

**L'arthrite, c'est peu de chose...  
... tant qu'on n'en souffre pas.**

**Demandez à quatre millions  
de Canadiens.**

**Rapport du**

**Colloque sur les normes en matière de  
prévention et de traitement de l'arthrite**

**Les 1<sup>er</sup> et 2 novembre 2005  
Ottawa (Ontario), Canada**

## TABLE DES MATIÈRES

|  |    |
|--|----|
| SOMMAIRE   | I  |
| SECTION 1 - HISTORIQUE   | 1  |
| 1.1 Planification du Colloque sur les normes<br>en matière de prévention et de traitement de l'arthrite                                  | 2  |
| SECTION 2 – PRINCIPAUX ENJEUX  | 4  |
| 2.1 Sensibilisation à l'arthrite   | 5  |
| 2.2 Prévention de l'arthrite   | 6  |
| 2.3 Prise en charge de l'arthrite  | 8  |
| SECTION 3 – NEUF DOMAINES PRIORITAIRES À NORMALISER  | 9  |
| 3.1 Sensibilisation à l'arthrite   | 10 |
| 3.2 Prévention de l'arthrite   | 10 |
| 3.3 Prise en charge de l'arthrite  | 10 |
| SECTION 4 – COLLOQUE SUR LES NORMES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION<br>ET DE TRAITEMENT DE L'ARTHRITE<br>LES 1 <sup>ER</sup> ET 2 NOVEMBRE 2005 | 12 |
| SECTION 5 – NORMES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DE<br>L'ARTHRITE  | 14 |
| 5.1 Normes définitives   | 15 |
| SECTION 6 - PLAN D'ACTION POUR L'APPLICATION DES NORMES  | 17 |
| SECTION 7 – QUESTIONS À APPROFONDIR  | 30 |
| 7.1 Sensibilisation des gouvernements, des groupes d'usagers/<br>patients et du grand public à la question de l'arthrite                 | 31 |
| 7.2 Enseignement médical et professionnel  | 31 |
| 7.3 Participation  | 32 |
| 7.4 Activité physique  | 32 |
| 7.5 Prévention des blessures   | 33 |
| 7.6 Traitement et modèles de soins   | 34 |
| 7.6.1 Accès au diagnostic et aux effectifs, et à des modèles de soins<br>pour les arthritiques de tous âges                              | 34 |
| 7.6.2 Accès aux médicaments  | 35 |
| 7.6.3 Accès à la chirurgie   | 35 |
| SECTION 8 – PROCHAINES ÉTAPES  | 36 |

---

|            |   |    |
|------------|---|----|
| ANNEXES    |   | 40 |
| ANNEXE I   | Documentation   | 41 |
| ANNEXE II  | Participants et équipes   | 46 |
| ANNEXE III | Soutien financier   | 53 |
| ANNEXE IV  | Ordre du jour □- COLLOQUE SUR LES NORMES EN MATIÈRE DE<br>PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DE L'ARTHRITE<br>Du 31 octobre au 2 novembre 2005 | 54 |
| RÉFÉRENCES |   | 61 |

---

## Sommaire

### **L'arthrite est partout autour de nous et elle détruit des vies, sans égard à l'âge.**

---

Quatre millions de Canadiens souffrent aujourd'hui d'arthrite. Cette maladie frappe à tout âge, sans discrimination : jeunes et vieux peuvent en souffrir. L'arthrite regroupe en fait plus d'une centaine d'affections différentes et elle est la principale cause de difformité et d'invalidité chronique au Canada. C'est l'un des principaux motifs qui amènent les personnes de 65 ans et plus à consulter leur médecin de famille. Or, le fardeau des maladies rhumatismales s'alourdit et ce, pour plusieurs raisons : augmentation de l'espérance de vie, sédentarité et obésité croissantes, et difficulté d'accès aux soins de santé qui permettraient de réduire l'invalidité.

L'arthrite coûte cher à la société : incapacité de travailler ou de vivre de manière autonome, et occasions perdues exercent un effet dévastateur sur la vie de quatre millions de Canadiens. Il faut de toute urgence mettre en place des stratégies afin d'alléger le fardeau de l'arthrite dans notre population, faute de quoi il y a fort à parier que l'arthrite imposera un stress encore plus grand au système de soins de santé avec le temps et qu'elle continuera de détruire des vies.

### **L'impact de l'arthrite sur les communautés autochtones canadiennes**

---

L'arthrite est jusqu'à deux fois et demie plus fréquente dans les communautés autochtones des réserves (Agence de santé publique du Canada, 2003) que chez les Canadiens d'autres origines. Dans l'ensemble, on estime à 27 % le pourcentage de la population autochtone vivant dans les réserves qui souffrent d'arthrite, contre 16 % de la population canadienne générale. L'arthrite ne reçoit pas toute l'attention qu'elle mérite, à titre de problème de santé publique majeur affectant la communauté autochtone.

### **Le coût est un obstacle important qui empêche les personnes arthritiques de recevoir certains médicaments ou traitements indiqués.**

---

Les Canadiens aux prises avec l'arthrite, d'un océan à l'autre, n'ont pas partout le même accès aux meilleurs traitements éprouvés offerts aujourd'hui. L'accès aux traitements peut en fait dépendre davantage du lieu de résidence que de la

gravité de la maladie. Les régimes d'assurance-médicaments des provinces et des territoires, et les régimes d'assurance privés varient considérablement quant à la couverture qu'ils offrent pour les médicaments d'ordonnance prescrits contre l'arthrite et particulièrement pour les médicaments les plus coûteux. On note également une variation quant à l'accessibilité aux programmes d'autotraitement mis sur pied pour les maladies chroniques, aux services de réadaptation et à la chirurgie.

### **La majorité des Canadiens en attente d'une chirurgie pour prothèse articulaire souffrent d'arthrite.**

Plus de 90 % des personnes qui doivent subir une chirurgie pour prothèse de la hanche ou du genou souffrent d'arthrite; dans moins de 10 % des cas, donc, l'intervention est motivée par un autre problème de santé, par exemple une fracture de la hanche. Parmi les personnes qui subissent une chirurgie pour prothèse de la hanche ou du genou en raison de l'arthrite, environ 95 % souffrent plus précisément d'arthrose (Hawker 1998, Katz, J. N. 2001).

Les temps d'attente pour les chirurgies pour prothèses articulaires au Canada ont été qualifiés d'inacceptables. Selon l'enquête sur la durée des temps d'attente menée par l'Institut Fraser en 2002 (Esmail et Walker 2002), les délais pour une consultation en chirurgie orthopédique et l'intervalle entre la décision d'opérer et la chirurgie elle-même ont excédé tous les autres temps d'attente au Canada (attente médiane entre la consultation en médecine générale et en chirurgie, 12,7 semaines; attente médiane entre la décision et l'intervention chirurgicale, 19,3 semaines). Le nombre de patients qui attendent une chirurgie pendant plus de un an a augmenté de manière exponentielle et cette tendance se poursuit. En 2001, environ 20 % des patients ont attendu plus de un an pour recevoir une prothèse de la hanche et près de 30 % ont attendu aussi longtemps pour recevoir une première prothèse du genou. Or, faut-il rappeler que les chirurgies pour prothèses de la hanche et du genou aident les gens à retourner au travail et à reprendre le cours de leur vie. Des stratégies doivent être mises en œuvre de toute urgence pour réduire ces temps d'attente inacceptables. Plusieurs approches sont actuellement à l'étude un peu partout au Canada. Bien qu'on mette l'accent sur la chirurgie pour prothèse de la hanche et du genou, il faut également améliorer les temps d'attente trop longs pour les autres chirurgies orthopédiques souvent nécessaires aux personnes arthritiques.

---

## **Le milieu de l'arthrite : un milieu solidaire.**

En 2002, les principaux intervenants du milieu de l'arthrite se sont réunis et ont formé l'Alliance pour le programme canadien de l'arthrite (APCA) afin de travailler à corriger les inégalités régionales quant à l'accès aux mesures de prévention et de traitement de l'arthrite au Canada.

Plus de 20 organisations composent ainsi l'APCA et si chacune n'abandonne pas pour autant la mission qui lui est propre, l'APCA constitue une tribune centrale pour les initiatives nationales touchant l'arthrite.

À noter que la formation de l'APCA permet au milieu de s'exprimer d'une seule voix et d'assurer ainsi la cohérence du message qu'il adresse aux gouvernements en ce qui concerne les principaux enjeux de la lutte contre l'arthrite.

## **Le Colloque sur les normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite : un jalon dans l'histoire des politiques en matière de santé**

En 2005, l'APCA a décidé de centrer son action sur la mise en œuvre de stratégies de prévention de l'arthrite et sur la correction des inégalités régionales au chapitre du diagnostic, du traitement et de la prise en charge de l'arthrite au Canada en organisant un colloque pour établir des normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite.

Pour la première fois dans l'histoire, ce colloque réunissait tous les intervenants du milieu autour d'un thème commun afin qu'ils dressent le bilan de la recherche et qu'ils travaillent ensemble à établir des normes acceptables et réalistes en vue d'améliorer la prévention et la prise en charge de l'arthrite partout au Canada.

L'objectif principal du colloque était de tableur sur les travaux réalisés à ce jour dans le domaine de l'arthrite pour sensibiliser les groupes concernés et le grand public, améliorer la prévention et la qualité des soins aux personnes aux prises avec la maladie, et consolider la Charte des droits des arthritiques élaborée par les intervenants du milieu en 2001 (La Société d'arthrite 2001).

Le Colloque couronnait l'événement «*ARTICULONS NOS EFFORTS 2005 - Conciliation des connaissances et des mesures portant sur l'arthrite*», une rencontre de haut niveau de huit jours sur l'arthrite, organisée par l'APCA, à Ottawa, du 27 octobre au 3 novembre 2005.

---

## **Le milieu de l'arthrite établit des normes réalistes pour la prévention et le traitement de l'arthrite.**

Le Colloque a fait consensus chez tous les principaux intervenants du milieu de l'arthrite, notamment sur les normes qui doivent être mises en œuvre dès maintenant, celles qui devront être élaborées et finalisées, les domaines où il faudra approfondir la recherche et l'élaboration des plans d'action qui s'imposent.

Plus important encore, le Colloque a permis d'en arriver à un consensus qui fait en sorte que les divers groupes représentés, usagers, professionnels et autres, se soient entendus sur les étapes à franchir.

Le présent rapport fait état du travail accompli. Déjà, les organisateurs du Colloque se sont attelés à la réalisation des étapes suivantes, entre autres identifier à partir du travail accompli les projets prometteurs que nous pouvons amorcer immédiatement et assurer la collaboration de tous les partenaires, y compris les personnes arthritiques, les gouvernements, les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs et l'industrie, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes aux prises avec l'arthrite.

---

## Partenaires du milieu de l'arthrite

---

Dre Elizabeth Badley, *Arthritis Community Research & Evaluation Unit*  
Mme Angelique Berg, Fondation canadienne d'orthopédie  
M. Emidio DeCarolis, Pfizer  
Mme Louise Desjardins, Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite, des  
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)  
M. Jean-François Dicaire, Laboratoires Abbott limitée  
Mme Anne Dooley, Alliance canadienne des arthritiques  
Dr Ciarán Duffy, Association canadienne de rhumatologie pédiatrique  
Dr John Esdaile, Centre de recherche sur l'arthrite du Canada  
M. John Fleming, La Société d'arthrite  
Dr Cy Frank, Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite, IRSC  
Dre Gillian Hawker, rhumatologue/chercheure – membre à titre individuel  
Mme Catherine Hofstetter, Alliance canadienne des arthritiques  
Mme Cheryl Koehn, *Arthritis Consumer Experts*  
M. Jean Légaré, Patients-partenaires contre l'arthrite  
Mme Sydney Linekar, Association des professionnels de la santé pour l'arthrite  
Mme Jennifer Lothian, Amgen Canada Inc.  
Mme Anne Lyddiatt, Patients-partenaires contre l'arthrite  
Dre Dianne Mosher, rhumatologue – membre à titre individuel  
Mme Erynn Peters, Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite, IRSC  
Dr Robin Poole, Réseau canadien de l'arthrite  
Mme Ann Qualman, Alliance canadienne des arthritiques  
M. John Riley, Réseau canadien de l'arthrite  
M. Michel Therriault, Merck Frosst  
Dr Peter Tugwell, Collaboration Cochrane  
M. Gordon Whitehead, Comité consultatif auprès des usagers – Centre de  
recherche sur l'arthrite du Canada  
Mme Hazel Wood, Décennie des os et des articulations  
Dr Michel Zummer, Société canadienne de rhumatologie



---

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

---

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 de participer à des activités sociales, éducatives, communautaires, professionnelles et récréatives doit faire partie des paramètres d'évaluation utilisés par les professionnels de la 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 la 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 en 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 particulière 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 de santé 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.

---

## **Coprésidents du Colloque**

---

Dr John Esdaile  
Professeur de médecine, Université de la Colombie-Britannique  
Tél. : (604) 871-4563  
Courriel : jesdaile@arthritisresearch.ca

Dre Gillian Hawker  
Professeure agrégée de médecine, Université de Toronto  
Tél. : (416) 323-7722  
Courriel : g.hawker@utoronto.ca

Cheryl L. Koehn  
Présidente, *Arthritis Consumer Experts*  
Tél. : (604) 974-1355  
Courriel : koehn@arthritisconsumerexperts.org

Dre Dianne Mosher  
Professeure de médecine, Université Dalhousie  
Tél. : (902) 422-1170  
Courriel : seca089@attglobal.net

Le site Web de l'Alliance pour le Programme canadien de l'arthrite est accessible à l'adresse [www.arthritisalliance.ca](http://www.arthritisalliance.ca)

Summit on  
Standards for Arthritis  
Prevention and Care  
November 1-3, 2005



Colloque sur les  
normes en matière de  
prévention et de  
traitement de l'arthrite  
Du 1<sup>er</sup> au 3 novembre 2005



---

## **SECTION 1**

### **HISTORIQUE**

L'Alliance pour le programme canadien de l'arthrite (APCA) a vu le jour en 2002 et regroupe des professionnels de la santé spécialistes de l'arthrite; des chercheurs; des représentants des organismes subventionnaires, des gouvernements et de l'industrie; des organismes à but non lucratif et surtout, des groupes de défense des intérêts des usagers des quatre coins du Canada. L'APCA a été créée pour que les quatre millions de Canadiens aux prises avec l'arthrite et d'autres maladies osseuses puissent s'exprimer d'une seule voix. L'objectif commun que se sont donné ses membres est d'améliorer la qualité de vie des Canadiens arthritiques en travaillant de manière concertée pour leur faciliter l'accès aux soins et aux traitements, accroître les activités de formation offertes aux divers intervenants du milieu de l'arthrite, au grand public et aux décideurs, et promouvoir la recherche sur l'arthrite.

En janvier 2004, le comité de direction de l'APCA s'est demandé ce qu'elle-même et les intervenants du milieu pouvaient faire pour exercer l'impact le plus favorable sur la vie des Canadiens aux prises avec l'arthrite. L'APCA a alors convenu que pour prévenir l'arthrite et améliorer l'état de santé des Canadiens arthritiques, il fallait d'abord et avant tout établir des normes en matière de prévention et de traitement de la maladie. Un colloque a donc été proposé pour procéder à l'élaboration de telles normes en se fondant sur les résultats des études antérieures (annexe 1) et sur la Charte des droits des arthritiques. Un comité de planification a été mis sur pied avec une forte représentativité de toutes les parties intéressées. Le comité a rapidement convenu de l'importance d'accorder une place de choix aux usagers, jeunes et vieux, hommes et femmes, de toutes origines ethniques et géographiques à l'occasion de ce colloque. De plus, tous les participants allaient être choisis en fonction de leurs perspectives ou compétences particulières dans l'intention de les mettre à profit durant le processus de planification.

