

L'ensemble principal des données cliniques appuie la prestation de soins de haute qualité aux patients canadiens atteints de PR

Claire Barber, M.D., Ph. D., FRCPC

La variabilité dans la collecte des données cliniques a été déterminée comme étant un obstacle à la mesure de la qualité, puisqu'elle pose certains problèmes en ce qui concerne la tenue des dossiers des patients et le suivi de la prestation des soins. L'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) a établi un partenariat avec la SCR ainsi que divers chercheurs individuels afin de mettre au point un ensemble principal de données cliniques sur la polyarthrite rhumatoïde (PR) au Canada (EPDCPR-CAN) afin d'encourager les meilleures pratiques et de faciliter les futurs efforts de mesure de la qualité.

L'EPDCPR-CAN a été mis au point dans le cadre d'un programme à trois phases qui comprenait une analyse de contexte visant à déterminer un ensemble candidat des principaux éléments de données, des réunions d'intervenants afin d'établir la priorité d'inclusion des éléments et un processus Delphi modifié afin de finaliser l'ensemble principal des données cliniques. Les

commentaires généraux de 47 rhumatologues, personnes atteintes d'arthrite et professionnels paramédicaux provenant de partout au Canada ont été obtenus.

L'EPDCPR-CAN comprend 49 types individuels d'éléments de données regroupés dans neuf catégories : (1) caractéristiques démographiques; (2) chronologie des événements, y compris les dates d'apparition des symptômes, de la demande de consultation en rhumatologie, de la première visite et du diagnostic; (3) données cliniques; (4) activité de la maladie; (5) affections comorbides; (6) habitudes tabagiques; (7) résultats signalés par les patients; (8) médicaments; (9) données radiographiques et de laboratoire.

Il s'agit d'un premier pas important dans la normalisation des mesures qui nous aideront à améliorer la qualité des soins des personnes atteintes de PR.

D^{re} Claire Barber, professeure agrégée, rhumatologue, Université de Calgary, Calgary (Alb.)

Référence :

Barber C, et coll. Development of a Canadian core clinical dataset to support high quality care for rheumatoid arthritis patients in Canada. *J Rheumatol.* 1^{er} oct. 2017; doi: 10.3899/jrheum.170421.

Transfert et mise en œuvre des connaissances

Par Alexander Lo, M.D., FRCPC, Shirley Chow, M.D., FRCPC, Natasha Gakhal, M.D., FRCPC et Linda Li, B. Sc. (PT), M. Sc., Ph. D.

Le transfert des connaissances (TC) est d'importance critique pour la recherche en santé, puisqu'il devient clair que la création de nouvelles connaissances ne mène pas souvent d'elle-même à leur mise en œuvre étendue ou à des répercussions sur la santé. Le TC est important pour combler l'écart entre la recherche et la pratique, afin que les patients puissent bénéficier de façon optimale des avancées en matière de données de recherche.

Il existe diverses théories, diverses approches et divers modèles de TC. Le cadre du processus « Des connaissances à la pratique »¹ en est un modèle. La mise en pratique des connaissances est un élément important qui représente la phase d'« action » du cadre de travail et qui comprend l'adaptation du produit ou de l'outil de connaissance pour sa mise en œuvre, sa dissémination et l'amélioration de sa qualité (AQ).

Le modèle d'amélioration est une approche pratique d'AQ qui peut être utilisée pour mettre en œuvre les modèles de soins de l'arthrite inflammatoire ou de l'arthrose dans les soins cliniques de première ligne. Selon ce modèle, des cycles « Planifier-Faire-Étudier-Agir » (PFÉA) séquentiels sont réalisés pour guider certaines activités d'amélioration particulières. En suivant quelques principes par étape, les prestataires de soins de santé peuvent réaliser une évaluation d'AQ de leur propre milieu clinique. Ces étapes comprennent une analyse de l'écart en cours visant à déterminer les façons par lesquelles la pratique d'une personne pourrait être améliorée afin de mieux refléter le modèle de soins.

La deuxième étape consiste à engager divers intervenants qui procéderont à une analyse de la cause première afin de com-

prendre les raisons justifiant les lacunes de la pratique et les obstacles à la mise en œuvre du modèle de soins dans un milieu particulier. Pour comprendre la nature du problème et cerner les principaux déterminants des lacunes en matière de qualité, on peut utiliser des outils comme des graphiques en arête de poisson, des schématisations du processus ainsi que des graphiques de Pareto, lesquels seront ciblés par l'intervention d'AQ.

La troisième étape consiste à mettre en œuvre un changement permettant d'améliorer la pratique, et à évaluer les effets du changement afin de cerner les ajustements qui pourraient être nécessaires afin de raffiner davantage le processus. De multiples cycles PFÉA à petite échelle sont habituellement nécessaires pour parvenir à des améliorations graduelles avec le temps.

D^r Alexander Lo, physiatre, Programme sur le cerveau et la moelle épinière, Institut de réadaptation de Toronto, Toronto (Ont.)

D^{re} Shirley Chow, professeure agrégée, Département de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ont.)

D^{re} Natasha Gakhal, rhumatologue, Women's College Hospital, Toronto (Ont.)

D^{re} Linda Li, professeure, Université de la Colombie-Britannique, et chercheuse scientifique principale, Arthrite-recherche Canada, Vancouver (C.-B.)

Références :

1. Graham D, et coll. Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006; 26(1):13.
2. Chow SL, Shojania K. "Rheum to Improve": Quality Improvement in Outpatient Rheumatology. *The Journal of Rheumatology* 2017; 44:9.