Action collective pour l'arthrite

Un cadre national pour améliorer la prévention et le traitement de l'arthrite au Canada

- Un fardeau croissant et coûteux.
- Des solutions existent.
- Une réponse s'impose.

Automne 2012

Arthritis Alliance of Canada
Alliance de l'arthrite du Canada

Action collective pour l'arthrite :
Un cadre national pour améliorer la prévention et le traitement de l'arthrite au Canada
est disponible sur le site www.arthritisalliance.ca.

D'autres formats sont disponibles sur demande.

Copyright © 2012 Alliance de l'arthrite du Canada
Date de publication : 18 septembre 2012

Arthritis Alliance of Canada
Alliance de l'arthrite du Canada

Remerciements

Action collective pour l'arthrite : Un cadre national pour améliorer la prévention et le traitement de l'arthrite au Canada a été préparé par l'Alliance de l'arthrite du Canada. Ce document ne pourrait être possible sans les efforts et l'appui de plusieurs individus et organisations à travers le pays. La présidence et les membres de l'Alliance souhaitent exprimer leur grande appréciation à ceux qui ont contribué au développement d'*Action collective pour l'arthrite : Un cadre national pour améliorer la prévention et le traitement de l'arthrite au Canada*.

L'Alliance de l'arthrite du Canada
Membres du comité exécutif

Dre Claire Bombardier (Codirectrice scientifique du Réseau canadien de l'arthrite, Directrice du département de rhumatologie de la University of Toronto, Toronto General Research Institute-UHN et Mount Sinai Hospital)

Madame Tracy Folkes Hanson (Vice-présidente, marketing, communications et relations avec les intervenants)

Dr honoris causa Jean Légaré (Alliance canadienne des arthritiques)

Dre Dianne Mosher (Chief, Division of Rheumatology, Department of Medicine, University of Calgary)

Dr Michel Zummer (Président, comité d'accès aux soins, société canadienne de rhumatologie; Chef, service de rhumatologie, CH Maisonneuve-Rosemont; Professeur agrégé, Université de Montréal)

Représentants des organismes membres

Dre Elizabeth Badley (Arthritis Community Research & Evaluation Unit)

Dre Claire Bombardier (Réseau canadien de l'arthrite; University of Toronto)

John Coderre (Conseil consultatif auprès des consommateurs du Réseau canadien de l'arthrite)

Mary Duggan (Société canadienne de physiologie de l'exercice)

Dr John Esdaile (Centre de recherche sur l'arthrite du Canada)

Dre Eleanor Fish (Arthritis & Autoimmunity Research Centre)

Dr Cy Frank (Alberta Bone and Joint Health Institute)

Brenda Hajdu (Fondation canadienne d'orthopédie)

Tracy Folkes Hanson (La Société de l'Arthrite)

Dre Gillian Hawker (Canadian Osteoarthritis Research Program, Women's College Hospital)

Dawn Haworth (Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice)

Cheryl Koehn (Arthritis Consumer Experts)

Brenda McGibbon Lammi (Association canadienne des ergothérapeutes)

Dr honoris causa Jean Légaré (Alliance canadienne des arthritiques)

Terri Lupton (Arthritis Health Professions Association)

Anne Lyddiatt (Patients-partenaires contre l'arthrite)

Michael Mallinson (Association Spondylitis canadienne)

Rhona McGlasson (Bone and Joint Canada)

Carol Miller (Association canadienne de physiothérapie)

Pam Montie (Comité consultatif auprès des consommateurs du Centre de recherche sur l'arthrite du Canada)

Lynn Moore (La Société de l'Arthrite)

Dre Dianne Mosher (Department of Medicine, University of Calgary)

Dr Cameron Mustard (Institute for Work and Health)

David Prowten (Arthritis Research Foundation)

Dr Arya Sharma (Réseau canadien de l'obésité)

Dr Nigel Shrive (McCaig Institute for Bone and Joint Health)

Doug Thomson (Association canadienne d'Orthopédie)

Dre Lori Tucker (Canadian Alliance of Pediatric Rheumatology Investigators)

Dr Peter Tugwell (Cochrane Collaboration)

Dr Stephen Weiss (Alberta Bone and Joint Health Institute)

Dre Eleanor White (Association chiropratique canadienne)

Janet Yale (La Société de l'Arthrite)

Dr Michel Zummer (Société canadienne de rhumatologie)

Représentants des affiliés gouvernementaux

Dr Phil Gardiner (Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des IRSC)

Siobhan O'Donnell (Agence de la santé publique du Canada)

Liz Stirling (Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des IRSC)

Représentants des compagnies membres

Kevin Bratt (Amgen Canada Inc.)

Fiona Bassett Cram (Hoffmann-La Roche Limitée)

Raj Chockalingam (UCB Canada Inc.)

Isabelle-Anne Mimeault (Janssen Inc.)

Phillip Schwab (Laboratoires Abbott Limitée)

Lyne Simoneau (Pfizer Canada Inc.)

Participants aux ateliers et experts

Dre Vandana Ahluwalia (Ontario Rheumatology Association)

Dr Aslam Anis (Faculty of Medicine, University of British Columbia)

Dr Robin Armstrong (Réseau canadien de l'arthrite)

Dre Jane Aubin (Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des IRSC)

Dre Elizabeth Badley (Arthritis Community Research & Evaluation Unit)

Lorna Bain (Arthritis Health Professions Association)

Dre Cheryl Barnabe (Rheumatology, University of Calgary)

Fiona Bassett Cram (Hoffmann-La Roche Limitée)

Dre Dorcas Beaton (Mobility Program Clinical Research Unit, St. Michael's Hospital)

Dre Susanne Benseler (The Hospital for Sick Children)

Louise Bergeron (Alliance canadienne des arthritiques)

Dre Sasha Bernatsky (Rhumatologie, Épidémiologie, Université McGill)

Dr Eric Bohm (Association canadienne d'Orthopédie)

Dre Claire Bombardier (Réseau canadien de l'arthrite; University of Toronto)

Dre Cory Borkhoff (Centre for Global Health Institute of Population Health)

Sue Borwick (Alliance canadienne des arthritiques)

Dre Jennifer Boyle (Représentante des patients)

Kevin Bratt (Amgen Canada Inc.)

Alexandra Charlton (Medicine and Rheumatology Pharmacy Services, South Alberta Health Services)

Dr Howard Chen (Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice)

Dr John Clark (Société canadienne de la douleur)

Dre Aileen Davis (Division of Healthcare and Outcomes Research, Toronto Western Research Institute)

Louise Desjardins (Instituts de recherche en santé du Canada)

Mary Duggan (Société canadienne de physiologie de l'exercice)

Dr John Esdaile (Centre de recherche sur l'arthrite du Canada)

Dr Brian Feldman (The Hospital for Sick Children)

Dre Eleanor Fish (Arthritis & Autoimmunity Research Centre)

Dr Cy Frank (Alberta Bone and Joint Health Institute)

Tracy Folkes Hanson (La Société de l'Arthrite)

Dre Natasha Gakhal (University of Toronto)

Dr Steve Gallay (Association canadienne d'Orthopédie)

Dr Phil Gardiner (Institut des IRSC de l'appareil locomoteur et de l'arthrite)

Dre Monique Gignac (Réseau canadien de l'arthrite)

Dr David Hart (La Société de l'Arthrite)

Philip Hassen (Canadian Patient Safety Institute)

Dre Gillian Hawker (Department of Medicine, Women's College Hospital)

Dawn Haworth (L'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice)

Dr Glen Hazelwood (University of Toronto)

Dr Jamie Henderson (Société canadienne de rhumatologie)

Catherine Hofstetter (Représentante des patients)

Dr Ken Hughes (Association canadienne d'Orthopédie)

Meera Jain (Chronic Care & Aboriginal Health Unit, Health System Strategy & Policy Division, Ontario MOHLTC)

Dennis Jeanes (Association canadienne d'Orthopédie)

Dre Famida Jiwa (Ostéoporose Canada)

Leah Jurkovic (Institut des services et des politiques de la santé des IRSC)

Cheryl Koehn (Arthritis Consumer Experts)

Dre Deborah Kopansky-Giles (Bone and Joint Decade Canada)

Dre Cheryl Kozey (School of Physiotherapy and School of Biomedical Engineering, Dalhousie University)

Dre Dianne Lacaille (Centre de recherche sur l'arthrite du Canada)

Brenda McGibbon Lammi (Association canadienne des ergothérapeutes)

Dr honoris causa Jean Légaré (Alliance canadienne des arthritiques)

Dr Ross Leighton (Division of Orthopaedic Surgery, Dalhousie)

Dre Kellie Leitch (MP, Simcoe Grey)

Dre Linda Li (Centre de recherche sur l'arthrite du Canada)

Anne Lyddiatt (Patients-partenaires contre l'arthrite)

Dre Mary Lynch (Société canadienne de la douleur)

Kevin MacDonald (Bristol-Myers Squibb)

Dr Bill Mackie (British Columbia Medical Association)

Anne-Marie MacLeod (Sunnybrook Health Sciences Centre)

Michael Mallinson (Association Spondylitis canadienne)

Rhona McGlasson (Bone and Joint Canada)

Meghan McMahon (Institut des IRSC des services et des politiques de la santé)

Dre Deborah Marshall (Faculty of Medicine, University of Calgary)

Carol Miller (Association canadienne de physiothérapie)

Isabelle-Anne Mimeault (Janssen Inc.)

Lynn Moore (La Société de l'Arthrite)

Denis Morrice (Ontario Rheumatology Association)

Dre Dianne Mosher (Division of Rheumatology, Department of Medicine, University of Calgary)

Emily Neff (Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des IRSC)

Dr Tom Noseworthy (Alberta Health Services)

Dr Bernie Novokowsky (Novokowsky Consulting)

Siobhan O'Donnell (Agence de la santé publique du Canada)

Dre Janet Pope (St. Joseph's Health Care Centre, London)

David Prowten (Arthritis Research Foundation)

Maureen Quigley (La Société de l'Arthrite)

Dre Dawn Richards (Conseil consultatif auprès des consommateurs du Réseau canadien de l'arthrite)

Dre Gina Rohekar (St. Joseph's Health Care Center, London)

Lise Rok (Canadian Arthritis Trainee Association)

Claudia Sanmartin (Statistiques Canada)

Dr Emil Schemitsch (Association canadienne d'Orthopédie)

Philip Schwab (Laboratoires Abbott Limitée)

Dr Arya Sharma (Réseau canadien de l'obésité)

Dr Nigel Shrive (McCaig Institute for Bone and Joint Health)

Lyne Simoneau (Pfizer Canada Inc.)

Joanne Simons (La Société de l'Arthrite)

Leslie Soever (Arthritis Health Professions Association)

Liz Stirling (Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des IRSC)

Jane Squire Howden (Edmonton Musculoskeletal Centre and Alberta Hip and Knee Clinic)

Doug Thomson (Association canadienne d'Orthopédie)

Dr John Thomson (Société canadienne de rhumatologie)

Dr Carter Thorne (Société canadienne de rhumatologie)

Dr John Tucker (Association chiropratique canadienne)

Dre Lori Tucker (Canadian Alliance of Pediatric Rheumatology Investigators)

Dr Peter Tugwell (Epidemiology & Community Medicine, University of Ottawa)

Dr James Waddell (Bone and Joint Canada)

Dr Rick Ward (Calgary Foothills Primary Care Network)

Tracy Wasylak (Alberta Health Services)

Dr Stephen Weiss (Alberta Bone and Joint Health Institute)

Dr Jason Werle (Alberta Health Services)

Dre Eleanor White (Association chiropratique canadienne)

Jessica Widdifield (University of Toronto)

Linda Wilhelm (Conseil consultatif auprès des consommateurs du Réseau canadien de l'arthrite)

Dre Rae Yeung (Canadian Alliance of Pediatric Rheumatology Investigators)

Nancy Zorzi (Hoffmann-La Roche Limitée)

Dr Michel Zummer (Société canadienne de rhumatologie)

Soutien au projet

Gestion et administration du projet

Jaime Coish (Agent de projet, Réseau canadien de l'arthrite; Alliance de l'arthrite du Canada)

Samra Mian (Consultant en recherche, Alliance de l'arthrite du Canada, département de rhumatologie, Université de Toronto)

Johnathan Riley (Administrateur-gérant, Réseau canadien de l'arthrite)

Michael Rowland (Président, Change Focus)

Affaires publiques

Lee Cappel (Senior Directeur de compte, Santé, Edelman)

Cheryl Kim (Directrice de compte, Affaires publiques et générales, Edelman)

Sarah McEvoy (Directeur principal de compte, Affaires publiques et générales, Edelman)

Cameron Summers (Vice-Présidente, Affaires publiques, Edelman)

Édition

Paul Sales

Dr Marc Pouliot

Marie-Eve Veilleux

Conception et mise en page

Peter Farris-Manning

Liste des abréviations

AAC	Alliance de l'arthrite du Canada
ACE	Arthritis Consumer Experts
AJI	Arthrite juvénile idiopathique
ARAL	Antirhumatismaux à action lente
ARMM	Antirhumatismaux modificateurs de la maladie
CAPRI	Canadian Alliance of Pediatric Rheumatology Investigators (Alliance canadienne des chercheurs en rhumatologie pédiatrique)
CRA	Centre de recherche sur l'arthrite du Canada
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
LED	Lupus érythemateux disséminé
PR	Polyarthrite rhumatoïde
RCA	Réseau canadien de l'arthrite

Sommaire exécutif

Action collective pour l'arthrite : Un cadre national pour améliorer la prévention et le traitement de l'arthrite au Canada

L'ARTHRITE est une maladie chronique qui a des effets dévastateurs et invalidants sur la vie de plus de 4,6 millions de Canadiens. En plus du fardeau de la douleur et du handicap auxquels les individus atteints d'arthrite doivent faire face, l'arthrite est la cause la plus fréquente d'incapacité au Canada. En conséquence, cela entraîne des coûts significatifs pour le système de soins de santé public et affecte négativement la productivité au travail et l'économie canadienne. L'arthrite ne connaît pas de frontières d'âge ou de sexe. Malheureusement, plusieurs Canadiens atteints de la maladie se font dire « ce n'est que de l'arthrite ». En effet, la douleur articulaire est souvent considérée comme un aspect normal du vieillissement. L'ampleur de la problématique de l'arthrite et l'importance d'intervenir sont négligées.

Comment le Canada demeurera-t-il globalement compétitif quand, en 2040, un travailleur sur trois (près de 30 % de la main-d'œuvre active) souffrira de douleur à la hanche ou au genou, d'incapacité et de difficultés motrices?

Un fardeau croissant et coûteux

En raison de l'augmentation de la longévité, de la réduction de l'activité physique, de l'obésité croissante et d'un manque d'accès rapide aux soins de santé, le fardeau de l'arthrite est en augmentation. D'ici une génération, plus de 10 millions de Canadiens (un sur quatre) recevront un diagnostic d'arthrose ou de polyarthrite rhumatoïde (PR), les deux formes d'arthrite les plus communes. Le fardeau économique de l'arthrite au Canada, qui comprend les coûts directs liés à la santé et les coûts liés au handicap, passera de 33,2 milliards de dollars en 2010 (2,7 % de la valeur du produit intérieur brut (PIB) canadien) à plus de 68 milliards de dollars en 2040 (valeurs de 2010).

Des solutions existent

L'Alliance a créé ***Action collective pour l'arthrite : Un cadre national pour améliorer la prévention et le traitement de l'arthrite au Canada*** en s'appuyant sur trois objectifs principaux :

- Partager le point de vue de la communauté de l'arthrite sur les changements et les interventions nécessaires à l'amélioration de la vie des gens qui vivent avec l'arthrite.

- Mobiliser les efforts autour de stratégies à long terme afin d'améliorer la prévention de l'arthrite et la qualité et l'efficacité des soins.
- Faciliter et concerter les efforts au sein du gouvernement et des parties prenantes de l'arthrite sur la sensibilisation, les modèles de soins et la recherche.

Action collective pour l'arthrite présente des directions stratégiques basées sur des données probantes, organisées en six objectifs sous trois piliers stratégiques, afin d'atteindre l'objectif d'améliorer la vie des Canadiens :

Pilier I - Améliorer les connaissances et la sensibilisation

La prévention et les soins efficaces de l'arthrite sont inhibés par un manque de connaissances, une mauvaise compréhension et une formation insuffisante à propos de cette maladie chronique au sein du public, des chercheurs, des prestataires de soins de santé, des gouvernements et des autres. Il en résulte des mythes tenaces au sujet de l'arthrite, qui suggèrent que rien ne peut être fait et qu'il s'agit simplement d'une étape naturelle du vieillissement. Cela n'est pas vrai et dans ***Action collective pour l'arthrite***, l'Alliance de l'arthrite va :

Objectif 1 : Sensibiliser à l'arthrite;

Objectif 2 : Harmoniser et renforcer la recherche sur l'arthrite;

Objectif 3 : Améliorer l'enseignement professionnel en matière d'arthrite.

Pilier II - Améliorer la prévention et les soins

Aujourd'hui, il est essentiel que les stratégies de prévention et de soins soient améliorées afin d'assurer un système de santé viable pour l'avenir. Une plus grande efficacité et une meilleure qualité des soins peuvent être atteintes grâce à des stratégies de prévention et d'autogestion et des modèles fondés sur des données probantes. Dans ***Action collective pour l'arthrite***, l'Alliance de l'arthrite a les outils et l'expertise pour :

Objectif 4 : Améliorer la prévention de l'arthrite;

Objectif 5 : Améliorer l'accès et la prestation des meilleurs soins possibles (modèles de soins).