### **1.1 Planification du Colloque sur les normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite**

Le comité de planification du Colloque a ainsi réuni des représentants de tous les horizons du milieu de l'arthrite, et, pour la première fois dans l'histoire de l'arthrite à l'échelon national, la majorité de ces représentants étaient eux-mêmes aux prises avec l'arthrite.

---

## Organisations représentées au sein du comité

---

Alliance canadienne des arthritiques

*Arthritis Consumer Experts*

Association canadienne de rhumatologie pédiatrique

Association canadienne d'orthopédie

Association des professionnels de la santé pour l'arthrite

Centre de recherche sur l'arthrite du Canada

*Children's Arthritis Foundation*

Collaboration Cochrane

Collège canadien des médecins de famille

Comité consultatif auprès des usagers du Centre de recherche sur l'arthrite du Canada

Comité consultatif auprès des usagers du Réseau canadien de l'arthrite

Décennie des os et des articulations

Fondation canadienne d'orthopédie

Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IRSC)

La Société d'arthrite

Patients-partenaires contre l'arthrite

Représentants de l'industrie

Réseau canadien de l'arthrite

Réseau canadien des patients souffrant d'ostéoporose

Santé Canada

Société canadienne de rhumatologie

Unité de recherche et d'évaluation communautaire sur l'arthrite

*Youth with Arthritis*

Le comité de planification du Colloque s'est réuni face à face à trois reprises pendant une journée entière et a également tenu plusieurs appels-conférences entre-temps.

Pour mener ses travaux à bien, le comité a entrepris d'identifier les principaux enjeux auxquels font face les Canadiens arthritiques et leurs aidants naturels. Ces enjeux ont ensuite été regroupés sous trois thèmes : sensibilisation à l'arthrite, prévention de l'arthrite et prise en charge de l'arthrite.

Summit on  
Standards for Arthritis  
Prevention and Care  
November 1-3, 2005



Colloque sur les  
normes en matière de  
prévention et de  
traitement de l'arthrite  
Du 1<sup>er</sup> au 3 novembre 2005



---

## **SECTION 2**

### **PRINCIPAUX ENJEUX**

---

## 2.1 Sensibilisation à l'arthrite

---

On ne peut s'empêcher de déplorer le fait que le public, les gouvernements, les employeurs, les enseignants, les professionnels de la santé et les personnes à risque à l'égard de la maladie ou atteints de la maladie ne soient pas assez sensibilisés à l'arthrite. En effet, l'arthrite, et l'arthrose plus particulièrement, sont souvent perçues comme des phénomènes normaux associés au vieillissement. D'autre part, bien que les maladies musculosquelettiques motivent jusqu'à 20 % des consultations en médecine générale, on note que les médecins de premier recours manquent d'assurance (et peut-être aussi de connaissances et de compétences) pour dépister systématiquement l'arthrite. C'est ce qui explique que dans la population, l'arthrite passe souvent inaperçue ou n'est pas adéquatement traitée. Il existe des outils de dépistage fiables et validés, mais ceux-ci n'ont pas encore fait leur entrée au Canada.

Les maladies musculosquelettiques représentent également la plus grande part du travail des physiothérapeutes et des ergothérapeutes au Canada. Malgré cela, ces maladies sont trop peu représentées dans les examens d'accréditation professionnelle. On déplore l'absence de normes de pratique minimums et la faiblesse du corpus de connaissances de base spécifiques à l'arthrite et aux maladies musculosquelettiques dans les programmes de formation en ergothérapie et en physiothérapie au Canada, sans compter que le contenu des programmes varie d'une université à l'autre.

Or, pour promouvoir l'atteinte des objectifs et changer les attitudes ou les comportements à l'égard de la santé, il est important d'offrir une information juste et des programmes didactiques de qualité. Ces programmes s'adressent à divers groupes, soit le grand public, les décideurs, les professionnels de la santé, les personnes aux prises avec l'arthrite, leurs proches et leurs aidants naturels, les professeurs, etc. Il faut également mettre en œuvre des stratégies pour veiller au maintien des compétences de base des professionnels de la santé qui œuvrent auprès des arthritiques.

L'arthrite affecte la capacité des individus d'assumer leur rôle et de participer à la vie active, qu'il s'agisse du travail, des études, de la vie communautaire, des rapports interpersonnels ou des loisirs. Or, ces rôles et ces activités font partie de l'identité des personnes, de leurs objectifs à court et à long terme, et de leurs aspirations, de sorte que leur capacité ou leur incapacité de participer exerce un impact sur leur qualité de vie et sur leur satisfaction à l'endroit de la



vie qu'elles mènent. L'impossibilité de se réaliser pleinement entraîne parfois une grande détresse émotionnelle qui peut persister longtemps. D'autre part, les besoins et les objectifs qu'une personne se fixe peuvent changer au cours de sa vie. L'évaluation et l'intervention doivent donc tenir compte de l'évolution des intérêts et des obligations des gens au cours de leur vie. À noter qu'une vaste gamme de facteurs individuels ou contextuels peuvent aussi influencer sur cette sphère de l'activité humaine.

Malgré son importance, cette notion de réalisation de soi par la participation est souvent sous-évaluée comme paramètre dont devraient pourtant tenir compte les professionnels de la santé et les chercheurs, les employeurs, les éducateurs et les décideurs. On sous-estime généralement l'impact de l'arthrite sur la capacité des gens de se réaliser.

De leur côté, les retombées positives des interventions visant à aider les gens à vivre plus pleinement ont aussi été trop peu étudiées. Il faut reconnaître que promouvoir une meilleure participation nécessitera la contribution et la coopération des diverses catégories d'intervenants, à commencer par les arthritiques eux-mêmes, leurs médecins, leurs proches, les employeurs et les décideurs.

## **2.2 Prévention de l'arthrite**

---

L'obésité est un facteur de risque reconnu à l'égard du déclenchement et de la progression de l'arthrose. L'atteinte et le maintien d'un poids santé et les stratégies de réduction du poids, lorsqu'elles sont nécessaires, constituent donc d'importantes interventions pour la prévention de l'arthrose. L'activité physique est nécessaire pour atteindre et maintenir un poids santé. Ainsi, l'activité physique peut permettre indirectement de prévenir l'arthrose. Par contre, il est difficile de déterminer avec précision le type et la dose (la fréquence et l'intensité) d'activité physique capables de prévenir l'arthrose. En outre, l'application des recommandations relatives à l'activité physique est une chose complexe, puisque plusieurs facteurs entrent en ligne de compte, notamment la motivation personnelle, la disponibilité, le coût, l'accès aux installations, la promotion de l'activité par les professionnels de la santé, l'information et l'enseignement, les approches comportementales et sociétales, les approches environnementales et les politiques.

Par ailleurs, s'il est question d'activité physique de haut niveau, comme lors de sports organisés, il faut également tenir compte du risque de blessure. Les blessures aux membres inférieurs représentent plus de 60 % de toutes les blessures sportives chez les adolescents, les blessures au genou et à la cheville étant les plus fréquentes. Les blessures sportives forcent parfois les gens à abandonner leur sport (d'où réduction de l'activité physique et accroissement du risque d'obésité). Les blessures sont la principale cause de l'arthrose plus tard au cours de la vie, particulièrement les fractures et blessures du genou (déchirure du ménisque et/ou du ligament croisé antérieur), de la cheville, de la hanche et du pied. Malgré cela, les mesures de prévention des blessures sportives restent inadéquates, en particulier chez les enfants et les adolescents, et on connaît trop peu les facteurs de risque de blessure et leurs répercussions. Chez les personnes qui souffrent d'arthrite et d'ostéoporose, l'activité physique exerce un effet bienfaisant sur la santé des os et des articulations (fonctionnement physique autant que psychosocial). En revanche, comme dans le domaine de la prévention, on ignore quels sont la dose optimum et le type optimum (c.-à-d. la fréquence et l'intensité) d'activité physique qui conviennent selon la maladie arthritique en cause et le degré d'atteinte. L'absence de directives précises quant à l'activité physique à « prescrire » aux personnes atteintes d'arthrite ou d'ostéoporose constitue un obstacle de taille au dosage de l'activité. Parmi les autres facteurs qui nuisent à la pratique de l'activité physique, mentionnons l'absence de motivation à bouger; la fatigue causée par l'arthrite; le manque de persévérance; le coût; les problèmes d'accès; la difficulté de choisir une activité adaptée à l'âge ou à l'état de santé; le peu de connaissances sur la façon de mieux transmettre l'information sur l'activité physique aux parents, aux personnes soignantes, aux enfants et aux professionnels de la santé; l'absence de formation appropriée sur l'activité physique chez les personnes qui offrent ou prescrivent des activités physiques et des sports.

Pour empêcher les enfants et les adolescents d'abandonner leur sport à la suite d'une blessure, il faut mettre en œuvre des stratégies de prévention et de contrôle à la fois économiques et éprouvées, afin que les Canadiens restent actifs toute leur vie.

---

## 2.3 Prise en charge de l'arthrite

---

Le modèle de prestation des soins en vigueur à l'intention des personnes atteintes d'arthrite est mal adapté à leurs besoins croissants, actuels et futurs. On déplore une pénurie de professionnels de la santé dûment formés pour soigner l'arthrite (rhumatologues, chirurgiens orthopédistes, anesthésistes, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, médecins de premier recours, etc.). En outre, chez les spécialistes de l'arthrite, les effectifs ne sont malheureusement pas utilisés de façon rationnelle (les chirurgiens orthopédistes ne consacrent, par exemple, que 33 % de leur pratique clinique au bloc opératoire). Il en résulte des listes d'attente interminables pour des consultations auprès des spécialistes (p. ex., arthrite inflammatoire d'apparition récente et chirurgie orthopédique), des résultats cliniques à l'avenant (c'est-à-dire sous-optimaux), un accroissement des coûts pour le système des soins de santé et pour la société, et un amoindrissement de la qualité de vie des arthritiques. Le contrôle des listes d'attente pour les services essentiels dans le domaine de l'arthrite laisse à désirer au Canada.

Il existe des directives pour le diagnostic et la prise en charge de l'arthrose (directives d'un sous-comité pour l'arthrose de l'*American College of Rheumatology*, 2000) et pour l'ostéoporose (Brown 2002). Or, ces directives ne sont pas suivies. De plus, les approches d'autotraitement ont été utilisées avec succès dans le domaine de l'arthrite, mais elles demeurent largement sous-utilisées.

Malgré la mise en place d'un processus d'examen des médicaments d'usage courant au Canada, on note ici des inégalités inadmissibles entre les régions pour ce qui est de l'accès à des traitements abordables et éprouvés contre l'arthrite et l'arthrose pour des patients qui ont le même diagnostic et dont l'atteinte est aussi sévère. On déplore en outre une surveillance inadéquate des effets secondaires après la mise en marché des médicaments approuvés, et les préférences des patients n'entrent pas en ligne de compte actuellement lors du processus d'examen et d'approbation des médicaments au Canada.

Summit on  
Standards for Arthritis  
Prevention and Care  
November 1-3, 2005



Colloque sur les  
normes en matière de  
prévention et de  
traitement de l'arthrite  
Du 1<sup>er</sup> au 3 novembre 2005



---

## **SECTION 3**

# **NEUF DOMAINES PRIORITAIRES À NORMALISER**

Une fois les trois enjeux principaux identifiés, certains domaines distincts ont été précisés pour la mise en place des normes; il s'agit des neuf domaines prioritaires suivants :

### **3.1 Sensibilisation à l'arthrite**

---

1. Sensibilisation des usagers et du public
2. Enseignement médical et professionnel
3. Participation

### **3.2 Prévention de l'arthrite**

---

4. Activité physique
5. Prévention des blessures

### **3.3 Prise en charge de l'arthrite**

---

6. Accès au diagnostic
7. Effectifs et modèles de soins
8. Accès aux médicaments
9. Accès à la chirurgie

Après l'identification des neuf domaines à prioriser pour l'élaboration des normes, des équipes ont été formées pour amorcer le travail dans chacun de ces domaines. Des chefs d'équipe ont été nommés à la tête de chaque comité et chargés de développer une équipe pluridisciplinaire et représentative (annexe II). Chaque équipe incluait obligatoirement au moins une personne aux prises avec l'arthrite provenant de la communauté.

La norme a été définie comme une exigence de rendement à un niveau minimum acceptable. Chaque équipe devait appliquer les caractéristiques suivantes à la norme pendant son élaboration :

- *Fondée sur les données probantes*
- *Concrète*
- *Pragmatique*
- *Réalisable*
- *Adaptée aux besoins changeants des personnes arthritiques*

---

Un modèle type a été établi comme suit :

- *Principaux enjeux et besoins à combler*
- *Norme proposée*
- *Données probantes à l'appui*
- *Lacunes et besoins à combler par une recherche plus approfondie*
- *Obstacles à l'application et stratégies d'application*
- *Mesures potentielles pour évaluer les résultats*

Les équipes ont souvent communiqué par appel-conférence. Les chefs d'équipe se sont également réunis par téléconférences et à deux reprises en personne pour faire le bilan des normes sur lesquelles chaque équipe travaillait. Sous forme d'ébauches, les normes ont été soumises à la communauté élargie et une ébauche finale a été présentée et débattue à l'occasion du Colloque.

Summit on  
Standards for Arthritis  
Prevention and Care  
November 1-3, 2005



Colloque sur les  
normes en matière de  
prévention et de  
traitement de l'arthrite  
Du 1<sup>er</sup> au 3 novembre 2005



---

## **SECTION 4**

# **COLLOQUE SUR LES NORMES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DE L'ARTHRITE LES 1<sup>ER</sup> ET 2 NOVEMBRE 2005**

Deux cents délégués se sont réunis pendant deux jours, dans le cadre du Colloque qui s'est déroulé les 1<sup>er</sup> et 2 novembre 2005, à Ottawa, en Ontario. Le premier jour a été consacré à la revue et à la correction des neuf normes; une vingtaine de délégués ont ainsi participé à deux séances distinctes à cette fin. Le deuxième jour a été consacré à l'identification des obstacles potentiels à l'application des normes et à la recherche de solutions, chaque thème ayant fait l'objet de séances de discussion distinctes auxquelles les délégués ont participé par petits groupes, comme la veille. Ainsi, chaque délégué a participé à deux séances de révision des normes proposées et à deux séances sur leur application. Ces séances ont toutes été animées par des modérateurs expérimentés de Santé Canada.

À l'occasion de ces deux journées, les délégués ont en outre eu la possibilité d'assister à des conférences, notamment celles du Dr Matthew H. Liang, de la faculté de médecine de l'Université Harvard; de l'honorable Carolyn Bennett, M.D., ministre d'État à la Santé publique; de l'honorable Stephen Owen, ministre d'État aux Sports; de l'honorable Pat Carney, sénatrice. Le Dr Liang a parlé de la nécessité d'établir des normes dans un système de soins de santé moderne. La Dre Bennett a pour sa part invité les délégués au Colloque à proposer des solutions. Quant au ministre Owen, il a souligné l'urgence de mettre la bonne forme physique à l'agenda et de son côté, l'honorable Pat Carney a souligné le pouvoir qui émane d'un groupe solidaire, mû par le désir de susciter le changement dans un monde complexe.

