

Évaluation du Programme d'accès rapide lavallois en rhumatologie (PARLER)

Août 2013

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Rapport d'étude rédigé par
Linda Pinsonneault

Avec la collaboration de
Pierre Dagenais

Ce document a été présenté au Comité scientifique permanent de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) à sa réunion du 22 mars 2013.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document est accessible en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Équipe de projet

Auteure

Linda Pinsonneault, M.D., FRCPC

Collaborateur

Pierre Dagenais, M.D., Ph. D, FRCPC

Direction scientifique

Michel Lebrun, Ph. D.

Recherche documentaire

Mathieu Plamondon

Soutien documentaire

Micheline Paquin

Édition

Responsable

Diane Guilbault

Coordination

Véronique Baril

Révision linguistique

Révision Littera Plus

Traduction

Daniel Fitzgerald

Mise en page

Marie-Andrée Houde

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-68658-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2013

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Évaluation du Programme d'accès rapide lavallois en rhumatologie (PARLER). Rapport d'étude rédigé par Linda Pinsonneault avec la collaboration de Pierre Dagenais. Montréal, Qc : INESSS; 2013. 34 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Contributions

L'Institut tient à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

D^r Mark Hazeltine, M.D., FRCPC, Rhumatologue, Centre de rhumatologie de Laval

François Champagne, Ph. D., Professeur titulaire, Département d'Administration de la santé, École de santé publique de l'Université de Montréal

Debbie Feldman, Ph. D. , Professeure titulaire, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^{re} Sasha Bernatsky, M.D., Ph. D., FRCPC, Rhumatologue, Division d'épidémiologie clinique, Centre universitaire de santé de McGill

Déclaration d'intérêts

L'auteure et ses collaborateurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts financiers.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

COMITÉ SCIENTIFIQUE PERMANENT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Membres

M^{me} Isabelle Ganache

- Éthicienne, commissaire à la santé et au bien-être
- Professeure adjointe de clinique, Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^{re} Nathalie Champoux

- Médecin de famille, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- Professeure agrégée de clinique et chercheuse, Département de médecine familiale, Université de Montréal

M. Pierre Dostie

- Directeur des clientèles en Dépendances (CSSS et Centre de réadaptation en dépendances), Santé mentale, Enfance, jeunesse et famille, et Santé publique au CSSS de Jonquière
- Chargé de cours en travail social, Université du Québec à Chicoutimi

M. Hubert Doucet

- Consultant en bioéthique et président, Comité de bioéthique, CHU Sainte-Justine
- Professeur associé, Faculté de théologie et de sciences des religions, Université de Montréal

M. Serge Dumont

- Directeur scientifique, CSSS de la Vieille-Capitale
- Directeur du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé
- Professeur titulaire, École de service social, Université Laval
- Chercheur, Centre de recherche en cancérologie, Hôtel-Dieu de Québec

M. Jude Goulet

- Pharmacien, chef du Département de pharmacie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

M. Roger Jacob

- Ingénieur et directeur de Grandir en santé, CHU Sainte-Justine

D^r Michel Labrecque

- Médecin et professeur titulaire, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université Laval
- Chercheur clinicien, Unité de médecine familiale, Centre de recherche et Chaire de recherche du Canada sur l'implantation de la prise de décision partagée en soins primaires, Centre hospitalier universitaire de Québec

M. Éric A. Latimer

- Économiste et professeur agrégé, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université McGill
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas
- Membre associé, Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill

M^{me} Claudine Laurier

- Professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

M^{me} Louise Lavergne

- Directrice générale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

M^{me} Esther Leclerc

- Directrice générale adjointe aux affaires cliniques, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Raghu Rajan

- Oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill
- Professeur associé, Université McGill
- Membre du Comité de l'évolution des pratiques en oncologie et du programme Gestion thérapeutique des médicaments

D^r Daniel Reinharz

- Médecin et professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval

Membres citoyens

M. Marc Bélanger

- Psychoéducateur à la retraite

M^{me} Jeannine Tellier-Cormier

- Professeure en soins infirmiers à la retraite, Cégep de Trois-Rivières

Membres experts invités

M. Aimé Robert LeBlanc

- Ingénieur, professeur émérite, Institut de génie biomédical, Département de physiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Directeur adjoint à la recherche et au développement, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

D^r Réginald Nadeau

- Cardiologue et chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^r Maurice St-Laurent

- Gériatre et professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Université Laval

M. Jean Toupin

- Professeur titulaire, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Membre observateur MSSS

D^{re} Sylvie Bernier

- Directrice, Direction de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	i
RÉSUMÉ	ii
SUMMARY	iii
SIGLES ET ACRONYMES.....	iv
INTRODUCTION	1
1 POLYARTHRITE RHUMATOÏDE	2
1.1 Épidémiologie descriptive	2
1.1.1 Incidence.....	2
1.1.2 Prévalence.....	2
1.2 Histoire naturelle	2
1.3 Diagnostic.....	3
1.4 Traitement	4
1.4.1 Situation au Canada et au Québec.....	4
1.4.2 Référence précoce	4
1.4.3 Délais avant la consultation	5
2 DESCRIPTION DU PROGRAMME PARLER	6
3 QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	9
3.1 Question de recherche.....	9
3.2 Objectif principal.....	9
3.3 Objectif spécifique	9
3.4 Objectifs secondaires	9
4 MÉTHODES.....	10
4.1 Autorisation éthique	10
4.2 Population cible	10
4.3 Collecte des données	10
4.4 Variables à l'étude.....	11
4.4.1 Délais.....	11
4.4.2 Niveau de priorité	12
4.4.3 Variables de confusion potentielles.....	12
4.5 Analyses	12
4.5.1 Cadre d'analyse.....	12
4.5.2 Délais d'attente avant consultation	14
4.5.3 Validité du triage.....	14

4.5.4	Analyses statistiques.....	14
5	RÉSULTATS.....	15
5.1	Validité du triage.....	15
5.2	Délais.....	16
	DISCUSSION.....	18
	CONCLUSION.....	23
	ANNEXE A Outils de collecte d'information.....	24
	ANNEXE B Approbation éthique.....	28
	RÉFÉRENCES.....	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Diagnostiques selon les niveaux de priorité.....	8
Tableau 2	Caractéristiques des patients et temps d'attente.....	15
Tableau 3	Validité du modèle de priorisation.....	16

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Processus de priorisation de PARLER.....	7
Figure 2	Cadre d'analyse.....	13
Figure 3	Nombre de patients pour lesquels il existait des données pour chaque étape du processus.....	15
Figure 4	Temps d'attente selon le niveau de priorité et le diagnostic.....	16

PRÉFACE

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie qui touche beaucoup de personnes et au Québec, le temps d'attente pour voir un rhumatologue est généralement long. Or, on sait que pour les patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde débutante, l'utilisation de médicaments antirhumatismaux à longue durée d'action dans les premiers mois suivant l'apparition des symptômes améliore les résultats pour les patients de manière significative. Les patients traités par un rhumatologue ont une plus grande probabilité de recevoir ces traitements, et donc d'avoir de meilleurs résultats de santé. Toutefois, les délais observés entre le début des symptômes et une première visite chez un rhumatologue sont souvent supérieurs à la recommandation de trois mois énoncée par les guides de pratiques.

Le système de santé est à l'affût de nouveaux modèles d'organisation du travail notamment au niveau de la première ligne et c'est pour cette raison que l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) devenue l'INESSS, s'était intéressée, à la demande de l'Association des médecins rhumatologues du Québec au programme d'accès rapide, PARLER, mis sur pied par une clinique.

L'évaluation réalisée permet de mieux saisir la valeur ajoutée du programme avant de décider de d'implanter un programme de ce type dans le système de soins de santé.

Juan Roberto Iglesias, M.D., M. Sc.,
Président-directeur général

RÉSUMÉ

Contexte

Pour les patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde débutante (PAR), l'utilisation de médicaments antirhumatismaux à longue durée d'action améliore les résultats pour les patients de manière significative. Les patients traités par un rhumatologue ont une plus grande probabilité de recevoir des traitements, et donc d'avoir de meilleurs résultats de santé. Toutefois, les délais observés entre le début des symptômes et une première visite chez un rhumatologue sont souvent supérieurs à la recommandation de trois mois énoncée par les guides de pratiques. Au Québec, le temps d'attente pour voir un rhumatologue à la suite d'une demande de consultation est généralement long, et il contribue aux délais totaux.

Objectifs

Nous avons évalué la capacité d'un programme d'accès rapide, avec un triage effectué par une infirmière, à correctement identifier les patients avec PAR et à réduire leur temps d'attente, dans le but d'améliorer le processus de soins.

Méthodes

Une infirmière a évalué tous les nouveaux patients référés en 2009 et 2010 dans une clinique de rhumatologie établie en banlieue de Montréal. Un niveau de priorité leur a été attribué sur la base du contenu de la demande de consultation, de l'information obtenue à la suite d'une entrevue téléphonique avec le patient et, si requis, d'un examen partiel des articulations. Les patients avec PAR, avec une arthrite inflammatoire non différenciée ou ceux atteints d'une autre pathologie rhumatologique aiguë étaient priorisés et obtenaient un rendez-vous le plus rapidement possible. Les principales mesures de résultat étudiées étaient la validité (sensibilité et spécificité) du triage pour les patients atteints de PAR ainsi que les délais entre la demande de consultation et la première visite chez un rhumatologue.

Résultats

Parmi les 701 patients nouvellement référés en rhumatologie, 64 ont eu un diagnostic final de PAR. Le triage a correctement identifié 85,9 % de ces patients ainsi que 87,2 % des patients souffrant d'une des pathologies prioritaires. Le temps d'attente médian entre la demande de consultation et la première visite était de 22 jours pour les patients atteints de PAR et de 115 pour tous les autres.

Discussion et conclusion

Ce programme d'accès rapide avec triage effectué par une infirmière a correctement identifié la plupart des patients atteints de PAR, lesquels ont pu être vus rapidement en consultation par le rhumatologue. Considérant qu'il s'agit d'un programme qui requiert beaucoup d'investissement en temps et en personnel, des problèmes liés à la faisabilité doivent être clarifiés avant de pouvoir implanter un programme de ce type dans un système de soins de santé disposant de ressources très limitées.

SUMMARY

Evaluation of a Rapid Access Program in Rheumatology for Laval (PARLER)

Background

In patients with early rheumatoid arthritis (ERA), use of disease-modifying anti-rheumatic drugs substantially improves patient outcomes. Patients treated by rheumatologists are more likely to receive these treatments and to have better disease outcomes. However, delays from symptoms onset to first rheumatologist visit often exceed the guideline recommendations of 3 months. Waiting time to see a rheumatologist after a referral is made, is generally long in Quebec and contributes to those delays.

Objectives

We evaluated the ability of a nurse-led triage and rapid access program to identify patients with ERA and reduce their waiting time, in order to improve process of care.