Pilier III - Appuyer la collaboration continue des parties prenantes

La communauté de l'arthrite s'est mobilisée et se concerte pour aborder cette maladie chronique sous-estimée. Cependant, les gouvernements et d'autres parties prenantes sont nécessaires à table afin de mettre en œuvre avec succès le cadre national. Sous ***Action collective pour l'arthrite***, l'Alliance de l'arthrite va :

Objectif 6 : Élargir la participation des parties prenantes dans l'Alliance.

Priorités initiales et actions

Suite au lancement, l'Alliance de l'arthrite concentrera ses efforts sur les priorités initiales afin de commencer à mettre en œuvre le cadre national :

Augmenter la sensibilisation à l'arthrite - La communauté de l'arthrite est consolidée et a commencé à coordonner des messages et des activités promotionnelles visant à améliorer la sensibilisation à l'arthrite chez les Canadiens. Pour atteindre les résultats escomptés, l'Alliance de l'arthrite doit s'associer aux intervenants en milieu de travail, au gouvernement, etc., afin de lancer une stratégie pancanadienne de sensibilisation aux principaux facteurs de risque, aux conséquences et aux stratégies de prévention de l'arthrite.

Améliorer l'accès et la prestation des meilleurs soins possibles de l'arthrite - Il est difficile de croire que de nombreux Canadiens ne reçoivent pas les soins de l'arthrite appropriés rapidement. Les membres de l'Alliance de l'arthrite ont démontré leur expertise et ont fait leurs preuves dans l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité. Ces réussites locales doivent être étendues pour couvrir les autres types d'arthrite et les troubles musculosquelettiques connexes et mis en œuvre dans l'ensemble du Canada.

Aligner et renforcer la recherche - Le Canada possède une solide expérience en tant que chef de file international en recherche sur l'arthrite. L'Alliance de l'arthrite a mis en place un groupe de travail d'experts de la recherche et travaille avec les gouvernements et les autres parties prenantes de la recherche sur l'arthrite afin d'améliorer les ressources et de les concentrer sur la recherche, ce qui permettra d'améliorer la prévention et la prestation des soins de l'arthrite pour les Canadiens.

Favoriser la collaboration continue des parties prenantes - Depuis 2002, l'Alliance de l'arthrite a unifié la communauté pour affronter des défis qui ne peuvent être relevés seul. Maintenant, avec nos principales parties prenantes consolidées et unies, nous devons engager les décideurs (gouvernements, etc.) pour mettre en œuvre notre vision.

Le temps est venu d'améliorer non seulement la qualité de vie de millions de Canadiens, mais également la viabilité de notre système de soins de santé et la productivité de notre main-d'œuvre.

UNE RÉPONSE S'IMPOSE

Le temps est venu d'améliorer non seulement la qualité de vie de millions de Canadiens, mais également la viabilité de notre système de soins de santé et la productivité de notre main-d'œuvre. L'Alliance et ses membres ont pris le rôle de chef de file dans le développement du cadre national et approcheront les gouvernements et d'autres groupes de parties prenantes avec des requêtes spécifiques afin d'obtenir leur appui et leur participation dans la mise en œuvre des priorités initiales.

Contactez-nous

Envoyez-nous vos commentaires sur ***Action collective pour l'arthrite :* Un cadre national pour améliorer la prévention et le traitement de l'arthrite au Canada** au info@arthritisalliance.ca ou visitez le www.arthritisalliance.ca.

Table des matières

Sommaire exécutif **1**

Introduction **5**

Ce n'est pas « seulement de l'arthrite » 5
À propos de l'Alliance de l'arthrite du Canada 5

Pourquoi doit-on agir à l'égard de l'arthrite **9**

À propos de l'arthrite 9
Une maladie dévastatrice et invalidante 10
Un fardeau croissant 11
Une maladie coûteuse 12
Une réponse concertée s'impose 13

Objectifs et stratégies **14**

Aperçu du cadre national 14
Améliorer les connaissances et la sensibilisation 15
Améliorer la prévention et le traitement 21
Appuyer la collaboration continue des parties prenantes 27

Priorités initiales à mettre en œuvre **29**

Priorités initiales 29

Annexe A - Sommaire des données à l'appui **33**

Annexe B - Hyperliens vers des rapports de l'Alliance **38**

Annexe C - Normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite **39**

Annexe D - Références **41**

Liste des figures

Figure 1 - Fardeau économique de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et de l'arthrose au Canada, 2010 12

Figure 2 - Aperçu du cadre national 14

Liste des tableaux

Table 1 - Fardeau économique de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et de l'arthrose au Canada, 2010 13

Introduction

Ce n'est pas « seulement de l'arthrite »

L'arthrite est une maladie chronique qui a des effets dévastateurs et invalidants sur la vie de plus de 4,6 millions de Canadiens[1]. En plus du fardeau de la douleur et du handicap auxquels les individus atteints d'arthrite doivent faire face, l'arthrite est la cause la plus fréquente d'incapacité au Canada. En conséquence, cela entraîne des coûts significatifs au niveau du système de soins de santé public, de la productivité au travail et de l'économie canadienne[2,3,4].

L'arthrite est une maladie chronique qui a des effets dévastateurs et invalidants sur la vie de plus de 4,6 millions de Canadiens.

Plusieurs Canadiens atteints de la maladie se font dire « ce n'est que de l'arthrite ». En effet, la douleur articulaire est souvent considérée comme un aspect normal du vieillissement. L'ampleur de la problématique de l'arthrite et la possibilité et l'importance d'intervenir sont négligées. Le système et les fournisseurs de soins de santé échouent souvent à reconnaître et à traiter efficacement l'arthrite. Les stratégies sanitaires, les politiques publiques et les politiques en milieu de travail prennent l'arthrite à la légère ou n'en parlent pas du tout.

Il existe des solutions à cette situation. Ces solutions sont appuyées par des données scientifiques solides provenant de recherche scientifique et supportées par des individus vivant avec l'arthrite ainsi que par les professionnels et les organismes qui travaillent avec eux d'un océan à l'autre. L'Alliance de l'arthrite du Canada, un regroupement d'organisations pour l'arthrite provenant de partout au Canada, a développé *Action collective pour l'arthrite : Un cadre national pour améliorer la prévention et le traitement de l'arthrite au Canada* afin d'encourager la collaboration à l'élaboration de solutions efficaces et pour obtenir les engagements collectifs nécessaires au leadership du changement.

Il existe des solutions qui sont appuyées par des données scientifiques solides provenant de recherche scientifique et supportées par individus vivant avec l'arthrite ainsi que par les professionnels et les organismes qui travaillent avec eux d'un océan à l'autre.

À propos de l'Alliance de l'arthrite du Canada

L'Alliance de l'arthrite du Canada a été fondée en 2002 avec l'engagement d'améliorer la vie des Canadiens arthritiques. Avec 36 organisations membres, l'Alliance réunit les

professionnels de santé du secteur de l'arthrite, les chercheurs, les organismes de financement, les gouvernements, les organismes du secteur bénévole et l'industrie afin de discuter, collaborer et développer des stratégies pour alléger le fardeau de l'arthrite. La liste suivante contient les membres actuels de l'Alliance et leurs sites Web.

L'Alliance de l'arthrite du Canada

Organisations membres

Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice (www.casem-acmse.org)

Alberta Bone and Joint Health Institute (www.albertaboneandjoint.com)

Alliance canadienne des arthritiques (www.arthritiques.ca)

Arthritis & Autoimmunity research Centre (www.uhnresearch.ca/programs/aarc/programs.php)

Arthritis Community Research & Evaluation Unit (www.acreu.ca)

Arthritis Consumer Experts (www.jointhealth.org)

Arthritis Health Professions Association (www.ahpa.ca)

Arthritis Research Foundation (http://www.beatarthritis.ca)

Association canadienne d'Orthopédie (www.coa-aco.org)

Association canadienne de physiothérapie (www.physiotherapy.ca)

Association canadienne des ergothérapeutes (www.caot.ca)

Association chiropratique canadienne (www.chiropraticcanada.ca)

Association Spondylitis canadienne (www.spondylitis.ca)

Bone and Joint Canada (www.boneandjointcanada.com)

Canadian Alliance of Pediatric Rheumatology Investigators

Centre de recherche sur l'arthrite du Canada (www.arthritisresearch.ca)

Cochrane Collaboration (www.cochrane.org)

Conseil consultatif auprès des consommateurs du Réseau canadien de l'arthrite (arthritisnetwork.ca/consumers)

Conseil consultatif du consommateur du Centre de recherche sur l'arthrite du Canada (www.arthritisresearch.ca)

Fondation canadienne d'Orthopédie (www.canorth.org)

Institute for Work and Health (http://www.iwh.on.ca)

La Société de l'arthrite (www.arthritis.ca)

McCaig Institute for Bone and Joint Health (www.mccaiginstitute.com)

Patients-partenaires contre l'arthrite (www.arthrite.ca)

Réseau canadien de l'arthrite (www.arthritisnetwork.ca)

Réseau canadien de l'obésité (www.obesitynetwork.ca)

Société canadienne de physiologie de l'exercice (www.csep.ca)

Société canadienne de rhumatologie (www.rheum.ca)

Affiliés gouvernementaux

Agence de santé publique du Canada (www.phac-aspc.gc.ca)

Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des IRSC (www.cihr-irsc.gc.ca)

Compagnies membres

Amgen Canada Inc. (www.amgen.ca)

Hoffmann-La Roche Limitée (www.rochecanada.com)

Janssen Inc. (www.janssen.ca)

Laboratoires Abbott Limitée (www.abbott.ca)

Pfizer Canada inc. (www.pfizer.ca)

UCB Canada Inc. (www.ucbcanada.com)

Les membres de l'Alliance apportent une gamme variée d'expertises, de capacités et de réseaux de contacts dans le but d'améliorer la vie des individus atteints d'arthrite. Leur travail continu, à la fois en tant qu'organismes individuels et en collaboration avec les autres parties prenantes de l'arthrite, est essentiel à l'atteinte des objectifs généraux de la communauté de l'arthrite. Des exemples d'initiatives de collaboration qui sont actuellement menées par des organismes individuels sont illustrés à l'intérieur de ce document.

Bien que chaque organisation membre continue à travailler de son côté, l'Alliance fournit un cadre central de priorités pour des initiatives nationales concernant l'arthrite.

Objectif du cadre national

L'Alliance a créé *Action collective pour l'arthrite : Un cadre national pour améliorer la prévention et le traitement de l'arthrite au Canada* avec trois objectifs principaux en tête :

- Partager le point de vue de la communauté de l'arthrite sur les changements et les interventions nécessaires à l'amélioration de la vie des gens qui vivent avec l'arthrite.
- Mobiliser les efforts autour de stratégies à long terme afin d'améliorer la prévention, la qualité et l'efficacité des soins de l'arthrite.
- Faciliter et concentrer les efforts au sein du gouvernement et des autres parties prenantes de l'arthrite sur la sensibilisation, les modèles de soins et la recherche.

Action collective pour l'arthrite (le cadre national) porte un regard global sur la prévention et le traitement de l'arthrite, tout en donnant une place centrale à l'expérience des individus vivant avec l'arthrite.

Action collective pour l'arthrite (le cadre national) porte un regard global sur la prévention et le traitement de l'arthrite, tout en donnant une place centrale à l'expérience des individus vivant avec l'arthrite.

Le cadre national a pour but d'impliquer les personnes atteintes d'arthrite, les éducateurs, les employeurs, les assureurs, les décideurs gouvernementaux, les fournisseurs de soins de santé, les chercheurs et les autres parties prenantes de l'arthrite dans la mise en en œuvre de stratégies visant à optimiser les ressources pour une prévention, une détection et une gestion plus efficaces de l'arthrite. Avec le mandat de créer un changement collaboratif et constructif, le cadre se concentre sur des activités et des initiatives qui vont avoir un effet direct sur la vie des personnes atteintes d'arthrite.

Processus de développement du cadre national

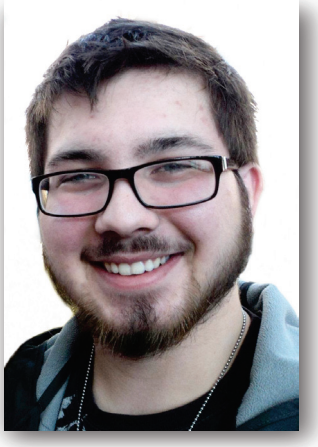
Action collective pour l'arthrite a été développé par l'Alliance entre janvier et septembre 2012 en collaboration avec plus de 100 parties prenantes provenant de 60 organisations différentes d'un océan à l'autre, qui ont contribué à titre de participants à des ateliers ou en fournissant leur expertise au cours du processus (voir l'annexe A). Les parties prenantes comprenaient des organisations membres de l'Alliance, des personnes vivant avec l'arthrite, des chercheurs et des cliniciens, ainsi que des représentants d'autres organisations nationales ayant un intérêt dans l'arthrite, tels que Bone and Joint Canada, l'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice, l'Association chiropratique canadienne, le Réseau canadien de l'obésité, l'Association canadienne des ergothérapeutes, la Société canadienne de la douleur et l'Association canadienne de physiothérapie.

Action collective pour l'arthrite s'appuie sur des rapports antérieurs de l'Alliance, dont le rapport du Colloque sur les normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite de 2005, *l'État du financement de l'arthrite* (publié en 2011 en partenariat avec la Société de l'arthrite, le Réseau canadien de l'arthrite et les Instituts canadiens de recherche en santé) et *L'impact de l'arthrite au Canada : aujourd'hui et au cours des 30 prochaines années* (voir www.arthritisalliance.ca). *Action collective pour l'arthrite* servira de mécanisme afin de mettre en œuvre les normes de 2005 et d'agir en s'appuyant sur les données provenant des autres rapports clés.

Pourquoi doit-on agir à l'égard de l'arthrite

L'arthrite et les problèmes musculosquelettiques connexes sont les problèmes de santé les plus fréquents au Canada aujourd'hui, touchant plus de 4,6 millions de Canadiens. L'arthrite est la première cause de limitations fonctionnelles et d'incapacité de longue durée[5,6,7,8], et doit être prise en charge afin de prévenir les incapacités inutiles, la perte de productivité et pour maintenir notre compétitivité globale.

L'arthrite ne connaît pas de frontières d'âge ou de sexe. Même si c'est l'un des principaux motifs de consultation du médecin de famille pour les personnes de plus de 65 ans[9], l'arthrite peut s'attaquer à des enfants et à des adultes de tous âges. Environ 1 enfant sur 1000 au Canada est affecté par l'arthrite juvénile idiopathique (AJI), la forme la plus commune d'arthrite juvénile[10]. Bien que les hommes et les femmes puissent être atteints d'arthrite, deux tiers des individus qui en souffrent au Canada sont des femmes[2,11].



Nikolas Harris

À l'âge de 18 ans, Nikolas Harris n'a jamais connu une journée sans obstacle ou sans douleur. Ayant reçu un diagnostic d'arthrite juvénile à 22 mois, Nikolas doit composer chaque jour avec l'immobilité et la douleur constante de sa main et de son poignet gauches, de ses genoux et de ses chevilles. Des tâches simples telles que mettre ses souliers, prendre une douche ou porter son sac à dos représentent des défis de taille au quotidien pour ce jeune adulte. Nikolas est un porte-parole pour la sensibilisation à l'arthrite juvénile au Canada, une maladie qui touche 1 sur 1000 Canadiens de moins de 16 ans.

À propos de l'arthrite

L'arthrite regroupe plus de 100 affections différentes qui entraînent de la douleur articulaire et musculosquelettique, souvent le résultat de l'inflammation de la membrane synoviale[12]. La forme la plus commune d'arthrite est l'arthrose et la forme la plus commune d'arthrite inflammatoire est la polyarthrite rhumatoïde (PR). Toutefois, il existe plusieurs autres affections arthritiques et musculosquelettiques, allant de formes plus bénignes à des formes systémiques plus incapacitantes, telles que le lupus érythémateux disséminé (LED) (une maladie du tissu conjonctif), la spondylarthrite ankylosante (une arthrite inflammatoire de la colonne vertébrale) et la goutte[2].

L'arthrose affecte environ un Canadien sur huit[1]. L'arthrose est une maladie articulaire progressive qui se produit lorsque les tissus articulaires endommagés perdent leur capacité normale de réparation, entraînant une destruction du cartilage et de l'os[13]. Les articulations le plus couramment affectées sont les mains et les articulations supportant un poids (hanches, genoux, pieds et colonne vertébrale)[14]. Bien que l'arthrose soit plus commune en vieillissant, *elle n'est pas un aspect normal du vieillissement*[4]. Les facteurs de risque clés pour l'arthrose sont l'obésité et les blessures articulaires[15].

La polyarthrite rhumatoïde (PR) affecte plus de 272 000 adultes canadiens. La polyarthrite rhumatoïde (PR) entraîne une incapacité significative : à l'intérieur des dix années du déclenchement de la maladie, jusqu'à 50 % des personnes atteintes de PR

deviennent incapables de travailler si non traitées. Bien que la PR affecte tous les âges, plus de la moitié de tous les nouveaux cas sont diagnostiqués chez les individus âgés de 40 à 70 ans[1]. La PR est associée à une inflammation systémique chronique entraînant un risque accru de mortalité, en particulier la mortalité causée par la maladie cardiovasculaire[16]. En moyenne, l'espérance de vie d'un individu atteint de PR est de 10 ans de moins que celle de la population générale[1].