En terminant, un plan d'action a été arrêté, avec comme première étape la rédaction du présent rapport et son approbation par l'Alliance pour le programme canadien de l'arthrite (APCA).

Après le Colloque, les chefs d'équipe ont soigneusement passé en revue la transcription des ateliers sur leur norme respective et, selon le cas, ont procédé aux modifications nécessaires de façon à tenir compte des commentaires de chacun. Ces résumés ont formé la base du présent rapport qui a été passé en revue dans son intégralité par le comité de planification du Colloque, tous les membres des différentes équipes et l'APCA.



Summit on  
Standards for Arthritis  
Prevention and Care  
November 1-3, 2005



Colloque sur les  
normes en matière de  
prévention et de  
traitement de l'arthrite  
Du 1<sup>er</sup> au 3 novembre 2005



---

## **SECTION 5**

# **NORMES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DE L'ARTHRITE**

---

## 5.1 Normes définitives

---

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 de participer à des activités sociales, éducatives, communautaires, professionnelles et récréatives doit faire partie des paramètres d'évaluation utilisés par les professionnels de la 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 la 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 en 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 particulière 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 de santé 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.

Summit on  
Standards for Arthritis  
Prevention and Care  
November 1-3, 2005



Colloque sur les  
normes en matière de  
prévention et de  
traitement de l'arthrite  
Du 1<sup>er</sup> au 3 novembre 2005



---

## **SECTION 6**

# **PLAN D'ACTION POUR L'APPLICATION DES NORMES**

## **1. Tous les Canadiens doivent être sensibilisés au problème de l'arthrite.**

### ***Mesures concrètes***

- Faire le relevé des sources d'information sur l'arthrite accessibles au grand public.
- Dresser une liste des intervenants et usagers du milieu de l'arthrite et adopter une approche systématique pour diffuser l'information à tous les membres.
- Établir des partenariats avec les gouvernements et des groupes à l'extérieur du milieu de l'arthrite.
- Faire en sorte que la communauté médicale puisse répondre à la demande une fois le public sensibilisé.
- Utiliser une approche multimédia et créer et lancer une campagne de sensibilisation comportant quelques messages-clés et ciblant tous les groupes d'âge, toutes les cultures et toutes les régions.

### ***Outils***

- Faciliter l'accès à l'information.
- Promouvoir la collaboration entre tous les groupes concernés.
- S'assurer que le message reste simple, concret et original (slogan facile à retenir).
- Finaliser l'énoncé de la norme de manière qu'elle soit claire, simple et stimulante.
- Consulter le site Web de Santé Canada.

### ***Obstacles potentiels***

- Coût.
- Obstacles de nature technologique.
- Effectifs (expertise, compétence, capacité).
- Groupe cible très large et disséminé sur un vaste territoire.
- Langues et cultures diverses.
- Image « négative » de l'arthrite.
- Préjugés, mythes et croyances au sujet de l'arthrite, p. ex., qu'elle ne touche que les personnes âgées.

---

## **2. Tous les Canadiens arthritiques doivent avoir accès à des renseignements et à une 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.**

### ***Mesures concrètes***

- Mettre sur pied un groupe de travail pour promouvoir la mise en place de « normes de qualité de l'information » par rapport auxquels toute la documentation sur l'arthrite pourra être validée.
- Veiller à la participation de tous les groupes intéressés, tant à l'échelon national qu'à l'échelon international, en vue de l'élaboration, de l'adoption et de l'application de normes internationales.
- Concevoir un plan qui permettra à tous les groupes intéressés de passer en revue l'information diffusée sur l'arthrite, ce qui pourrait inclure l'élaboration d'une stratégie nationale de diffusion de renseignements dignes de foi sur l'arthrite à l'intention du grand public et de programmes didactiques de qualité pour les personnes arthritiques.

### ***Outils***

- Obtenir un large consensus et assurer son adoption par tous les groupes concernés, y compris à l'échelon international.
- Choisir des porte-parole crédibles.
- Promouvoir la concertation.
- Établir des normes raisonnables et réalistes pour assurer la qualité de l'information et de l'enseignement.
- S'inspirer de modèles de standardisation de l'information déjà existants dans le domaine du diabète et d'autres maladies.

### ***Obstacles potentiels***

- Besoins organisationnels divergents.
- Ressources financières insuffisantes.

---

### **3. La capacité de participer à des activités sociales, éducatives, communautaires, professionnelles et récréatives doit faire partie des paramètres d'évaluation utilisés par les professionnels de la santé, les éducateurs, les décideurs et les chercheurs.**

#### ***Mesures concrètes***

- Les gouvernements doivent de toute urgence investir dans la mise au point et l'évaluation continues de diverses mesures visant à vérifier la capacité de participation des patients, peu importe leur groupe d'âge ou leur type d'arthrite.
- Intégrer la capacité de participation à l'examen clinique des personnes aux prises avec l'arthrite (sans égard à l'âge et au type d'arthrite).

#### ***Outils***

- Obtenir que les organismes du milieu de l'arthrite et les agences subventionnaires reconnaissent la capacité de participation comme un paramètre important de l'examen de santé.
- Intégrer la capacité de participation à l'examen clinique des personnes atteintes d'arthrite.

#### ***Obstacles potentiels***

- Absence de mesures validées et fiables pour mesurer la capacité de participation des gens de tous âges et à tous les stades de l'arthrite.

### **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.**

#### ***Mesures concrètes***

- Veiller à la mise en place de programmes et d'installations basés dans la communauté, accessibles, adaptés et d'une qualité répondant aux normes.
- Intégrer ce principe dans le message de la campagne de sensibilisation à l'intention du grand public : un message percutant sur les effets positifs de l'activité physique et d'un poids santé sur l'arthrite (prévention de l'arthrite et réduction des symptômes chez les malades).

- Ajouter l'arthrite à l'agenda « activité physique » de l'Agence de santé publique (Santé Canada).

### ***Outils***

- Sensibiliser davantage les médecins de premier recours à l'importance de la prévention et du traitement de l'arthrose.
- Intégrer ce message dans les mesures actuelles de promotion de l'activité physique et du poids santé.

### ***Obstacles potentiels***

- Difficulté de communication entre la médecine générale et la médecine de spécialité.
- Problème de temps.
- Grave sous-financement des programmes de gestion du poids.
- Grave sous-financement des programmes de soins préventifs.

## **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.**

### ***Mesures concrètes***

- Valider un outil de dépistage approprié pour la pratique clinique.
- Développer une stratégie pour l'enseignement et la diffusion de l'information.
- Vérifier l'acquisition et la rétention des connaissances chez les étudiants.
- Faire le bilan des résultats des interventions chez les patients.
- Mettre sur pied un groupe de travail formé d'éducateurs pour mettre en place toutes ces étapes.

### ***Outils***

- Promouvoir l'adoption de la norme par toutes les écoles du domaine de la santé concernées.

### ***Obstacles potentiels***

- Connaissance insuffisante des traitements antirhumatismaux efficaces existants.



## **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 la santé.**

### **Mesures concrètes**

- Développer, tester et appliquer un outil clinique à la portée des médecins de premier recours et des autres professionnels de la santé concernés pour favoriser le dépistage de l'arthrite inflammatoire.
- Incorporer cet outil de dépistage de l'arthrite dans la formation de tous les professionnels de la santé concernés.
- Fixer un temps d'attente maximum acceptable entre la demande de consultation auprès des professionnels de la réadaptation et la consultation proprement dite, selon le type de problème rhumatismal.
- Consolider la formation médicale continue et les activités de transfert des connaissances à l'intention des professionnels de la santé au sujet du diagnostic et du traitement de l'arthrite inflammatoire.
- Développer des mesures incitatives (et éliminer les irritants) pour que les professionnels de la santé participent aux activités de formation médicale continue sur l'arthrite.
- Sensibiliser davantage le grand public (accorder plus d'attention aux symptômes nouveaux qui demandent un diagnostic et un traitement) et tous les prestataires de soins de premier recours au problème de l'arthrite (projet *Getting a Grip*).
- Rédiger des directives appropriées au contexte de la médecine de premier recours.
- Renforcer l'autonomie des personnes arthritiques afin qu'elles prennent l'initiative de se faire soigner.

### **Outils**

- Faire participer les gouvernements, les personnes arthritiques et les professionnels de la santé concernés à la mise au point d'outils cliniques.
- Faire adopter les « trousse de dépistage » par les gouvernements, les organisations d'usagers et les sociétés professionnelles.
- Permettre la référence directe des personnes atteintes d'une possible arthrite inflammatoire entre les professionnels de la santé qui se consacrent à l'arthrite et les spécialistes en rhumatologie.
- Assurer le financement des essais de modèles de soins rhumatismaux parallèles de manière à réduire les temps d'attente pour les consultations auprès des spécialistes de l'arthrite.

- Subventionner des stratégies de sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé qui soignent l'arthrite.

### ***Obstacles potentiels***

- Coût.
- Écarts entre les provinces en ce qui concerne l'accès aux différentes professions de la santé qui se consacrent à l'arthrite.
- Absence de tests sensibles, spécifiques et réalisables pour diagnostiquer certaines formes d'arthrite inflammatoire.
- Capacité (effectifs médicaux, y compris programmes de formation).
- Réticence potentielle des professionnels de la santé du domaine de l'arthrite à accepter de nouveaux modèles de prestation de soins rhumatismaux.

## **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.**

### ***Mesures concrètes***

- Veiller à l'application d'outils de dépistage valides et fiables de l'arthrite qui permettent l'identification des cas potentiels d'arthrose.
- Développer des mesures incitatives (et éliminer les irritants) pour que les professionnels de la santé participent aux activités de formation médicale continue dans le domaine de l'arthrite.
- Modifier les directives existantes pour le traitement de l'arthrose, de manière qu'elles conviennent au contexte de la médecine de premier recours.

### ***Outils***

- Sensibiliser le public au fait que l'arthrose peut être traitée (demander aux médecins et à d'autres professionnels de la santé les traitements requis).
- Faire adopter les directives et les outils pratiques aux gouvernements, aux groupes d'utilisateurs et aux sociétés professionnelles.
- Accroître l'autonomie des personnes arthritiques afin qu'elles prennent l'initiative de se faire soigner.

### ***Obstacles potentiels***

- Coût.

- Perception, chez les professionnels de la santé et le grand public, que l'arthrose serait moins importante que d'autres problèmes de santé (c.-à-d. arthrose perçue comme un phénomène normal du vieillissement).

**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.**

***Mesures concrètes***

- Distribuer aux médecins de premier recours des outils d'évaluation fondés sur des preuves pour appuyer le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose.
- Développer des mesures incitatives (et éliminer les irritants) pour que les professionnels de la santé participent aux activités de formation médicale continue dans le domaine de l'arthrite.

***Outils***

- Continuer de faire connaître le problème de l'ostéoporose.

***Obstacles potentiels***

- Perception, chez les professionnels de la santé et le grand public, que l'ostéoporose serait moins importante que d'autres problèmes de santé.
- Disparités régionales (accessibilité relative des tests de DMO en raison de la distance).
- Connaissance insuffisante des traitements efficaces existants contre l'ostéoporose sévère, de la part des professionnels de la santé et des personnes atteintes.

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

***Mesures concrètes***

- Déterminer quels médicaments antirhumatismaux sauvent des vies ou améliorent la qualité de vie.

- Vérifier l'accessibilité aux traitements antirhumatismaux efficaces existants.
- Préparer une proposition pour la mise en œuvre d'un programme national visant à assurer partout un accès rapide aux médicaments qui sauvent des vies et qui améliorent la qualité de vie.
- Procéder à l'essai-pilote d'un programme expérimental d'accès restreint.

### ***Outils***

- Faire connaître le coût élevé de l'arthrite (perte d'emploi, perte d'autonomie, incapacité de prendre soin d'autrui, embauche de personnel auxiliaire, etc.) si elle n'est pas traitée ou pas adéquatement traitée.

### ***Obstacles potentiels***

- Coût élevé des médicaments.
- Délais entre l'approbation des médicaments et leur arrivée sur le marché.
- Variabilités interprovinciales des couvertures d'assurance-médicaments.
- La *Loi canadienne sur la santé* n'inclut pas les médicaments.

## **10. La pharmacovigilance doit faire partie du processus d'approbation des médicaments antirhumatismaux après leur mise en marché.**

### ***Mesures concrètes***

- Le gouvernement fédéral doit rendre obligatoire la pharmacovigilance postmarketing pour obtenir des informations justes sur l'innocuité et l'efficacité de tous les médicaments après leur mise en marché.

### ***Outils***

- Collaboration de l'industrie pharmaceutique.

### ***Obstacles potentiels***

- Signalement incomplet des réactions indésirables par les professionnels de la santé et les personnes arthritiques.

---

## **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.**

### ***Mesures concrètes***

- Les groupes d'usagers qui représentent les personnes arthritiques doivent pouvoir participer aux processus décisionnels en matière de santé lorsqu'il est question de l'examen des médicaments.

### ***Outils***

- Les groupes d'usagers proposent des volontaires qui peuvent participer aux activités des comités et conseils concernés.

### ***Obstacles potentiels***

- Préjugés vis-à-vis de la participation des usagers.

## **12. Les Canadiens qui ont besoin d'une chirurgie particulière 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.**

### ***Mesures concrètes***

- Appuyer la recherche visant à identifier, à tester et à appliquer des modèles parallèles de soins rhumatismaux, plus efficaces et mieux intégrés, qui tiennent compte de la pénurie d'effectifs dans le domaine de l'arthrite.
- Développer et faire connaître les critères d'admissibilité aux interventions pour prothèses articulaires totales (ou autres chirurgies orthopédiques), à l'intention des médecins de premier recours, des rhumatologues et des personnes atteintes d'arthrite.
- Promouvoir l'attente « active » plutôt que l'attente passive actuelle, c.-à-d. enseignement et exercices de réadaptation préchirurgicaux, etc. durant la période d'attente.
- Élaborer des stratégies pour élargir la formation, le recrutement et la fidélisation des chirurgiens orthopédistes.

### ***Outils***

- Dans la mesure du possible, établir des registres de listes d'attente selon les régions plutôt que selon les hôpitaux.

### ***Obstacles potentiels***

- Pénurie de professionnels de la santé.
- Nombre croissant de personnes nécessitant une chirurgie et retards pour les personnes qui se trouvent déjà sur les listes d'attente.
- Coût.

---

## **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.**

#### ***Mesures concrètes***

- Les gouvernements doivent de toute urgence investir dans la recherche sur les facteurs de risque de blessure dans les sports afin de développer et de tester des interventions visant à corriger ces facteurs.

#### ***Outils***

- Assurer une meilleure communication entre la médecine sportive et la chirurgie orthopédique.
- Faire connaître les stratégies de prévention existantes au grand public et aux autorités des programmes sports-études et des programmes de loisirs.

#### ***Obstacles potentiels***

- Dépendance à l'endroit des bénévoles qui se portent volontaires comme entraîneurs ou surveillants dans le domaine du sport amateur.

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

#### ***Mesures concrètes***

- Les gouvernements doivent investir de toute urgence dans l'élaboration et la validation de nouveaux modèles de soins de santé intégrés qui tiennent compte de la pénurie actuelle et future d'effectifs médicaux.

#### ***Outils***

- Réaliser des études sur la faisabilité, les coûts et l'efficacité des modèles parallèles de soins rhumatismaux.