Methods

A nurse assessed all new referrals received between 2009 and 2010, in a suburban Montreal rheumatology clinic. Priority level was assigned based on the written content of the referral, a telephone interview with the patient and, if needed, an partial joint examination. Patients with ERA, including undifferentiated inflammatory arthritis, and other acute rheumatologic conditions were prioritized and given an appointment as early as possible. The main outcome measures were validity (sensitivity and specificity) of the priority level for patients with ERA and delay from referral to first visit with rheumatologist.

Results

Of 701 newly referred patients, 64 had a final diagnosis of ERA. The triage correctly identified 85.9% of patients with ERA and 87.2% of patients with other high priority conditions. The median delay between referral date and first visit was 22 days for patients with ERA and 115 days for all others.

Discussion and implications

This nurse led triage and rapid access program correctly identified most patients with ERA and resulted in rapid consultation for these patients. Since this is a labor intensive program, feasibility issues need to be resolved before implementing this type of triage in a resource constrained healthcare system.

SIGLES ET ACRONYMES

ACR	American College of Rheumatology
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AMRQ	Association des médecins rhumatologues du Québec
ARAL	Agents antirhumatismaux à action lente
DMARDs	Disease modifying antirheumatic drugs
EIQ	Écart interquartile
ERA	Early rheumatoid arthritis
EULAR	European League Against Rheumatism
HAQ	Health Assessment Questionnaire
IC 95 %	Intervalle de confiance à 95 %
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PAR	Polyarthrite rhumatoïde
PARD	Polyarthrite rhumatoïde débutante
PARLER	Programme d'Accès Rapide Lavallois en Rhumatologie
PCP	Primary care provider
RA	Rheumatoid arthritis

INTRODUCTION

La polyarthrite rhumatoïde (PAR) constitue un problème de santé important. Elle touche 1 % de la population adulte [Harris, 2005] et elle est une cause importante d'incapacité.

L'instauration précoce du traitement de la PAR, soit moins de trois à six mois après l'apparition de l'arthrite, permet d'en réduire les conséquences. Ces traitements, basés sur la prise d'agents antirhumatismaux à action lente, sont principalement prescrits par les médecins rhumatologues ou, plus occasionnellement, par certains internistes. Or, de nombreux patients souffrant d'arthrite rhumatoïde ne sont pas vus par un rhumatologue ou un interniste dans l'année qui suit le diagnostic. Ce constat peut généralement s'expliquer par l'absence de référence par le médecin de première ligne qui a fait le diagnostic, par un manque d'accessibilité aux spécialistes ou par une combinaison de ces deux facteurs. Le manque d'accessibilité aux spécialistes se traduit notamment par des délais importants entre la demande de consultation et la première visite chez le spécialiste.

Afin de réduire le temps d'attente avant la consultation, un rhumatologue travaillant dans la municipalité de Laval a mis sur pied un projet, le Programme d'Accès Rapide Lavallois en Rhumatologie (PARLER). Ce programme vise notamment à repérer, parmi toutes les demandes de consultation reçues à la clinique de rhumatologie, celles qui sont plus urgentes, notamment celles concernant les patients souffrant potentiellement de PAR. Pour ce faire, un processus de triage basé sur une série de critères et effectué principalement par une infirmière clinicienne spécialement formée a été mis en place. Bien que le médecin et l'infirmière qui réalisent le programme aient l'impression que les patients arthritiques sont vus plus rapidement, aucune évaluation formelle n'a cependant été réalisée à cet égard. L'Association des rhumatologues du Québec (AMRQ), voulant connaître l'efficacité de ce type de programme afin d'en favoriser la généralisation, a formulé une demande à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), maintenant l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour la réalisation d'une telle évaluation.

Afin de pouvoir déterminer la pertinence de l'implantation de ce type de programme à plus large échelle, cette étude vise donc à évaluer l'efficacité du processus de triage pour réduire les temps d'attente des patients souffrant potentiellement d'arthrite rhumatoïde.

1 POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

La polyarthrite rhumatoïde (PAR) est une maladie inflammatoire auto-immune, caractérisée par du gonflement, de la douleur et de la destruction des structures articulaires et périarticulaires, menant à des incapacités importantes et à une mortalité prématurée [Aletaha *et al.*, 2010; Harris, 2005].

1.1 Épidémiologie descriptive

De nombreux facteurs, liés à l'histoire naturelle de la PAR, début insidieux et peu spécifique par exemple, et au profil d'utilisation des services médicaux des personnes qui en sont affectées, rendent complexe l'estimation de l'incidence et de la prévalence de la PAR.

1.1.1 Incidence

Différentes estimations récentes situent l'incidence annuelle de la PAR aux États-Unis entre 40 et 54 nouveaux cas par 100 000 personnes [Klein *et al.*, 2010; Myasoedova *et al.*, 2010; Costenbader *et al.*, 2008], alors que, selon des études scandinaves, elle se situerait entre 35 et 42 / 100 000 [Pedersen *et al.*, 2009; Aho *et al.*, 1998]. L'incidence de la PAR est supérieure chez les femmes et elle augmente avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes, à tout le moins jusqu'à 75 ou 85 ans. Passé cet âge, l'incidence semble diminuer [Myasoedova *et al.*, 2010; Harris, 2005]. Aux États-Unis, une réduction de l'incidence a été observée entre les années 1950 et 1995, alors qu'une étude récente a noté une augmentation de l'incidence, ajustée pour l'âge et le sexe, depuis 1995 [Myasoedova *et al.*, 2010].

Au Québec, pour l'année 2000, environ 2263 à 2675 nouveaux cas de PAR auraient été détectés, selon les résultats d'une étude effectuée à partir des consultations médicales [Feldman *et al.*, 2007].

1.1.2 Prévalence

Globalement, la prévalence de la PAR se situe entre 0,3 et 1,5 %, bien que la valeur 1 % soit généralement retenue [Harris, 2005]. Une étude récente, réalisée à partir des consultations médicales, estime la prévalence chez les Ontariens âgés de 25 ans et plus à 0,9 %; la prévalence observée chez les femmes était du double de celle des hommes (1,2 % et 0,6 % respectivement) [Hawker *et al.*, 2010]. Certaines populations semblent être davantage affectées par la PAR, notamment celles des communautés de certaines Premières Nations nord-américaines [Harris, 2005].

1.2 Histoire naturelle

Alors que la PAR peut commencer de façon relativement aiguë (soit en quelques jours ou semaines) avec des symptômes constitutionnels (fièvre, fatigue) et une atteinte articulaire, la présentation la plus fréquente est insidieuse. Chez la majorité des personnes, les symptômes se développent graduellement sur une période de plusieurs mois [Harris, 2005].

Chez ces personnes, les premiers symptômes sont habituellement non spécifiques et ils peuvent être constitutionnels (fatigue, malaise général, douleurs musculo-squelettiques non spécifiques) ou articulaires (gonflement diffus, douleurs, tendinites, raideur).

La maladie progresse ensuite vers la présentation classique caractérisée par de l'arthrite bilatérale, principalement au niveau des articulations interphalangiennes proximales et métacarpo-phalangiennes : poignets, épaules, genoux, chevilles et articulations des pieds [Harris, 2005]. À défaut de traitement, l'évolution de la maladie est caractérisée dans la majorité des cas par une destruction progressive des articulations atteintes, causant des déformations progressives. La destruction peut être observée notamment sur des radiographies, sous la forme d'érosions osseuses des articulations affectées. Ces érosions peuvent être observées précocement, soit moins de deux ans après le début de la maladie chez la majorité des personnes atteintes de PAR [Hulsmans *et al.*, 2000; Van Der Heijde *et al.*, 1992]. La PAR peut également être associée à une variété de syndromes caractérisés par des présentations cliniques particulières tels que la maladie de Still, le rhumatisme palindromique, etc. [Harris, 2005].

Bien que la PAR affecte principalement les articulations, il s'agit d'une maladie systémique qui peut également toucher la peau, les yeux, les muqueuses, le système hématologique, le système respiratoire et le système cardiovasculaire [Hochberg *et al.*, 2008; Harris, 2005]. Certains types de cancers, notamment ceux du système hématopoïétique (leucémies et lymphomes), ont également été associés à la PAR [Gridley *et al.*, 1993; Prior *et al.*, 1984].

De plus, la PAR se traduit par la survenue relativement rapide d'incapacités associées aux atteintes articulaires ou aux symptômes systémiques. Ainsi, environ 60 % des personnes atteintes ne pouvaient accomplir le même travail deux ans après avoir développé une PAR [Doeglas *et al.*, 1995], alors que 20 à 40 % des personnes atteintes étaient incapables d'occuper un emploi rémunéré de un à deux ans après la survenue de la maladie [Neovius *et al.*, 2011; Zirkzee *et al.*, 2008; Jääntti *et al.*, 1999].

La PAR est également associée à un risque supérieur de mortalité. Des études de cohortes prospectives portant sur une période allant jusqu'à 25 ans ont observé une réduction de l'âge médian au décès, de 7 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes, ainsi qu'une surmortalité de l'ordre de 40 à 50 % [Gabriel, 2008; Symmons *et al.*, 1998; Wolfe *et al.*, 1994]. Les causes de cette surmortalité sont associées principalement à des problèmes infectieux, respiratoires et cardiovasculaires, aux complications gastro-intestinales dues à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ainsi qu'à celles directement liées à la maladie ou aux traitements.

1.3 Diagnostic

En raison de la variété des présentations cliniques possibles de la PAR, particulièrement en début de maladie, des critères diagnostiques ont été élaborés, notamment par l'American College of Rheumatology (ACR) [Aletaha *et al.*, 2010; Arnett *et al.*, 1988], pour uniformiser la définition utilisée dans les différentes études cliniques. Ces critères sont également utilisés en clinique pour confirmer le diagnostic et, dans certains cas, pour appuyer des demandes de remboursement de médicaments.

1.4 Traitement

Le traitement de la PAR vise à prévenir ou à limiter la destruction des articulations, à réduire les incapacités et à améliorer le fonctionnement des personnes atteintes. Alors que les approches non pharmacologiques, notamment la physiothérapie et l'ergothérapie, ciblent l'amélioration de la fonction, le traitement pharmacologique de la PAR cherche à réduire l'inflammation à l'origine des symptômes ainsi que les conséquences de la maladie.

L'utilisation d'un groupe disparate de médicaments modulateurs de l'immunité, les agents antirhumatismaux à action lente (ARAL, *Disease modifying antirheumatic drugs* ou DMARDs), permet de modifier l'évolution de la maladie et de ralentir, voire d'arrêter, la destruction articulaire et, conséquemment, la survenue des incapacités. Diverses études ont démontré que l'instauration précoce du traitement médicamenteux et l'utilisation d'une approche intensive permettent de ralentir la progression de la maladie et la destruction articulaire, voire d'induire des rémissions complètes [Finckh *et al.*, 2009; Nell *et al.*, 2004; Quinn et Emery, 2003; Verstappen *et al.*, 2003; Quinn *et al.*, 2001].

