niveau d'incapacité selon la région symptomatique: Neck Disability Index (NDI), Oswestry Disability Index (ODI), Lower Extremity Functional Scale (LEFS) ou Quick Disability of the Arm, Shoulder and Hand (QuickDASH)
 - Satisfaction des participants face aux soins reçus mesurée par une version modifiée du 9-item visit-specific satisfaction questionnaire (VSQ-9)
 - Évaluation, plan de traitement et type d'intervention en physiothérapie

Analyse des données

- Statistiques descriptives

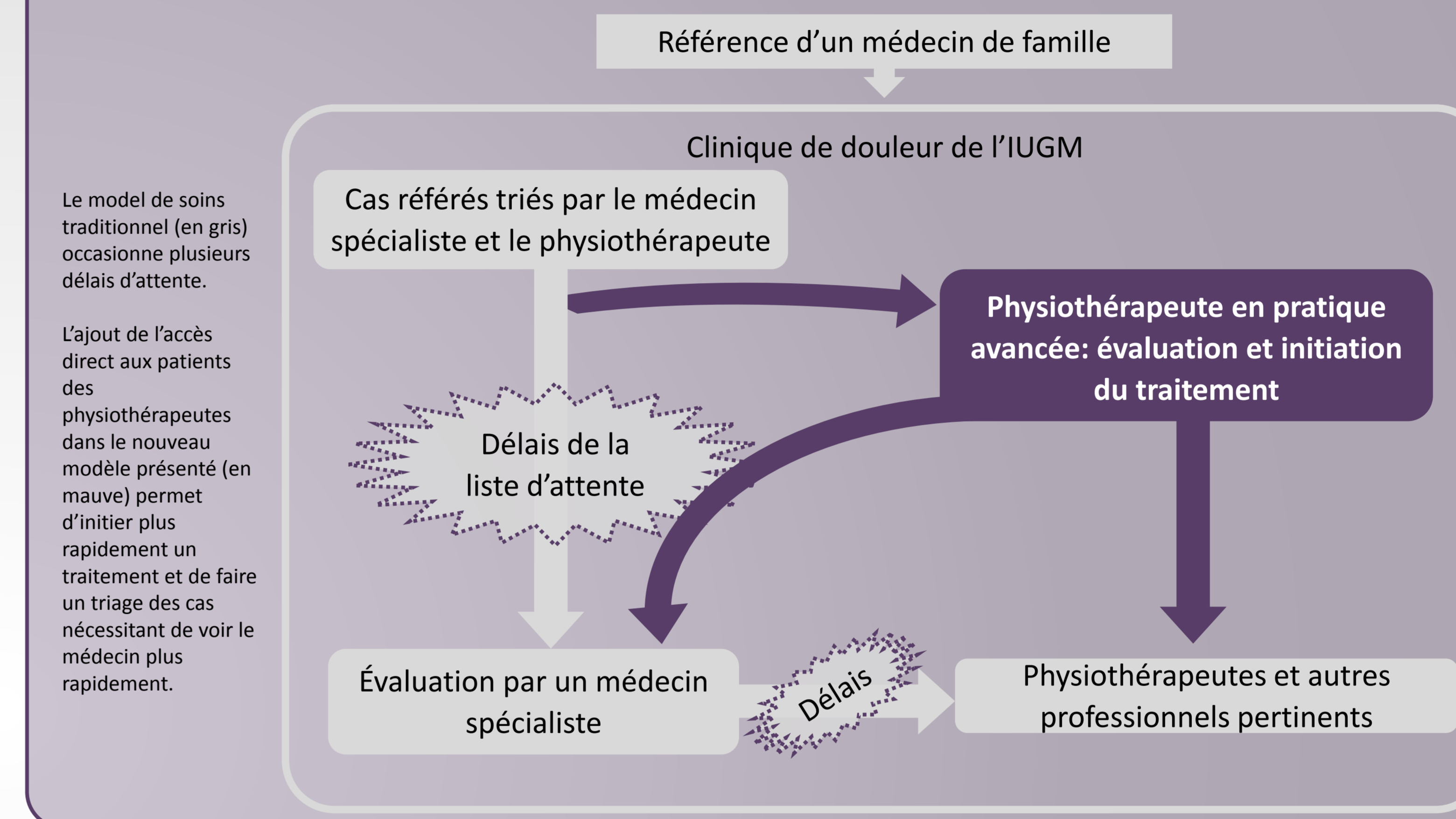
Résultats

Description des participants

Proportion des participants ayant été recrutés (n=11): 11(100%)