### ***Obstacles potentiels***

- Les régimes de soins de santé provinciaux couvrent en bonne partie les actes médicaux, mais les soins assurés par les autres professions de la santé dans le domaine de l'arthrite font l'objet d'un financement insuffisant et aléatoire.

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

### ***Mesures concrètes***

- Sensibiliser le public et former les professionnels de la santé.

### ***Outils***

- Mettre à contribution la documentation et les ressources des organismes de défense des usagers, les programmes d'autotraitement et les renseignements diffusés par la Société d'arthrite à l'intention du grand public.
- Consulter les rapports des recherches émergentes et plus approfondies sur la participation.

### ***Obstacles potentiels***

- Attention insuffisante consacrée à la capacité de participation dans le milieu de l'arthrite.



Summit on  
Standards for Arthritis  
Prevention and Care  
November 1-3, 2005



Colloque sur les  
normes en matière de  
prévention et de  
traitement de l'arthrite  
Du 1<sup>er</sup> au 3 novembre 2005



---

## **SECTION 7**

### **QUESTIONS À APPROFONDIR**

---

## **7.1 Sensibilisation des gouvernements, des groupes d'utilisateurs/patients et du grand public à la question de l'arthrite**

---

- Quelle est la meilleure façon de transmettre l'information et d'offrir des programmes éducatifs aux Canadiens atteints d'arthrite? Au grand public? Quels facteurs facilitent ou retardent l'accès à l'information et la formation?
- Que savent les Canadiens de l'arthrite actuellement? Quelle est la meilleure stratégie pour les sensibiliser davantage à l'arthrite au cours de la vie?
- Quelle serait la norme de qualité et d'exactitude minimum acceptable pour l'information et les programmes éducatifs? Où se situent les programmes existants par rapport à ces normes?
- Quels critères devrait-on utiliser pour évaluer la réussite des interventions visant à sensibiliser le public et les usagers aux problèmes de l'arthrite?

## **7.2 Enseignement médical et professionnel**

---

- Quelle est la fiabilité et la validité des outils d'évaluation d'usage courant pour le dépistage de l'arthrite, y compris le système GALS (pour *Gait, Arms, Legs, Spine*) pour le dépistage de la synovite (inflammation articulaire)? Les troubles articulaires? Chez les enfants et les adultes?
- Une formation axée sur l'utilisation des outils de dépistage fiables et valides de l'arthrite chez les enfants, les adolescents et les adultes en médecine de premier recours et en médecine communautaire augmentera-t-elle le nombre d'examen pour le dépistage de l'arthrite? Réduira-t-elle le temps requis pour poser le diagnostic et instaurer les traitements qui s'imposent?
- Quelles devraient être les compétences de base requises chez les débutants et les professionnels chevronnés en physiothérapie et en ergothérapie? Autres professions de la santé concernées?
- Quel est le degré actuel de connaissances et de compétences des débutants et des professionnels chevronnés en physiothérapie et en ergothérapie?
- Où se situent l'efficacité et la rentabilité (rapport coût:efficacité) des diverses interventions antirhumatismales des ergothérapeutes et des physiothérapeutes? Traitements complémentaires et parallèles?
- Quelles stratégies offertes par les ergothérapeutes et les physiothérapeutes exercent le plus d'impact sur la progression de l'arthrite?

---

### 7.3 Participation

---

- Comment doit-on définir la capacité de participation pour la distinguer d'autres concepts et notions?
- Comment la capacité de participation s'articule-t-elle autour d'autres paramètres chez les patients, tels que qualité de vie, humeur, fonctionnement physique et psychosocial?
- Existe-t-il des mesures de base acceptables de la capacité de participation pour toutes les personnes arthritiques? Sinon, faut-il en développer de nouvelles?
- L'amélioration des soins rhumatismaux donnera-t-elle lieu à des améliorations de la capacité de participation?
- L'adoption de la capacité de participation comme paramètre-clé de l'évaluation de l'arthrite entraînera-t-elle des améliorations concrètes de ce paramètre (chez les enfants et les adultes)? Cela s'accompagnera-t-il d'une amélioration de la prise en charge des personnes arthritiques?
- Dans la pratique, comment harmoniser les objectifs de capacité de participation aux autres paramètres classiques d'évaluation de l'arthrite?
- Quel est l'impact des facteurs sociaux suivants sur la capacité de participation : environnement physique, autotraitement et capacité d'adaptation, appareils et accessoires d'aide, nutrition et traitements complémentaires et parallèles?
- Comment les attentes en regard de la capacité de participation évolueront-elles selon l'étape de la vie, les différences interindividuelles (p. ex., culture, race/origine ethnique, ressources personnelles) et les régions?
- Comment appliquer les modèles théoriques existants à l'adoption de nouveaux comportements pour améliorer le paramètre capacité de participation?

### 7.4 Activité physique

---

- Quels sont le type et la dose (fréquence et intensité) d'activité physique optimum pour la santé des articulations chez les enfants et les adultes?
- L'activité physique prévient-elle l'arthrose? Certains types spécifiques d'activité physique accroissent-ils le risque de développement ou d'aggravation de l'arthrite?
- Quel type et quelle dose (fréquence et intensité) d'activité physique conviennent le mieux à l'exercice thérapeutique chez les personnes atteintes d'arthrite (arthrose, arthrite inflammatoire chez les enfants, les adolescents et les adultes) et d'ostéoporose avérées?

- Quelles activités physiques récréatives conviennent aux personnes qui souffrent d'arthrite ou d'ostéoporose avérées?
- Quelle approche est la plus susceptible d'encourager la population entière à rester physiquement active à long terme?
- Quels sont les critères d'admissibilité (niveau minimum de compétence) pour les personnes handicapées qui débutent des programmes d'entraînement physique et de sport?
- Le maintien d'un bon poids santé prévient-il l'arthrose?

## **7.5 Prévention des blessures**

- Quel risque est associé aux facteurs intrinsèques (p. ex., agilité par rapport au gabarit de la personne), à l'équipement (p. ex., protège-tibias), aux facteurs environnementaux (p. ex., conditions glacées, état du terrain, interface chaussures/surface de jeu) et aux règlements (p. ex., contact au hockey, pénalités, arbitrage) dans les sports pratiqués par les adolescents?
- Dans quelle mesure les programmes actuels de prévention des blessures sportives sont-ils adéquats et complets? Quelle serait la rentabilité (rapport coût:efficacité) d'un registre national/provincial des blessures sportives?
- Quelles sont les meilleures stratégies de prévention des blessures sportives chez d'autres populations d'adolescents ou dans les loisirs et le sport amateur? Lesquelles auront le plus d'impact sur le plan de la santé publique? Lesquelles sont les plus rentables (rapport:coût efficacité)?
- Quel est l'impact des stratégies de prévention des blessures sportives sur le rendement dans les sports, l'abandon des sports et les répercussions à plus long terme, comme l'obésité et la mortalité? Que nous apprend l'application de ces programmes?
- Quels devraient être l'impact et la rentabilité (rapport coût:efficacité) d'un programme global et pluridisciplinaire de prévention des blessures sportives dans les écoles?
- Quel est l'impact à court et à long terme des diverses blessures sportives?
- Quelles connaissances les entraîneurs et assistants-entraîneurs ont-ils en matière de prévention des blessures sportives? Dans quelle mesure peut-on compter sur eux pour l'application des stratégies préventives?

## 7.6 Traitement et modèles de soins

### 7.6.1 Accès au diagnostic et aux effectifs, et modèles de soins pour les arthritiques de tous âges

- Quelle est l'efficacité (rapport coût:efficacité) des modèles actuels de soins rhumatismaux, en particulier aux premiers stades de l'arthrite inflammatoire et de l'arthrose, et des modèles de soins orthopédiques pour l'arthrite? Quels obstacles nuisent à la prestation de soins rhumatismaux efficaces? Y a-t-il des différences d'efficacité selon l'âge, la race/origine ethnique, le lieu de résidence ou le sexe des patients?
- Quels sont les temps d'attente actuels pour une consultation chez un rhumatologue dans le cas d'une arthrite inflammatoire d'apparition récente? Quels résultats les traitements actuels donnent-ils?
- Quels modèles de soins parallèles ou nouveaux sont associés à une amélioration des résultats (p. ex., délai avant le recours aux antirhumatismaux modifiant la maladie articulaire inflammatoire, temps d'attente pour la chirurgie) pour les patients? Quels obstacles nuisent à l'application de ces modèles et quelles sont les solutions envisageables?
- Internet est-il efficace (et économique) comme moyen de diffuser de l'information et d'aider à la prise en charge de l'arthrite pour les personnes atteintes et leurs aidants? Et pour les médecins de premier recours?
- Quels obstacles nuisent à l'application d'un modèle d'autotraitement et quelles solutions s'appliquent selon les besoins locaux?
- Quels sont les caractéristiques et les besoins des personnes arthritiques qui peuvent bénéficier de l'autotraitement?
- Quelles sont les conséquences d'un diagnostic tardif de l'arthrose?
- Comment se définit l'arthrose précoce en pratique clinique? En recherche clinique? Quelles sont les implications de ces différences?
- Les interventions précoces dans l'arthrose modifient-elles le cours de la maladie?
- Quel devrait être le modèle de prise en charge de l'arthrose avant le recours à la prothèse articulaire totale?
- Quelles modalités thérapeutiques sont associées aux meilleurs résultats dans l'arthrite? À quel moment et de quelle façon doit-on y recourir?
- Quels sont les besoins en effectifs médicaux dans le domaine de l'arthrite selon que l'on applique le modèle de soins actuels ou des modèles parallèles?
- Les besoins en information et en formation des médecins en milieu rural sont-ils différents de ceux des médecins en milieu urbain? Si oui, en quoi?

- Quelles preuves appuient le recours à diverses interventions chirurgicales orthopédiques pour l'arthrite?

### **7.6.2 Accès aux médicaments**

---

- Quelle est la meilleure façon de surveiller l'innocuité des médicaments une fois qu'ils sont sur le marché?
- Que valent les bases de données administratives existantes pour la surveillance de l'innocuité des médicaments après leur mise en marché? Quelles en sont les limites? Par exemple, comment *MedEffect* (Santé Canada 2006) se positionne-t-il vis-à-vis des usagers et des professionnels de la santé? Quel effet les rapports *MedEffect* ont-ils sur les décisions gouvernementales et quels sont les délais?
- Quels obstacles nuisent à la vaste accessibilité aux traitements abordables et éprouvés partout au Canada? Quelles stratégies pourraient réduire les inégalités actuelles quant à l'accessibilité aux traitements abordables et éprouvés pour l'arthrite et l'ostéoporose? Quel serait l'impact d'un accès égal à des traitements antirhumatismaux spécifiques dans toutes les provinces et tous les territoires (p. ex., consultations médicales et fréquentation des urgences, taux d'hospitalisations et durée des séjours hospitaliers, demandes de soins à domicile et de soins de longue durée)?
- Comment la méthodologie rigoureuse des essais cliniques pourrait-elle s'appliquer à l'étude de l'innocuité et de l'efficacité de diverses stratégies thérapeutiques antirhumatismales?
- Comment devrait-on calculer le rapport coût:efficacité des médicaments antirhumatismaux? Quels coûts et quels effets devrait-on mesurer?
- Un accès plus équitable et plus rapide aux médicaments donnerait-il lieu à de meilleurs emplois et à plus de satisfaction au travail pour les personnes arthritiques?

### **7.6.3 Accès à la chirurgie**

---

- Quel effet le temps d'attente a-t-il sur les résultats chez les patients (résilience, douleur, fonctionnement physique, satisfaction, capacité de participation, etc.) après une intervention pour prothèse articulaire? Et pour d'autres interventions orthopédiques?
- Quelles sont les attentes des patients vis-à-vis de l'accès à la chirurgie (temps d'attente acceptable avant la consultation et avant la chirurgie orthopédique)?

- 
- Quel est le rôle de la réadaptation avant la chirurgie pour prothèse articulaire? La réadaptation préopératoire influe-t-elle sur le résultat de la chirurgie pour prothèse articulaire totale?
  - Pouvons-nous utiliser des modèles de simulation informatisés pour identifier les principaux éléments du processus responsables des temps d'attente (étapes limitatives)?
  - Quelle est la meilleure approche pour l'évaluation urgente des patients qui se trouvent sur une liste d'attente pour subir une chirurgie pour prothèse articulaire?
  - Quelle est la distribution actuelle et quelles sont les caractéristiques des chirurgiens orthopédistes, des anesthésistes et des infirmières de bloc opératoire exerçant leur profession en EPT (équivalent plein temps) à l'échelon national (y compris la clientèle des chirurgiens)?

Summit on  
Standards for Arthritis  
Prevention and Care  
November 1-3, 2005



Colloque sur les  
normes en matière de  
prévention et de  
traitement de l'arthrite  
Du 1<sup>er</sup> au 3 novembre 2005



---

## **SECTION 8**

### **PROCHAINES ÉTAPES**



Le 24 janvier 2006, le comité directeur de l'Alliance pour le programme canadien de l'arthrite s'est réuni à Toronto afin d'identifier les « prochaines étapes » de l'application des normes. Chaque norme a été révisée et débattue selon sa pertinence pour les personnes aux prises avec l'arthrite (c.-à-d. capacité de réduire le fardeau de l'arthrite au sein de notre population), selon sa faisabilité et l'impact perceptible de son application sur la vie des personnes arthritiques en l'espace de un à deux ans au Canada. On a également discuté des activités courantes de chacune des organisations du milieu et du potentiel de leur action concertée et solidaire.

Sur la base des discussions qui se sont déroulées pendant toute la journée, les trois normes suivantes ont été identifiées comme les plus urgentes.

1. ***Chaque Canadien doit être sensibilisé au problème de l'arthrite.***  
L'APCA, par le biais de ses organisations membres, appliquera un certain nombre de stratégies pour sensibiliser davantage les Canadiens à l'existence de l'arthrite. Cela inclura une campagne sociétale à l'intention du public canadien et la mise au point et l'application d'un programme « Arthrite 101 » à l'intention des élus et des décideurs gouvernementaux en matière de politiques de santé publique.
2. ***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.***  
L'équipe pour l'accès au diagnostic évaluera formellement la fiabilité et la validité de divers outils de dépistage de l'arthrite pour déterminer lesquels sont les plus efficaces. Une fois les outils sélectionnés, les autorités influentes du milieu entreront en contact avec les facultés de médecine et autres facultés des sciences de la santé concernées pour promouvoir l'intégration de ces outils dans les programmes de formation et, de même, avec les organismes d'accréditation professionnelle pour qu'ils encouragent aussi leur intégration dans les processus d'agrément. Des activités de formation médicale continue seront utilisées pour faire connaître les outils aux professionnels de la santé concernés sur le terrain. L'Association médicale canadienne sera aussi sollicitée pour favoriser la diffusion des outils en question.
3. ***Tous les Canadiens arthritiques devraient avoir le même accès rapide aux médicaments appropriés.***  
Un sous-comité de l'APCA sera mis sur pied pour examiner la situation actuelle au Canada en ce qui a trait à l'accès aux médicaments recommandés pour le traitement de l'arthrite et de l'ostéoporose. Ce sous-comité évaluera également les preuves scientifiques attestant des effets de ces médicaments qui sauvent

---

des vies ou qui améliorent la qualité de vie. Une fois les renseignements compilés, le sous-comité formulera ses recommandations à l'APCA pour les étapes suivantes, y compris, si elle est démontrée, la nécessité d'instaurer un régime d'assurance-médicaments fédéral pour les agents antirhumatismaux réputés capables de sauver des vies.