Plusieurs guides de pratiques cliniques recommandent donc d'amorcer le traitement pharmacologique avec des ARAL le plus tôt possible, soit dès que le diagnostic présomptif est posé, et idéalement dans les trois à six mois suivant le début des symptômes [Smolen *et al.*, 2010; NICE, 2009; Saag *et al.*, 2008; Luqmani *et al.*, 2006; Bykerk *et al.*, 2004]. Par ailleurs, tant le guide de pratique clinique du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) au Royaume-Uni que celui de l'European League Against Rheumatism (EULAR) recommandent que les patients chez qui on soupçonne une PAR soient référés en rhumatologie pour une évaluation et une intervention thérapeutique rapide. Ces recommandations s'appuient sur des études qui démontrent que les patients souffrant de PAR suivis par un rhumatologue reçoivent leur diagnostic plus rapidement, prennent davantage les traitements nécessaires et présentent une progression plus favorable [Fautrel *et al.*, 2010; Rat *et al.*, 2004; Emery *et al.*, 2002; Yelin *et al.*, 1998; Criswell *et al.*, 1997; Solomon *et al.*, 1997; Ward *et al.*, 1993].

1.4.1 Situation au Canada et au Québec

Au moins une étude réalisée au Canada suggère que la situation y est similaire à celle observée dans les études internationales, à savoir que les patients atteints de PAR suivis par un rhumatologue reçoivent plus fréquemment un traitement conforme aux lignes directrices. Lacaille et ses collaborateurs ont constaté que les patients atteints de PAR avaient une probabilité supérieure de recevoir des ARAL s'ils étaient suivis de manière régulière par un rhumatologue comparativement à ceux suivis de manière intermittente par un rhumatologue, ou suivis par un interniste ou par un médecin de famille [Lacaille *et al.*, 2005]. Les recommandations internationales, à savoir que la PAR soit traitée par les rhumatologues, semblent donc pertinentes dans le système de santé canadien.

1.4.2 Référence précoce

L'importance de référer rapidement les patients souffrant de PAR potentielle en rhumatologie est justifiée à la fois par les données probantes selon lesquelles l'utilisation rapide des ARAL est associée à une amélioration du pronostic [Aletaha *et al.*, 2002; Emery *et al.*, 2002; Potter *et al.*, 2002; Irvine *et al.*, 1999] et par le fait que les patients vus en rhumatologie ont une probabilité accrue de recevoir un traitement approprié [Lacaille *et al.*, 2005; Yelin *et al.*, 1998].

Il importe que le délai global (soit la somme des délais pour voir le médecin de famille et ensuite pour voir le rhumatologue) soit maintenu le plus court possible. Toutefois, les données disponibles au Canada indiquent que le temps écoulé entre le premier diagnostic par un médecin non rhumatologue et la visite à un rhumatologue est très long, avec des délais médians de plus de 70 jours [Feldman *et al.*, 2013; Feldman *et al.*, 2007; Lacaille *et al.*, 2005]. Les délais demeurent longs même lorsque l'on ne considère que le temps entre la demande de consultation et le premier rendez-vous en rhumatologie [Delaurier *et al.*, 2012].

Devant ce constat, plusieurs auteurs précisent qu'un outil de référence structuré et fiable constitue un élément important afin d'améliorer l'accès aux soins de même que le processus de référence en rhumatologie pour les patients atteints de PAR [Fautrel *et al.*, 2010; Robinson et Taylor, 2010; De Coster *et al.*, 2008]. Cependant, la revue de littérature de De Coster et ses collègues [2008] n'a pas permis de repérer un outil fiable et valide pour déterminer l'urgence d'une consultation en rhumatologie.

Au Québec, différentes initiatives de triage des demandes de consultation ont été tentées pour réduire le temps d'attente pour les patients référés en rhumatologie et susceptibles d'être atteint de PAR ou d'autres maladies inflammatoires. La priorisation par le rhumatologue, à partir des renseignements inclus dans la demande de consultation initiale ou à l'aide d'un formulaire à remplir par le médecin référant à la suite de la demande initiale, constitue la principale méthode de triage utilisée au Québec (Bernatsky et ses collaborateurs, rapport remis à l'AETMIS, non publié); peu de données sont toutefois disponibles quant à l'efficacité de cette méthode. Une étude réalisée à London, en Ontario, suggère que l'information contenue dans la demande de consultation initiale n'est pas suffisante pour effectuer un triage approprié, cette approche n'ayant permis de classer correctement que 61 % des cas jugés urgents (dont les PAR) [Graydon et Thompson, 2008].

1.4.3 Délais avant la consultation

Dans l'étude de Graydon et Thompson [2008], le temps d'attente médian pour voir le rhumatologue était de 50 jours pour les cas urgents correctement catégorisés et de 122 jours pour ceux incorrectement classés. Ces temps d'attente sont supérieurs à l'objectif de 28 jours mentionnés dans l'article. Des données québécoises récentes indiquent que seuls 60 % des patients dont la présentation clinique est compatible avec une PAR reçoivent un rendez-vous en trois mois ou moins [Delaurier *et al.*, 2012].

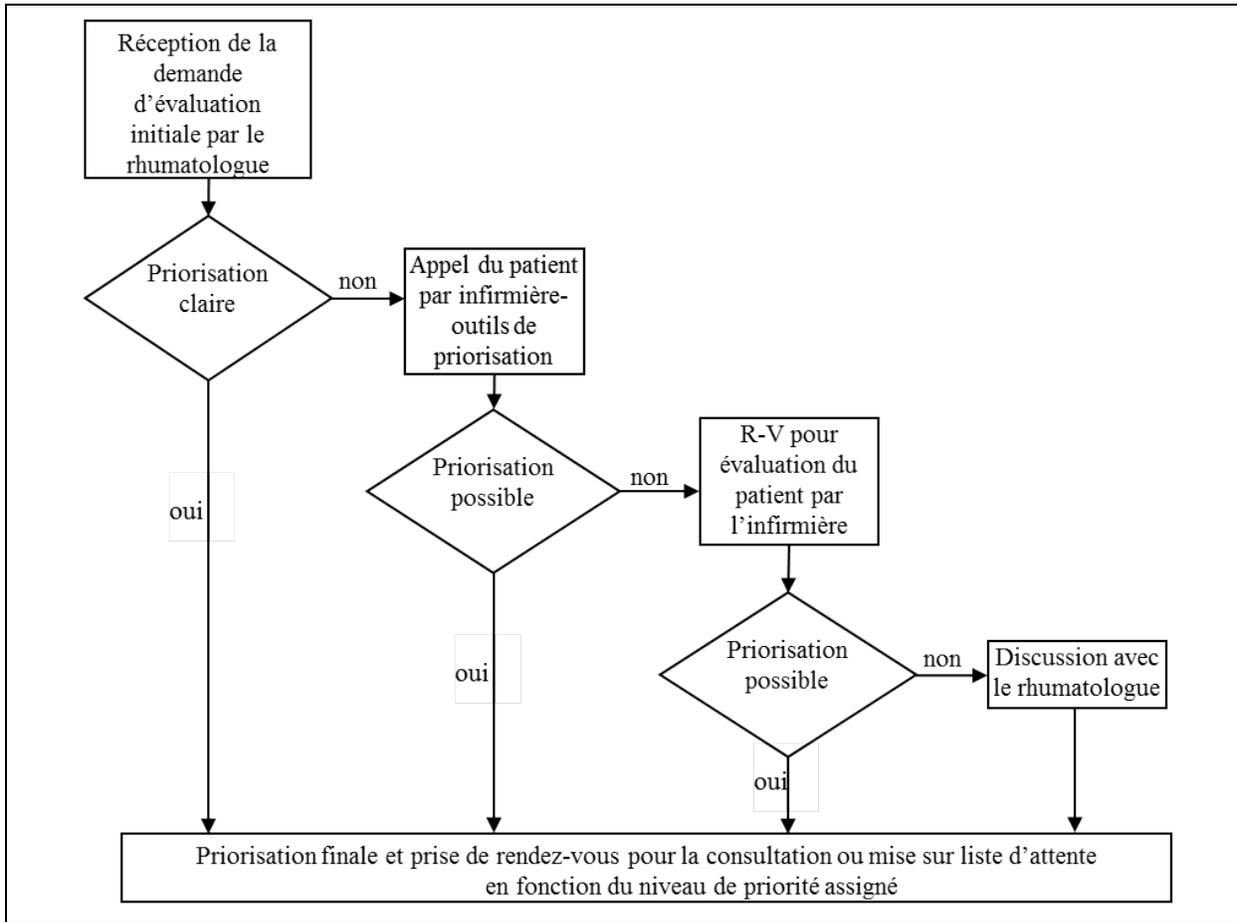
2 DESCRIPTION DU PROGRAMME PARLER

Devant le constat de l'insuffisance de l'information présente sur la demande de consultation et considérant le temps additionnel qu'entraînerait une demande d'information complémentaire auprès du médecin référant, un processus de triage effectué principalement par une infirmière clinicienne a été mis en place par le Dr Mark Hazeltine, rhumatologue, dans sa clinique de Laval au cours de l'hiver 2008.

Ce projet vise à réduire les temps d'attente pour les patients souffrant d'un problème nécessitant une prise en charge rapide.

Lors de sa réception, la demande de consultation est d'abord évaluée par le rhumatologue; si l'information contenue est suffisante, la priorisation est effectuée immédiatement. Dans les autres cas, la demande est transmise à l'infirmière qui appelle promptement le patient, idéalement dans les 2 à 3 jours ouvrables qui suivent. À l'occasion de cet appel, l'infirmière recueille une brève histoire clinique et, à l'aide d'outils de priorisation (annexe A) élaborés par le Dr Hazeltine, notamment sur la base de critères diagnostiques de l'ACR [Arnett *et al.*, 1988] et de son expérience clinique, elle évalue le niveau de priorité. Si les renseignements disponibles au moment de l'appel téléphonique ne sont pas suffisants pour procéder à la priorisation, l'infirmière fait alors venir le patient pour une visite durant laquelle elle confirme et précise l'information obtenue précédemment, et elle procède à un examen sommaire des articulations douloureuses avant d'attribuer une priorité. Si l'information est toujours insuffisante pour déterminer le niveau de priorité, le cas est alors discuté avec le rhumatologue et une priorité est établie. Après la détermination d'un niveau de priorité, un rendez-vous est offert au patient dans un délai correspondant au niveau de priorité accordé. L'ensemble de ce fonctionnement est résumé à la figure 1.

Figure 1 Processus de priorisation de PARLER



Trois différents niveaux de priorité peuvent être accordés (tableau I). Une priorité élevée est attribuée aux personnes dont les symptômes sont compatibles avec un problème urgent, c'est-à-dire pour lequel la rapidité de la prise en charge peut faire une différence sur l'évolution de la maladie, dont ceux souffrant de PAR, ou dont les symptômes sont aigus et incapacitants. Les personnes avec une priorité élevée sont vues le plus rapidement possible, l'objectif étant que la première visite soit effectuée moins de quatre semaines après la réception de la demande de consultation. Les personnes souffrant d'une affection rhumatologique moins urgente sont classées en priorité intermédiaire; l'objectif est que la première visite médicale ait lieu dans un délai inférieur à quatre mois. Finalement, les problèmes locomoteurs mécaniques et les pathologies non inflammatoires sont classés en priorité faible et aucun délai minimal n'est alors fixé.