Bien que la PR soit le type d'arthrite inflammatoire le plus commun au Canada, d'autres types d'arthrite inflammatoire, telles que la spondylarthrite ankylosante, le lupus, la goutte et l'arthrite psoriasique, ont des conséquences similaires, comme la douleur et la fatigue, limitant la capacité de ces individus à mener des vies productives et satisfaisantes[12].

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI), la forme d'arthrite juvénile la plus commune, est une arthrite inflammatoire chronique qui se développe chez les enfants. L'AJI peut affecter les enfants de tous âges, de l'enfance jusqu'à l'âge de 16 ans[17]. Dans l'AJI, les articulations sont attaquées par l'inflammation et deviennent rigides, douloureuses et enflées[18].

Même les activités quotidiennes les plus simples peuvent représenter un défi pour les individus atteints d'arthrite, telles que sortir du lit, s'habiller, et monter et descendre les escaliers.

Une maladie dévastatrice et invalidante

Le principal fardeau que représente l'arthrite est celui qui pèse sur la vie personnelle de ceux qui en sont atteints et sur la vie de leurs familles. Par exemple, pour 600 000 des 4,4 millions des Canadiens atteints d'arthrite, la douleur est suffisamment sévère pour limiter leur capacité à effectuer leurs activités quotidiennes[1].

Même les activités quotidiennes les plus simples peuvent représenter un défi pour les individus atteints d'arthrite, telles que sortir du lit, s'habiller, monter et descendre les escaliers, attacher leurs souliers, manger et aller aux toilettes. Ils font souvent face à l'incapacité de travailler ou de vivre de manière autonome et doivent compter sur leurs familles et amis pour les appuyer, sur les soins à domicile privés ou publics ou sur les soins en institution.

Être atteint d'arthrite dès l'enfance peut avoir un impact significatif sur le potentiel d'accomplissement d'un individu en raison des absences à l'école, au travail et dans les activités sociales.

Les adultes vivant avec l'arthrite peuvent souffrir d'une perturbation significative en raison de la perte des rôles significatifs et la participation réduite aux activités importantes. Les adultes d'âge moyen et plus âgés atteints d'arthrose mentionnent que leur condition a un impact particulièrement dévastateur sur leur emploi, leur mobilité communautaire, les gros travaux ménagers, leurs activités de loisirs, leurs activités sociales, et leurs relations intimes[4].

Les adultes qui vivent avec l'arthrite sont deux fois plus à risque que ceux qui ne l'ont pas d'avoir au moins une autre maladie chronique[11]. Pour l'arthrose, la présence d'autres comorbidités a été identifiée comme une barrière significative pour recevoir un traitement approprié[19] et comme menant à de moins bons pronostics[20,21]. Étant donné que le diabète sucré et la maladie cardiovasculaire (comme l'angine, l'insuffisance cardiaque congestive et l'hypertension) sont prioritaires dans la gestion des maladies chroniques au Canada, une meilleure compréhension des effets de l'arthrite sur la prise en charge et le pronostic de ces maladies chroniques est nécessaire.

Les individus vivant avec une arthrite douloureuse font face à une vie de douleur chronique et à l'incapacité, à la fatigue[22] et aux troubles de sommeil[23] associés. Le stress de vivre avec la douleur, ajouté à la déception de perdre la possibilité de participer pleinement à la société –

particulièrement au plan professionnel – rend les individus vivant avec une arthrite douloureuse à plus grand risque d'anxiété et de dépression[24,25,26].

Près de la moitié de tous les adolescents et jeunes adultes atteints d'arthrite rapportent souffrir de douleur chronique[27]. Les enfants et les adolescents atteints d'arthrite portent le fardeau de la maladie encore plus longtemps que les adultes. Être atteint d'arthrite dès l'enfance peut avoir un impact significatif sur le potentiel d'accomplissement d'un individu en raison des absences à l'école, au travail et dans les activités sociales. Un soutien adapté doit être mis en place afin de permettre l'intégration des enfants à l'école, à la maison et dans leur communauté.

Un fardeau croissant

Le rapport de l'Alliance de l'arthrite du Canada en 2011, *L'impact de l'arthrite au Canada : aujourd'hui et au cours des 30 prochaines années*, documentait l'étendue de la croissance du fardeau de l'arthrite[1].

En raison de l'augmentation de la longévité, de la réduction de l'activité physique, de l'obésité croissante et d'un manque d'accès rapide aux soins de santé, le fardeau de l'arthrite est en augmentation au sein de la population. D'ici une génération (en 2040), plus de 10 millions de Canadiens (ou un sur quatre) devraient avoir l'arthrose. Il y aura un nouveau diagnostic d'arthrose toutes les 60 secondes, faisant en sorte que près de 30 % de la population active occupée, ou un travailleur sur trois, aura de la difficulté à travailler en raison de l'arthrose. De plus, approximativement 500 000 Canadiens souffriront d'une incapacité modérée à sévère causée par l'arthrose[1].

Au cours des 30 prochaines années, la proportion de la population adulte canadienne vivant avec la PR augmentera de 0,9 % à 1,3 %. Environ 0,74 % de la population active occupée, ou 1 travailleur sur 136, souffre présentement de polyarthrite rhumatoïde. D'ici une génération, cela augmentera à 1,5 % ou 1 travailleur sur 68[1].

L'arthrite est aussi particulièrement prévalente au sein de la population autochtone. Selon le dernier rapport national de surveillance sur l'arthrite de l'Agence de la santé publique du Canada, la prévalence estimée pour les adultes des Premières Nations vivant tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves et pour les adultes Métis est 1,3 à 1,6 fois plus élevée que l'estimé pour la population canadienne adulte[4].

Le fardeau économique de l'arthrite en 2010 était équivalent à 2,7 % de la valeur du produit intérieur brut. Ces coûts augmenteront à une vitesse alarmante, alors que les taux croissants d'arthrose et de polyarthrite rhumatoïde et le vieillissement de la population exerceront une charge grandissante sur le système de soins de santé et la productivité de la population active.

Anne Fouillard

Anne Fouillard, âgée de 60 ans, a perdu sept ans de sa carrière (et un demi-million en revenus) en tant que consultante en développement international en raison de l'arthrose. La maladie a débuté dans ses genoux lorsqu'elle avait environ 30 ans, puis s'est propagée à ses hanches et à son dos. La douleur et la raideur dans ses articulations ainsi que la fatigue extrême ont confiné Anne à un fauteuil roulant pour deux ans, avant que ses hanches soient remplacées à l'âge de 51 ans et qu'elle subisse une fusion des vertèbres (spondylodèse) il y a quatre ans. Depuis sa chirurgie au dos, Anne a repris ses activités de consultante en développement international à temps plein.

Une maladie coûteuse

L'impact de l'arthrite au Canada : aujourd'hui et au cours des 30 prochaines années a précisé le fardeau économique cumulatif de l'arthrose et de la PR. Cela a été mesuré à la fois en termes de coûts directs pour le système de soins de santé et en coûts indirects pour l'économie.

En 2010, le fardeau économique de l'arthrose au Canada était de 27,5 milliards de dollars, alors que le coût de la PR était de 5,7 milliards de dollars. Une fois combinés, le fardeau économique de l'arthrite en 2010 était équivalent à 2,7 % de la valeur du produit intérieur brut. Ces coûts augmenteront à une vitesse alarmante, alors que les taux croissants d'arthrose et de polyarthrite rhumatoïde et le vieillissement de la population exerceront une charge grandissante sur le système de soins de santé et la productivité de la population active.

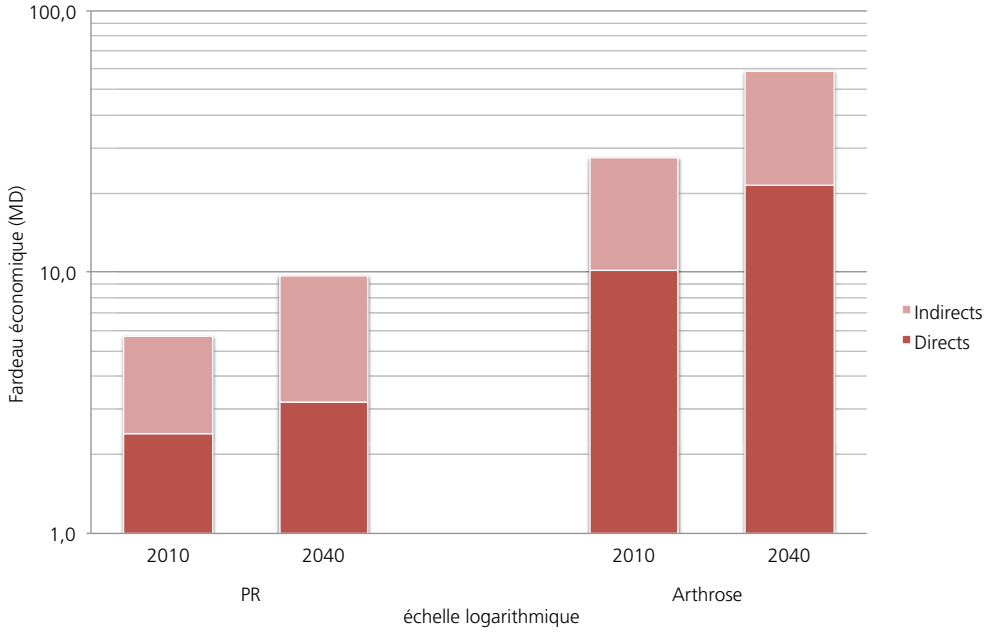


Figure 1 - Fardeau économique de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et de l'arthrose au Canada, 2010

MD= milliards de dollars

Source : *L'impact de l'arthrite au Canada : aujourd'hui et au cours des 30 prochaines années*, l'Alliance de l'arthrite du Canada, 2011.

Catherine Hofstetter

Catherine Hofstetter a reçu un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde en 1993 et de fibromyalgie en 1998. Elle est présidente de McGowan Fence & Supply ltée, une entreprise familiale située à Toronto. Catherine est activement impliquée au sein de l'Alliance canadienne des arthritiques et de la Société de l'arthrite, participant bénévolement pour faire avancer la cause de l'arthrite. Son expérience personnelle et son implication dans la communauté de l'arthrite lui donnent une perspective unique sur le fardeau financier qu'entraîne l'arthrite pour les employeurs et la stigmatisation dont cette maladie fait l'objet en milieu de travail.

Table 1 - Fardeau économique de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et de l'arthrose au Canada, 2010

	2010	2040 (Dollars constants de 2010)
PR directs	2,4 MD	3,2 MD
PR indirects	3,3 MD	6,5 MD
Arthrose directs	10,2 MD	21,4 MD
Arthrose indirects	17,3 MD	37,2 MD
	33,2 MD	**68,3 MD**

MD= milliards de dollars

Une réponse concertée s'impose

Le fardeau croissant de l'arthrite, avec ses effets sur la vie des Canadiens et le coût pour les gouvernements, les employeurs et l'économie, met la viabilité du système de soins de santé à risque. Une réponse concertée et collaborative de la part du gouvernement, des fournisseurs de soins de santé, des employeurs, des chercheurs, des éducateurs, des consommateurs, des patients et du grand public est requise.

Beaucoup de choses peuvent être faites. La section suivante du présent rapport permettra d'identifier le cadre général des besoins et des opportunités à partir desquels les priorités initiales à être mises en œuvre ont été identifiées. Les résultats amélioreront la qualité de vie de millions de Canadiens, la viabilité de notre système de soins de santé et la productivité de notre main-d'œuvre.

Objectifs et stratégies

Action collective pour l'arthrite : Un cadre national pour améliorer la prévention et le traitement de l'arthrite au Canada, le cadre national, décrit les objectifs qui doivent être atteints et les stratégies pour leur mise en place afin d'améliorer la vie des Canadiens qui vivent avec l'arthrite et de réduire le fardeau de l'arthrite dans le futur.

Aperçu du cadre national

Le cadre national propose une vision à long terme du changement global qui est requis afin d'améliorer la vie de tous les Canadiens – enfants, adolescents et adultes – qui vivent avec l'arthrite. Il énonce une série d'objectifs, regroupés sous trois piliers stratégiques :

- Améliorer les connaissances et la sensibilisation;
- Améliorer la prévention et le traitement; et
- Soutenir la participation continue des parties prenantes.

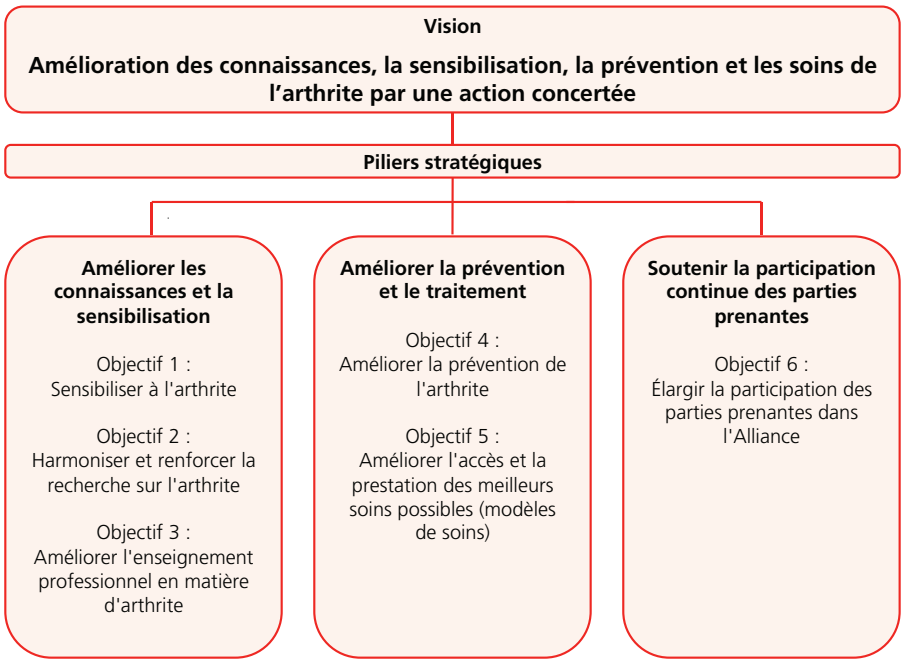


Figure 2 - Aperçu du cadre national

Améliorer les connaissances et la sensibilisation

Le premier pilier de la voie à suivre est l'amélioration des connaissances professionnelles et de la sensibilisation, du public et de la recherche.

Objectif 1 : Sensibiliser à l'arthrite

Le niveau de sensibilisation et de connaissances sur l'arthrite et ses conséquences est faible au sein de la population générale. Les mythes largement répandus à propos de l'arthrite, véhiculant l'idée que rien ne peut être fait pour retarder le déclenchement et réduire la progression et les conséquences de la maladie et que cela fait partie du vieillissement normal, nuisent à l'efficacité de la prévention et des soins. En parallèle, la difficulté d'accéder à de l'information fiable et valide à ce sujet mène plusieurs personnes à chercher le soulagement de leurs symptômes par des interventions qui ne sont pas fondées sur des données probantes.

Bien que plusieurs organismes véhiculent des messages appropriés et fondés sur des données probantes à propos de la prévention et du traitement de l'arthrite, les efforts de diffusion doivent être augmentés et coordonnés. Les gouvernements, les parties prenantes du secteur privé et d'ailleurs jouent tous des rôles clés dans la diffusion de ces messages importants dans l'ensemble du pays afin de motiver les individus à prendre des mesures appropriées.

Résultats visés

Les résultats suivants seront atteints en améliorant la sensibilisation du public à l'arthrite :

- Chaque Canadien est sensibilisé à l'arthrite et ses conséquences*.
- Chaque canadien atteint d'arthrite a accès à de l'information valide sur l'arthrite et à de l'enseignement qui satisfait un ensemble défini de critères et qui est approprié pour son âge, le type de maladie dont il est atteint et le stade de sa maladie*.
- L'arthrite est incorporée dans toutes les stratégies de prévention des maladies chroniques, de prévention des blessures et de réduction de l'obésité.
- La participation à des activités sociales, de loisirs, éducatives, communautaires et professionnelles est utilisée comme mesure globale des résultats*.
- Les employeurs et les assureurs comprennent les coûts liés à la productivité causés par une négligence des problèmes en lien avec l'arthrite.

* Colloque sur les normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite (2005), Alliance de l'arthrite du Canada

Utiliser le multimédia pour sensibiliser

En partenariat avec le Centre de recherche sur l'arthrite du Canada (CRA), Arthritis Consumer Experts (ACE) mène le Programme national de sensibilisation à l'arthrite, qui inclus le Réseau de diffusion sur l'arthrite, afin de stimuler la discussion sur l'arthrite dans l'ensemble du Canada.

Partie intégrante de ce programme, ACE et CRA ont créé ArthritisID et ArthritisID PRO, des logiciels médicaux canadiens de pointe qui offrent des informations fondées sur des données probantes sur les types les plus communs d'arthrite.

Des efforts collaboratifs comme ceux-ci doivent être soutenus et multipliés afin de sensibiliser à l'arthrite.

Stratégies

Pour atteindre ces résultats, le gouvernement et les parties prenantes doivent concentrer leurs efforts et collaborer à la mise en œuvre des stratégies suivantes :

1.1 Mettre en œuvre une stratégie pancanadienne harmonisée pour sensibiliser à l'arthrite.

1.2 Faire participer les employeurs à la sensibilisation à l'arthrite en milieu de travail.

1.3 Appuyez l'utilisation de crédits de formation médicale/professionnelle continue et d'autres incitatifs pour encourager la participation des professionnels de la santé aux stratégies de sensibilisation à l'arthrite.