L'APCA s'attardera donc initialement à ces trois normes. Par contre, toutes les organisations participantes sont encouragées à prendre connaissance des normes à développer en priorité qui ont été identifiées au cours du colloque au moment d'établir leurs plans stratégiques respectifs. Une fois les premières normes en place, l'APCA se consacrera à l'établissement des normes suivantes à tour de rôle, selon leur faisabilité et leur pertinence.

Les domaines pour lesquels il a été établi qu'une recherche plus approfondie s'imposait ont été soumis aux organismes subventionnaires du milieu de l'arthrite concernés (le Réseau canadien de l'arthrite, l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite [IALA] des Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC] et la Société d'arthrite). On a également classé ces questions par ordre de priorité. Les différents intervenants du milieu de l'arthrite en sont arrivés à un consensus général à l'effet que la priorité la plus importante, pour ce qui est de la recherche, consisterait à mettre au point et à tester les modèles parallèles de soins rhumatismaux. Seuls de nouveaux modèles originaux nous permettront, au bout du compte, d'atteindre plusieurs des objectifs fixés pour améliorer le traitement de l'arthrite au Canada.

Summit on  
Standards for Arthritis  
Prevention and Care  
November 1-3, 2005



Colloque sur les  
normes en matière de  
prévention et de  
traitement de l'arthrite  
Du 1<sup>er</sup> au 3 novembre 2005



---

## ANNEXES

---

## Annexe I – Documentation

---

### 1. Sensibilisation des groupes d'usagers et du public

- Les interventions en matière d'éducation ont prouvé leur efficacité à améliorer le degré de connaissances des gens au sujet de l'arthrite (Barlow et Wright 1998, Moll et Wright 1972, Niedermann 2004) et à promouvoir l'adoption de nouveaux comportements par les personnes arthritiques (Karlson 2004, Warsi 2004).
- Il n'existe pour l'instant aucune donnée probante sur le type d'information auquel ont accès les Canadiens au sujet de l'arthrite. La recherche a montré que le grand public n'est pas aussi bien informé que les personnes arthritiques au sujet de l'arthrite (Price 1983).
- Selon certaines indications, les renseignements sur l'arthrite que l'on retrouve sur Internet sont de piètre qualité (Maloney 2005, Suarez-Almazor 2001).
- Seulement 28 % des personnes âgées disposent d'un ordinateur à la maison et seulement 39 % d'entre elles ont cherché des renseignements sur Internet (Tak 2005).

### 2. Enseignement aux professionnels de la santé

- Les problèmes musculosquelettiques sont fréquents dans la pratique quotidienne des médecins de premier recours, puisqu'ils représentent jusqu'à 20 % de leur clientèle (Dequeker et Rasker 1998).
- Les médecins de premier recours se disent moins à l'aise et moins compétents lorsqu'ils doivent procéder à des évaluations musculosquelettiques comparativement à d'autres types de consultations (Glazier 1996 et 1998, Myers 2004).
- Les troubles musculosquelettiques composent la majeure partie des cas soignés par les physiothérapeutes canadiens (*Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators* 2005). Pourtant, les programmes de premier cycle en physiothérapie diffèrent beaucoup quant au nombre d'heures de formation qu'ils consacrent à la rhumatologie et à la pratique (Westby 1999).
- L'enseignement sur l'anamnèse du patient arthritique et les étapes de l'examen physique s'est révélé trop sommaire chez les physiothérapeutes et ergothérapeutes débutants (Moncur 1985).

### 3. Capacité de participation

- L'arthrite affecte la capacité de participation des personnes atteintes aux rôles et aux activités sociales qui leur importent, comme l'emploi, l'instruction, la vie sociale, les rapports interpersonnels et les loisirs (Adam 2005, Backman 2004, Carr 1999, Desrosiers 2005, Dieppe 2000, Fex 1998, Gignac 2000, Katz et Yelin 2001, Lacaille 2004, Neugebauer et Katz 2004, Reisine 2003, Strine 2004, Van Jaarsveld 1998).
- Cette capacité de participation est étroitement liée à l'identité, aux objectifs, aux aspirations et au bien-être émotionnel des gens (Desrosiers 2005, Gignac 2000, Katz et Yelin 2001, Perenboom et Chorus 2003, Strine 2004, Wilkie 2004 et 2005).
- Il est important de ne pas tenir compte uniquement de la maladie, mais aussi de ce qui fait du bien aux gens (Organisation mondiale de la santé 2001). À quelques exceptions près, le traitement actuel est centré sur les symptômes de la maladie, les soins individuels et la capacité de fonctionner (marcher, par exemple), mais ignore en bonne partie la notion de capacité de participation (Cardol 1999, Wilkie 2005).

### 4. Activité physique

- L'obésité est reconnue comme un facteur de risque à l'égard de l'arthrose du genou, de la hanche et de la main (Carman 1994, Felson 1988 et 2004, Gelber 1999, Lievense 2002). On a tendance à croire que l'augmentation de la charge imposée à l'articulation est l'un des mécanismes qui contribuent au développement de l'arthrose (de Jong 2004, Olsen 2003, Schoster 2005). La perte de poids est une importante stratégie de prévention de l'arthrose (Felson 1992 et 2000, Powell 2005).
- L'activité physique est indispensable à l'atteinte et au maintien d'un poids santé et peut être une mesure de prévention de l'arthrose (*Provincial Health Services Authority* 2005, Agence de santé publique du Canada 2003).
- L'activité physique peut exercer un effet bienfaisant sur la santé des os et des articulations, de même que sur le fonctionnement physique et psychosocial des individus atteints de maladies articulaires (Hurley 2003, Imundo et Klepper 2005, Sharma 2003). Certains types d'activités physiques récréatives conviennent aux personnes qui souffrent de polyarthrite rhumatoïde et d'arthrose (Brosseau 2003, de Jong 2004, Han 2004).
- Les exercices thérapeutiques, y compris le renforcement fonctionnel, l'activité physique générale et les exercices de faible intensité impliquant le

- corps en entier, permettent de prendre en charge efficacement l'arthrite (*Ottawa Panel* 2004).

## 5. Prévention des blessures

- Le sport est une importante cause de blessure chez les adolescents qui requièrent alors une attention médicale ou une visite aux urgences (Bienfeld 1996, Emery 2003, King 1998, Statistique Canada 1997). Les blessures aux membres inférieurs, genou et cheville principalement, sont les plus fréquentes et représentent plus de 60 % des blessures sportives (Abernethy et MacAuley, Bienfeld 1996, Emery 2003 et 2005a, King 1998, Statistique Canada 1997).
- Chaque année, 8 % des adolescents abandonnent la pratique d'un sport en raison d'une blessure (Grimmer 2000). Or l'abandon d'un sport entraînera la sédentarité et les problèmes de santé qui s'ensuivent : obésité et autres (Blair 1993, 1995, Jebb et Moore 1999, Paffenbarger 1994).
- Les blessures telles que les fractures et les lésions du genou, de la hanche, de la cheville et du pied peuvent entraîner un risque accru d'arthrose plus tard au cours de la vie. On a récemment constaté que > 50 % des personnes qui ont subi une blessure au genou développeront de l'arthrose dans les 12 à 20 ans qui suivent (Roos 2005).
- Des études ont identifié les facteurs de risque à l'égard des blessures. Il s'agit d'une diminution de la force physique, de l'endurance et de l'équilibre chez les adultes et les adolescents (Cahill et Griffith 1978, Emery 1999 et 2005a, Emery et Meeuwisse 2001, Jones 1993, Lysens 1984, Meeuwisse 1991, Pinto 1999, Tropp 1984). Par contre, certaines stratégies de prévention des blessures dans le sport se sont révélées capables d'exercer un impact bénéfique (Bahr 1997, Caraffa 1996, Emery 2003 et 2005a, Janda 1993, MacKay 2001).
- On déplore par ailleurs des lacunes sur le plan de la validité et de l'application soutenue des stratégies de surveillance et de prévention des blessures sportives chez les enfants et les adolescents (Hagel 2003, Meeuwisse 2002, Meeuwisse et Love 1997, Schick 2003, van Mechelen 1997).

## 6. Accès au diagnostic

- Les directives préconisent une consultation précoce auprès d'un spécialiste de l'arthrite afin de confirmer le diagnostic et d'orienter le traitement (sous-comité sur les directives pour la polyarthrite rhumatoïde de l'*American*

- *College of Rheumatology 2002, Ontario Musculoskeletal Therapeutics Review Panel 2000*).
- L'instauration rapide des antirhumatismaux modifiant la maladie (ARMM) ralentit la progression de l'atteinte articulaire structurelle et améliore l'issue à long terme, de même que la qualité de vie globale des patients. Tout report de trois mois ou plus du traitement par ARMM peut entraîner une aggravation de l'invalidité et de l'atteinte articulaire (Eltringham 2003, Fries 1996, Lard 2001, Pincus 1984).
- Certaines directives préconisent la prise en charge de l'arthrose au moyen d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques, comme l'exercice, l'enseignement, la protection articulaire et des appareils et accessoires d'aide (sous-comité pour les directives sur l'arthrose de l'*American College of Rheumatology 2000, Jordan 2003*). Les stratégies de diffusion des directives donnent lieu à des améliorations de modestes à modérées (Grimshaw 2004).
- La mesure de la densité minérale osseuse est le meilleur facteur de prévisibilité du risque de fracture (Brown 2002, *Consensus Development Conference on Osteoporosis 1991*).

## **7. Effectifs et modèles de soins**

- On déplore une pénurie de professionnels de la santé en rhumatologie et en chirurgie orthopédique, et on note également une variabilité des effectifs selon les régions (Agence de santé publique du Canada 2003, Rumble et Kreder 2004, Shipton 2004).
- Des preuves confirment l'efficacité de la pluridisciplinarité des équipes de soins dans le contexte de l'arthrite (Vliet Vlieland et Hazes 1997, Vliet Vlieland 2004).
- Certaines preuves ont confirmé l'efficacité et, dans certains cas, la rentabilité (rapport coût:efficacité) des modèles de soins émergents, comme la mise à contribution du personnel infirmier et du personnel de la physiothérapie spécialisés en réadaptation et dotés de rôles cliniques élargis (Campos 2001 et 2002, Hill 1997 et 2003, Li 2005, Temmink 2001, Tijhuis 2002, van den Hout 2003).
- Les modèles visant à sensibiliser et à renseigner davantage les médecins de premier recours au dépistage et aux demandes de consultation ont donné lieu à de bons résultats, par exemple une réduction des temps d'attente pour les consultations en rhumatologie (Ahlmen 2005, Boonen et Svensson 2003, Glazier 2005, Schulpen 2003).

## 8. Accès aux médicaments

- L'utilisation des ARMM chez des personnes qui souffrent d'arthrite sévère peut exercer un impact sur la qualité de vie, favoriser le maintien de la productivité au travail et réduire le recours à la chirurgie pour corriger des lésions articulaires (Pope 2002).
- Les nouveaux traitements biologiques indiqués pour l'arthrite inflammatoire peuvent aussi ralentir la destruction articulaire (Eltringham 2003, Fries 1996, Lard 2001, Pincus 1984). Ces traitements sont par contre plus coûteux.
- En général, les études évaluent l'efficacité des médicaments chez des patients « idéaux ». Les protocoles de bon nombre d'études sont souvent inadéquats pour juger de l'innocuité des produits utilisés dans la vie réelle, parce qu'elles regroupent peu de sujets et que le suivi est relativement court (Sokka et Pincus 2003, Wolfe 2004).
- Les sujets des essais cliniques ne sont pas toujours représentatifs des patients traités, parce que ces derniers sont souvent exclus des études s'ils souffrent d'autres problèmes de santé (Zimmerman 2004).
- La surveillance continue de l'utilisation et des effets des médicaments par le biais de programmes de pharmacovigilance postmarketing est jugée cruciale pour améliorer l'innocuité, l'efficacité et le rapport coût:efficacité des antirhumatismaux (Laupacis 2002).
- Les patients tiennent à participer avec leur médecin à la prise de décisions concernant leurs soins de santé (Wensing 1998).

## 9. Accès à la chirurgie

- Les chirurgies pour prothèse totale se révèlent économiques, autant pour le système de soins de santé que pour les patients et leurs aidants (Hawker 2004).
- Chez les patients qui attendent plus de six mois avant de subir leur chirurgie (Mahon 2002), on dénote beaucoup de souffrance, une diminution considérable de la qualité de vie, un risque d'aggravation de l'atteinte articulaire et une perte de mobilité.
- Plus l'arthrite est avancée avant la chirurgie, pire sera l'issue du traitement chez les patients (Fortin 2002).
- La norme recommandée concorde avec d'autres paramètres nationaux et internationaux établis pour l'accessibilité aux soins (Rumble et Kreder 2004).



---

## Annexe II – Participants et équipes

---

### Coprésidents

- Dr John Esdaile – Rhumatologue/chercheur, Université de la Colombie-Britannique
- Dre Gillian Hawker – Rhumatologue/chercheure, Université de Toronto
- Mme Cheryl Koehn – Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde/Présidente, *Arthritis Consumer Experts*
- Dre Dianne Mosher – Rhumatologue, Université Dalhousie

### Comité de planification

- Elizabeth Badley – Épidémiologiste/chercheure, Université de Toronto
- Kathleen Bell-Irving – Médecin de famille, Collège canadien des médecins de famille/Université de la Colombie-Britannique
- Angelique Berg – Directrice administrative, Fondation canadienne d'orthopédie
- Claire Bombardier – Rhumatologue/chercheure, Université de Toronto
- Sheila Brien – Personne atteinte d'ostéoporose, Réseau canadien des patients souffrant d'ostéoporose
- Wyncel Chan – Jeune atteint d'arthrite, Colombie-Britannique
- Andrea Crowe – Jeune atteinte d'arthrite, Nouvelle-Écosse
- Marie DesMeules – Agence de santé publique du Canada (rôle consultatif)
- Paul Dieppe – Rhumatologue/chercheur, Université de Bristol, Angleterre
- Ciarán Duffy – Pédorhumatologue/chercheur, Université McGill

- 
- John Fleming – Président et chef de la direction, La Société d'arthrite
  - Cy Frank – Chirurgien-orthopédiste/chercheur, Université de Calgary
  - Joyce Greene – Personne arthritique, Le Réseau canadien de l'arthrite, Conseil consultatif auprès des usagers
  - Martha Hall – Agence de santé publique du Canada (rôle consultatif)
  - Catherine Hofstetter – Personne atteinte d'arthrite, Alliance canadienne des arthritiques
  - Claudia Lagacé – Agence de santé publique du Canada (rôle consultatif)
  - Jean Légaré – Personne atteinte d'arthrite, Patients-partenaires contre l'arthrite
  - Matthew Liang – Rhumatologue/chercheur, Faculté de médecine, Université Harvard
  - Sydney Lineker – Physiothérapeute, Association des professionnels de la santé pour l'arthrite
  - Robin Poole – Chercheur, Université McGill
  - Bill Rennie – Président, Alliance pour le programme canadien de l'arthrite et chirurgien-orthopédiste, Université du Manitoba
  - Johnathan Riley – Directeur, Réseau canadien de l'arthrite
  - Rayfel Schneider – Pédiorthopédiste, Université de Toronto
  - Pam Sherwin – Parent d'un enfant arthritique, *Children's Arthritis Foundation*
  - Peter Tugwell – Rhumatologue/chercheur, Université d'Ottawa
  - Gordon Whitehead – Personne atteinte d'arthrite, *Arthritis Research Centre of Canada*, Comité consultatif auprès des usagers