La structure de prise de rendez-vous a été adaptée afin que des plages horaires soient réservées pour des rendez-vous avec les nouveaux patients prioritaires.

Tableau 1 Diagnostics selon les niveaux de priorité

PRIORITÉ ÉLEVÉE (DÉLAI VISÉ : 2 À 4 SEMAINES)	PRIORITÉ INTERMÉDIAIRE (DÉLAI VISÉ : 2 À 4 MOIS)	PRIORITÉ FAIBLE (DÉLAI VISÉ : AUCUN)
<ul style="list-style-type: none"> • Arthrite débutante (< 3 mois) • Arthrite évoluant depuis ≤ 2 ans <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arthrite rhumatoïde ▪ Arthrite psoriasique ▪ Arthrite associée aux maladies inflammatoires de l'intestin • Arthrite aiguë <ul style="list-style-type: none"> ▪ Goutte ▪ Pseudogoutte ▪ Arthrites infectieuses <ul style="list-style-type: none"> – Virale – Bactérienne • <i>Polymyalgia rheumatica</i> avec ou sans artérite temporale • Collagénoses <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lupus ▪ Sclérodermie ▪ Polymyosite • Ostéoporose fracturaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Arthrite évoluant depuis > 2 ans • Lombalgie inflammatoire • Arthralgie d'origine indéterminée • Phénomène de Raynaud • Collagénose : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sjögren • Ostéoporose non fracturaire • Paget 	<ul style="list-style-type: none"> • Lombalgie mécanique • Arthrose • Fibromyalgie • Cervicalgie

3 QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

3.1 Question de recherche

Le recours au triage par une infirmière, tel que dans PARLER, permet-il de réduire le temps d'attente avant la consultation pour les patients atteints d'une arthrite rhumatoïde, référés en rhumatologie?

3.2 Objectif principal

Évaluer si le programme PARLER entraîne une réduction des temps d'attente avant la consultation pour les patients atteints d'arthrite rhumatoïde comparativement aux temps d'attente avant la consultation moyens pour l'ensemble des patients de la clinique.

3.3 Objectif spécifique

Évaluer si les patients atteints d'arthrite rhumatoïde sont vus plus rapidement que la moyenne des patients référés à cette clinique.

3.4 Objectifs secondaires

Évaluer si les patients identifiés comme prioritaires par le triage sont vus plus rapidement que la moyenne des patients référés à cette clinique.

Évaluer si le triage effectué dans le cadre de PARLER constitue une méthode valide d'identification des patients atteints d'arthrite rhumatoïde.

4 MÉTHODES

La présente étude est basée sur une collecte prospective de données portant sur l'ensemble des patients référés à une clinique de rhumatologie. Elle vise à comparer des sous-groupes de patients divisés sur la base de la priorité qui leur a été accordée, de leur diagnostic présomptif, soit celui posé à la fin de la première visite, ou de leur diagnostic définitif.

4.1 Autorisation éthique

Le projet a été soumis au Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal, qui l'a approuvé (voir annexe B).

4.2 Population cible

La clinique où a été appliqué le programme n'est rattachée à aucun hôpital ni centre universitaire et, au moment de l'étude, elle n'accueillait qu'un seul rhumatologue. Elle est établie à Laval, municipalité d'environ 400 000 habitants en périphérie de Montréal.

L'ensemble des patients référés à la clinique de rhumatologie du Dr Hazeltine entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 octobre 2009, soit durant les 22 premiers mois de fonctionnement, constitue la population cible. Cette population est divisée en deux groupes : le groupe d'intérêt et le groupe de comparaison.

Trois regroupements de patients « d'intérêt » ont été étudiés : ceux dont le diagnostic définitif était l'arthrite rhumatoïde, ceux dont le diagnostic présomptif était l'arthrite rhumatoïde ou l'arthrite inflammatoire non spécifique ainsi que ceux qui ont été catégorisés comme priorité élevée. Lors des analyses, les autres patients, soit tous ceux non inclus dans le groupe d'intérêt étudié, ont servi de groupe de comparaison.

4.3 Collecte des données

L'infirmière et le médecin traitant ont recueilli les données de façon prospective et ils les ont inscrites au dossier médical. Le médecin a également colligé certaines de ces données dans un chiffrier électronique, notamment les dates de référence, de triage et de première visite, l'état initial du patient, le diagnostic présomptif établi après la première visite, le diagnostic définitif ainsi que certaines caractéristiques de l'intervention médicamenteuse.

La date du début des symptômes n'a pas été colligée initialement dans le chiffrier, mais elle fait partie des données recueillies systématiquement lors du triage. Une collecte complémentaire d'information à cet égard a été effectuée par le médecin traitant ou l'infirmière clinicienne.

Seules les données suivantes étaient disponibles :

- âge
- sexe
- date du début des symptômes
- date de la demande de consultation
- date du triage
- date de la première visite
- niveau de priorisation accordé initialement
- diagnostic présomptif à la première visite
- diagnostic définitif
- date du début des ARAL, lorsque pertinent
- mesure de l'importance des symptômes liés à la maladie, telle qu'évaluée à la première visite (Health Assessment Questionnaire – HAQ [Bruce et Fries, 2003; Fries *et al.*, 1980]), lorsque pertinent
- date de la rémission, lorsque pertinent

4.4 Variables à l'étude

4.4.1 Délais

Les principaux délais examinés ont été les suivants :

1. Temps écoulé entre le début des symptômes et la première visite;
2. Temps écoulé entre le début des symptômes et le début de la prise des ARAL;
3. Temps écoulé entre la demande de consultation et la première visite;
4. Temps écoulé entre la demande de consultation et le début de la prise des ARAL.

Les délais suivants seront également examinés pour comprendre les différentes composantes des délais précédents :

1. Temps écoulé entre la demande de consultation et la priorisation;
2. Temps écoulé entre la priorisation et la première visite.

Ces différents délais ont été calculés à partir des dates :

- du début des symptômes;
- de la demande de consultation;
- du triage;
- de la première visite;
- de début de la prise des ARAL.

4.4.2 Niveau de priorité

Le niveau de priorité accordé à la suite du triage a été comparé avec le niveau qui aurait dû être accordé en fonction du diagnostic définitif. Considérant l'évolution fréquemment non spécifique de la PAR durant les premiers mois et le fait que les résultats de laboratoire ne sont qu'occasionnellement disponibles lors de la première visite, un diagnostic clair de PAR n'est souvent pas possible. C'est pourquoi la donnée de référence utilisée est le diagnostic définitif.

4.4.3 Variables de confusion potentielles

- Âge
- Sexe
- Mesure de l'importance des symptômes liés à la maladie à l'occasion de la première visite (HAQ)

4.5 Analyses

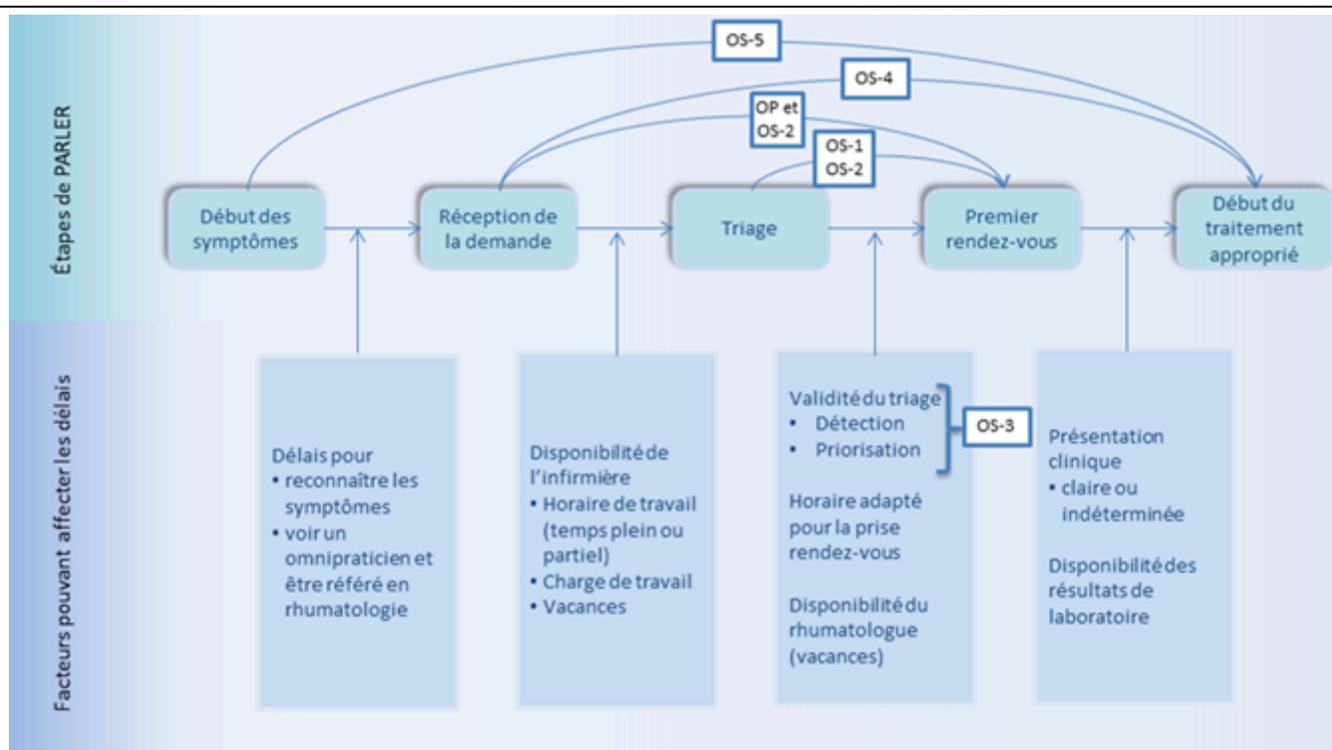
Le processus de triage utilisé avec PARLER peut être considéré comme une règle de décision en ce sens qu'il permet une prise de décision clinique sur la base d'un ensemble de variables provenant de l'histoire clinique et, parfois, de l'examen physique ou de tests simples de laboratoire [Laupacis *et al.*, 1997]. Parmi les analyses qui devraient être réalisées pour élaborer et évaluer une telle règle, Laupacis et ses collaborateurs [1997] ont précisé certains éléments qui s'appliquent spécifiquement à l'évaluation d'une règle déjà existante, comme c'est le cas dans cette étude, soit la reproductibilité, la validité et la mesure des effets. La présente étude examinera principalement la mesure des effets directs du processus de triage quant à la réduction des délais avant la consultation et, secondairement, la validité de la règle.

4.5.1 Cadre d'analyse

Le but du programme PARLER, tel que décrit ci-dessus, est de réduire les temps d'attente pour les patients souffrant d'un problème nécessitant une prise en charge rapide, dont ceux souffrant de PAR. La présente étude vise donc principalement à évaluer si le programme atteint son but, et secondairement à vérifier si le principal outil utilisé, le triage, permet de reconnaître de façon valide les patients atteints d'arthrite rhumatoïde.