1.4 Mettre en œuvre l'évaluation continue des niveaux de sensibilisation et des attitudes au sujet de l'arthrite chez les Canadiens.

Objectif 2 : Harmoniser et renforcer la recherche sur l'arthrite

Il y a plusieurs moyens d'harmoniser et de renforcer la recherche sur l'arthrite.

a) Financement de la recherche

La solide expérience du Canada en tant que leader international de la recherche sur l'arthrite doit être soutenue et améliorée. Toutefois, l'*État du financement de l'arthrite* a révélé, en 2011, que le financement de la recherche sur l'arthrite a atteint un plateau depuis 2005 et que la recherche continue d'être insuffisamment financée par rapport au fardeau social et économique que l'arthrite représente, en comparaison aux autres maladies chroniques. En considérant le nombre total de personnes atteintes de la maladie, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont investi seulement 4,30 $ par personne atteinte d'arthrite, en comparaison à 12,83 $ par personne atteinte de diabète et 138,60 $ par personne atteinte d'un cancer[28].

De plus, le Réseau canadien de l'arthrite termine son mandat de 14 ans en tant que réseau de recherche financé par le programme des Réseaux de centres d'excellence du Canada et 4,1 millions de dollars en investissement pour la recherche sur l'arthrite seront perdus.

La prévalence actuelle de l'arthrite, qui est en augmentation, et le fardeau social et économique élevé associé à toutes les formes d'arthrite justifient un investissement plus élevé dans la recherche afin de développer et de mettre en œuvre des stratégies de prévention et de traitement plus efficaces pour l'avenir. Les quatre piliers de la recherche en santé (biomédical; clinique; services et systèmes de santé, et facteurs sociaux, culturels et environnementaux qui affectent la santé des populations) doivent être soutenus afin de mieux comprendre les causes, l'évolution, la prévention et le traitement de l'arthrite.

Il est également important que les efforts de financement soient intégrés afin d'inclure différentes perspectives et de maximiser l'utilisation des ressources dans le but de bénéficier pleinement de l'investissement en recherche.

b) Infrastructures de recherche et réseautage

Les infrastructures à l'appui de la recherche sur l'arthrite doivent être renforcées afin de promouvoir l'intégration des efforts de recherche. Par exemple, les ensembles clés de données de recherche existantes doivent être entretenus et l'accès à celles-ci ainsi que le couplage entre les différentes bases de données doivent être facilités afin de faire avancer la recherche sur l'arthrite. La nécessité pour de nouveaux ensembles de données doit aussi être considérée.

Le réseautage et les possibilités de partenariat sont un puissant catalyseur pour la découverte et les processus d'innovation. Le besoin en ressources, afin d'appuyer la collaboration actuelle entre les chercheurs en recherche fondamentale et appliquée sur l'arthrite et les parties prenantes de l'arthrite au Canada, est critique.

Il est particulièrement important de poursuivre et d'augmenter la participation des individus vivant avec l'arthrite dans tous les aspects de la recherche. Leur apport, par le biais de participations à des comités d'examen par les pairs et comme partenaires à part entière des équipes de recherche, est critique afin d'établir des priorités de recherche.

c) Renforcement des capacités de recherche

La communauté de l'arthrite a connu beaucoup de succès dans le renforcement et la rétention de la capacité de recherche de son personnel afin d'appuyer le travail en cours et l'avancement de la recherche. À l'heure actuelle, une majorité de cet investissement est fait par les programmes de formation des Instituts canadiens de recherche en santé et de la Société de l'Arthrite/Réseau canadien de l'arthrite[28]. Par contre, les forces et les lacunes de l'état actuel de la capacité de recherche au Canada doivent être révisées afin d'harmoniser les investissements en formation avec les priorités de recherche établies dans ce cadre national. Le succès d'un cadre national repose en grande partie sur la coordination et la distribution appropriée des investissements en formation dans différents domaines de recherche ainsi que dans le cheminement de perfectionnement professionnel.

d) Application et échange des connaissances

Finalement—et essentiellement—il y a un besoin continu et important de garantir que la recherche est appuyée par l'application et l'échange efficace des connaissances afin que les conclusions de recherches soient mises en application, menant ainsi à l'amélioration des résultats en matière de santé et à un système de santé plus efficace.

Le Réseau canadien de l'arthrite (RCA)

Le Réseau canadien de l'arthrite (RCA), un réseau de recherche financé par le programme des Réseaux de centres d'excellence du Canada, a unifié la communauté de recherche sur l'arthrite afin de s'attaquer aux plus grands problèmes de l'arthrite. Grâce à un financement stratégique ciblé, le RCA a créé des équipes de travail multidisciplinaires afin d'améliorer les soins pour les Canadiens qui vivent avec l'arthrite et l'économie canadienne. À la fin de son mandat très efficace de 14 ans, le départ du RCA laissera un vide important dans la recherche sur l'arthrite au Canada.

Résultats visés

Le renforcement de la recherche mènera aux résultats suivants :

- Remplacement des niveaux annuels d'investissement dans l'appui à la recherche fourni par le Réseau canadien de l'arthrite, avec un ajustement continu pour l'inflation.
- Augmentation de l'investissement total en recherche sur l'arthrite au Canada dans les quatre piliers de la recherche en santé à long terme.
- Intégration des efforts de recherche au moyen du développement d'une expertise durable en recherche, d'un accès amélioré aux données probantes, du développement soutenu des chercheurs et d'une collaboration continue des parties prenantes.
- Transfert des connaissances issues des efforts intégrés de la recherche menant à une amélioration de la prévention et du traitement de l'arthrite.
- Des rapports semi-annuels sur l'état du financement de la recherche sur l'arthrite (comprenant les besoins non satisfaits et les nouvelles possibilités stratégiques) et sur les priorités de recherche sur l'arthrite au Canada.

Stratégies

Pour atteindre ces résultats, le gouvernement et les parties prenantes doivent concentrer leurs efforts et collaborer à la mise en œuvre des stratégies suivantes :

2.1 Accroître l'investissement dans la recherche sur l'arthrite.

- Développer un plan à long terme visant à accroître l'investissement dans la recherche sur l'arthrite à travers les quatre piliers de la recherche, à des niveaux suffisants pour mieux aborder la question du fardeau social et économique de la maladie.
- Mener des efforts concertés pour aider les investisseurs actuels à augmenter les fonds amassés pour la recherche sur l'arthrite, ainsi que pour impliquer de nouveaux investisseurs.

2.2 Identifier des partenaires d'investissement et leur offrir des opportunités d'investissement coordonnées qui mettent l'accent sur des lacunes liées à :

- La compréhension des mécanismes de la maladie et de son évolution;
- La médecine personnalisée (la détection de risque et le développement de stratégies thérapeutiques fondées sur l'évolution clinique de chaque individu (phénotype) et sur des diagnostics moléculaires et génomiques);
- Les interactions entre les habitudes de vie, le comportement et l'environnement dans un contexte d'arthrite;
- Les comorbidités et leur interaction avec l'arthrite à mesure qu'une personne vieillit;

Collaboration des consommateurs dans la recherche

Les consommateurs ont été activement impliqués dans tous les aspects de la recherche sur l'arthrite, y compris la planification et l'établissement des priorités, la conception des projets de recherche et dans la mise en œuvre et l'application des connaissances et leur diffusion. Ces collaborations ont été facilitées par des groupes de consommateurs tels que Arthritis Consumer Experts, le Conseil consultatif des consommateurs du RCA, l'Alliance canadienne des arthritiques, le Conseil consultatif du consommateur d'Arthrite-recherche Canada et plusieurs groupes de consommateurs de la Société de l'arthrite.

La participation continue des consommateurs à la recherche sur l'arthrite est essentielle, mais les ressources et l'infrastructure requises pour soutenir, ou améliorer, la participation des consommateurs sont menacées.

- Le suivi et la surveillance de la maladie et des soins de l'arthrite au sein de la population; et
- Les systèmes de soins et leur prestation pour à la fois prévenir et traiter l'arthrite.

2.3 Créer, développer et assurer le maintien de l'infrastructure nécessaire afin de contribuer à la recherche dans les domaines stratégiques identifiés (c.-à-d., l'accès aux ensembles de données administratives et leur couplage, l'élaboration d'ensembles de données longitudinales).

2.4 Promouvoir un meilleur réseautage, une collaboration renforcée et un plus grand engagement des parties prenantes dans la recherche, y compris la participation significative de personnes atteintes d'arthrite.

2.5 Mettre en application les stratégies ciblées afin de perfectionner et de maintenir de futurs chercheurs.

2.6 Mettre en valeur les efforts de recherche, d'application et de partage des connaissances au sujet de la prévention et de l'autogestion de l'arthrite, ainsi que de l'efficacité et de l'efficience de son traitement.

2.7 Identifier et surveiller les besoins en recherche par le biais des réussites et des épreuves; développer des stratégies pour traiter sur une base continue des besoins en recherche non satisfaits.

Objectif 3 : Améliorer l'enseignement professionnel en matière d'arthrite

Les problèmes musculosquelettiques sont régulièrement soumis aux pratiques des médecins de premier recours et représentent un élément important des pratiques des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des infirmières, des chiropraticiens, des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé[29,30,31,32].

Les médecins de premier recours rapportent des capacités moindres et une confiance diminuée à l'égard des évaluations musculosquelettiques en comparaison avec les autres types d'évaluations cliniques[33,34,35]. Les physiothérapeutes débutants et les étudiants en ergothérapie ont rapporté avoir des compétences limitées pour l'anamnèse de l'arthrite et l'évaluation physique[36,37,38].

Dans l'ensemble des professions de la santé, renforcer la formation et l'éducation permanente sur les troubles musculosquelettiques contribuerait de façon efficace au développement et au maintien des connaissances et des habiletés professionnelles nécessaires à identifier, évaluer, suivre et traiter de façon efficace les personnes aux prises avec l'arthrite. Aussi, l'éducation professionnelle doit situer l'arthrite en contexte de prévention, de gestion des maladies chroniques et des besoins en matière de soins de santé associés aux différentes comorbidités.

Les investissements dans la formation et dans l'éducation aideront à soutenir les changements qui ont lieu actuellement dans la prestation de soins primaires et dans les rôles des différents professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes atteintes d'arthrite. Par exemple, les rôles des ergothérapeutes[39] et des physiothérapeutes[40] ont été changés en Ontario et des changements législatifs ont étendu le rôle des pharmaciens en

Colombie-Britannique[41].

Résultats visés

Les résultats suivants seront atteints en améliorant l'enseignement supérieur professionnel :

- Tous les professionnels de la santé concernés sont en mesure d'effectuer un examen de dépistage musculosquelettique validé, standardisé et adapté à l'âge et à l'état de santé des patients*.
- Les professionnels de la santé reconnaissent et traitent l'arthrite comme étant un composant interrelié à la prévention et à la gestion d'une maladie chronique.

* Colloque sur les normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite (2005), Alliance de l'arthrite du Canada

Stratégies

Pour atteindre ces résultats, le gouvernement, les écoles professionnelles, les organismes de régulation et les parties prenantes de l'arthrite doivent concentrer leurs efforts et collaborer à la mise en œuvre des stratégies suivantes :

3.1 Renforcer le programme de niveau d'entrée du premier cycle/professionnel pour ce qui a trait à l'arthrite, dans un contexte de gestion et de prévention des maladies chroniques pour tous les fournisseurs de soins de santé.

3.2 Promouvoir la participation du consommateur/patient et des autres parties prenantes dans l'éducation des professionnels de la santé du domaine de l'arthrite.

3.3 Inclure un cursus portant sur l'arthrite dans les programmes d'études universitaires supérieures et de spécialisation qui traitent des besoins des groupes vulnérables.

3.4 Élaborer et mettre en application une stratégie pour inclure l'information traitant de l'arthrite et les nouvelles connaissances provenant de recherches dans la formation professionnelle continue en santé.

Dans l'ensemble des professions de la santé, renforcer la formation et l'éducation permanente sur les troubles musculosquelettiques contribuerait de façon efficace au développement et au maintien des connaissances et des habiletés professionnelles nécessaires à identifier, évaluer, suivre et traiter de façon efficace les personnes aux prises avec l'arthrite.

Améliorer la prévention et le traitement

Le second pilier du cadre national est la promotion de stratégies de prévention et l'amélioration des soins pour les individus atteints d'arthrite.

Objectif 4 : Améliorer la prévention de l'arthrite

Plusieurs facteurs peuvent prédisposer les gens à développer l'arthrite.

L'obésité est un facteur de risque d'importance autant pour le développement que pour la progression de l'arthrose[42,43,44,45,46]. Atteindre et maintenir un poids santé et la perte de poids, lorsque appropriée, sont des stratégies importantes de prévention pour l'arthrose et également pour plusieurs autres maladies chroniques.[47,48,49] L'arthrite est considérée comme une comorbidité selon le Edmonton Obesity Staging System et représente un obstacle majeur dans le contrôle du poids.[50] Chez les gens vivant avec l'arthrite, l'activité physique a un effet bénéfique sur la santé osseuse et articulaire[51,52,53].

Les blessures sont une des causes principales de l'arthrose[54]. À des niveaux importants d'activité physique, tels que dans des sports d'équipe comme le soccer ou le basketball, le potentiel de blessure doit être pris en compte et des mesures préventives doivent être instaurées. Les blessures au membre inférieur représentent plus de 60 % des blessures liées au sport chez les adolescents, les plus communes étant celles impliquant le genou et la cheville[55,56,57]. Chez les adultes, beaucoup de blessures se produisent sur le lieu de travail[58,59,60,61,62].

Les facteurs de risque pour l'arthrite inflammatoire ne sont pas aussi bien compris. On pense que des gènes spécifiques sont associés à un plus haut risque de développer certains types d'arthrites, tels que la polyarthrite rhumatoïde (PR), le lupus érythémateux disséminé et la spondylarthrite ankylosante. Des facteurs environnementaux pourraient aussi jouer un rôle[63].

Andrew Milne

En 2008, alors qu'il n'était âgé que de 31 ans, Andrew a reçu un diagnostic d'arthrite psoriasique. À l'intérieur de quelques mois, la maladie s'est propagée d'une à plus de 20 articulations. Andrew était évidemment plutôt inquiet quant à la façon dont l'arthrite allait affecter son style de vie actif.

Heureusement, grâce à sa persévérance dans son traitement et ne souffrant plus d'aucun symptôme aujourd'hui, il a pu compléter les 210 kilomètres du Cyclo-défi contre le cancer et gagner une médaille d'argent aux Championnats canadiens d'Ultimate.

Résultats visés

Les résultats suivants seront atteints avec l'atteinte de stratégies de prévention de l'arthrite et de ses conséquences.

- Chaque Canadien est sensibilisé à l'importance d'atteindre et de maintenir un poids santé, et est fortement encouragé à faire de l'exercice afin de prévenir le déclenchement ou la progression de l'arthrite*.
- Chaque Canadien comprend et met en œuvre des stratégies pour réduire les blessures liées aux sports et aux loisirs menant à l'arthrite*.
- Les employeurs, les assureurs et les agences gouvernementales reconnaissent que l'arthrite est une source majeure d'incapacité au travail et investissent dans des stratégies de prévention des blessures ainsi que dans des politiques en milieu de travail qui corroborent les diagnostics, les traitements appropriés et l'accommodement de l'invalidité épisodique des employés aux prises avec l'arthrite.
- La prévention des maladies chroniques, la prévention des blessures et les stratégies de réduction de l'obésité sont mises en application partout au Canada et sont reconnues comme étant en lien avec l'arthrite.

* Colloque sur les normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite (2005), Alliance de l'arthrite du Canada

Stratégies

Pour atteindre ces résultats, les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux, ainsi que les parties prenantes doivent concentrer leurs efforts et collaborer à la mise en œuvre des stratégies suivantes :

4.1 Intégrer la sensibilisation à l'arthrite dans les stratégies pour l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, la santé mentale et les maladies chroniques en général dans l'ensemble du Canada.

4.2 Intégrer la sensibilisation à l'arthrite aux efforts pour encourager les Canadiens à faire de l'activité physique, pour prévenir le déclenchement et la progression de l'arthrite et pour améliorer la condition de ceux qui en sont atteints.

4.3 Intégrer la sensibilisation à l'arthrite dans les stratégies existantes pour prévenir les blessures pouvant survenir lors de la pratique d'un sport ou d'un loisir qui peuvent mener au développement de l'arthrite, surtout chez les enfants et les jeunes.

4.4 Intégrer la sensibilisation à l'arthrite dans les politiques, ainsi que dans les programmes des milieux de travail qui aident à prévenir les blessures pouvant mener au développement de l'arthrite et apporter un soutien à l'invalidité épisodique liée à l'arthrite.

Objectif 5 : Améliorer l'accès et la prestation des meilleurs soins possibles (modèles de soins)

Le terme « modèles de soins » décrit comment les services de soins de santé et les ressources sont fournis à la communauté. Il existe de nombreux besoins et possibilités pour rendre meilleur l'accès aux soins de l'arthrite et améliorer la prestation de ces soins.

a) Mesure des normes et de la qualité

Bien que plusieurs lignes directrices soient déjà disponibles, il existe peu d'indicateurs de qualité et d'outils validés pour évaluer la qualité des soins et aucun n'est utilisé systématiquement au Canada[64]. L'évaluation des délais d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou est le seul domaine des soins de santé qui a démontré un progrès considérable[65]. Aussi, il n'y a pas de processus à l'échelle nationale pour l'évaluation, l'amélioration et la diffusion de modèles efficaces de soins.