- Hazel Wood – Coordinatrice de projet, Décennie des os et des articulations

## Équipes

### Équipe 1 – Activité physique

Juliette (Archie) Cooper \* – Ergothérapeute/chercheuse, Université du Manitoba  
Cameron Blimkie – Kinésiologue/chercheur, Université McMaster  
Lucie Brosseau – Physiothérapeute/chercheuse, Université d'Ottawa  
Janice Butcher – Éducation physique (recherche), Université du Manitoba  
Sandra Curwin – Physiothérapeute/chercheuse, Université de l'Alberta  
Maureen Dunn – Personne atteinte d'ostéoporose, Ontario  
Jacqueline Lukas – Personne atteinte d'arthrite, Ontario  
Lydia Makrides – Physiothérapeute/chercheuse, Université Dalhousie  
Patti-Jean Naylor – Éducation physique/recherche, Université de Victoria  
Samantha Stephens – Chercheuse en pédiatrie, *Hospital for Sick Children*

### Équipe 2 – Prévention des blessures

Carolyn Emery\* – Professeur adjointe, Université de Calgary  
Phil Groff – Directeur, Recherche et évaluation, *Smartrisk*, Ontario  
Margaret Herbert – Agence de santé publique du Canada  
Donna MacIntyre – Professeure agrégée, Université de la Colombie-Britannique  
William Stanish – Chirurgien-orthopédiste, Université Dalhousie  
Hazel Wood – Décennie des os et des articulations

### Équipe 3 – Accès au diagnostic

Sasha Bernatsky\* – Rhumatologue/chercheur, Université McGill  
Jolanda Cibere – Rhumatologue/chercheuse, Université de la Colombie-Britannique  
Pierre Dagenais – Rhumatologue/chercheur, Université de Montréal  
Robert Eaton – Médecin de famille, *Central Ottawa Family Health Network*  
Carol Hitchon – Rhumatologue/chercheuse, Université du Manitoba  
Diane Lacaille\* – Rhumatologue/chercheuse, Université de la Colombie-Britannique  
Anne Lyddiatt – Personne atteinte d'arthrite, Ontario  
Morris Markentin – Médecin de famille, Saskatchewan  
Suzanne Ramsey – Pédorhumatologue, Nouvelle-Écosse  
Gordon Whitehead – *Arthritis Research Centre of Canada*, Conseil consultatif auprès des usagers

#### **Équipe 4 – Effectifs et modèles de soins**

Elizabeth Badley\* – Épidémiologiste/chercheure, Université de Toronto  
Claire Bombardier – Rhumatologue/chercheure, Université de Toronto  
Michel Brazeau – Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada  
Ciarán Duffy – Pédorhumatologue/chercheur, Université McGill  
David Hawkins\* – Association des facultés de médecine du Canada  
Mary Kim – Personne atteinte d'arthrite, Ontario  
Linda Li\* – Physiothérapeute/professeure adjointe, Université de la Colombie-Britannique  
Sydney Lineker – Physiothérapeute, Association des professionnels de la santé pour l'arthrite  
Crystal MacKay – Physiothérapeute/chercheure, Université de Toronto  
Dianne Mosher – Rhumatologue, Université Dalhousie  
Michel Zimmer – Président, Société canadienne de rhumatologie

#### **Équipe 5 – Accès aux médicaments**

Aslam Anis\* – Économiste de la santé, Université de la Colombie-Britannique  
Nick Bansback – Économiste de la santé, Université de la Colombie-Britannique  
Sheila Brien – Personne atteinte d'ostéoporose, Ontario  
Vivian Bykerk\* – Rhumatologue, Université de Toronto  
Brian Feldman – Pédorhumatologue/chercheur, Université de Toronto  
Samantha Fong – Pharmacienne, L'Hôpital d'Ottawa  
Catherine Hofstetter – Personne atteinte d'arthrite, Ontario  
Jean Légaré – Personne atteinte d'arthrite, Québec  
Muhammad Mamdani – Pharmacien/économiste de la santé/chercheur, Université de Toronto  
Carlo Marra – Pharmacien, Université de la Colombie-Britannique  
Janet Pope – Rhumatologue/chercheure, Université Western Ontario  
William Tholl – Association médicale canadienne  
Barbara Wellis – La Société d'arthrite

#### **Équipe 6 – Accès à la chirurgie**

Paul Dieppe – Rhumatologue/chercheur, Université de Bristol, Angleterre  
Michael Dunbar\* – Chirurgien-orthopédiste/chercheur, Université Dalhousie  
Ken Faber – Professeur agrégé de chirurgie, Université Western Ontario  
Bev Greenwood – Présidente, Association canadienne des infirmières en orthopédie  
Gillian Hawker\* – Rhumatologue/chercheure, Université de Toronto  
Mary Kim – Personne atteinte d'arthrite, Ontario  
Hans Kreder\* – Chirurgien-orthopédiste/chercheur, Université de Toronto

Kellie Leitch – Chirurgienne-orthopédiste en pédiatrie, Université Western Ontario

Brendan Lewis – Chirurgien-orthopédiste/chercheur, Université Memorial, Terre-Neuve

Judy MacNeil – Médecin de famille, Nouvelle-Écosse

Ren Mann – Président, Société canadienne des anesthésiologistes

Bill Rennie – Chirurgien-orthopédiste, Université du Manitoba

Claudia Sanmartin – Statistique Canada, Groupe d'analyse et de mesure de la santé

Linda Wilhelm – Personne atteinte d'arthrite, Nouveau-Brunswick

Tracy Wilson – Chirurgienne-orthopédiste, *Thunder Bay Regional Health Sciences Centre*

### **Équipe 7 – Participation**

Catherine Backman\* – Ergothérapeute/chercheure, Université de la Colombie-Britannique et Association canadienne des ergothérapeutes

Dorcas Beaton – Ergothérapeute/chercheur, Hôpital St Michael's et Université de Toronto

Pierre Côté – Chiropraticien/chercheur, *Institute for Work and Health* et Université de Toronto

Debbie Da Costa – Psychologue/chercheure, Université McGill

Aileen Davis – Physiothérapeute/chercheure, Université de Toronto

Monique Gignac\* – Psychologie de la santé/chercheure, ACREU et Université de Toronto

Sheila Renton – Ergothérapeute, La Société d'arthrite

Pam Sherwin – Parent d'un enfant atteint d'arthrite, *Children's Arthritis Foundation*

Gillian Taylor – Infirmière-coordonnatrice, Hôpital pour enfants de Montréal

### **Équipe 8 – Sensibilisation du grand public et des groupes d'utilisateurs**

Corrie Billedeau – Personne atteinte d'arthrite, Manitoba

Joyce Greene – Personne atteinte d'arthrite, Manitoba

Jean-Michel Halfon\* – Pfizer Canada Inc.

Laurie Hurley – Directrice principale des Programmes sur l'arthrite, La Société d'arthrite

Cheryl Koehn\* – Personne atteinte d'arthrite, Colombie-Britannique

Allen Lehman – Stagiaire, Université de la Colombie-Britannique

Bernard Prigent – Pfizer Canada Inc.

Andy Thompson\* – Rhumatologue, Université Western Ontario

Lori Tucker – Pédiorthumatologue, Colombie-Britannique

---

## **Équipe 9 – Formation des professionnels de la santé**

Lori Albert – Rhumatologue, Université de Toronto  
Mary Bell – Rhumatologue/chercheure, Université de Toronto  
Kathleen Bell-Irving – Médecin de famille, Université de la Colombie-Britannique  
Angela Busch – Physiothérapeute, Université de la Saskatchewan  
Alfred Cividino\* – Rhumatologue, Université McMaster  
Ieva Fraser – Programme contre l'arthrite, *Southlake Regional Health Centre*  
Mike Gilbert – Chirurgien-orthopédiste, Université de la Colombie-Britannique  
Catherine Hofstetter – Personne atteinte d'arthrite, Ontario  
Susan Humphrey-Murto\* – Rhumatologue, Université d'Ottawa  
Gay Kuchta – Ergothérapeute auprès des enfants, *Mary Pack Arthritis Program, Vancouver Coastal Health*  
Bianca Lang – Pédorhumatologue, Université Dalhousie  
Meridith Marks – Physiatre, Université d'Ottawa  
Chris Penney – Rhumatologue, Université de Calgary  
Sheila Renton – Ergothérapeute, La Société d'arthrite  
Evelyn Sutton – Rhumatologue, Université Dalhousie  
Angèle Turcotte – Rhumatologue, Québec  
Jeffrey Turnbull – Président, Faculté de médecine, Université d'Ottawa  
Veronica Wadey – Chirurgienne-orthopédiste, Université Laval  
Jean Wessel – Physiothérapeute, Université McMaster  
Marie Westby – Physiothérapeute, *Mary Pack Arthritis Program, Vancouver Coastal Health*/étudiante au Ph.D., Université de la Colombie-Britannique

## **Équipe de relations avec les gouvernements**

Jeremy Adams – Expert-conseil principal, Enterprise Canada  
Gilles Boire – Rhumatologue, Université de Sherbrooke  
Arthur Bookman – Rhumatologue, Université de Toronto  
Sheila Brien – Personne atteinte d'ostéoporose, Réseau canadien des patients souffrant d'ostéoporose  
Beverly Bryd – La Société d'arthrite, section Terre-Neuve  
Andy Chabot – La Société d'arthrite, section Québec  
Anne Dooley\* – Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde, Saskatchewan  
John Esdaile – Directeur scientifique, Centre de recherche sur l'arthrite du Canada  
Alana Essery\* – La Société d'arthrite, section Île-du-Prince-Édouard  
John Fleming – Président et chef de la direction, La Société d'arthrite  
Elaine Flis – Consultant, Enterprise Canada  
Barb Fox – Présidente et chef de la direction, Enterprise Canada  
Joyce Greene – Personne autochtone atteinte d'arthrite, Réseau canadien de l'arthrite, Conseil consultatif auprès des usagers

---

Gillian Hawker – Rhumatologue/chercheure, Université de Toronto  
Catherine Hofstetter\* – Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde, Alliance canadienne des arthritiques  
Beth Kidd\* – La Société d'arthrite, section Alberta  
Cheryl Koehn\* – Coprésidente du Colloque, *Arthritis Consumer Experts*  
Graeme Kohler – La Société d'arthrite, section Nouvelle-Écosse  
Jean Légaré\* – Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde/coprésident, Réseau canadien de l'arthrite, Conseil consultatif auprès des usagers  
Dianne Mosher – Rhumatologue, Université Dalhousie  
Colleen Murray – Personne atteinte d'arthrite, L'Alliance canadienne des arthritiques  
Tom Noseworthy – Professeur et directeur du Centre pour les études en santé publique de l'Université de Calgary  
Bob Offer – Rhumatologue en milieu communautaire, Colombie-Britannique  
Barbara Oke-Kennedy – Gestionnaire du site pour l'Hôpital général de Dartmouth, Nouvelle-Écosse  
Vivian Randall – Personne atteinte d'arthrite rhumatoïde, Terre-Neuve  
Bill Rennie – Président, Alliance pour le programme canadien de l'arthrite/chirurgien-orthopédiste  
Pam Sherwin – Parent d'un enfant atteint d'arthrite, *Children's Arthritis Foundation*  
Jo-Anne Sobie\* – La Société d'arthrite, section Ontario  
Heather Temple – La Société d'arthrite, section Manitoba  
Peter Tugwell – Rhumatologue/chercheur, Université d'Ottawa  
Verena Wardley – La Société d'arthrite, section Calgary  
Gordon Whitehead\* – Personne atteinte d'arthrite rhumatoïde, Conseil consultatif auprès des usagers, Centre de recherche sur l'arthrite du Canada  
John Weir – Président, Enterprise Canada  
Marceline Zimmer – La Société d'arthrite, section Saskatchewan  
Michel Zimmer\* – Rhumatologue/président, Société canadienne d'arthrite

\**Chef d'équipe ou co-chef d'équipe*

---

## **Annexe III – Soutien financier**

---

### **Catégorie Platine**

Merck Frosst Canada, La Société canadienne de rhumatologie, Abbott Canada, Schering Canada

### **Catégorie Or**

Réseau canadien de l'arthrite, Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite, La Société canadienne d'arthrite

### **Catégorie Argent**

Amgen Canada Inc., Santé Canada, Pfizer Canada Inc., Wyeth Pharmaceuticals

### **Catégorie Bronze**

*Better Bone Health* (Procter & Gamble Pharma/sanofi-aventis); Wright Biomet; Bristol-Myers Squibb; Hoffmann-La Roche Ltd.; Janssen-Ortho Inc.; Juvent; MEDEC; Ostek; Servier; Smith & Nephew Inc.; Synthes; *The Alliance for Medical Technology, Inc.*; Zimmer, Inc.



---

## Annexe IV – Ordre du jour

---

### Le Colloque sur les normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite

Du 31 octobre au 2 novembre 2005

#### LE LUNDI 31 OCTOBRE

- 18 h            **INSCRIPTION**  
*Salle Drawing*
- 19 h            **RÉCEPTION DE BIENVENUE**  
*Salle Drawing*

#### LE MARDI 1<sup>ER</sup> NOVEMBRE

*La traduction simultanée sera offerte pour toutes les séances plénières*

- 7 h 30            **INSCRIPTION**  
*Salle Drawing*
- PETIT-DÉJEUNER CONTINENTAL**  
*Salle Laurier*
- 9 h 10            **SÉANCE D'OUVERTURE – POURQUOI NOUS SOMMES ICI**  
*Salle de bal*
- **Introduction**  
Michael Rowland, animateur du colloque
  - **L'expérience de l'arthrite**  
Cheryl Koehn, coprésidente du colloque
- 9 h 35            **POUR DÉBUTER/VUE D'ENSEMBLE DU COLLOQUE**  
Michael Rowland, animateur du colloque

9 h 45

**CONFÉRENCE : NORMES NATIONALES**

- **La nécessité de baser les soins de santé sur des preuves**

Dr Matthew H. Liang, rhumatologue/chercheur, faculté de médecine, Université Harvard; professeur de Santé publique et de gestion, faculté de santé publique, Université Harvard; membre du *National Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases Advisory Council*

10 h 10

*Pause*

10 h 30

**GOVERNEMENT DU CANADA**

L'honorable Dre Carolyn Bennett, ministre d'État à la Santé publique

10 h 45

**APERÇU DES NORMES**

- **Stratégie de l'Alliance pour le programme canadien de l'arthrite**

Dre Gillian Hawker, coprésidente du colloque

- **Cadres et processus d'élaboration des normes**

Dr John Esdaile, coprésident du colloque

- **Vue d'ensemble des normes recommandées**

- **Sensibilisation à l'arthrite** – Dre Monique Gignac, psychologie de la santé/chercheuse, Université de Toronto, et M. Jean Légaré, personne atteinte d'arthrite, Patients-partenaires contre l'arthrite

- **Prévention de l'arthrite** – Dre Juliette (Archie) Cooper, ergothérapeute/chercheuse, Université du Manitoba

- **Prise en charge de l'arthrite et modèles de soins** – Dre Claire Bombardier, rhumatologue/chercheuse, Université de Toronto

11 h 40

*Pause*

Midi **LUNCH**  
*Salle Drawing*

13 h **SÉANCES DE TRAVAIL :**  
**PRÉMISSES DES NORMES ET IDENTIFICATION DES LACUNES**

- **Introduction**  
Michael Rowland, animateur du colloque  
*Salle Drawing*

***Les participants pourront assister à deux séances de travail distinctes : une, lors de la séance « A » et l'autre, lors de la séance « B »***

13 h 10 **SÉANCE DE TRAVAIL « A »**

Les participants participent à des séances de travail présélectionnées en sous-groupes organisés par domaines ou normes. Les chefs d'équipe présenteront les normes proposées. Les animateurs dirigeront la discussion sur :

- l'appui aux normes recommandées;
- les lacunes pour lesquelles des recherches et des normes additionnelles s'imposent.