Tel que décrit précédemment, les délais avant la consultation peuvent être considérés comme la somme de la durée des différentes étapes du processus de soins. La figure 2 illustre les différents délais pouvant survenir dans le cadre du programme PARLER ainsi que les éléments précis qui ont été évalués en fonction des objectifs de l'étude.

Figure 2 Cadre d'analyse



Objectif principal

OP Évaluer si le projet PARLER entraîne une réduction des délais de consultation pour les patients atteints d'arthrite rhumatoïde par comparaison aux délais de consultations moyens pour l'ensemble des patients de la clinique.

Objectifs spécifiques

OS-1 Évaluer si les patients identifiés comme prioritaires par le triage sont vus plus rapidement que la moyenne des patients référés à cette clinique.

OS-2 Évaluer si les patients atteints d'arthrite rhumatoïde sont vus plus rapidement que la moyenne des patients référés à cette clinique.

Objectifs secondaires

OS-3 Évaluer si le triage effectué dans le cadre de PARLER constitue une méthode valide pour identifier les patients atteints d'arthrite rhumatoïde.

OS-4 Pour les patients atteints d'arthrite rhumatoïde, décrire les délais entre la demande de consultation et l'instauration du traitement avec des ARAL.

OS-5 Pour les patients atteints d'arthrite rhumatoïde, décrire les délais entre le début des symptômes et l'instauration du traitement avec des ARAL.

La stratégie d'évaluation choisie, soit l'évaluation des effets, représente le type d'évaluation le plus pertinent à cette étape, car PARLER constitue une intervention nouvelle dont l'efficacité n'a pas encore été démontrée.

4.5.2 Délais d'attente avant consultation

Les délais avant la consultation ont été calculés pour chaque patient à partir de la date de début des symptômes, de la date de référence en rhumatologie, de la date de triage par rapport à la date de la première visite et de la date de début des ARAL. Les délais des patients atteints d'arthrite rhumatoïde et ceux des patients classés comme priorité élevée à la suite du triage ont été comparés aux délais moyens pour les patients avec un autre diagnostic et pour ceux avec une priorité intermédiaire ou faible. Les effets des caractéristiques sociodémographiques des patients (âge et sexe) et de l'importance des symptômes (HAQ) sur les délais ont également été évalués.

4.5.3 Validité du triage

Outre les temps d'attente, la validité du triage pour l'identification de la PAR ou des autres diagnostics avec une priorité élevée, c'est-à-dire la capacité du processus de triage de bien reconnaître les patients souffrant de PAR ou de l'une des pathologies classées comme priorité élevée, a également été évaluée.

La validité du triage a été évaluée en estimant la capacité du test à détecter correctement les patients atteints d'arthrite rhumatoïde et, par conséquent, à bien les prioriser. Cette capacité a été mesurée en termes de sensibilité et de spécificité du niveau de priorité attribué comparativement au diagnostic définitif. Les valeurs prédictives positives et négatives ont également été estimées.

La validité de l'attribution de la priorité élevée a aussi été examinée en la comparant avec le niveau de priorité correspondant au diagnostic présomptif après la première visite chez le rhumatologue. La sensibilité, la spécificité de même que les valeurs prédictives positive et négative ont été calculées.

4.5.4 Analyses statistiques

Des statistiques descriptives (moyenne et écart-type, médiane et étendue ou distribution de fréquences) sont fournies pour décrire les patients et les principales variables à l'étude. Des tests de T de Student ou des tests non paramétriques (Mann-Whitney U, test des médianes de Kruskal-Wallis) pour des groupes indépendants ont été effectués pour estimer la signification statistique des différentes comparaisons. L'effet des caractéristiques des patients et de la gravité initiale de leurs symptômes sur les délais a été évalué d'abord par des tests bivariés appropriés pour le type de variable et leur distribution, puis une analyse de régression linéaire multiple a été effectuée. Les différences ont été considérées comme significatives au seuil $\alpha=0,05$. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS [SPSS Inc., 2003].

5 RÉSULTATS

L'étude a duré vingt-deux mois. Durant cette période, des 701 patients dirigés vers la clinique, 97 % ont été vus par un rhumatologue (figure 4). Des 681 patients vus par un rhumatologue, 80 (11,7 %) n'ont pas été revus par la suite et n'ont pas reçu de diagnostic définitif. L'âge moyen des patients était de 55,4 ans. De ces personnes, 76,6 % étaient des femmes (tableau II). Un niveau de priorité élevée a été accordé à 172 patients, tandis que 284 ont été catégorisés comme ayant une priorité intermédiaire et 224 comme ayant une priorité faible. Des 601 patients qui ont reçu un diagnostic définitif, 64 avaient une polyarthrite rhumatoïde débutante (PAR).

Figure 3 Nombre de patients pour lesquels il existait des données pour chaque étape du processus.

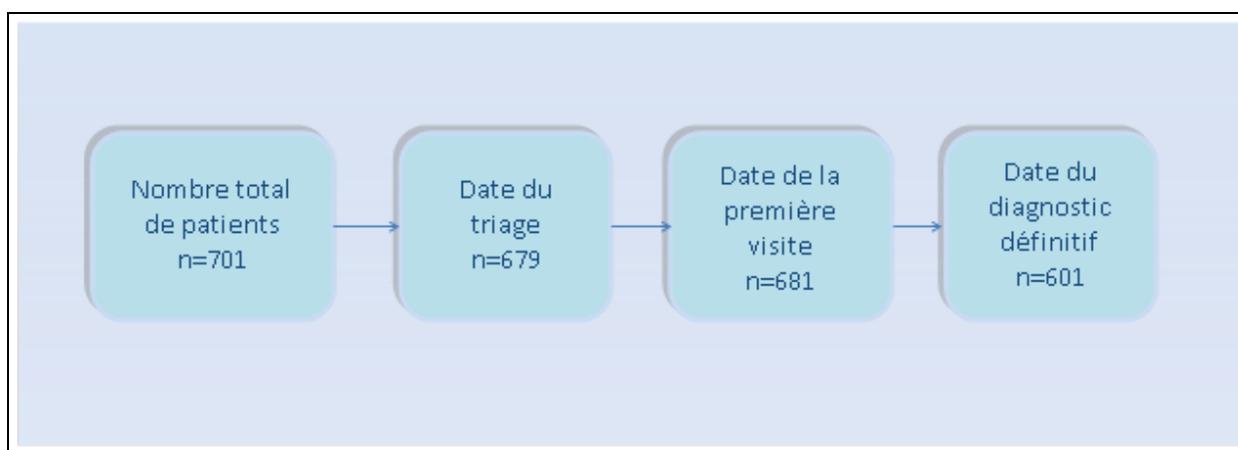


Tableau 2 Caractéristiques des patients et temps d'attente

ÂGE (N=701)	55,4 ANS (ÉCART-TYPE 14,6)
% DE FEMMES (N=701)	76,6 %
TEMPS D'ATTENTE (MÉDIANE, EIQ)	
De la demande de consultation au triage (n=679)	3 JOURS (EIQ : 1 À 6)
De la demande de consultation à la première visite (n=656)	112 JOURS (EIQ : 36 À 135)
Du triage à la première visite (n=660)	106 JOURS (EIQ : 29 À 131)

EIQ : écart interquartile

5.1 Validité du triage

La procédure de triage avait une sensibilité de 87,2 % (IC 95 % : 81,0 % à 91,5 %) et une spécificité de 93,1 % (IC 95 % : 90,4 % à 95,1 %) comparativement au diagnostic initial du rhumatologue. Le processus avait une valeur prédictive positive de 81 % (IC 95 % : 74,3 % à 86,2 %). La valeur prédictive négative était de 95,6 % (IC 95 % : 93,3 % à 97,1 %) (tableau 3).

Des 64 patients ayant reçu un diagnostic définitif de PAR, 55 (85,9 %) avaient été correctement dépistés comme étant de priorité élevée, tandis que 499 (81 %) des 616 patients sans PAR ont été catégorisés comme ayant une priorité intermédiaire ou faible.

Tableau 3 Validité du modèle de priorisation

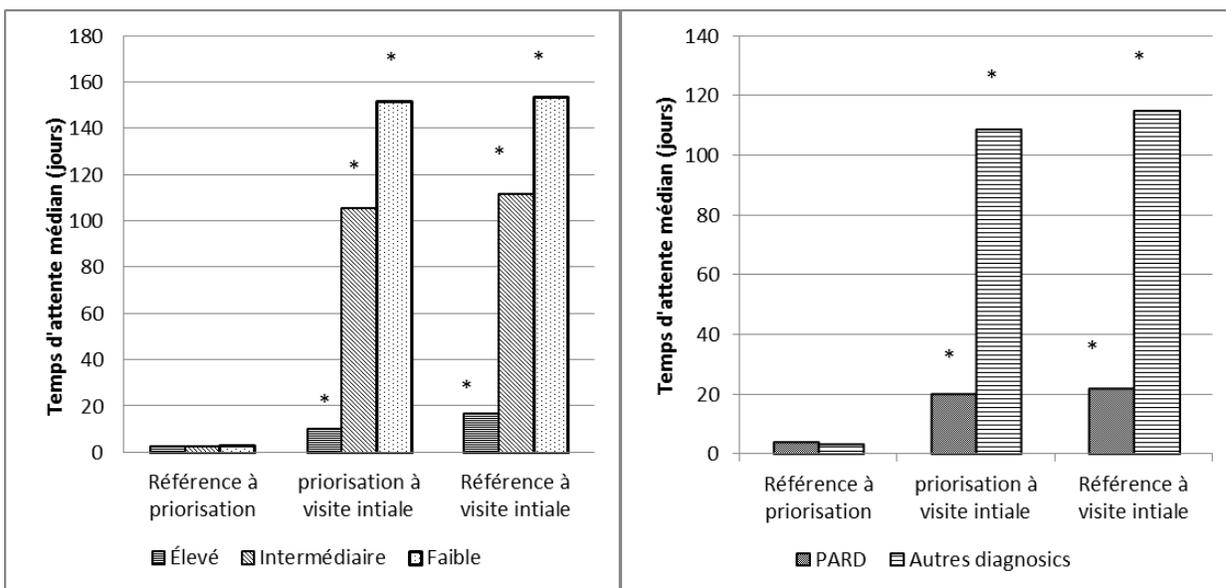
		PRIORITÉ BASÉE SUR LE DIAGNOSTIC DU RHUMATOLOGUE		
		ÉLEVÉE	INTERMÉDIAIRE OU FAIBLE	TOTAL
NIVEAU DE PRIORITÉ BASÉ SUR LE TRIAGE	ÉLEVÉE	136	32	168
	INTERMÉDIAIRE OU FAIBLE	20	432	452
	TOTAL	156	464	620

5.2 Délais

Pour l'ensemble des patients, sans égard au diagnostic final, le processus de priorisation s'est déroulé dans un délai médian de 3 jours, tandis que le temps d'attente médian entre la demande de consultation et la première visite a été de 112 jours (tableau II).