Répondre à ces besoins garantirait que les soins de l'arthrite fonctionnent en faisant partie intégrante d'un système de soins conçu pour améliorer l'expérience et le pronostic des personnes atteintes d'arthrite.

b) L'accès à des soins efficaces

Pour plusieurs, avoir accès aux soins appropriés et au bon prestataire représente un défi. Cette affirmation est particulièrement vraie pour les personnes vivant dans les régions rurales et éloignées, notamment les communautés autochtones[66], pour qui la distance et les coûts de transport représentent des obstacles supplémentaires. Chez les personnes atteintes d'arthrite, l'accès aux soins de la douleur chronique appropriés par le biais d'installations de traitements de la douleur pluridisciplinaires est très limité et les délais d'attente rapportés au Canada et en Australie approchent, ou excèdent dans certains cas, un an[67,68].

L'accès à des soins appropriés pour les enfants est aussi très difficile. Selon la Canadian Alliance of Pediatric Rheumatology Investigators (CAPRI), la plupart des enfants verront au moins trois professionnels de la santé et attendront quatre à cinq mois après le début des symptômes avant d'être vus dans le milieu de soins optimal, c'est-à-dire un centre multidisciplinaire pour l'arthrite juvénile[69,70].

La prise en charge de l'arthrite n'est pas toujours intégrée de manière efficace dans les modèles de gestion de maladies chroniques et dans les stratégies de réforme des soins de première ligne. Par la restructuration des rôles des professionnels de la santé et les processus de consultation, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les infirmières qui possèdent des rôles élargis de pratique dans une équipe interprofessionnelle ont le potentiel de faciliter de manière appropriée l'accès au prestataire adéquat au moment opportun.

Les soins efficaces commencent avec l'identification et l'évaluation précoces de la maladie. Bien que des lignes directrices pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de l'arthrose aient été développées, traduire celles-ci en une pratique efficace et constante dans l'ensemble des modèles de soins actuels est un défi en partie en raison de problèmes tels que le manque de sensibilisation aux lignes directrices et à la difficulté de les implanter[71,72,73,74]. Les lignes directrices pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde recommandent une

Améliorer les modèles de soins dans l'ensemble du pays

Grâce au financement de Santé Canada, Bone and Joint Canada a développé un réseau national qui a mis en œuvre avec succès des modèles de soins pour les remplacements de la hanche et du genou et pour les fractures de la hanche dans toutes les provinces du Canada. Le réseau est un exemple de comment de nouveaux modèles de soins peuvent être développés de manière efficaces et transférés d'une province à une autre. Cette approche devrait servir de base pour des initiatives similaires pour appliquer des modèles de soins similaires pour les autres formes d'arthrite, y compris les conditions inflammatoires.

consultation précoce avec un spécialiste de l'arthrite, mais plusieurs patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (tout comme ceux avec d'autres formes d'arthrite inflammatoire) ne sont pas dirigés vers les soins appropriés dans les délais indiqués. Souvent, ceci est causé par un manque de continuité des soins et par un dépistage et une orientation inefficaces[75,76,77].

La gestion clinique de l'arthrose implique l'utilisation des thérapies autant pharmacologiques que non pharmacologiques pour soulager la douleur articulaire et améliorer la mobilité des articulations. Pour les patients qui ne répondent pas à ces thérapies, l'arthroplastie totale est recommandée[1]. Cette thérapie rentable est sous-utilisée au sein des patients qui sont toutefois des candidats chirurgicaux appropriés[78].

En raison du manque de compréhension de la maladie et de son traitement[79], plusieurs patients reçoivent des traitements inefficaces ou n'adhèrent pas aux stratégies efficaces de prise en charge, empirant à la fois leur condition et les conséquences s'y rattachant.

Le traitement pour les enfants et les adolescents doit reconnaître les besoins uniques de ces populations. L'objectif de traitement pour les enfants et les adolescents atteints d'arthrite devrait être une maladie inactive et la rémission. Les stratégies de traitement devraient optimiser les résultats, tels que la croissance et le développement normaux, ainsi que la qualité de vie.

c) Ressources humaines en santé

À une époque où l'arthrite est en essor, il y a des contraintes importantes sur la disponibilité des ressources humaines en santé. Plusieurs familles n'ont pas de médecin de famille et doivent donc aller à des cliniques sans rendez-vous, où la continuité des soins est moins certaine. Les médecins de famille jouent un rôle primordial pour aider les individus vivant avec l'arthrite à obtenir des soins spécialisés de l'arthrite, pour traiter celle-ci et pour les guider dans le système de santé[80].

En 2011, il n'y avait que 345 rhumatologues au Canada (Société canadienne de rhumatologie)[81]. Malgré la demande croissante pour la chirurgie articulaire, plusieurs chirurgiens orthopédiques n'ont pas accès à du temps opératoire. De plus, des chirurgiens orthopédiques récemment gradués ont de la difficulté à trouver un emploi[82].

Il y a un besoin croissant et un manque de financement pour des infirmières cliniciennes spécialisées et des thérapeutes afin de fournir des soins multidisciplinaires intégrés aux personnes atteintes d'arthrite au Canada[83].

d) Accès aux thérapies

Entre les territoires, provinces et régions du Canada, il existe une iniquité inacceptable dans l'accès à des thérapies dont l'efficacité est connue et rentable, y compris les traitements pharmacologiques[1,75,76,78]. Les formulaires provinciaux, qui dictent l'accès aux thérapies pharmacologiques, sont incohérents d'une province à l'autre. Certains médicaments pour l'arthrite peuvent être encore plus difficiles à obtenir pour les enfants que pour les adultes.

Il est crucial que l'évaluation post-approbation des médicaments contre l'arthrite fasse partie intégrante du processus d'homologation de ces médicaments et que le retour au travail/la

productivité du travail, parallèlement aux autres aspects de la participation, soit utilisé comme critère pour l'évaluation des nouvelles thérapies pour l'arthrite.

Grâce à une stratégie interprovinciale menée par Bone and Joint Canada, de nombreux progrès ont été réalisés en matière de délais d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou. Cependant, des problèmes importants persistent pour l'accès aux chirurgies de l'épaule, de la cheville et du pied.

e) Autogestion

Il y a des possibilités d'amélioration de l'autogestion de l'arthrite, telles que la coordination améliorée de la création et de la diffusion de matériels pédagogiques en ligne et sur copie papier pour les personnes aux prises avec l'arthrite et les prestataires de soins de santé. Les besoins varient selon la province, certaines régions présentent des lacunes précises, alors que d'autres auraient la possibilité de réduire le dédoublement et de coordonner le développement.

Il y a un besoin croissant et un manque de financement pour des infirmières cliniciennes spécialisées et des thérapeutes afin de fournir des soins multidisciplinaires intégrés aux personnes atteintes d'arthrite au Canada

Résultats visés

Les résultats suivants seront le fruit d'un meilleur accès aux soins et de l'amélioration de la prestation de ces soins.

- Des normes de qualité détaillées pour le traitement de l'arthrite sont développées, mises en oeuvre et surveillées.
- Des modèles multidisciplinaires de traitement de l'arthrite sont implantés, formellement évalués et continuellement améliorés par des stratégies de transfert de connaissances efficaces.
- Un système pancanadien est développé pour mesurer les améliorations aux modèles de soins.
- Les professionnels de la santé reconnaissent l'arthrose comme un problème de santé significatif et la traitent conformément à la meilleure pratique actuelle*.
- L'évaluation de l'arthrite et de la douleur chronique devient une norme dans l'évaluation des individus présentant un excès de poids.
- L'arthrite inflammatoire (c.-à-d., la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, l'arthrite psoriasique) est identifiée et traitée selon les lignes directrices actuelles fondées sur des données probantes dans les quatre semaines suivant la consultation d'un professionnel de la santé*.
- Chaque Canadien vivant avec l'arthrite a un accès équitable à des traitements efficaces et appropriés d'autogestion, médicaux et chirurgicaux, pour préserver le fonctionnement, prévenir l'incapacité et les morbidités associées, de même que pour contrôler la douleur.
- L'évaluation post-approbation des médicaments antirhumatismaux fait partie de l'approbation du médicament*.
- Les préférences du patient, y compris les risques-bénéfices, sont intégrées dans la prise de décision et la prescription des médicaments antirhumatismaux.*

* Colloque sur les normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite (2005), Alliance de l'arthrite du Canada

Stratégies

Pour atteindre ces résultats, le gouvernement et les parties prenantes doivent concentrer leurs efforts et collaborer à la mise en œuvre des stratégies suivantes :

5.1 Adopter et mettre en application des normes nationales, une mesure de la qualité, ainsi qu'un système de rapport pour les soins de l'arthrite au Canada.

5.2 Parrainer le développement, l'évaluation, l'amélioration et la diffusion de modèles efficaces de soins de l'arthrite.

5.3 Appuyer l'implication croissante des professionnels alliés de la santé dans l'identification, l'aiguillage et le traitement de l'arthrite, notamment, les chiropraticiens, les pharmaciens communautaires, les kinésiologues, les infirmières, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes.

5.4 Améliorer l'accès à des thérapies efficaces et appropriées pour les soins de l'arthrite inflammatoire partout au pays.

5.5 Améliorer l'accès aux chirurgies à la hanche, au genou, à l'épaule, à la colonne vertébrale et au pied, avec une réhabilitation préopératoire et postopératoire adéquate, si nécessaire.

5.6 Continuer d'améliorer l'utilisation des réseaux de personnes atteintes d'arthrite pour aider dans le développement de modèles efficaces de soins.

5.7 Travailler avec les fournisseurs de matériels pédagogiques afin de garantir qu'il y ait du matériel sur support électronique et sur papier fondé sur l'expérience clinique afin d'aider l'autogestion de toutes les conditions.

Appuyer la collaboration continue des parties prenantes

Une collaboration efficace entre les parties prenantes pour l'arthrite sera la clé du succès de la mise en application du cadre national.

Objectif 6 : Élargir la participation des parties prenantes dans l'Alliance

L'Alliance de l'arthrite du Canada fournit un forum pour favoriser la collaboration entre les parties prenantes du milieu de l'arthrite. Afin de contribuer à l'avancement du cadre national et d'améliorer de manière significative les vies des personnes atteintes d'arthrite au Canada, il est important que des parties prenantes clés supplémentaires se joignent aux membres actuels de l'Alliance en parrainant la mise en application du cadre national.

Résultats visés

Les résultats suivants seront obtenus à l'aide d'une participation élargie des parties prenantes :

- Les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux appuient la communauté de l'arthrite en mettant en application les initiatives du cadre national.
- Une gamme élargie de professionnels de la santé et d'organisations responsables de la prévention des blessures participent à la mise en application des initiatives du cadre national.
- Les employeurs, les travailleurs et les assureurs participent à la mise en application des initiatives du cadre national.

Stratégies

Pour atteindre ces résultats, les gouvernements et les parties prenantes doivent concentrer leurs efforts et collaborer à la mise en œuvre des stratégies suivantes :

6.1 Solliciter la participation des gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux pour travailler avec la communauté de l'arthrite et la soutenir pour participer à la mise en application du cadre national.

6.2 Solliciter la participation des professions et des organisations de la santé impliquées dans la prévention des maladies chroniques pour participer à la mise en application du cadre national.

6.3 Solliciter la participation des professions et des organisations impliquées dans la prévention des blessures dans le sport et en milieu de travail pour participer à la mise en application du cadre national avec la communauté de l'arthrite.

6.4 Encourager les employeurs et les assureurs à participer à la mise en application du cadre national avec la communauté de l'arthrite.

Priorités initiales à mettre en œuvre

Le cadre national comprend un large éventail d'objectifs et de stratégies qui doivent être abordés au fil du temps. Cette section du rapport donne un aperçu des priorités initiales pour la mise en application et les possibilités de contributions des différentes parties prenantes.

Priorités initiales

L'Alliance de l'arthrite du Canada se concentrera sur la mise en œuvre des priorités initiales.

1. Mettre en œuvre une stratégie pancanadienne harmonisée pour sensibiliser à l'arthrite.

Action collective pour l'arthrite doit d'abord sensibiliser afin de modifier les comportements. Les mandats de plusieurs organismes membres de l'Alliance incluent l'augmentation de la reconnaissance de l'arthrite par l'information et l'éducation. Le soutien et l'implication des gouvernements, du secteur privé et des organisations professionnelles du domaine de la santé doivent se développer et s'améliorer avec ces efforts selon une stratégie pancanadienne harmonisée d'amélioration de la reconnaissance qui modifiera la compréhension et le comportement du public, des professionnels de la santé, des décideurs, des employeurs, des éducateurs et des autres.

Les objectifs de cette priorité initiale sont :

- Que la reconnaissance publique des principaux facteurs de risque, des conséquences et des stratégies de prévention de l'arthrite ainsi que de l'orientation vers les ressources appropriées pour une intervention soit davantage développée.
- Que l'arthrite soit davantage reconnue comme une maladie chronique dans la prévention des maladies chroniques, dans les stratégies de gestion et dans les stratégies de réduction de l'obésité.
- Que la capacité de dépistage et la sensibilisation à l'arthrite augmentent.
- Que les employeurs, les assureurs et les agences gouvernementales reconnaissent davantage l'arthrite comme une source majeure d'incapacité au travail et reconnaissent également :

Sensibilisation grâce aux ressources, à la recherche et aux relations

En collaboration avec son réseau de bénévoles, de professionnels de la santé et d'employés dévoués, la Société de l'arthrite assure le rôle de chef de file et le financement de la recherche et la défense des droits tout en trouvant des solutions. À ce jour, l'investissement de la Société dans des projets de recherche et d'enseignement a conduit à des innovations dans le diagnostic, le traitement et les soins des personnes atteintes d'arthrite.

L'amélioration des connaissances et de la sensibilisation est critique afin que les Canadiens puissent reconnaître l'importance d'éliminer ce risque de santé ainsi que les implications socioéconomiques de grande envergure pour tous les Canadiens.

- La nécessité d'investir dans la prévention des blessures, puisque les blessures mènent à l'arthrite; et
- L'importance des politiques de travail pour accommoder les incapacités temporaires des employés vivant avec l'arthrite.

Les conditions nécessaires pour atteindre ces objectifs incluent :

- Encourager tous les parties prenantes à accroître leur effort de sensibilisation;
- Développer des messages communs, convaincants et fondés sur l'expérience clinique qui visent à dissiper les mythes à propos de l'arthrite;
- Cibler les messages pertinents s'adressant à des publics spécifiques afin de modifier le comportement;
- Transmettre ces messages par le biais d'une stratégie de communication ayant une apparence et une portée cohérente;
- Coordonner la transmission de ces messages par le biais d'organisations œuvrant actuellement dans le domaine de l'arthrite et véhiculer des stratégies gouvernementales sur la maladie chronique, sur la prévention des blessures ainsi que sur la réduction de l'obésité; et
- Utiliser la stratégie pour aider les gens à agir et à accéder aux ressources appropriées.

L'Alliance a établi une structure de leadership et un groupe de travail pour mener le développement et la mise en œuvre de cette stratégie.

2. Parrainer des améliorations aux modèles de soins de l'arthrite.

L'objectif de cette priorité est de faciliter la mise en œuvre et l'amélioration continue des modèles de soins pour les personnes atteintes d'arthrite au Canada.

L'Alliance a créé un Groupe de travail sur les modèles de soins, composé d'experts, qui a développé des critères fondés sur l'expérience clinique pour améliorer l'efficience et l'efficacité des diagnostics et du traitement de l'arthrite dans différents environnements de soins. Grâce à ces travaux, l'Alliance collaborera avec les parties prenantes intéressés à :

- Chercher l'appui des gouvernements et des associations liées au domaine de la santé pour parrainer l'amélioration des modèles de soins de l'arthrite au Canada;
- Concevoir de nouveaux indicateurs de qualité et améliorer ceux qui sont actuellement utilisés afin de démontrer l'efficacité des soins de l'arthrite et faire rapport des résultats sur une base régulière;
- Développer et mettre en œuvre une stratégie de communication afin de partager l'information sur les meilleurs modèles de soins partout au Canada; et
- Travailler avec les fournisseurs clés de matériels pédagogiques afin de garantir qu'il y ait du matériel sur support électronique et sur papier, fondé sur des données probantes, afin d'appuyer l'autogestion dans le traitement de l'arthrite.

3. Promouvoir la recherche en matière de prévention de l'arthrite, d'autogestion et d'efficacité et d'efficience dans les soins de l'arthrite.

La troisième priorité pour la mise en application initiale met l'accent sur les ressources et les efforts par le biais de l'amélioration de la prévention et de la prestation des soins de l'arthrite. Cette priorité harmonise et fusionne les initiatives en cours au pays, conçues pour offrir des soins de haute qualité, centrés sur le patient, dans un système de soins de santé viable financé par l'État.

L'objectif de cette priorité consiste à promouvoir la recherche dans l'organisation et dans la prestation des services de soins de santé. Ceci inclut des études sur la prévention et l'autogestion de l'arthrite, ainsi que sur l'efficacité et l'efficience comparatives des modèles de soins qui mettent l'accent sur le patient. Il est essentiel de garantir non seulement que les améliorations des modèles de soins sont fondées sur l'expérience clinique et qu'elles sont axées sur le patient, mais qu'elles démontrent également des avantages mesurables.