*Salles assignées selon les thèmes et les sous-groupes*

### **Sensibilisation**

1. Sensibilisation spécifique du grand public et des groupes d'utilisateurs – *Salle Renaissance (mezzanine)*
2. Formation médicale – *Salle Macdonald (mezzanine)*
3. Participation – *Salle Tudor (premier étage)*

### **Prévention**

4. Activité physique – *L'Orangerie (mezzanine)*
5. Prévention des blessures – *Salle Palladian (mezzanine)*

**Prise en charge et modèles de soins**

6. Accès au diagnostic – *Salle Canadian (niveau inférieur)*
7. Effectifs et modèles de soins – *Salle Laurier (rez-de-chaussée)*
8. Accès aux médicaments – *Salle de bal (rez-de-chaussée)*
9. Accès à la chirurgie – *Salle Burgundy (mezzanine)*

15 h

**PAUSE**

*Les participants passent à la seconde séance de travail*

15 h 30

**SÉANCE DE TRAVAIL « B »**

***Reprise de la séance de travail « A » (même répartition des salles – voir ci-haut)***

17 h

**FIN DES SÉANCES DE TRAVAIL**

Temps libre

19 h

**DÎNER**

*Salle de bal*

- **Conférence – Sénatrice Pat Carney**  
*Présentée par le Dr John Esdaile*

**LE MERCREDI 2 NOVEMBRE**

7 h

**PETIT-DÉJEUNER CONTINENTAL**

*Salle Laurier*

8 h

**INTRODUCTION À LA 2<sup>E</sup> JOURNÉE**

*Salle de bal*

- **Survol des thèmes de la journée**  
Colleen Maloney, Alliance pour le programme canadien de l'arthrite (APCA)
- **Gouvernement du Canada**  
L'honorable Stephen Owen, ministre de la Diversité économique de l'Ouest et ministre d'État (aux Sports)

8 h 20            **SOMMAIRE DES RÉSULTATS DE LA SÉANCE DE TRAVAIL DU JOUR 1**  
Michael Rowland, animateur du colloque

8 h 35            **SÉANCES DE TRAVAIL :**  
**STRATÉGIES D'APPLICATION**

• **Introduction**

Michael Rowland, animateur du colloque

***Les participants pourront assister à deux séances de travail distinctes : l'une, la séance « C » et l'autre, la séance « D »***

8 h 45            **SÉANCE DE TRAVAIL « C »**

Répartis selon le thème ou la norme, les participants assistent en sous-groupes à des séances de travail présélectionnées sur la façon d'appliquer les normes. Les animateurs dirigeront la discussion sur :

- les obstacles et les outils;
- les stratégies d'application;
- l'imputabilité de l'application.

*Salles assignées selon les thèmes et les sous-groupes*

**Participation**

1. Participation – *Salle Tudor (premier étage)*
2. Sensibilisation spécifique du grand public et des groupes d'usagers – *Salle Drawing (rez-de-chaussée)*
3. Formation médicale – *Salle Macdonald (mezzanine)*

**Prévention**

4. Activité physique – *L'Orangerie (mezzanine)*
5. Prévention des blessures – *Salle Palladian (mezzanine)*

**Prise en charge et modèles de soins**

6. Accès au diagnostic – *Salle Canadian (niveau inférieur)*

7. Effectifs et modèles de soins – *Salle Laurier (rez-de-chaussée)*
8. Accès aux médicaments – *Salle Adam (rez-de-chaussée)*
9. Accès à la chirurgie – *Salle Burgundy (mezzanine)*

10 h 15 *Pause – Les participants passent à la seconde séance de travail*

10 h 45 **SÉANCE DE TRAVAIL « D »**

***Reprise de la séance de travail « C » (même répartition des salles – voir ci-haut)***

12 h 15 *Pause*

12 h 45 **LUNCH**  
*Salle de bal*

13 h 45 **SOMMAIRE DES SÉANCES SUR L'APPLICATION DES NORMES**  
Michael Rowland, animateur du colloque  
*Salle de bal*

14 h 15 **ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION – QU'ARRIVE-T-IL ENSUITE?**  
Dr Cy Frank, Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite  
*Salle de bal*

14 h 30 *Pause*

14 h 45 **SÉANCE PLÉNIÈRE**  
Michael Rowland, animateur du colloque

15 h 45 **SÉANCE DE CLÔTURE**  
*Salle de bal*

- **Le mot de la fin**  
Dre Dianne Mosher, coprésidente du colloque  
Logan Graham, personne atteinte d'arthrite juvénile idiopathique

16 h **FIN DU COLLOQUE**

**LE JEUDI 3 NOVEMBRE**

Suivi et récapitulation pour les organisateurs du colloque

10 h 30      **PRÉSENTATION AUX MÉDIAS**

Summit on  
Standards for Arthritis  
Prevention and Care  
November 1-3, 2005



Colloque sur les  
normes en matière de  
prévention et de  
traitement de l'arthrite  
Du 1<sup>er</sup> au 3 novembre 2005



---

## RÉFÉRENCES



Abernethy, L., & MacAuley, D. (2003). Impact of school sports injury. *Br J Sports Med*, 37, 354-355.

Adam, V., St.-Pierre, Y., Fautrel, B., Clarke, A. E., Duffy, C. M., & Penrod, J. R. (2005). What is the impact of adolescent arthritis and rheumatism? Evidence from a national sample of Canadians. *J Rheumatol*, 32, 354-361.

Agence de santé publique du Canada (2003). *L'arthrite au Canada : Une bataille à gagner*. Récupéré sur le site Web : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ac/pdf/ac\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ac/pdf/ac_f.pdf).

Ahlem, M. (2005). Care led by primary care physicians: the Swedish (rheumatology) model. In *Care III Conference* (Poster Presentation).

American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines (2000). Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. *Arthritis Rheum*, 43, 1905-1915.

American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines (2002). Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 Update. *Arthritis Rheum*, 46, 328-346.

**Backman**, C. L., Kennedy, S. M., Chalmers, A., & Singer, J. (2004). Participation in paid and unpaid work by adults with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, 31, 47-56.

Bahr, R., Lian, O., & Bahr, I. A. (1997). A twofold reduction in the incidence of acute ankle sprains in volleyball after the introduction of an injury prevention program: a prospective cohort study. *Scand J Med Sci Sports*, 7, 172-177.

Barlow, J. H., & Wright, C. C. (1998). Knowledge in patients with rheumatoid arthritis: a longer term follow-up of a randomized controlled study of patient education leaflets. *Br J Rheumatol*, 37, 373-376.

Bienfeld, M., Pickett, W., & Carr, P. A. (1996). A descriptive study of childhood injuries in Kingston, Ontario, using data from computerized injury surveillance system. *Chronic Dis Can*, 17, 21-27.

Blair, S. N. (1993). 1993 C.H. McCloy Research Lecture: physical activity, physical fitness, and health. *Res Q Exerc Sport*, 64, 365-376.

Blair, S. N., Kohl, H. W., III, Barlow, C. E., Paffenbarger, R. S., Jr., Gibbons, L. W., & Macera, C. A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause

mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA*, 273, 1093-1098.

Boonen, A., & Svensson, B. (2003). Joint consultation: a joint venture towards improving effectiveness of health care. *Eur J Intern Med*, 14, 146-147.

Brosseau, L., MacLeay, L., Robinson, V., Wells, G., & Tugwell, P. (2003). Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*, CD004259.

Brown, P. B., Josse, R. G., & The Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada (2002). 2002 Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *CMAJ*, 167(10 suppl), S1-S34.

Cahill, B. R. & Griffith, E. H. (1978). Effect of preseason conditioning on the incidence and severity of high school football knee injuries. *Am J Sports Med*, 6, 180-184.

Campos, A. A., Graveline, C., Ferguson, J. M., Lundon, K., Schneider, R., & Laxer, R. M. (2001). The physical therapy practitioner: an expanded role for physical therapy in pediatric rheumatology. *Physiother Can*, 53, 282-287.

Campos, A. A., Graveline, C., Ferguson, J. M., Lundon, K., Feldman, B. M., & Schneider, R. (2002). The physical therapy practitioner (PTP) in pediatric rheumatology: high level of patient and parent satisfaction with services. *Physiother Can*, 54, 32-36.

Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators (CAPR) (2005). Récupéré sur le site Web : <http://www.alliancept.org/exams/index.html>.

Caraffa, A., Cerulli, G., Projetti, M., Aisa, G., & Rizzo, A. (1996). Prevention of anterior cruciate ligament injuries in soccer. A prospective controlled study of proprioceptive training. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 4, 19-21.

Cardol, M., Brandsma, J. W., de Groot, I. J., van den Bos, G. A., de Haan, R. J., & De Jong, B. A. (1999). Handicap questionnaires: what do they assess? *Disabil Rehabil*, 21, 97-105.

Carman, W. J., Sowers, M., Hawthorne, V. M., & Weissfeld, L. A. (1994). Obesity as a risk factor for osteoarthritis of the hand and wrist: a prospective study. *Am J Epidemiol*, 139, 119-129.

Carr, A. J. (1999). Beyond disability: measuring the social and personal consequences of osteoarthritis. *Osteoarthr Cartil*, 7, 230-238.

Consensus Development Conference on Osteoporosis. Les 19 et 20 octobre 1990, Copenhagen, Danemark (1991). *Am J Med*, 91, 1S-68S.

de Jong, O. R., Hopman-Rock, M., Tak, E. C. M. P., & Klazinga, N. S. (2004). An implementation study of two evidence-based exercise and health education programmes for older adults with osteoarthritis of the knee and hip. *Health Educ Res*, 19, 316-325.

de Jong, Z., Munneke, M., Lems, W. F., Zwinderman, A. H., Kroon, H. M., Pauwels, E. K., et al. (2004). Slowing of bone loss in patients with rheumatoid arthritis by long-term high-intensity exercise: results of a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum*, 50, 1066-1076.

Dequeker, J., & Rasker, H. (1998). High prevalence and impact of rheumatic diseases is not reflected in the medical curriculum: the ILAR Undergraduate Medical Education in Rheumatology (UMER) 2000 project. Together everybody achieves more. International League of Associations for Rheumatology. *J Rheumatol*, 25, 1037-1040.

Desrosiers, J. (2005). Participation and occupation. *Can J Occup Ther*, 72, 195-204.

Dieppe, P., Cushnaghan, J., Tucker, M., Browning, S., & Shepstone, L. (2000). The Bristol 'OA500 study': Progression and impact of the disease after 8 years. *Osteoarthr Cartil*, 8, 63-68.

Eltringham, M., Myers, A., Friswell, M., Abinun, M., Kay, L. J., & Foster, H. E. (2003). Referral delays for children with juvenile idiopathic arthritis. *Clin Exp Rheumatol*, 21, 532.

Emery, C. A. (1999). Does decreased muscle strength cause acute muscle strain injury in sport? A systemic review of the evidence. *Phys Ther Rev*, 4, 79-85.

Emery, C. A., & Meeuwisse, W. H. (2001). Risk Factors for Groin and Abdominal Strain Injuries in the National Hockey League Preseason: A Multivariate Approach. *Med Sci Sports Exerc*, 33, 1423-1433.

Emery, C. A. (2003). Risk factors for injury in child and adolescent sport: a systematic review of the literature. *Clin J Sport Med*, 13, 256-268.

Emery, C. A., Cassidy, J. D., Klassen, T. P., Rosychuk, R. J., & Rowe, B. H. (2005a). Effectiveness of a home-based balance-training program in reducing sports-related injuries among healthy adolescents: a cluster randomized controlled trial. *CMAJ*, 172, 749-754.

Emery, C. A., Meeuwisse, W. H., & Hartmann, S. E. (2005b). Evaluation of Risk Factors for Injury in Adolescent Soccer: Implementation and Validation of an Injury Surveillance System. *Am J Sports Med*, 33, 1882-1891.

Esmail, N., & Walker, M. (2002). Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada, 12<sup>e</sup> édition. *The Fraser Institute*.

Felson, D. T., Anderson, J. J., Naimark, A., Walker, A. M., & Meenan, R. F. (1988). Obesity and knee osteoarthritis. The Framingham Study. *Ann Intern Med*, 109, 18-24.

Felson, D. T., Zhang, Y., Anthony, J. M., Naimark, A., & Anderson, J. J. (1992). Weight loss reduces the risk for symptomatic knee osteoarthritis in women. The Framingham Study. *Ann Intern Med*, 116, 535-539.

Felson, D. T., Lawrence, R. C., Dieppe, P. A., Hirsch, R., Helmick, C. G., Jordan, J. M., et al. (2000). Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Ann Intern Med*, 133, 635-646.

Felson, D. T. (2004). Risk factors for osteoarthritis: understanding joint vulnerability. *Clin Orthop Relat Res.*, 427 Suppl, S16-S21.

Fex, E., Larsson, B. M., Nived, K., & Eberhardt, K. (1998). Effect of rheumatoid arthritis on work status and social and leisure time activities in patients followed 8 years from onset. *J Rheumatol*, 25, 44-50.

Fortin, P. R., Penrod, J. R., Clarke, A. E., St-Pierre, Y., Joseph, L., Belisle, P., et al. (2002). Timing of total joint replacement affects clinical outcomes among patients with osteoarthritis of the hip or knee. *Arthritis Rheum*, 46, 3327-3330.

Fries, J. F., Williams, C. A., Morfeld, D., Singh, G., & Sibley, J. (1996). Reduction in long-term disability in patients with rheumatoid arthritis by disease-modifying antirheumatic drug-based treatment strategies. *Arthritis Rheum*, 39, 616-622.

Gelber, A. C., Hochberg, M. C., Mead, L. A., Wang, N. Y., Wigley, F. M., & Klag, M. J. (1999). Body mass index in young men and the risk of subsequent knee and hip osteoarthritis. *Am J Med*, 107, 542-548.

Gignac, M. A. M., Cott, C., & Badley, E. M. (2000). Adaptation to chronic illness and disability and its relationship to perceptions of independence and dependence. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55, 362-372.

Glazier, R. H., Dalby, D. M., Badley, E. M., Hawker, G. A., Bell, M. J., & Buchbinder, R. (1996). Determinants of physician confidence in the primary care management of musculoskeletal disorders. *J Rheumatol*, 23, 351-356.

Glazier, R. H., Dalby, D. M., Badley, E. M., Hawker, G. A., Bell, M. J., Buchbinder, R., et al. (1998). Management of common musculoskeletal problems: a survey of Ontario primary care physicians. *CMAJ*, 158, 1037-1040.

Glazier, R. H., Badley, E. M., Lineker, S. C., Wilkins, A. L., & Bell, M. J. (2005). Getting a Grip on Arthritis®: an educational intervention for the diagnosis and treatment of arthritis in primary care. *J Rheumatol*, 32, 137-142.

Grimmer, K. A., Jones, D., & Williams, J. (2000). Prevalence of adolescent injury from recreational exercise: an Australian perspective. *J Adolesc Health*, 27, 266-272.

Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., et al. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*, 8, iii-72.