Pour les patients avec un niveau élevé de priorité, le temps d'attente médian pour voir le rhumatologue était de 17 jours (EIQ : 9 à 28), pour ceux de priorité intermédiaire, il était de 112 jours (EIQ : 101 à 124) et pour ceux de priorité faible, il était de 154 jours (EIQ : 129 à 175) ($p < 0,001$). De même, les patients qui ont par la suite reçu un diagnostic définitif de PARD ont également été vus plus rapidement que les autres. Dans leur cas, le temps d'attente médian était de 22 jours (EIQ : 12 à 46) comparativement à 115 jours (EIQ : 57 à 139) ($p < 0,001$) (figure 4). Environ 62 % des patients qui souffraient de PARD ont été vus dans un délai de 4 semaines, ce qui correspondait à l'objectif du programme.

Figure 4 Temps d'attente selon le niveau de priorité et le diagnostic



*<0,001 entre la catégorie de priorité ou de diagnostic (test de Kruskal-Wallis)

Pour les patients atteints de PARD, le délai médian observé entre le début de la maladie et la demande de consultation initiale chez un rhumatologue était de 146 jours (EIQ : 69 à 242). Or, seulement 39,2 % de ces patients ont pu voir le spécialiste dans un délai de 3 mois. De plus, seulement 20,3 % des patients atteints de PARD ont obtenu un premier rendez-vous avec le rhumatologue à l'intérieur d'un délai de 90 jours.

À noter que les temps d'attente n'étaient pas associés à l'âge ou au sexe du patient, ni à la gravité de sa maladie (données non présentées).

DISCUSSION

Cette étude visait à évaluer la capacité du triage effectué dans le cadre du programme PARLER à correctement reconnaître les patients atteints d'une PAR débutante ou d'une autre condition prioritaire et à s'assurer que, pour ces patients, le temps d'attente entre la demande de consultation et la première visite à un rhumatologue soient de moins de 28 jours.

Validité du triage

Bien que plusieurs outils de priorisation spécifiques à la PAR aient été décrits dans la littérature scientifique [De Coster *et al.*, 2008], peu de données sont disponibles quant à leur validité. Nous avons trouvé une seule étude qui décrit la capacité d'un triage à correctement reconnaître les patients atteints de PAR, soit celle de Robinson et Taylor [2010] qui n'a correctement identifié que 22 % des 128 patients atteints de PAR, soit moins que les 86 % que nous avons détectés.

Parmi les différents modes de triage qui ont été évalués pour l'ensemble des conditions prioritaires [Villeneuve *et al.*, 2013], trois types d'approche ont principalement été décrits. Ce sont le triage pouvant être effectué sur la base de la lettre de référence ou d'un formulaire générique [Graydon et Thompson, 2008; Sathi *et al.*, 2003], sur la base d'un formulaire propre à la rhumatologie [Thompson *et al.*, 2009] ou sur la base d'une évaluation par un professionnel de la santé [Barbour *et al.*, 2003; Gormley *et al.*, 2003].

De manière générale, les résultats du programme PARLER sont comparables [Gormley *et al.*, 2003] ou meilleurs [Thompson *et al.*, 2009; Graydon et Thompson, 2008] que ceux trouvés dans la littérature. Dans deux cas, la sensibilité du programme est inférieure, mais la spécificité est supérieure [Barbour *et al.*, 2003; Sathi *et al.*, 2003]. Ainsi, comparativement à un triage basé sur les lettres de références, le triage effectué par l'infirmière de PARLER avait une meilleure sensibilité (87 % par rapport à 59 %) et une meilleure spécificité (93 % par rapport à 88 %) que celles observées par Graydon et Thompson [2008], de même qu'une sensibilité inférieure (87 % par rapport à 93 %) et une spécificité supérieure (93 % par rapport à 88 %) à celles des résultats obtenus par Sathi et ses collègues [2003]. Comparativement à un triage basé sur les formulaires de demande de consultation propres à la rhumatologie remplis par les médecins traitants, le triage effectué avec PARLER manifestait une meilleure sensibilité (87 % par rapport à 77 %) et une meilleure spécificité (93 % par rapport à 75 %) [Thompson *et al.*, 2009]. La sensibilité du triage était de 85,9 % (i.c.95 % : 75,4 % à 92,4 %) pour les patients atteints d'une PAR débutante et de 87,2 % (i.c.95 % : 81,0 % à 91,5 %) pour ceux atteints d'une condition prioritaire. La sensibilité était de 81,0 % (i.c.95 % : 77,7 % à 83,9 %) et 93,1 % (i.c.95 % : 90,4 % à 95,1 %) respectivement pour ces mêmes groupes de patients.

Lorsqu'on regarde les résultats de l'ensemble de ces études, y inclus la présente, il semble que le triage sur la base de lettres de référence ou de formulaires soit moins valide que le triage fait directement par un professionnel. Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'information fournie sur ces documents est souvent incomplète ou peu précise [Robinson et Taylor, 2010; Graydon et Thompson, 2008], ce qui peut entraîner des difficultés quant à leur interprétation.

L'infirmière du programme PARLER communique directement avec le patient; elle peut donc s'assurer de recueillir toute l'information nécessaire et de faire préciser tout élément qui pourrait amener des difficultés d'interprétation. Même si, dans une approche basée sur des formulaires, il serait possible de demander au médecin référant de compléter l'information manquante, cette démarche supplémentaire entraînerait des retards additionnels avant que la priorisation soit faite, et donc augmenterait le temps total d'attente. De plus, il n'est pas certain qu'une telle démarche éliminerait les difficultés d'interprétation.

Temps d'attente

L'objectif de ce programme de triage des références par une infirmière et visant la prise en charge rapide est que les patients qui souffrent d'une PARD ou d'une autre condition à priorité élevée puissent avoir un premier rendez-vous avec le rhumatologue dans les 28 jours qui suivent la demande consultation. Cet objectif a été atteint puisque le temps d'attente médian pour les patients atteints de PARD était de 22 jours alors que celui pour l'ensemble des conditions prioritaires était de 17 jours. Ces temps d'attente étaient statistiquement différents de ceux observés pour les patients sans PARD ou avec une condition de priorité intermédiaire ou faible, respectivement.

Au Québec, le temps d'attente médian des patients ayant reçu un diagnostic provisoire de PARD avant de voir un rhumatologue est de 79 jours [Feldman *et al.*, 2007]. Delaurier et ses collaborateurs ont examiné les temps d'attente avant la consultation en rhumatologie au Québec pour des patients avec une présentation clinique compatible avec une PAR [Delaurier *et al.*, 2012]. Environ 41 % des cliniques offraient une première visite en moins de 3 mois, ce qui contraste avec 62 % en moins de 28 jours dans la présente étude.

Pour les patients souffrants d'une condition prioritaire, les temps d'attente rapportés dans la littérature en présence d'un processus de priorisation sont généralement similaires ou supérieurs à ceux que nous avons observés. Deux études, utilisant un triage basé sur les lettres de référence, ont observé des temps d'attente supérieurs à ceux obtenus par PARLER, soit de 33 et 42 jours dans l'étude de Robinson et Taylor [2010], et de 50 jours dans celle de Graydon et Thompson [2008]. Une troisième étude [Harrington et Walsh, 2001], dans laquelle un rhumatologue révisait les dossiers électroniques des patients et les résultats d'un questionnaire administré par la réceptionniste pour effectuer la priorisation, a observé des temps d'attente de 1 à 3 semaines, ce qui est du même ordre de grandeur que les 17 jours observés dans la présente étude.

Une autre approche qui a été utilisée pour réduire les temps d'attente est celle des cliniques dites d'accès rapide. Dans ces cliniques, tous les patients sont vus rapidement, généralement en moins d'une semaine, pour une évaluation brève par un rhumatologue [Gartner *et al.*, 2012; Pflugbeil *et al.*, 2009]. Il n'est toutefois pas clairement établi si cette visite ne constitue qu'une visite de priorisation ou si les patients souffrants d'une condition prioritaire font immédiatement l'objet d'une évaluation complète et d'une prise en charge. Si ce n'est pas le cas, le temps d'attente pour cette visite complète, soit le type de délai que nous présentons, n'est pas décrit. Quoi qu'il en soit, ce genre d'approche exige un surcroît de travail de la part des rhumatologues en place ou l'ajout d'effectif [Newman *et al.*, 2004; Smith *et al.*, 1996]. L'implantation de cette démarche serait complexe vu la relative pénurie de rhumatologues au Canada [Hanly, 2004; 2001].

Forces et limites

Validité interne

La validation de la priorisation a été réalisée de manière prospective, c'est-à-dire que les données ont été colligées au fur et à mesure de la survenue des événements, notamment en ce qui concerne les dates de référence, de priorisation et de visite, de même que l'attribution d'un niveau et priorité et l'établissement du diagnostic. Cette démarche réduit le risque de nombreux biais d'information habituellement associés à la collecte rétrospective des données.

Toutefois, d'autres biais d'information pourraient être présents. Le début souvent insidieux de la PAR peut entraîner un manque de précision relativement à la date de début de la maladie, particulièrement lorsque les premiers symptômes sont apparus plusieurs semaines ou mois avant la demande de consultation. Il est cependant improbable que ces imprécisions aient eu une influence différentielle sur le diagnostic ou sur l'attribution du niveau de priorité, ce qui rend la présence d'un biais de rappel peu probable. Cette imprécision a toutefois pu entraîner des erreurs de classification non systématiques pour les cas d'arthrite dont la durée était d'environ deux ans et pour le calcul du temps écoulé entre le début des symptômes et la première visite chez le rhumatologue ou l'instauration du traitement. Ces imprécisions tendraient à augmenter l'intervalle de confiance autour des délais observés et ainsi à réduire notre capacité à observer des différences significatives.

Tous les nouveaux patients référés en rhumatologie ont été inclus dans l'étude, ce qui a réduit le risque d'un biais de sélection des sujets. Il aurait pu y avoir un biais dans la sélection des patients dirigés vers la clinique où avait lieu l'étude si ces derniers avaient été différents de l'ensemble des patients pour qui une consultation en rhumatologie a été demandée. Or, cela paraît improbable puisque la proportion des patients dans cette étude qui souffraient d'une condition à priorité élevée (25 %) était semblable à celles observées dans d'autres cliniques de rhumatologie générale (22 % et 28 %) [Graydon et Thompson, 2008; Sathi *et al.*, 2003].