L'Alliance a créé un Groupe de travail de recherche pour mettre en œuvre cette priorité initiale, ainsi que pour diriger les efforts à plus long terme afin d'harmoniser et de renforcer la recherche sur l'arthrite. À court terme, le Groupe de travail sur la recherche collaborera avec les parties prenantes intéressés à :

- Développer des possibilités de financement de recherche ciblées qui mettent l'accent sur la prévention, l'autogestion et les modèles de prestation de soins de l'arthrite, ainsi que sur la mesure de leurs avantages pour les patients et pour le système de soins de santé;
- Permettre à la communauté canadienne de l'arthrite de mettre en rapport et d'échanger les nouvelles connaissances et les meilleures pratiques afin d'apporter des améliorations mesurables sur la santé des personnes aux prises avec l'arthrite;
- Faciliter la formation de groupes de recherche multidisciplinaires pour aborder les lacunes de connaissances sur la prévention, l'autogestion et les modèles de soins de l'arthrite; et
- Promouvoir les principes d'application des connaissances afin d'engager les décideurs et les prestataires en matière de soins de santé pour faciliter la prise en charge et la mise en œuvre des résultats de recherche liés aux modèles novateurs de soins et à leur application selon différents contextes.

4. Soutenir la participation continue des parties prenantes.

Aucun élément de ce travail portant sur ces priorités initiales ou sur d'autres initiatives du cadre national ne sera mis en œuvre sans la capacité d'appuyer la collaboration continue des parties prenantes. La communauté de l'arthrite doit continuer à collaborer et les nouvelles parties prenantes doivent participer à ces initiatives. Une organisation financée et stable est nécessaire à l'appui de la collaboration des parties prenantes et pour faciliter la mise en œuvre des initiatives du cadre national.

L'Alliance va aller de l'avant en élargissant l'étendue des parties prenantes qui participent à la

mise en œuvre des initiatives du cadre national en tant que membres et donateur.

Ce que peuvent faire les parties prenantes

L'Alliance et ses membres ont pris l'avance en ce qui concerne la simplification du développement de ce cadre national et approcheront les gouvernements et les autres organisations parties prenantes du milieu de l'arthrite avec des demandes spécifiques pour soutenir la mise en œuvre de ses priorités initiales, ainsi qu'y participer.

Jusqu'à maintenant, la collaboration représente le cœur du succès de l'Alliance. L'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrite et l'atténuation du fardeau croissant de l'arthrite requerront le soutien et la participation de toutes les parties prenantes.

Les parties prenantes seront encouragées à contribuer à la mise en œuvre des priorités initiales de plusieurs façons.

Parties prenantes	Contributions possibles des parties prenantes
• Les organisations de consommateurs • Les employeurs et les organisations commerciales • Les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux • Les éducateurs • Les associations et les prestataires de soins de santé • Les organisations de prévention des blessures • Les assureurs • Les chercheurs • Les agences de financement de la recherche • Les organisations de médecine sportive et d'entraînement	• Appuyer et participer à la stratégie de sensibilisation. • Participer aux stratégies d'évaluation et de diffusion des connaissances afin d'améliorer les modèles de soins de l'arthrite. • Fournir le financement et le soutien à la recherche pour évaluer les modèles de soins. • Devenir membre de l'Alliance de l'arthrite du Canada. • Fournir un soutien financier pour le travail de l'Alliance qui consiste à soutenir la collaboration des parties prenantes actuelles et à mettre en œuvre le cadre national.

Contactez-nous

Nous aimerions connaître votre opinion. Envoyez-nous vos commentaires sur *Action collective pour l'arthrite :* un cadre national pour améliorer la prévention et les soins de l'arthrite au Canada ou contactez-nous pour discuter de la façon dont votre groupe pourrait aider à faire de la vision du cadre national une réalité. Envoyez-nous un courriel à info@arthritisalliance.ca ou visitez www.arthritisalliance.ca.

Annexe A

Sommaire des données à l'appui

1. Sensibiliser à l'arthrite

- Le niveau de sensibilisation à propos de l'arthrite en tant que problème de santé spécifique et des effets de l'arthrite sur la population active est faible parmi le grand public, les fournisseurs de soins de santé et les employeurs[33,34,79,84].
- Même parmi les personnes qui vivent avec l'arthrite, plusieurs ne connaissent pas le type d'arthrite avec lequel ils vivent[85].
- De plus, la qualité de l'information sur la santé qui se trouve sur le Web est inadéquate et la capacité des patients à naviguer la toile pour trouver des ressources et de l'information de qualité sur l'arthrite est réduite[86,87,88,89,90].
- Bien que les affections articulaires soient des problèmes couramment rencontrés en première ligne, la sensibilisation à l'arthrite et à la prestation du traitement de l'arthrite par les médecins de première ligne est sous-optimale[33,34,35].
- Les interventions d'enseignement auprès des patients sont efficaces pour améliorer les connaissances à propos de l'arthrite[91,92,93] et peuvent entraîner des changements de comportement chez les individus atteints d'arthrite[94,95].

2. Harmoniser et renforcer la recherche sur l'arthrite

- La majorité de la recherche au cours des cinq dernières années a mis l'accent sur la compréhension des mécanismes, sur le traitement de la maladie et sur la gestion de la qualité de vie; la recherche sur la prévention et le diagnostic ou le dépistage a été limitée[28].
- Le financement de l'arthrite a atteint un plateau depuis 2005 et, bien que l'arthrite soit plus prévalente, elle continue de recevoir significativement moins de financement que le diabète et le cancer (4,30 $ par personne atteinte d'arthrite, en comparaison à 12,83 $ par personne atteinte de diabète et 138,60 $ par personne atteinte d'un cancer)[28].
- De plus, bien que l'arthrose soit plus prévalente (>10 % de la population) que la polyarthrite rhumatoïde (<1 % de la population), et qu'elle constitue un fardeau croissant[1,4], le financement de la recherche sur l'arthrose a été comparable au

financement de la PR, révélant le besoin pour un investissement continu dans la recherche sur l'arthrose[28].

- Il est reconnu qu'il y a une grande variabilité dans l'activité et la progression de la maladie chez chaque patient et entre les patients atteints d'arthrite inflammatoire (p.ex. polyarthrite rhumatoïde, arthrite psoriasique)[96]. Afin d'améliorer la prévention de la maladie et de développer de meilleures thérapies pour l'arthrite, il est capital de comprendre l'évolution et les mécanismes sous-jacents de la maladie (p.ex. dérèglement de la réponse immunitaire)[97].
- L'identification de biomarqueurs pouvant dépister les patients étant à risque pour une maladie active ou qui progresse a des implications significatives dans la prévention de la progression de la maladie et dans le maintien du fonctionnement, en ciblant des thérapies spécifiques à chaque patient[98]. Bien qu'un certain progrès ait été accompli dans l'avancement de la médecine personnalisée et de précision en rhumatologie, davantage de recherche est requise[99,100].
- Encore très peu est connu au sujet de l'effet des interactions entre les habitudes de vie, le comportement, l'environnement et les gènes sur le développement des maladies arthritiques. Une meilleure connaissance de ces interactions et de l'étiologie de la maladie est essentielle afin de contrôler et de prévenir le déclenchement de la maladie[101,102,103].
- Les personnes qui vivent avec l'arthrite sont plus susceptibles de vivre avec d'autres conditions comorbides, particulièrement en vieillissant[1,11,104,105,106]. Par contre, il existe peu d'informations sur les meilleures façons de gérer les conditions arthritiques, telles que l'arthrose, dans le contexte d'autres maladies comorbides[19]. De plus, la présence simultanée d'autres maladies chroniques a été identifiée comme une barrière significative pour recevoir un traitement approprié et comme menant à de moins bons pronostics[20,21,107].
- Des systèmes de surveillance coordonnés et intégrés à plusieurs niveaux au sein des systèmes de soins de santé peuvent promouvoir et améliorer la qualité des soins qui sont fournis aux personnes vivant avec l'arthrite[108,109].
- Afin que les systèmes de soins de santé fournissent un traitement efficace et rapide de l'arthrite, une information valide et fiable est nécessaire pour guider la prise de décisions par toutes les parties prenantes des soins de santé. Les indicateurs de qualité sont des outils qui peuvent être utilisés pour mesurer la performance des systèmes de soins, identifier les besoins à combler dans les soins et faciliter les initiatives d'amélioration de la qualité afin de fournir le bon soin au bon patient au bon moment[64,110].
- Il existe des données scientifiques qui appuient l'efficacité et, dans certains cas, le rapport coût-efficacité de nouveaux modèles de soins, tels que le recours à des infirmières spécialisées ou à des thérapeutes en réadaptation dans des rôles cliniques élargis[111,112,113,114,115,116,117,118].
- Bien que certaines études aient démontré les retombées positives, par exemple des délais d'attente réduits pour les rhumatologues, des modèles visant à améliorer les connaissances en dépistage et en demandes de consultation des médecins de première

ligne[91,119,120,121], davantage de recherche est requise afin de déterminer et d'évaluer les modèles et les systèmes de soins de santé optimaux pour l'arthrite au Canada.

3. Améliorer l'enseignement professionnel sur l'arthrite

- Les conditions musculosquelettiques constituent le champ de pratique le plus important des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des infirmières, des chiropraticiens, des pharmaciens et des autres professionnels de la santé canadiens[29,30,31,32].
- Toutefois, les médecins de première ligne rapportent des capacités et une confiance moindres à l'égard des évaluations musculosquelettiques en comparaison avec les autres types d'évaluation clinique[33,34,35].
- De plus, l'anamnèse de l'arthrite et les compétences d'évaluation physique sont identifiées comme étant limitées parmi les physiothérapeutes débutants et les étudiants en ergothérapie[36,38]. Il est également important de prendre en note que la transition récente entre un programme de baccalauréat de quatre ans et un programme de maîtrise de deux ans dans la plupart des universités canadiennes a entraîné une diminution de la période d'enseignement moyenne en rhumatologie dans les programmes de premier cycle de physiothérapie[37].
- On a démonté l'efficacité des programmes d'enseignement axés sur les fournisseurs de soins de santé pour améliorer la prestation des soins de l'arthrite, notamment en améliorant les connaissances des patients sur leur type d'arthrite, leurs traitements et leurs effets secondaires, ainsi que sur les services communautaires et les ressources disponibles pour les aider à gérer leur maladie[122].
- Les professionnels de la santé doivent contribuer à l'amélioration de la santé des autochtones au Canada en fournissant des soins de santé globaux qui considèrent l'histoire, les croyances traditionnelles et les pratiques de guérison autochtones et qui reconnaît et répond aux besoins de cette population vulnérable[123].

4. Améliorer la prévention de l'arthrite

- L'obésité est un facteur de risque reconnu pour l'arthrose du genou, de la hanche et de la main[42,43,44,45]. Il y a un certain consensus sur le fait qu'une charge augmentée sur une articulation est un mécanisme contribuant au développement de l'arthrose[124,125,126]. La perte de poids a été identifiée comme une importante stratégie de prévention de l'arthrose[29,48,49].
- L'activité physique est nécessaire pour atteindre et maintenir un poids corporel sain[127], ce qui peut être une mesure préventive au développement de certains types d'arthrite comme l'arthrose[49,2].
- L'exercice physique peut avoir un effet bénéfique sur la santé des os et des articulations, ainsi que sur le fonctionnement physique et psychosocial des individus atteints de maladie articulaire[128,129]. Certains types d'activités physiques récréatives sont adéquats pour les individus atteints de polyarthrite rhumatoïde et d'arthrose[52,53,130].
- Les exercices thérapeutiques, comme le renforcement fonctionnel, l'activité physique générale et les exercices de faible intensité impliquant tout le corps sont efficaces pour gérer l'arthrite[131].

- Des blessures telles que des fractures ou des blessures au genou, à la hanche ou au pied peuvent entraîner une augmentation du risque de développer de l'arthrose plus tard dans la vie[54]. Des données récentes ont montré que > 50 % des individus qui ont eu une blessure au genou développeront de l'arthrose à l'intérieur de 12-20 ans[132].
- Le sport est la principale cause de blessures chez les adolescents qui se présentent chez le médecin ou aux urgences[55,56,57]. Les blessures au membre inférieur représentent plus de 60 % des blessures liées au sport chez les adolescents, les plus communes étant celles impliquant le genou et la cheville[55,56,133,134].
- Les chercheurs ont établi des facteurs de risque occupationnels et des activités adaptées aux blessures du genou[58,59,60,61], qui permettent aux employeurs de concevoir et de mettre en œuvre des politiques en milieu de travail et des modifications pour prendre en charge les incapacités épisodiques liées à l'arthrite[62].

5. Améliorer l'accès et la prestation des soins

- Des indicateurs de qualité peuvent mesurer la performance du système de soins de santé au niveau des fournisseurs, de l'échelon du réseau et des régions[64,110,135].
- La communauté de rhumatologie a déployé des efforts importants afin de développer des indicateurs de qualité pour évaluer les processus de soins de l'arthrite, qui sont fondés sur des données probantes et qui sont adaptés pour une utilisation de routine en rhumatologie[64,110,136,137,138,139].
- Des efforts collaboratifs continus parmi les parties prenantes de la rhumatologie, y compris les décideurs et les contribuables, sont requis afin de développer des indicateurs de qualité qui mesurent les effets, en rhumatologie, des structures et des processus de soins du système de santé sur les résultats de santé. De plus, des efforts sont requis afin de valider l'utilisation des indicateurs de qualités utilisés dans les systèmes de collecte de données de routine, tels que les dossiers de santé électroniques, afin d'appuyer une évaluation continue de la qualité et de la performance au sein de la pratique rhumatologique[64,110].
- La recherche a montré que l'accès dans des délais optimaux à une chirurgie de remplacement articulaire total pour ceux qui y sont éligibles est une source d'économies à la fois pour le système de santé et pour les patients et leurs soignants[140]. Les patients qui attendent plus de six mois pour la chirurgie sont exposés à d'importantes douleurs, une perte de qualité de vie significative, un dommage possible à l'articulation et une diminution de la mobilité[141].
- Les lignes directrices recommandent une consultation précoce auprès d'un spécialiste de l'arthrite pour confirmer le diagnostic et le traitement[142,143,144,145,146].
- Plusieurs lignes directrices appuient également la consultation précoce d'un rhumatologue et un traitement avec des médicaments de la classe des ARAL (antirhumatismaux à action lente) pour les patients atteints de PR[147,148,149,150,151,152,153]. Une intervention précoce avec des ARAL ralentit la progression de l'atteinte articulaire et améliore le pronostic à long terme, ainsi que la qualité de vie générale du patient. Un délai de plus de trois mois avant d'instiguer la thérapie aux ARAL peut entraîner davantage d'incapacité physique et d'atteinte articulaire[154,155,156,157].

- En dépit des recommandations relatives à l'accès précoce aux soins pour les patients atteints de PR, les études démontrent que moins de 50 % des patients reçoivent un traitement aux ARAL à l'intérieur de six mois à un an à partir du déclenchement de leurs symptômes[75,76,77].
- Il existe des lignes directrices qui appuient la gestion de l'arthrose en utilisant à la fois une thérapie pharmacologique et des interventions non pharmacologiques, telles que l'exercice, l'enseignement, la protection articulaire et les appareils fonctionnels[138,158,159,160,161,162,163]. Les stratégies pour la diffusion des lignes directives entraînent des améliorations modestes à modérées[71,72,73,74].
- En dépit des lignes directrices et des recommandations qui existent à l'égard de la prise en charge de l'arthrite, l'usage de médicaments inappropriés ou inefficaces a été rapporté au sein des patients arthritiques[21,164].
- Afin d'améliorer la qualité et le développement de soins efficaces et efficients pour l'arthrite, la recherche a démontré la nécessité de développer des modèles qui s'intègrent autour du continuum de soins avec des liens avec les soins primaires et communautaires. La nécessité de l'intégration avec les autres modèles de maladies chroniques a aussi été identifiée afin de permettre une gestion viable de l'arthrite comme maladie chronique[165].
- Des données probantes appuient l'efficacité des soins de l'arthrite par une équipe multidisciplinaire[166,167].

Annexe B

Hyperliens vers des rapports de l'Alliance

La liste ci-dessous contient les liens vers les rapports clés produits par l'Alliance. Tous les rapports sont disponibles sur le site www.arthritisalliance.ca.

Nom du rapport*	Description
Colloque sur les normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite (2005)	Décrit le processus de la consultation nationale effectuée en 2005 et les douze normes pour la prévention et le traitement de l'arthrite qui en résultent. Ces normes ont été incorporées en tant que résultats visés dans le document *Action collective pour l'arthrite : Un cadre national pour améliorer la prévention et le traitement de l'arthrite au Canada*
État du financement de l'arthrite**	Décrit l'état du financement de la recherche sur l'arthrite et résume les points forts, les besoins et les défis auxquels est confronté le Canada dans le contexte global de la maladie.
L'impact de l'arthrite au Canada : aujourd'hui et au cours des 30 prochaines années.	Documente le fardeau de l'arthrite au Canada, en se concentrant sur l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde et explore l'impact potentiel d'investigations ciblées visant à réduire le fardeau.

*Certains rapports sont sous l'ancien nom de l'Alliance, l'Alliance pour le programme canadien de l'arthrite (APCA).

** À la demande du Réseau canadien de l'arthrite (RCA), de la Société de l'arthrite, de l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de l'Alliance pour le programme canadien de l'arthrite (APCA).

Annexe C

Normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite

Les normes suivantes pour la prévention et le traitement de l'arthrite ont été développées en 2005 par l'Alliance, à ce moment appelée l'Alliance pour le programme canadien de l'arthrite (APCA).