Hagel, B. E., Fick, G. H., & Meeuwisse, W. H. (2003). Injury risk in men's Canada West University football. *Am J Epidemiol*, 157, 825-833.

Han, A., Robinson, V., Judd, M., Taixiang, W., Wells, G., & Tugwell, P. (2004). Tai chi for treating rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*, CD004849.

Hawker, G. A., Wright, J. G., Badley, E. M., & Coyte, P. C. (2004). Perceptions of, and willingness to consider, total joint arthroplasty in a population-based cohort of individuals with disabling hip and knee arthritis. *Arthritis Rheum*, 51, 635-641.

Hawker, G. A., Wright, J. G., Coyte, P. C., Paul, J. E., Dittus, R., Croxford, R., et al. (1998). Health-related quality of life after knee replacement surgery - results from the Knee Port Study. *J Bone Joint Surg (Am)*, 80-A, 163-173.

Hill, J. (1997). Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic. *J Adv Nurs*, 25, 347-354.

Hill, J., Thorpe, R., & Bird, H. (2003). Outcomes for patients with RA: A rheumatology nurse practitioner clinic compared to standard outpatient care. *Musculoskeletal Care*, 1, 5-20.

Hurley, M. V., Mitchell, H. L., & Walsh, N. (2003). In osteoarthritis, the psychosocial benefits of exercise are as important as physiological improvements. *Exerc Sport Sci Rev*, 31, 138-143.

Imundo, L., & Klepper, S. (2005). *Hope for children with arthritis*. American College of Rheumatology. Récupéré sur le site Web : [www.rheumatology.org/public/USAToday/juvenile.asp](http://www.rheumatology.org/public/USAToday/juvenile.asp).

Janda, D. H., Maguire, R., Mackesy, D., Hawkins, R., Fowler, P., & Boyd, J. (1993). Sliding injuries in college and professional baseball—a prospective study comparing standard and break-away bases. *Clin J Sport Med*, 3, 78-81.

Jebb, S. A., & Moore, M. S. (1999). Contribution of a sedentary lifestyle and inactivity to the etiology of overweight and obesity: current evidence and research issues. *Med Sci Sports Exerc*, 31, S534-S541.

Jones, B. H., Bovee, M. W., Harris, J. M., III, & Cowan, D. N. (1993). Intrinsic risk factors for exercise-related injuries among male and female army trainees. *Am J Sports Med*, 21, 705-710.

Jordan, K. M., Arden, N. K., Doherty, M., Bannwarth, B., Bijlsma, J. W., Dieppe, P., et al. (2003). 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). *Ann Rheum Dis*, 62, 1145-1155.

Karlson, E. W., Liang, M. H., Eaton, H., Huang, J., Fitzgerald, L., Rogers, M. P., et al. (2004). A randomized clinical trial of a psychoeducational intervention to improve outcomes in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, 50, 1832-1841.

Katz, J. N., Losina, E., Barrett, J., Phillips, C. B., Mahomed, N. N., Lew, R. A., et al. (2001). Association between hospital and surgeon procedure volume and outcome of total hip replacements in the United States Medicare population. *J Bone Joint Surg Am*, 83-A, 1622-1629.

Katz, P. P., & Yelin, E. H. (2001). Activity loss and the onset of depressive symptoms: do some activities matter more than others? *Arthritis Rheum*, 44, 1194-1202.

King, M. A., Pickett, W., & King, A. J. (1998). Injury in Canadian youth: a secondary analysis of the 1993-94 Health Behaviour in School-Aged Children Survey. *Revue canadienne de santé publique*, 89, 397-401.

La Société d'arthrite (2001). *Canadian Arthritis Bill of Rights 2001*. Récupéré du site Web :  
<http://www.arthritis.ca/resources%20for%20advocates/bill%20of%20rights/default.asp?s=1>.

Lacaille, D., Sheps, S., Spinelli, J. J., Chalmers, A., & Esdaile, J. M. (2004). Identification of modifiable work-related factors that influence the risk of work disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum (Arthritis Care Res)*, 51, 843-852.

Lard, L. R., Visser, H., Speyer, I., vander Horst-Bruinsma, I. E., Zwinderman, A. H., Breedveld, F. C., et al. (2001). Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med*, 111, 446-451.

Laupacis, A., Anderson, G., & O'Brien, B. (2002). Drug policy: making effective drugs available without bankrupting the healthcare system. *Healthc Pap*, 3, 12-30.

Li, L. C., Maetzel, A., Davis, A. M., Lineker, S., Bombardier, C., & Coyte, P. C. (2005). The primary therapist model for patients referred for rheumatoid arthritis rehabilitation: A cost-effective analysis. (Article soumis.) *Arthritis Rheum (Arthritis Care Res)*.

Lievensse, A. M., Bierma-Zeinstra, S. M., Verhagen, A. P., van Baar, M. E., Verhaar, J. A., & Koes, B. W. (2002). Influence of obesity on the development of osteoarthritis of the hip: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*, 41, 1155-1162.

Lysens, R., Steverlynck, A., van den Auweele, Y., et al. (1984). The predictability of sports injuries. *Sports Med*, 1, 6-10.

MacKay, M., Scanian, A., & Olsen, L. (2001). *Sports and recreational injury prevention strategies: Systematic review and best practices: executive summary*. Vancouver (C.-B.) : BC Injury Research and Prevention Unit.

Mahon, J. L., Bourne, R. B., Rorabeck, C. H., Feeny, D. H., Stitt, L., & Webster-Bogaert, S. (2002). Health-related quality of life and mobility of patients awaiting elective total hip arthroplasty: a prospective study. *CMAJ*, 167, 1115-1121.

Maloney, S., Ilic, D., & Green, S. (2005). Accessibility, nature and quality of health information on the Internet: a survey on osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 44, 382-385.

Meeuwisse, W. H. (1991). Predictability of sports injuries. What is the epidemiological evidence? *Sports Med*, 12, 8-15.

Meeuwisse, W. H., & Love, E. J. (1997). Athletic injury reporting. Development of universal system. *Sports Med*, 24, 184-204.

Meeuwisse, W. H. (2002). Full facial protection reduces injuries in elite young hockey players. *Clin J Sport Med*, 12, 406.

Members of the Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines (2000). Recommendations for the Medical Management of Osteoarthritis of the Hip and Knee. *Arthritis Care Res*, 49, 1905-1915.

Moll, J. M., & Wright, V. (1972). Evaluation of the Arthritis and Rheumatism Council Handbook on Gout. An objective study of doctor-patient communication. *Ann Rheum Dis*, 31, 405-411.

Moncur, C. (1985). Physical therapy competencies in rheumatology. *Phys Ther*, 65, 1365-1372.

Myers, A., McDonagh, J. E., Gupta, K., Hull, R., Barker, D., Kay, L. J., et al. (2004). More 'cries from the joints': assessment of the musculoskeletal system is poorly documented in routine paediatric clerking. *Rheumatology (Oxford)*, 43, 1045-1049.

Neugebauer, A., & Katz, P. P. (2004). Impact of social support on valued activity disability and depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum (Arthritis Care Res)*, 51, 586-592.

Niedermann, K., Fransen, J., Knols, R., & Uebelhart, D. (2004). Gap between short- and long-term effects of patient education in rheumatoid arthritis patients: a systematic review. *Arthritis Rheum*, 51, 388-398.



Olsen, J. C. (2003). Juvenile idiopathic arthritis: an update. *Wis Med J*, 102, 45-50.

Ontario Musculoskeletal Therapeutics Review Panel (2000). *Ontario treatment guidelines for osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and acute musculoskeletal injury (1<sup>re</sup> édition)* Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Organisation mondiale de la santé (2001). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages (CIH)*. Genève.

Ottawa Panel (2004). Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercises in the management of rheumatoid arthritis in adults. *Phys Ther*, 84, 934-972.

Paffenbarger, R. S., Jr., Kampert, J. B., Lee, I. M., Hyde, R. T., Leung, R. W., & Wing, A. L. (1994). Changes in physical activity and other lifeway patterns influencing longevity. *Med Sci Sports Exerc*, 26, 857-865.

Perenboom, R. J., & Chorus, A. M. (2003). Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil*, 25, 577-587.

Pincus, T., Callahan, L. F., Sale, W. G., Brooks, A. L., Payne, L. E., & Vaughn, W. K. (1984). Severe functional declines, work disability, and increased mortality in seventy-five rheumatoid arthritis patients studied over nine years. *Arthritis Rheum*, 27, 864-872.

Pinto, M., Kuhn, J. E., Greenfield, M. L., & Hawkins, R. J. (1999). Prospective analysis of ice hockey injuries at the Junior A level over the course of one season. *Clin J Sport Med*, 9, 70-74.

Pope, J. E., Hong, P., & Koehler, B. E. (2002). Prescribing trends in disease modifying antirheumatic drugs for rheumatoid arthritis: a survey of practicing Canadian rheumatologists. *J Rheumatol*, 29, 255-260.

Powell, A., Teichtahl, A. J., Wluka, A. E., & Cicuttini, F. M. (2005). Obesity: a preventable risk factor for large joint osteoarthritis which may act through biomechanical factors. *Br J Sports Med*, 39, 4-5.

Price, J. H., Hillman, K. S., Toral, M. E., & Newell, S. (1983). The public's perceptions and misperceptions of arthritis. *Arthritis Rheum*, 26, 1023-1028.

---

Provincial Health Services Authority (2005). *A review of better practices for the prevention of obesity and overweight and the maintenance of healthy weights*. Colombie-Britannique.

Reisine, S., Fifield, J., Walsh, S. J., & Feinn, R. (2003). Do employment and family work affect the health status of women with fibromyalgia? *J Rheumatol*, 30, 2045-2053.

Roos, E. M. (2005). Joint injury causes knee osteoarthritis in young adults. *Curr Opin Rheumatol*, 17, 195-200.

Rumble, T. R., & Kreder, H. J. (2004). *National workforce and services report* The National Standards Committee of the Canadian Orthopaedic Association 2004. Récupéré sur le site Web : <http://www.coa-aco.org/>.

Santé Canada (2006). *MedEffect*. Récupéré sur le site Web : [http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/index_e.html).

Schick, D. M., & Meeuwisse, W. H. (2003). Injury rates and profiles in female ice hockey players. *Am J Sports Med*, 31, 47-52.

Schoster, B., Callahan, L. F., Meier, A., Mielenz, T., & DiMartino, L. (2005). The People with Arthritis Can Exercise (PACE) program: a qualitative evaluation of participant satisfaction. *Prev Chronic Dis*, 2, A11.

Schulpen, G. J., Vierhout, W. P., van der Heijde, D. M., Landewe, R. B., Winkens, R. A., & van der Linden, S. (2003). Joint consultation of general practitioner and rheumatologist: does it matter? *Ann Rheum Dis*, 62, 159-161.

Sharma, L., Cahue, S., Song, J., Hayes, K., Pai, Y. C., & Dunlop, D. (2003). Physical functioning over three years in knee osteoarthritis: role of psychosocial, local mechanical, and neuromuscular factors. *Arthritis Rheum*, 48, 3359-3370.

Shipton, D., Glazier, R. H., Guan, J., & Badley, E. M. (2004). Effects of use of specialty services on disease-modifying antirheumatic drug use in the treatment of rheumatoid arthritis in an insured elderly population. *Med Care*, 42, 907-913.

Sokka, T., & Pincus, T. (2003). Most patients receiving routine care for rheumatoid arthritis in 2001 did not meet inclusion criteria for most recent clinical trials or American college of rheumatology criteria for remission. *J Rheumatol*, 30, 1138-1146.

---

Statistique Canada (1997). *Canada's culture, heritage and identity: a statistical perspective*. Récupéré sur le site Web :  
[http://collection.collectionscanada.ca/101/202/301/canada\\_culture-ef/0009787-211-XIB.pdf/](http://collection.collectionscanada.ca/101/202/301/canada_culture-ef/0009787-211-XIB.pdf/).

Strine, T. W., Hootman, J. M., Okoro, C. A., Balluz, L., Moriarty, D. G., Owens, M., et al. (2004). Frequent mental distress status among adults with arthritis age 45 years and older, 2001. *Arthritis Rheum*, 51, 533-537.

Suarez-Almazor, M. E., Kendall, C. J., & Dorgan, M. (2001). Surfing the Net--information on the World Wide Web for persons with arthritis: patient empowerment or patient deceit? *J Rheumatol*, 28, 185-191.

Tak, S. H., & Hong, S. H. (2005). Use of the Internet for health information by older adults with arthritis. *Orthop Nurs*, 24, 134-138.

Temmink, D., Hutten, J. B., Francke, A. L., Rasker, J. J., bu-Saad, H. H., & van der Zee, J. (2001). Rheumatology outpatient nurse clinics: a valuable addition? *Arthritis Rheum*, 45, 280-286.

Tijhuis, G. J., Zwinderman, A. H., Hazes, J. M., van den Hout W.B., Breedveld, F. C., & Vliet Vlieland, T. P. (2002). A randomized comparison of care provided by a clinical nurse specialist, an inpatient team, and a day patient team in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 47, 525-531.

Tropp, H., Ekstrand, J., & Gillquist, J. (1984). Stabilometry in functional instability of the ankle and its value in predicting injury. *Med Sci Sports Exerc*, 16, 64-66.

van den Hout, W. B., Tijhuis, G. J., Hazes, J. M., Breedveld, F. C., & Vliet Vlieland, T. P. (2003). 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. *Ann Rheum Dis*, 62, 308-315.

van Jaarsveld, C. H., Jacobs, J. W., Schrijvers, A. J., van Albada-Kuipers, G. A., Hofman, D. M., & Bijlsma, J. W. (1998). Effects of rheumatoid arthritis on employment and social participation during the first years of disease in The Netherlands. *Br J Rheumatol*, 37, 848-853.

van Mechelen, W. (1997). Sports injury surveillance systems. 'One size fits all'? *Sports Med*, 24, 164-168.

Vliet Vlieland, T. P., & Hazes, J. M. (1997). Efficacy of multidisciplinary team care programs in rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum*, 27, 110-122.

Vliet Vlieland, T. P. (2004). Multidisciplinary team care and outcomes in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol*, 16, 153-156.

Warsi, A., Wang, P. S., LaValley, M. P., Avorn, J., & Solomon, D. H. (2004). Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med*, 164, 1641-1649.

Wensing, M., Jung, H. P., Mainz, J., Olesen, F., & Grol, R. (1998). A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care: Part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med*, 47, 1573-1588.

Westby, M. D. (1999). Rheumatology instruction in physical therapy undergraduate programs: A survey of Canadian universities. *Physiother Can*, 51, 264-267, 272.

Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E., & Croft, P. R. (2004). Measuring the consequences of osteoarthritis and joint pain in population-based studies: can existing health measurement instruments capture levels of participation? *Arthritis Rheum*, 51, 755-762.

Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E., Hooper, H., & Croft, P. R. (2005). The Keele Assessment of Participation: a new instrument to measure participation restriction in population studies. Combined qualitative and quantitative examination of its psychometric properties. *Qual Life Res*, 14, 1889-1899.

Wolfe, F., Michaud, K., & Dewitt, E. M. (2004). Why results of clinical trials and observational studies of antitumour necrosis factor (anti-TNF) therapy differ: methodological and interpretive issues. *Ann Rheum Dis*, 63 Suppl 2, ii13-ii17.

Zimmerman, M., Chelminski, I., & Posternak, M. A. (2004). Exclusion criteria used in antidepressant efficacy trials: consistency across studies and representativeness of samples included. *J Nerv Ment Dis*, 192, 87-94.