Un autre biais possible est le biais d'attrition. Ce biais serait présent si les patients qui n'ont pas donné suite à leur demande de consultation ou qui ne sont pas venus à leurs rendez-vous étaient différents de ceux dont les cas ont été analysés pour des variables clefs. Dans cette étude, la proportion de patients perdus de vue était de seulement de 2,9 % pour le diagnostic présomptif, mais de 11,7 % pour la présence d'un diagnostic définitif. Il semble donc que l'attrition soit survenue principalement après la première visite, et il est donc peu probable qu'elle ait pu affecter de manière significative nos résultats. Par comparaison, l'étude de Graydon et Thompson [2008], réalisée dans un contexte similaire, a rapporté un taux d'attrition de 13,8 % avant même la première visite. Ces observations peuvent s'expliquer par le fait que, dans la pratique, les cliniques de rhumatologie ne déploient pas d'efforts particuliers ou intensifs pour joindre les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous de suivi, contrairement à ce qui est observé dans un milieu de recherche. En outre, les patients qui n'ont pas besoin de recevoir des soins rhumatologiques, tels que ceux qui souffrent de problèmes musculo-squelettiques non rhumatologiques (arthrose, douleurs lombaires chroniques de nature mécanique, etc.), ne font pas habituellement l'objet d'un suivi.

Finalement, seuls des effets intermédiaires du programme, c'est-à-dire les temps d'attente, ont été évalués, les effets sur la santé ne l'ayant pas été. Toutefois, une étude récente [Van der Linden *et al.*, 2010] a démontré qu'une durée d'attente courte (moins de 12 semaines) était directement liée à la probabilité d'évolution clinique favorable et de rémission complète, ce qui suggère que le temps d'attente constitue un résultat intermédiaire adéquat. Nous n'avons pu examiner l'effet de la règle sur la présence d'une rémission ainsi que sur le temps écoulé entre le début de la maladie et la survenue de cette rémission pour les patients atteints de PAR débutante, puisque le nombre de patients mal priorisés était trop faible pour permettre des analyses fiables.

Validité externe

L'une des principales forces de cette étude est qu'elle a été réalisée dans une clinique de rhumatologie hors d'un milieu universitaire. Or, au Québec, la pratique de la rhumatologie s'exerce justement souvent dans ce type de clinique. Nous pouvons donc postuler que les résultats obtenus représentent une efficacité réelle (*effectiveness*) et non seulement une efficacité expérimentale (*efficacy*).

Par ailleurs, le fait que le programme PARLER n'ait été mis à l'épreuve que dans une seule clinique soulève la question de la validité externe des résultats obtenus. En effet, le programme a été mis en œuvre dans une seule clinique de la banlieue de Montréal. Il est donc possible que les patients référés à cette clinique ne soient pas représentatifs de l'ensemble des patients référés en rhumatologie. Bien que ce biais de référence soit plausible, l'éventail des cas observés (*case mix*), soit une proportion de 25 % des patients référés qui avaient une condition prioritaire, est similaire à ce qui a été décrit dans d'autres cliniques de rhumatologie générale (22 % et 28 %) [Qian *et al.*, 2010; Graydon et Thompson, 2008; Sathi *et al.*, 2003]. Cette similitude, ainsi que le fait que les résultats portent sur tous les patients référés à cette clinique, donne à penser qu'on pourrait les généraliser à d'autres cliniques de rhumatologie hors d'un milieu universitaire.

Implications pour la pratique

Bien que la validité du triage soit bonne, près de 14 % des patients atteints d'une PAR ne sont pas correctement identifiés par la procédure de triage comme nécessitant une visite rapide. Cela est possiblement lié au fait que la PAR a souvent un début insidieux ou à une présentation initiale atypique. Nos données ne nous permettent cependant pas de savoir si les patients atteints d'une PAR débutante et non identifiés comme tels par le triage avaient ce type de présentation. Les nouveaux critères de classification pour la PAR [Aletaha *et al.*, 2010], publiés en 2010, soit après la fin de la collecte de données pour cette étude et qui sont plus sensibles pour reconnaître les phases précoces de la maladie, pourraient être utilisés pour améliorer l'outil de triage utilisé par PARLER. Ces nouveaux critères de classification requièrent cependant l'utilisation de résultats de laboratoire, résultats qui ne sont pas souvent fournis par le médecin qui a référé le patient. Une solution pourrait être de demander à ce médecin de fournir ces résultats si les analyses ont été faites ou de demander les analyses en question. Ce type d'approche occasionnerait toutefois une prolongation parfois importante des temps d'attente, surtout si les tests n'ont pas déjà été faits, ce qui va à l'encontre de l'objectif recherché. Une autre approche pourrait être d'autoriser l'infirmière qui effectue le triage à prescrire les analyses de laboratoire nécessaires lorsque ces analyses n'ont pas été faites ou qu'il n'est pas possible d'en obtenir les résultats en communiquant directement avec la clinique médicale ou le laboratoire, sans passer par le médecin. La mise en place d'une ordonnance collective autorisant l'infirmière à prescrire ces analyses serait alors requise.

Par ailleurs, même qu'il semble que le programme PARLER constitue une méthode valide et efficace pour assurer un rendez-vous dans les délais recommandés pour les patients atteints de PAR débutante, la pertinence de l'implantation de ce type de programme à plus large échelle doit être établie. En effet, l'efficacité de ce type d'approche n'a jamais été comparée directement avec d'autres approches. Or, d'autres types d'approches seraient actuellement empruntées au Québec – information transmise par le président de l'Association des rhumatologues du Québec. Il serait donc pertinent de savoir comment ces autres modalités se comparent au programme PARLER, tant au regard de la validité du triage et de l'efficacité à réduire le temps d'attente avant la consultation que sur le plan des ressources nécessaires et des coûts associés.

En effet, les conséquences de l'implantation d'un programme tel que PARLER dans un système public de santé doivent également être prises en considération, surtout parce que ce programme requiert des investissements. Il importe donc de s'assurer de l'efficacité relative des différentes approches possibles de même que de leurs retombées sur les ressources et l'organisation des services, particulièrement dans le contexte actuel de pénurie relative de médecins, tant omnipraticiens que rhumatologues, et d'infirmières cliniciennes détenant une expertise en rhumatologie.

Finalement, il importe de constater que, parmi les patients atteints de PAR débutante référés en rhumatologie, seuls 39 % l'ont été moins de 3 mois après le début de leurs symptômes. Malgré le court temps d'attente après la réception de la demande de consultation, seulement 20 % de l'ensemble des patients atteints de PAR débutante ont pu être vus par le rhumatologue moins de 3 mois après le début des symptômes, avec un délai médian de près de 21 semaines. Cela correspond à ce qui a été observé par Raza et ses collaborateurs [2011] dans une étude européenne multicentrique récente. Ces auteurs ont constaté que, selon les centres étudiés, la proportion des patients atteints de PAR dont le temps écoulé entre le début des symptômes et l'évaluation par un rhumatologue était inférieur à 3 mois variait de 8 % à 42 %, alors que le délai médian observé était de 24 semaines. D'autres auteurs ont également observé un délai souvent important entre le début des symptômes et la demande de consultation en rhumatologie [Jamal *et al.*, 2011; Van der Linden *et al.*, 2010; Kiely *et al.*, 2009]. Le temps écoulé entre le début des symptômes et la demande de consultation peut être divisé en deux grandes composantes : la première est associée au temps que le patient prend avant de voir un médecin, et la seconde au temps que le médecin prend avant de reconnaître le besoin de demander une consultation en rhumatologie [Homik, 2011]. Différentes raisons sont à l'origine de ces délais, principalement la non-reconnaissance de la maladie, qui est due, entre autres, au début insidieux et non spécifique des symptômes et à la méconnaissance, de la part du patient ou du médecin, de l'importance des conséquences ou de la disponibilité d'un traitement efficace [Stack *et al.*, 2012; Van der Linden *et al.*, 2011]. Force est donc de constater que le délai qui précède la demande de consultation en rhumatologie constitue une part significative du délai total. Toute intervention visant à réduire le temps écoulé entre le début des symptômes et l'évaluation en rhumatologie devra donc inclure une stratégie pour réduire tout autant la composante qui précède que celle qui suit la demande de consultation.

CONCLUSION

Le programme PARLER constitue une approche valide et efficace pour prioriser les patients atteints de PAR débutante et pour qu'ils soient vus rapidement par un rhumatologue. Les données disponibles ne sont toutefois pas suffisantes pour permettre de recommander son implantation à large échelle. Des éléments d'information supplémentaires quant à sa validité, son efficacité et son efficacité comparativement aux autres approches possibles sont nécessaires afin d'évaluer la pertinence d'une telle implantation. Une analyse plus fine de l'impact de l'implantation d'une approche comme celle utilisée dans le programme PARLER sur l'organisation des soins et sur les coûts pour le système serait également nécessaire. Enfin, toute intervention visant l'optimisation des soins pour les patients atteints de PAR débutante devra inclure à la fois une réduction des délais survenant avant la demande initiale de consultation en rhumatologie tout autant que la réduction des temps d'attente avant la consultation proprement dite.

ANNEXE A

Outils de collecte d'information

Nom _____ Age : _____ Sexe : _____

RAMQ _____ Adresse : _____

Md référant : _____ Adresse : _____

No. Téléphone _____ Cell _____ Trav: _____

Questionnaire dépistage:

1) Doul. Articulaire : _____ Depuis quand : _____

2) Présence de gonflement : _____

Localisation :

	Droite	Gauche
MCP		
IPP		
Poignets		
Genoux		
Chevilles		
Pieds		

3) Raideur matinale : _____, Douleur Nocturne _____

4) Amélioré par : exercices : _____, repos : _____, Rx : _____

5) Limitation fonctionnelle : _____

6) Problèmes : Cutané : _____, Oculaire : _____, Digestif : _____

7) CRP: _____, VS: _____, F Rhum.: _____, ANA : _____

8) VAS : _____, HAQ : _____

Signature : _____ Date : _____

Priorité : _____ RDV : _____

Centre de Rhumatologie de Laval

Nom _____ Age : _____ Sexe : _____

RAMQ _____ Adresse : _____

Md référant : _____ Adresse : _____

No. Téléphone _____ Cell _____ Trav: _____

Questionnaire dépistage: Spondylarthropathie

Lombalgie Inflammatoire	Oui	Non
Début avant 40 ans		
Début insidieux		
Amélioré avec l'exercice		
Pas d'amélioration avec le repos		
Douleur Nocturne		

Lombalgie inflammatoire si 4 critères sur 5

Atteinte extra-axiale	Oui	Non
Uvéite		
Psoriasis		
Maladie inflammatoire intestinale		
Histoire familiale (+)		
Réponse aux AINS		

Sédimentation : _____ CRP _____ HLAB27 _____

BASDAI _____ BASFI _____

Note : _____

Signature : _____ Date : _____

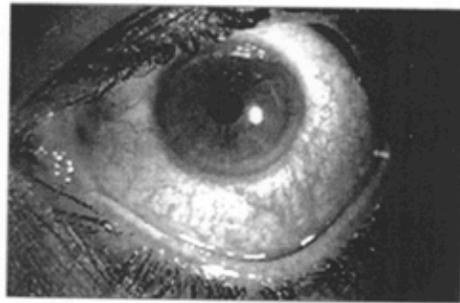
Priorité : _____ RDV : _____



Dactylite 4^{ième} orteil



Dactylite 2^{ième} doigt



Uvéite



Enthésopathie tendon d'Achille (G)