Normes définitives en matière de prévention et de traitement de l'arthrite[1]

1. Tous les Canadiens doivent être sensibilisés au problème de l'arthrite.
2. Tous les Canadiens arthritiques doivent avoir accès à des renseignements et à de la formation sur l'arthrite qui répondent à un ensemble de critères établis et qui sont adaptés à l'âge et au stade de la maladie de chacun.
3. La capacité à participer à des activités sociales, éducatives, communautaires, professionnelles et récréatives doit faire partie des paramètres d'évaluation des résultats appliqués par les professionnels de santé, les éducateurs, les décideurs et les chercheurs.
4. Tous les Canadiens doivent être sensibilisés à l'importance d'atteindre et de maintenir un poids santé, et ils doivent être fortement encouragés à faire de l'exercice afin de prévenir le déclenchement ou l'aggravation de l'arthrite.
5. Tous les professionnels de la santé concernés doivent être en mesure d'effectuer un examen musculosquelettique validé, standardisé et adapté à l'âge des patients, pour le dépistage de l'arthrite.
6. L'arthrite inflammatoire doit être dépistée et elle doit être traitée de manière appropriée dans les quatre semaines qui suivent la consultation chez un professionnel de santé.
7. Les professionnels de la santé doivent reconnaître l'importance de l'arthrose en tant que problème de santé et la traiter conformément aux directives thérapeutiques actuelles. (Jordan 2003).
8. La mesure de la densité minérale osseuse doit être offerte gratuitement à toutes les femmes de plus de 65 ans, à tous les hommes et femmes qui ont subi une fracture à faible impact après l'âge de 40 ans, et aux Canadiens de tous âges présentant des

facteurs de risque d'ostéoporose, conformément aux directives de prévention et de traitement actuelles (Brown 2002).

9. Tous les Canadiens arthritiques devraient avoir le même accès rapide aux médicaments appropriés.

10. La pharmacovigilance doit faire partie du processus d'approbation des médicaments antirhumatismaux après leur mise sur le marché.

11. Les préférences des patients en matière de médicaments antirhumatismaux, y compris les compromis à faire sur le plan du rapport risques/avantages, doivent être intégrées dans le processus décisionnel des instances de réglementation et des prescripteurs.

12. Les Canadiens qui ont besoin d'une chirurgie articulaire ne devraient jamais avoir à attendre plus de six mois à partir du moment où la décision d'opérer est prise par le patient et son médecin.

Normes provisoires en attente de recherche plus approfondie

13. Pour prévenir l'arthrite, tous les Canadiens doivent comprendre et mettre en œuvre des stratégies de prévention afin de ne pas s'exposer à un risque de blessure durant des activités sportives ou récréatives.

14. Tous les Canadiens arthritiques doivent avoir accès rapidement à des soins intégrés appropriés, adaptés à leur âge et au stade de leur maladie.

15. Tous les Canadiens arthritiques pourront mener une vie active et assumer les rôles qui leur sont importants.

Référence

[1]Alliance de l'arthrite du Canada. Normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite 2003. Site Web : http://www.arthritisalliance.ca/docs/SAPC Full Report 20060331 fr.pdf.

Annexe D

Références

1 Alliance de l'arthrite du Canada. *L'impact de l'arthrite au Canada: aujourd'hui et au cours des 30 prochaines années.* 2011(a). URL:http://www.arthritisalliance.ca/docs/20111117_2130_impact_of_arthritis_french%20Final.pdf. Consulté le 24 juin 2012.

2 Santé Canada. *L'arthrite au Canada. Une bataille à gagner*. Ottawa : Santé Canada, 2003 (N°cat. H39-4/14/2003F).

3 Badley EM, Wang PP. The contribution of Arthritis and Arthritis disability to nonparticipation in the labor force: A Canadian example. *The Journal of Rheumatology* 2000; 28:1077–82.

4 Agence de la santé publique du Canada. *Vivre avec l'arthrite au Canada : Un défi de santé personnel et de santé publique*. URL : http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/arthritisarthrite/lwaic-vaaac-10/index-fra.php. Consulté le 29 septembre 2011.

5 Badley EM, Rothman LM, Wang PP. Modeling physical dependence in Arthritis: The relative contribution of specific disabilities and environmental factors. *Arthritis Care and Research* 1998; 11(5):335–345.

6 Badley EM. The effect of Osteoarthritis on disability and health care use in Canada. *Journal of Rheumatology* 1995; (supplement 43) 22:19–22.

7 Coyte PC, Asche CV, Croxford R, Chan B. The economic cost of musculoskeletal disorders in Canada. *Arthritis Care Research* 1998; 11:315–25.

8 Walker JG, Littlejohn GO. Measuring quality of life in rheumatic conditions. *Clinical Rheumatology* 2007; 26:671–673.

9 Badley EM, Rasooly I, Webster GK. Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability, and health care utilization: Findings from the 1990 Ontario Health Survey. *Journal of Rheumatology* 1994; Mar 21(3):505–514.

10 Bernatsky S, Oen K, Rosenberg A, Stringer E, Tucker L, Duffy C, Labrecque J, Svenson L, Joseph, L. The prevalence of rheumatic diseases in Canadian pediatric populations: Administrative database estimates. Canadian Alliance of Pediatric Rheumatology Investigators. Abstract presented at *2011 Canadian Rheumatology Association Conference, 66th Annual General Meeting and 39th Congress of the Mexican College of Rheumatology*, February 22–15, 2011, Cancun, Mexico.

11 Bierman AS (ed). *Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report* (POWER) Volume 2: Toronto, 2010. Chapter: Hawker GA, Badley EM, Jaglal S, Dunn S, Croxford R, Ko B, Degani N, Bierman AS. Musculoskeletal conditions.

[12] La Société de l'arthrite. *Formes d'arthrite*. URL : http://www.arthrite.ca/page.aspx?pid=5834. Consulté le 18 juillet 2012.

[13] Lane NE, Brandt K, Hawker G, Peeva E, Schreyer E, Tsuji W, et al. OARSI-FDA Initiative: Defining the disease state of Osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage,* 2011 May; 19(5):478–82. Epub March 23, 2011.

[14] Huskisson EC, Dieppe PA, Tucker AK, Cannell LB. Another look at osteoarthritis. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1979; 38:423–28.

[15] Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2010 Aug; 26(3):355–369.

[16] Ku IA, Imboden JB, Hsue PY, Ganz P. Rheumatoid Arthritis: Model of systemic inflammation driving atherosclerosis. *Circulation Journal*. 2009 June; 73(6):977–85. Epub May 9, 2009.

[17] Prakken B, Albani S, Martini A. Juvenile Idiopathic Arthritis. *Lancet*. 2011; 377(9783):2138–2149.

[18] Tucker LB, Dancey P, Oen K, Huber A, Lagace C, Espinosa V, Canadian Alliance for Pediatric Rheumatology Investigators. *Canadian national surveillance for Juvenile Idiopathic Arthritis.* Annual Scientific Meeting of the American College of Rheumatology, San Francisco, October 2008. (Arthritis Rheum 2008; 58 (suppl 9): Abstract 1228). Canadian Pediatric Society 2009 URL: http://www.cps.ca/english/surveillance/cpsp/Studies/2009Results.pdf.

[19] Kendzerska T, Narang S., Mian S., Hawker G. A systematic review of the literature on best practice for the management of osteoarthritis in the setting of diabetes or cardiovascular disease. Unpublished manuscript. Abstract submitted to the 2013 Annual American College of Rheumatology Conference, 2012.

[20] Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly* 1999; 7(3):56–66.

[21] Wang PS, Avorn J, Brookhart MA et al. Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives. *Hypertension 2005*; 46(2):273–279.

[22] Power JD, Badley EM, French MR, Wall AJ, Hawker GA. Fatigue in osteoarthritis: A qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2008; 9:63–71.

[23] Hawker GA, French M, Waugh EJ, Gignac MA, Cheung C, Murray BJ. The multidimensionality of sleep quality and its relationship to fatigue in older adults with painful osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2010; 18(11):1365–1371.

[24] Katz PP, Yelin EH. Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Rheumatology* 1993 May; 20(5):790–796.

[25] Arnow BA, Blasey CM, Lee J, Fireman B, Hunkeler EM, Dea R, et al. Relationships among depression, chronic pain, chronic disabling pain, and medical costs. *Psychiatric Services* 2009; 60(3):344–350.

[26] Covic T, Cumming SR, Pallant JF, Manolios N, Emery P, Conaghan PG, Tennant A. Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: Prevalence rates based on a comparison of the depression, anxiety and stress scale (DASS) and the hospital, anxiety and depression scale (HADS). *BMC Psychiatry* 2012; Jan 24;12:6.

[27] Ramage-Morin PL, Gilmore H. Chronic pain at ages 12–44. *Statistics Canada Catalogue, Health Reports* 2010; 21(4):1–10.

[28] Alliance de l'arthrite du Canada. *État des lieux du financement de l'arthrite.* 2011b URL: http://www.arthritisalliance.ca/docs/Arthritis%20Funding%20Final%20Final%20Landscape%20Review.pdf. Consulté le 22 juin 2012.

[29] Mackay C, Badley E, Canizares M, Davis A, Koh M. Care for musculoskeletal conditions in Ontario: Visits to physicians. (2006/2007). Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. April 30, 2008.

[30] Hammond A. What is the role of the occupational therapist? *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology* 2004; Aug 18(4):491–505

[31] Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators (CAPR). (2005). URL: http://www.alliancept.org/exams/index.html. Consulté le 28 juillet 2012.

[32] Power JD, Cott CA, Badley EM, Hawker GA. Physical therapy services for older adults with at least moderately severe hip or knee arthritis in 2 Ontario counties. *The Journal of Rheumatology* 2005; Jan 32(1):123–129.

[33] Glazier RH, Dalby DM, Badley EM, et al. Management of common musculoskeletal problems: A survey of Ontario primary care physicians. *CMAJ* 1998; 158(8):1037–40.

[34] Glazier RH, Dalby DM, Badley EM, Hawker GA, Bell MJ, Buchbinder R. Determinants of physician confidence in the primary care management of musculoskeletal disorders. *Journal of Rheumatology* 1996; Feb 23(2):351–356.

[35] Myers, A., McDonagh, JE, Gupta, K, et al. More 'cries from the joints': Assessment of the musculoskeletal system is poorly documented in routine paediatric clerking. *Rheumatology* 2004; 43:1045–1049.

[36] Li, LC, Westby MD, Sutton E, Thompson M, Sayre EC, Casimiro L. Canadian physiotherapists' views on certification, specialisation, extended role practice, and entry-level training in rheumatology. *BMC Health Services Research* 2009; Jun 2;9:88.

[37] Westby, MD. Rheumatology instruction in physical therapy undergraduate programs: A survey of Canadian universities. *Physiotherapy Canada* 1999; 51: 264–267, 272.

[38] Moncur, C. Physical therapy competencies in rheumatology. *Physical Ther*apy 1985; 65;1365–1372.

[39] Ontario Ministry of Health and Long-term Care Communique. *MOHLTC announces funding for OT services in FHTs*. March 2010 URL: http://www.osot.on.ca/eng/PDFs/OT_in_FHTs_Letter.pdf. Consulté le 3 août 2012.

[40] Ontario Ministry of Health and Long-term Care. *Changes in coverage for physiotherapy services.* URL: http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ohip/physiotherapy.html. Consulté le 3 août 2012.

[41] British Columbia Ministry of Health Services. *B.C. pharmacists to give injections for vaccines.* 2009 URL: http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2009-2013/2009HSERV0026-000515.htm Consulté en août 2012.

[42] Carman WJ, Sowers, M, Hawthorne VM, Weissfeld, L A. Obesity as a risk factor for osteoarthritis of the hand and wrist: A prospective study. *American Journal of Epidemiology* 1994; 139:119–129.

[43] Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA, et al. Osteoarthritis: New insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Annals of Internal Medicine* 2000; 133:635–646.

[44] Felson D T, Anderson JJ, Naimark A, Walker AM, Meenan RF. Obesity and knee osteoarthritis. The Framingham Study. *Annals of Internal Medicine* 1988; 109:18–24.

[45] Gelber AC, Hochberg MC, Mead LA, et al. Body mass index in young men and the risk of subsequent knee and hip osteoarthritis. *American Journal of Medicine,* 1999; 107:542–548.

[46] Lievense AM, Bierma-Zeinstra SM, Verhagen AP, et al. Influence of obesity on the development of osteoarthritis of the hip: A systematic review. *Rheumatology*, 2002; 41:1155–1162.

[47] Mackay C, Badley E, Canizares M, Davis A, Koh M. *Care for musculoskeletal conditions in Ontario: Visits to physicians*. (2006/2007). Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, April 30, 2008.

[48] Felson DT, Zhang Y, Anthony JM, Naimark A, Anderson JJ. Weight loss reduces the risk for symptomatic knee osteoarthritis in women. The Framingham Study. *Annals of Internal Medicine* 1992; 116: 535–539.

[49] Powell, A, Teichtahl AJ, Wluka A E, Cicuttini FM. Obesity: A preventable risk factor for large joint osteoarthritis which may act through biomechanical factors. *British Journal of Sports Medicine* 2005; 39:4–5.

[50] Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, Sharma AM. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. CMAJ 2011; Oct 4;183(14):E1059-66. Epub 2011 Aug 15. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3185097/pdf/183e1059.pdf. Consulté en août 2012.

[51] Brosseau L, MacLeay L, Robinson V, Wells G, Tugwell P. Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2003; CD004259.

[52] De Jong Z, Munneke M, Lems WF, et al. Slowing of bone loss in patients with rheumatoid arthritis by long-term high-intensity exercise: Results of a randomized, controlled trial. *Arthritis and Rheumatism* 2004; 50:1066–1076.

[53] Han A, Robinson V, Judd M, et al. Tai chi for treating Rheumatoid Arthritis. *Cochrane Database Systematic Review* 2004; CD004849.

[54] Wilder FV, Hall BJ, Barrett JP Jr, Lemrow NB. History of acute knee injury and osteoarthritis of the knee: A prospective epidemiological assessment. The Clearwater Osteoarthritis Study. *Osteoarthritis Cartilage* 2002; Aug10(8):611–6.

[55] Bienfeld M, Pickett W, Carr PA. A descriptive study of childhood injuries in Kingston, Ontario, using data from computerized injury surveillance system. *Chronic Diseases in Canada* 1996; 17:21–27.

[56] Emery CA. Risk factors for injury in child and adolescent sport: A systematic review of the literature. *Clinical Journal of Sports Medicine* 2003; 13:256–268.

[57] King MA, Pickett W, King AJ. Injury in Canadian youth: A secondary analysis of the 1993-94 Health Behaviour in School-Aged Children Survey. *Canadian Journal of Public Health* 1998; 89:397–401.

[58] Coggon D, Croft P, Kellingray S, et al. Occupational physical activities and osteoarthritis of the knee. *Arthritis and Rheumatism* 2000; 43(7):1443–1449.

[59] Marras WS, Davis KG, Jorgensen M. Gender influences on spine loads during complex lifting. *The Spine Journal* 2003; 3(2):93–99.

[60] Reid CR, Bush PM, Cummings NH, McMullin DL, Durrani SK. A review of occupational knee disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2010; 20(4):489–501.

[61] Wiesel SW, Boden SD, Feffer HL. A quality-based protocol for management of musculoskeletal injuries. A ten-year prospective outcome study. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 1994; 301:164–76.

[62] Gignac M, Cao X, Tang K, Beaton DE. Examination of arthritis related work place activity limitations and intermittent disability over four-and-a-half years and its relationship to job modifications and outcomes. *Arthritis Care Research* 2011; 63(7):953–962.

[63] Symmons D, Harrison B. Early inflammatory polyarthritis: Results from the Norfolk Arthritis Register with a review of the literature. Risk factors for the development of inflammatory polyarthritis and rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2000; Aug 39(8):835–843.

[64] Bombardier C, Mian S. Quality indicators in rheumatoid arthritis: Using measurement to promote quality improvement. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2012 (In Press).

[65] Bone and Joint Health Institute; Calgary: Alberta. *Hip and Knee Replacement Pilot Project Scientific Report*. URL: http://www.albertaboneandjoint.com/projects/arthroplasty/hip%20knee%20scientific%20report.pdf Consulté le 3 mars 2011.

[66] Barnabe C, Elias B, Bartlett J, Roos L, Peschken C. Arthritis in Aboriginal Manitobans: Evidence for a high burden of disease. *Journal of Rheumatology* 2008; 35(11);45–50.

[67] Peng P, et al. Challenges in accessing multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. *Canadian Journal of Anesthesia* 2007; 54:12.

[68] Hogg MN, et al. Waiting in pain: A systematic investigation into the provision of persistent pain services in Australia. *The Medical Journal of Australia* 2012; 196(6):386–390.

[69] Shiff NJ, Abdwani R, Cabral DA, Houghton KM, Malleson PN, Petty RE, Espinosa VM, Tucker LB. Access to pediatric rheumatology subspecialty care in British Columbia, Canada. *Journal of Rheumatology* 2009; 36(2):410–415.

[70] Shapiro C, Maenz L, Hossain A, Pahwa P, Rosenberg A. Onset to first visit intervals in childhood rheumatic diseases. *Journal of Rheumatology* 2007; 34(9):1913–1917. Epub July 15, 2007 .

[71] Grimshaw J M, Thomas RE, MacLennan G., et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment* 2004; 8(6).

[72] Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; Oct 20 282(15):1458–1465.

[73] Cochrane LJ, Olson CA, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S. Gaps between knowing and doing: Understanding and assessing the barriers to optimal health care. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2007; Spring 27(2):94–102.

[74] Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal* 1997; 157:408–416.