Caractéristiques sociodémographiques (n=11)		Type d'atteinte (n=10)		
	n(%)	moyenne (± écart-type)		
Âge		75,1(6,9)	Arthrose	
IMC		31,6(7,8)	Tissu mou	
Femme	10(90,9)		Arthrite inflammatoire	
Vivant seul	7(63,6)		Équilibre	
Vivant avec une autre personne	4(36,4)		Multifactoriel	
Scolarité primaire/secondaire	5(45,5)		Autre (non précisé)	
Scolarité post-secondaire	6(54,5)			
Revenu inférieur à 20 000\$	6(54,5)		Région affectée (n=11)	
Revenu supérieur à 20 000\$	5(45,5)		Lombaire	10(90,9%)
			Membre inférieur	7(63,6%)
			Membre supérieur	4(36,4%)
			Thoracique	2(18,2%)
			Cervical	1(9,2%)
			Pelvienne	1(9,2%)
Conditions associées diagnostiquées (n=11)		Diagnostic en physiothérapie (n=11)		
	n(%)	moyenne (± écart-type)		
Nombre de comorbidités		2,73 (1,5)	Musculosquelettique (Ostéoarthrose, sténose, polyarthrite rhumatoïde, bursite, déconditionnement, fibromyalgie)	
Arthrose	10(90,9)		Neurologique (Syndrome pyramidal, trouble de l'équilibre, chute)	
HTA	8(72,7)		Autre (Infection)	
Diabète	4(36,4)			
Cardiopathie	4(36,4)		Douleur moyenne au BPI (n=11)	
Ostéoporose	2(18,2)		Sévérité de la douleur	6,7 (±1,4)/10
Fibromyalgie	2(18,2)		Sévérité de l'interférence	7,2(±1,2)/10
Maladie pulmonaire obstructive chronique	1(9,1)		Aide technique à la marche (n=11)	
Parkinson	1(9,1)		Canne	4(36,4%)
Problème rénal	1(9,1)		Aucune	3(27,3%)
			Déambulateur	2(18,2%)
			Marchette	1(9,1%)
			Fauteuil roulant	1(9,1%)
Incapacité moyenne (n=11)		Auto-efficacité moyenne de la gestion de la douleur mesurée par le CPSS (n=11)		
Membre inférieur (LEFS, score inversé)	74,0 (±6,1)%	Moyenne	53,2 (±25,3)%	
Lombaire (ODI)	50,6 (±19,6)%	Minimum	24,1%	
Membre supérieur (QuickDASH)	62,9 (±4,1)%	Maximum	100%	

Description du nouveau modèle



Satisfaction des participants

Score inversé au VSQ9 modifié (n=11)	
Moyenne	91,2 (Écart-type ± 11,8) %
Minimum	67,9%
Maximum	100%

Évaluation initiale en physiothérapie

Participants nécessitant l'évaluation d'un médecin préalablement à la prise en charge (n=11): 0(0%)			
Interventions (n=11)		Fréquence initiale des suivis (n=10)	
Conseils et éducation	11(100%)	Hebdomadaire	4(40%)
Programme d'exercice à domicile	8(72,7%)	Mensuel	3(30%)
Ajustement ou prescription d'une aide technique	4(36,4%)	Aux 2 semaines	1(10%)
Thermothérapie ou cryothérapie	4(36,4%)	Aux 2 mois	1(10%)
Groupe d'éducation à la douleur chronique	2(18,2%)	Aucun suivi	1(10%)
Groupe d'exercices (ex : yoga, médication)	1(9,1%)		
Électrothérapie ou TENS à domicile	0(0%)		
Références vers d'autres professionnels et prise en charge multidisciplinaire(n=11)			
Ergothérapie	1(9,1%)		
Autre (infirmière, rééducation périnéale)	3(27,3%)		
Aucun	8(72,7%)		

Discussion

Description des participants

- Les participants sont surtout des femmes âgées avec des douleurs et des incapacités importantes liées principalement à des atteintes musculosquelettiques

Description du nouveau modèle de soins

- Ce modèle permet aux physiothérapeutes d'avoir un accès direct aux patients et d'ainsi être, au lieu du médecin tel que dans le modèle de soins traditionnel, le premier professionnel rencontré par les patients
- Les physiothérapeutes ont pu débiter un traitement de façon autonome sans évaluation préalable du médecin
- Les patients ont pu être pris en charge plus rapidement en physiothérapie, et l'accès à des soins en physiothérapie a été augmenté

Descriptions du traitement

- Les traitements en physiothérapie étaient principalement constitués de programmes d'exercices à domicile ainsi que de conseils et d'éducation.
- Les physiothérapeutes offrent un suivi qui se veut adapté aux besoins des patients qui seront suivis principalement sur une base hebdomadaire ou mensuelle

Satisfaction

- Les patients ont été très satisfaits des soins reçus en physiothérapie dans ce modèle

Conclusion

- Première fois que ce modèle innovateur est décrit
- Les physiothérapeutes peuvent prendre en charge les patients de façon autonome et appropriée sans l'évaluation préalable d'un médecin tout en assurant une bonne satisfaction de la part des patients
- Il s'agit des résultats préliminaires d'une étude prévoyant rapporter l'évolution de la douleur, des incapacités, de l'auto-gestion de la douleur et de la satisfaction des participants à 3,6 et 12 mois.
- L'étude prévoit recruter 85 participants.

Références

- Grady K. Core Standards for Pain Management Services in the UK. British Pain Society. 2015;25.
- Geneen LJ, Moore A, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. The Cochrane database of systematic reviews. 2017.
- Meana M, Cho R, DesMeules M. Chronic pain: the extra burden on Canadian women. BMC women's health. 2004;4(1):S17.
- Reitsma M, Tranter J, Buchanan D, Vandenkerkhof E. The prevalence of chronic pain and pain-related interference in the Canadian population from 1994 to 2008. Chronic Dis Inj Can. 2011;31(4):157-64.
- Lynch ME. The need for a Canadian pain strategy. Pain Research and Management. 2011;16(2):77-80.
- Desmeules F, Desrochers C, Lussier M. Les pratiques avancées en physiothérapie: une revue systématique de la littérature: Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec; 2011.