[75] Jamal S, Alibhai SM, Badley EM, et al. Time to treatment for new patients with rheumatoid arthritis in a major metropolitan city. *Journal of Rheumatology* 2011; 38(7):1282–1288.

[76] Lacaille D, Anis AH, Guh DP, et al. Gaps in care for rheumatoid arthritis: A population study. *Arthritis and Rheumatism* 2005; 53(2):241–248.

[77] Tavarez R, Pope JE, Tremblay JL, et al. Early management of newly diagnosed rheumatoid arthritis by Canadian rheumatologists: A national, multicenter, retrospective cohort. *Journal of Rheumatology* 2011; 38(11):2342–2345. Published online first: September 1, 2011.

[78] Hawker GA, Wright JG, Coyte PC, Williams JI, Harvey B, Glazier R, Badley EM. Differences between men and women in the rate of use of hip and knee arthroplasty. *New England Journal of Medicine* 2000; Apr 6 342(14):1016–1022.

[79] Price JH, Hillman KS, Toral M E, Newell S. The public's perceptions and misperceptions of arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 1983; 26:1023–1028.

[80] Glazier RH. Family physicians and arthritis. Conspiracy of neglect. *Canadian Family Physician* 2004; February 50:205–7,213–215. URL: http://www.cfp.ca/content/50/2/205.full.pdf. Consulté le 3 août 2012.

[81] Association médicale canadienne. *Statistics: Number of Physicians by Province/Territory and Specialty, Canada, 2011*. Author. URL: http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Statistics/01SpecProv.pdf. Consulté le 4 juillet 2011.

[82] Association canadienne d'Orthopédie. *Canada in Motion*. URL: http://www.coa-aco.org/library/health-policy/canada-in-motion.html Consulté le 11 février 2008.

[83] Davis AM, MacKay C, Bradley EM. *Access to care for people with arthritis: Enhancing care across the continuum using advanced practitioners/extended role practitioners.* Arthritis Community Research & Evaluation Unit (ACREU). Working Paper (08-01), 2008.

[84] Reavley N, Livingston J, Buchbinder R, Osborne R. Identifying and understanding the concerns of business: A systematic approach to the development of the Australian WorkHealth Program—Arthritis. *Journal of Health Services Research Policy* 2012. Epublished.

[85] Gill TK, Hill CL, Adams RJ, et al. "I know I have arthritis but I don't know what type". Understanding and knowledge of this chronic condition. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2010; 11:174.

[86] Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa ER. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web: A systematic review. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287: 2691–2700.

[87] Maloney S, Ilic D, Green S. Accessibility, nature and quality of health information on the Internet: A survey on osteoarthritis. *Rheumatology* 2005; 44: 382–385.

[88] Suarez-Almazor ME, Kendall CJ, Dorgan M. Surfing the Net—information on the World Wide Web for persons with arthritis: Patient empowerment or patient deceit? *Journal of Rheumatology* 2001; 28:185–191.

[89] Thompson AE, Graydon SL. Patient-oriented methotrexate information sites on the internet: A review of completeness, accuracy, format, reliability, credibility, and readability. *Journal of Rheumatology* 2009; 36(1):41–49.

[90] Tak S.H, Hong SH. Use of the internet for health information by older adults with arthritis. *Orthopedic Nursing* 2005; 24:134–138.

[91] Barlow JH, Wright CC. Knowledge in patients with rheumatoid arthritis: A longer term follow-up of a randomized controlled study of patient education leaflets. *British Journal of Rheumatology* 1998; 37:373–376.

[92] Moll JM, Wright V. Evaluation of the arthritis and rheumatism council handbook on gout. An objective study of doctor-patient communication. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1972; 31:405–411.

[93] Niedermann K, Fransen J, Knols R, Uebelhart D. Gap between short- and long-term effects of patient education in rheumatoid arthritis patients: A systematic review. *Arthritis and Rhematism* 2004; 51:388–398.

[94] Karlson EW, Liang MH, Eaton H, et al. A randomized clinical trial of a psychoeducational intervention to improve outcomes in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism* 2004; 50:1832–1841.

[95] Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: A systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine* 2004; 164:1641–1649.

[96] Fransen J, Van Riel PL. The Disease Activity Score and the EULAR response criteria. *Clinical and Experimental Rheumatology* 2005; 23(5 Suppl 39):S93-99.

[97] Choy EH, Panayi GS. Cytokine pathways and joint inflammation in rheumatoid arthritis. *New England Journal of Medicine* 2001; 344(12):907–916.

[98] Abramson S, Krasnokutsky S. Biomarkers in osteoarthritis. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases* 2006; 64(1–2):77–81.

[99] Bridges SL Jr. Personalized medicine in rheumatoid arthritis: Hopes and challenges. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases* 2007; 65(3):174–177.

[100] Plenge RM, Bridges SL. Personalized medicine in rheumatoid arthritis: Miles to go before we sleep. *Arthritis & Rheumatism* 2011; 63:590–593.

[101] Kirkwood TB. What is the relationship between osteoarthritis and ageing? *Baillière's Clinical Rheumatology* 1997; 11(4):683–694.

[102] Klareskog L, Alfredsson L, Rantapää-Dahlqvist S, et al. What precedes development of rheumatoid arthritis? *Annals of Rheumatic Diseases* 2004; 63 (Suppl 2):ii28–ii31.

[103] Klareskog L, Lorentzen J, Padyukov L, Alfredsson L. Genes and environment in arthritis: Can RA be prevented? *Arthritis Research* 2009; 4(Suppl 3):S31–36.

[104] Gabriel SE, Crowson CS, O'Fallon WM. Comorbidity in arthritis. *Journal of Rheumatology* 1999; 26(11):2475–2479.

[105] Michaud K, Wolfe F. Comorbidities in rheumatoid arthritis. *Best Practices & Research Clinical Rheumatology* 2007; 21(5):885–906.

[106] Nüesch E, Dieppe P, Reichenbach S, et al. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: Population based cohort study. *British Medical Journal* 2011; 342:d1165

[107] Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly* 1999; 7(3):56–66.

[108] Centers for Disease Control and Prevention. *Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: Recommendations from the guidelines working group.* URL: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm. Consulté le 4 juillet 2012.

[109] Health Canada, Health Surveillance Coordination Division, Centre for Surveillance Coordination Population and Public Health Branch. *Chronic disease surveillance in Canada: A background paper* 2003. (Catalogue No 0-662-67114-7).

[110] Desai SP, Yazdany J. Quality measurement and improvement in rheumatology. *Arthritis and Rheumatism* 2011; 63(12):3649–3660.

[111] Campos AA, Graveline C, Ferguson JM, et al. The physical therapy practitioner: An expanded role for physical therapy in pediatric rheumatology. *Canadian Physiotherapy* 2001; 53:282–287.

[112] Hill, J. Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 25:347–354.

[113] Hill J, Thorpe R, Bird H. Outcomes for patients with RA: A rheumatology nurse practitioner clinic compared to standard outpatient care. *Musculoskeletal Care* 2003; 1:5–20.

[114] Li LC, Maetzel A, Davis A M, et al. The primary therapist model for patients referred for rheumatoid arthritis rehabilitation: A cost-effective analysis. *Arthritis and Rheumatism* 2006; 55(3):402–10.

[115] Lundon K, Shupak R, Sunstrum-Mann L, Galet D, Schneider R. Leading change in the transformation of arthritis care: Development of an inter-professional academic-clinical education training model. *Healthcare Quarterly* 2008; 11(3):62–68.

[116] Temmink D, Hutten JB, Francke AL, et al. Rheumatology outpatient nurse clinics: A valuable addition? *Arthritis and Rheumatism* 2001; 45:280–286.

[117] Tijhuis GJ, Zwinderman AH, Hazes JM, et al. A randomized comparison of care provided by a clinical nurse specialist, an inpatient team, and a day patient team in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 2002; 47:525–531.

[118] Van den Hout WB, Tijhuis GJ, Hazes JM, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. Cost effectiveness and cost utility analysis of multidisciplinary care in patients with rheumatoid arthritis: A randomised comparison of clinical nurse specialist care, inpatient team care, and day patient team care. *Annual of Rheumatic Disease* 2003; 62:308–315.

[119] Ahlmen M. Care led by primary care physicians: The Swedish (rheumatology) model [abstract]. CARE III Conference, Toronto, Canada 2005.

[120] Boonen A, Svensson B. Joint consultation: A joint venture towards improving effectiveness of health care. *European Journal of Internal Medicine* 2003; 14:146–147.

[121] Schulpen GJ, Vierhout WP, Van der Heijde, et al. Joint consultation of general practitioner and rheumatologist: Does it matter? *Annals of Rheumatic Diseases* 2003; 62:159–161.

[122] Glazier RH, Badley EM, Lineker SC, Wilkins AL, Bell MJ. Getting a grip on arthritis: An educational intervention for the diagnosis and treatment of arthritis in primary care. *Journal of Rheumatology* 2005; 32:137–42.

[123] Macaulay AC. Improving Aboriginal health: How can health care professionals contribute? *Canadian Family Physician* 2009; 55(4):334–339.

[124] De Jong OR, Hopman-Rock M, Tak EC, Klazinga NS. An implementation study of two evidence-based exercise and health education programmes for older adults with osteoarthritis of the knee and hip. *Health Education Research* 2004; 19:316–325.

[125] Olsen JC. Juvenile Idiopathic Arthritis: An update. *Wisconsin Medical Journal* 2003; 102:45-50.

[126] Schoster B., Callahan L F, Meier A, Mielenz T, DiMartino L. The people with arthritis can exercise (PACE) program: A qualitative evaluation of participant satisfaction. *Preventing Chronic Disease* 2005; 2:A11.

[127] Provincial Health Services Authority, British Columbia. *A review of better practices for the prevention of obesity and overweight and the maintenance of healthy weights*. 2005.

[128] Hurley MV, Mitchell HL, Walsh N. In osteoarthritis, the psychosocial benefits of exercise are as important as physiological improvements. *Exercise and Sport Sciences Reviews* 2003; 31:138–143.

[129] Sharma L, Cahue S, Song J, et al. Physical functioning over three years in knee osteoarthritis: Role of psychosocial, local mechanical, and neuromuscular factors. *Arthritis and Rheumatism* 2003; 48:3359–3370.

[130] Brosseau L, MacLeay L, Robinson V, Wells G, Tugwell P. Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database Systematic Review* 2003; CD004259.

[131] Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercises in the management of rheumatoid arthritis in adults. *Physical Therapy* 2004; 84:934–972.

[132] Roos EM. Joint injury causes knee osteoarthritis in young adults. *Current Opinion in Rheumatology* 2005; 17:195–200.

[133] Emery CA, Cassidy JD, Klassen TP, Rosychuk RJ, Rowe BH. Effectiveness of a home-based balance-training program in reducing sports-related injuries among healthy adolescents: A cluster randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 2005; 172:749–754.

[134] Abernethy L, MacAuley D. Impact of school sports injury. *British Journal of Sports Medicine* 2003; 37:354–355.

[135] Chassin MR, Loeb JM, Schmaltz SP, et al. Accountability measures—using measurement to promote quality improvement. *New England Journal of Medicine* 2010; 363:683–688.

[136] American College of Rheumatology. *Rheumatoid arthritis quality indicators*. 2012 URL: www.rheumatology.org/practice/clinical/quality/RA.asp. Consulté le 15 juin 2012.

[137] Khanna D, Arnold E, Pencharz JN, et al. Measuring process of arthritis care: The Arthritis Foundation's quality indicator set for rheumatoid arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2006; 35:211–237.

[138] MacLean CH, Saag KG, Solomon DH, et al. Measuring quality in arthritis care: Methods for developing the Arthritis Foundation's quality indicator set. *Arthritis and Rheumatism* 2004; 51(2):193–202.

[139] Van Hulst LT, Fransen J, den Broeder AA, et al. Development of quality indicators for monitoring of the disease course in rheumatoid arthritis. *Annals of Rheumatic Diseases* 2009; 68(12):1805–1810.

[140] Hawker GA, Wright JG, Badley EM, Coyte, PC. Perceptions of, and willingness to consider, total joint arthroplasty in a population-based cohort of individuals with disabling hip and knee arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 2004; 51:635–641.

[141] Mahon JL., Bourne R B, Rorabeck CH, et al. Health-related quality of life and mobility of patients awaiting elective total hip arthroplasty: A prospective study. *CMAJ* 2002; 167:1115–1121.

[142] Singh JA, Furst DE, Bharat A, et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research* 2012; 64(5):625–639.

[143] American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. *Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 Update. Arthritis and Rheumatism* 2002; 46:328–346.

[144] Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Annals of Rheumatic Diseases* 2010; 69:964–975.

[145] American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. *Arthritis and Rheumatism* 2000; 43:1905–1915.

[146] Ontario Musculoskeletal Therapeutics Review Panel*. Ontario treatment guidelines for osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and acute musculoskeletal injury* (1st ed.) Toronto: Queen's Printer of Ontario, 2000.

[147] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN*). Management of early rheumatoid arthritis.* 2000;48. URL: www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/48/index.html. Consulté le 14 juin 2011.

[148] Luqmani R, Hennell S, Estrach C, et al. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (after the first 2 years). *Rheumatology* 2009;48:436–439.

[149] Australian Rheumatology Association (ARA). Updated recommendations for the use of biological agents for the treatment of rheumatic diseases 2010. URL: www.rheumatology.org.au/otherpages/biological-guidelines.asp. Consulté le 25 février 2012.

[150] National Institute for Clinical Excellence (NICE). Rheumatoid arthritis: The management of rheumatoid arthritis in adults: *NICE Clinical Guidance* 2009;79.

[151] Saag KG, Teng GG, Patkar NM, et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research* 2008; 59:762–784.

[152] Bykerk VP, Akhavan P, Hazlewood GS, et al. Canadian Rheumatology Association recommendations for pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs. *Journal of Rheumatology.* Published Online First: 2011.

[153] Bombardier C, Akhavan P, Hazlewood G, Schieir O, Dooley A, Haraoui B, Bykerk VP. Canadian Rheumatology Association (CRA) recommendations for the pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs: Part II safety. *Journal of Rheumatol*ogy 2012; Aug 39(8):1583–602. Epub June 15, 2012.

[154] Eltringham M, Myers A, Friswell M, et al. Referral delays for children with Juvenile Idiopathic Arthritis. *Clinical and Experimental Rheumatology* 2003; 21:532.

[155] Fries JF, Williams CA, Morfeld D, Singh G, SibleyJ. Reduction in long-term disability in patients with rheumatoid arthritis by disease-modifying antirheumatic drug-based treatment strategies. *Arthritis and Rheumatism* 1996; 39:616–622.

[156] Lard LR, Visser H, Speyer I, Vander Horst-Bruinsma, IE, Zwinderman AH, Breedveld FC, et al. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *American Journal of Medicine* 2001; 111:446–451.

[157] Pincus T, Callahan LF, Sale WG, et al. Severe functional declines, work disability, and increased mortality in seventy-five rheumatoid arthritis patients studied over nine years. *Arthritis and Rheumatism* 1984; 27:864–872.

[158] Jordan KM, ArdenNK, Doherty M, et al. EULAR Recommendations 2003: An evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutic trials (ESCISIT). *Annals of Rheumatic Disease* 2003; 62:1145–1155.

[159] Schnitzer TJ. American College of Rheumatology. Update of ACR guidelines for osteoarthritis: Role of the coxibs. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; Apr 23(4 Suppl):S24–30;S31–34.

[160] Hochberg MC, Altman RD, April KT, et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care and Research* 2012; Apr 64(4):455–474.

[161] Zhang W, Doherty M, Arden N, et al. EULAR standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCISIT). EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: Report of a task force of the EULAR standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCISIT). *Annals of Rheumatic Diseases* 2005; May 64(5):669–81. Epub Oct 7, 2004.

[162] American College of Rheumatology. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. *Arthritis and Rheumatism* 2000; Sep 43(9):1905–1915.

[163] National Institute for Health and Clinical Excellence. Osteoarthritis. *The care and management of adults with osteoarthritis.* London : NICE, 2008.

[164] Driban JB, Boehret SA, Balasubramanian E, et al. Medication and supplement use for managing joint symptoms among patients with knee and hip osteoarthritis: A cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disord*ers 2012; Mar 29;13:47.

[165] MacKay C, Veinot P, Badley EM. Characteristics of evolving models of care for arthritis: A key informant study. *BMC Health Services Research* 2008; 14(8):147.

[166] Vliet Vlieland TP. Multidisciplinary team care and outcomes in rheumatoid arthritis. *Current Opinion in Rheumatol*ogy 2004; 16:153–156.

[167] Vliet Vlieland TP, Hazes JM. Efficacy of multidisciplinary team care programs in rheumatoid arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 1997; 27:110–122.

NOTES:

NOTES:

NOTES:

À la douce mémoire du Docteur Bernie Novokowsky.

Arthritis Alliance of Canada
Alliance de l'arthrite du Canada

L'Alliance de l'arthrite du Canada, anciennement Alliance pour le programme canadien de l'arthrite (APCA), a été fondée en 2002. Son but est d'améliorer la vie des Canadiens arthritiques.

Avec plus de 30 organisations membres, l'Alliance réunit les professionnels de santé du secteur de l'arthrite, les chercheurs, les organismes de financement, les gouvernements, les organismes du secteur bénévole, l'industrie et, surtout, des représentants des organisations de consommateurs arthritiques de tout le Canada. Bien que chaque organisation membre continue à travailler de son côté, l'Alliance fournit un cadre central de priorités pour des initiatives nationales concernant l'arthrite.

http://www.arthritisalliance.ca