Rash malaire typique de Lupus

Arthrite Rhumatoïde	Arthrite Psoriasique	Polymyalgia Rheumatica	Spondylite Ankylosante	Collagénose
<p>Âge moyen : 20-40ans Début insidieux Additif Symétrique Polyarticulaire</p>	<p>Âge moyen 20-40 ans Début insidieux Asymétrique Oligoarticulaire(< 5 articulations) ou polyarticulaire</p>	<p>Âge moyen 60-80 ans Début aigüe Symétrique</p>	<p>Âge moyen 20-30 ans Homme>femme Début insidieux</p>	<p>Âge moyen 20-40ans Début soudain ou insidieux Atteinte symétrique</p>
<p>Atteinte petites articulations mains et pieds : MCP,IPP, Poignet, MTP</p>	<p>Atteinte IPP,IPD,poignets, Genoux,chevilles Dactilite Enthésite Atteinte axiale : spondylite</p>	<p>Cervicale, épaule, bras Bassin,hanche cuisse Poignets,genoux</p>	<p>Lombalgie inflammatoire : Âge< 40 ans -Début insidieux -Amélioration avec exercice -Pas d'amélioration avec repos - douleur nocturne</p>	<p>Atteint comme PAR</p>
<p>Raideur matinale>1hr Douleur nocturne VS : augmenté CRP : élevé FR (+)</p>	<p>Raideur matinale>1 hr Douleur nocturne Psoriasis(coude genou,cuir chevelu) Ombélique, pli interfessier</p>	<p>Raideur matinale> 1hr Difficulté à se lever du lit le matin Douleur nocturne Penser à Artérite temporelle si céphalée, perte de vision, ou douleur dans la mâchoire en mastiquant VS : augmenté CRP : élevé</p>	<p>Uvéite(œil rouge avec douleur) IBD(Crohn, colite ulcéreuse) Enthésite (talon) Dactylite Psoriasis Arthrite Hx familiale(+) Réponse AINS</p>	<p>Sérosite Stomatite Rash malaire Photosensibilité Raynaud ANA (+)</p>

ANNEXE B

Approbation éthique



N° de certificat
12-034-CERES-D

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Évaluation d'un programme de triage des références en rhumatologie pour la prise en charge rapide de la polyarthrite rhumatoïde
Étudiante requérant	Linda Pinsonneault (PINL09526307), Candidate à la M.Sc. (évaluation des technologies de la santé), Faculté de médecine - Département d'administration de la santé
Sous la direction de	François Champagne, professeur titulaire, Faculté de médecine, Département d'administration de la santé, Université de Montréal & Deborah Feldman, professeure titulaire, Faculté de médecine - École de réadaptation, Université de Montréal.

Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

Robert Ganache, président
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

18 avril 2012
Date de délivrance

1er mai 2013
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

Cepsum
2100 Boul. Édouard-Montpetit
7^e étage, bur. 7213
Montréal QC H3T 1J4

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
Télexcopieur : 514-343-2181
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

RÉFÉRENCES

- Aho K, Kaipiainen-Seppänen O, Heliovaara M, Klaukka T. Epidemiology of rheumatoid arthritis in Finland. *Semin Arthritis Rheum* 1998;27(5):325-34.
- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2010;69(9):1580-8.
- Aletaha D, Eberl G, Nell VP, Machold KP, Smolen JS. Practical progress in realisation of early diagnosis and treatment of patients with suspected rheumatoid arthritis: Results from two matched questionnaires within three years. *Ann Rheum Dis* 2002;61(7):630-4.
- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31(3):315-24.
- Barbour JA, Binding J, Bridges M, Kelly C. Evaluation of a screening tool for inflammatory joint disease. *Ann Rheum Dis* 2003;62(2):187-8.
- Bruce B et Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: A review of its history, issues, progress, and documentation. *J Rheumatol* 2003;30(1):167-78.
- Bykerk VP, Baron M, Boire G, Haraoui B, Khraishi M, LeClercq S, et al. Canadian consensus statement on early optimal therapy in early rheumatoid arthritis. *J Can Rheum Assoc* 2004;14(3):11-3.
- Costenbader KH, Chang SC, Laden F, Puett R, Karlson EW. Geographic variation in rheumatoid arthritis incidence among women in the United States. *Arch Intern Med* 2008;168(15):1664-70.
- Criswell LA, Such CL, Yelin EH. Differences in the use of second-line agents and prednisone for treatment of rheumatoid arthritis by rheumatologists and non-rheumatologists. *J Rheumatol* 1997;24(12):2283-90.
- De Coster C, Fitzgerald A, Cepoiu M. Priority-setting tools for rheumatology disease referrals: A review of the literature. *Clin Rheumatol* 2008;27(11):1411-6.
- Delaurier A, Bernatsky S, Baron M, Légaré J, Feldman DE. Wait times for rheumatology consultation: Is rheumatoid arthritis prioritized? *J Clin Rheumatol* 2012;18(7):341-4.
- Doeglas D, Suurmeijer T, Krol B, Sanderman R, van Leeuwen M, van Rijswijk M. Work disability in early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1995;54(6):455-60.
- Emery P, Breedveld FC, Dougados M, Kalden JR, Schiff MH, Smolen JS. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: Evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002;61(4):290-7.

- Fautrel B, Benhamou M, Foltz V, Rincheval N, Rat AC, Combe B, et al. Early referral to the rheumatologist for early arthritis patients: Evidence for suboptimal care. Results from the ESPOIR cohort. *Rheumatology (Oxford)* 2010;49(1):147-55.
- Feldman DE, Bernatsky S, Houde M, Beauchamp ME, Abrahamowicz M. Early consultation with a rheumatologist for RA: Does it reduce subsequent use of orthopaedic surgery? *Rheumatology (Oxford)* 2013;52(3):452-9.
- Feldman DE, Bernatsky S, Haggerty J, Leffondré K, Tousignant P, Roy Y, et al. Delay in consultation with specialists for persons with suspected new-onset rheumatoid arthritis: A population-based study. *Arthritis Rheum* 2007;57(8):1419-25.
- Finckh A, Bansback N, Marra CA, Anis AH, Michaud K, Lubin S, et al. Treatment of very early rheumatoid arthritis with symptomatic therapy, disease-modifying antirheumatic drugs, or biologic agents: A cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2009;151(9):612-21.
- Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980;23(2):137-45.
- Gabriel SE. Cardiovascular morbidity and mortality in rheumatoid arthritis. *Am J Med* 2008;121(10 Suppl 1):S9-14.
- Gartner M, Fabrizii JP, Koban E, Holbik M, Machold LP, Smolen JS, Machold KP. Immediate access rheumatology clinic: Efficiency and outcomes. *Ann Rheum Dis* 2012;71(3):363-8.
- Gormley GJ, Steele WK, Gilliland A, Leggett P, Wright GD, Bell AL, et al. Can diagnostic triage by general practitioners or rheumatology nurses improve the positive predictive value of referrals to early arthritis clinics? *Rheumatology (Oxford)* 2003;42(6):763-8.
- Graydon SL et Thompson AE. Triage of referrals to an outpatient rheumatology clinic: Analysis of referral information and triage. *J Rheumatol* 2008;35(7):1378-83.
- Gridley G, McLaughlin JK, Ekbohm A, Klareskog L, Adami HO, Hacker DG, et al. Incidence of cancer among patients with rheumatoid arthritis. *J Natl Cancer Inst* 1993;85(4):307-11.
- Hanly JG. Physician resources and postgraduate training in Canadian academic rheumatology centers: A 5-year prospective study. *J Rheumatol* 2004;31(6):1200-5.
- Hanly JG. Manpower in Canadian academic rheumatology units: Current status and future trends. *Canadian Council of Academic Rheumatologists. J Rheumatol* 2001;28(9):1944-51.
- Harrington JT et Walsh MB. Pre-appointment management of new patient referrals in rheumatology: A key strategy for improving health care delivery. *Arthritis Rheum* 2001;45(3):295-300.
- Harris ED Jr. Clinical features of rheumatoid arthritis. Dans : Harris ED Jr, Budd RC, Genovese MC, et al., réd. *Kelley's textbook of rheumatology*. 7^e éd. Philadelphie, PA : Elsevier Saunders; 2005 : 1043-78.

- Hawker GA, Badley EM, Jaglal S, Dunn S, Croxford R, Ko B, et al. Musculoskeletal conditions. Dans : Bierman AS, réd. Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report: Volume 2. Toronto, ON : St. Michael's Hospital ; Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2010. Disponible à : <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapter8-MusculoskeletalConditions.pdf>.
- Hochberg MC, Johnston SS, John AK. The incidence and prevalence of extra-articular and systemic manifestations in a cohort of newly-diagnosed patients with rheumatoid arthritis between 1999 and 2006. *Curr Med Res Opin* 2008;24(2):469-80.
- Homik JE. Who's holding up the queue? Delay in treatment of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2011;38(7):1225-7.
- Hulsmans HM, Jacobs JW, van der Heijde DM, van Albeda-Kuipers GA, Schenk Y, Bijlsma JW. The course of radiologic damage during the first six years of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2000;43(9):1927-40.
- Hulsmans HM, Jacobs JW, van der Heijde DM, van Albeda-Kuipers GA, Schenk Y, Bijlsma JW. The course of radiologic damage during the first six years of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2000;43(9):1927-40.
- Irvine S, Munro R, Porter D. Early referral, diagnosis, and treatment of rheumatoid arthritis: Evidence for changing medical practice. *Ann Rheum Dis* 1999;58(8):510-3.
- Jamal S, Alibhai SM, Badley EM, Bombardier C. Time to treatment for new patients with rheumatoid arthritis in a major metropolitan city. *J Rheumatol* 2011;38(7):1282-8.
- Jääntti J, Aho K, Kaarela K, Kautiainen H. Work disability in an inception cohort of patients with seropositive rheumatoid arthritis: A 20 year study. *Rheumatology (Oxford)* 1999;38(11):1138-41.
- Kiely P, Williams R, Walsh D, Young A. Contemporary patterns of care and disease activity outcome in early rheumatoid arthritis: The ERAN cohort. *Rheumatology (Oxford)* 2009;48(1):57-60.
- Klein NP, Ray P, Carpenter D, Hansen J, Lewis E, Fireman B, et al. Rates of autoimmune diseases in Kaiser Permanente for use in vaccine adverse event safety studies. *Vaccine* 2010;28(4):1062-8.
- Lacaille D, Anis AH, Guh DP, Esdaile JM. Gaps in care for rheumatoid arthritis: A population study. *Arthritis Rheum* 2005;53(2):241-8.
- Laupacis A, Sekar N, Stiell IG. Clinical prediction rules. A review and suggested modifications of methodological standards. *JAMA* 1997;277(6):488-94.
- Luqmani R, Hennell S, Estrach C, Birrell F, Bosworth A, Davenport G, et al. British Society for Rheumatology and british health professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis (the first two years). *Rheumatology (Oxford)* 2006;45(9):1167-9.

- Myasoedova E, Crowson CS, Kremers HM, Therneau TM, Gabriel SE. Is the incidence of rheumatoid arthritis rising? Results from Olmsted County, Minnesota, 1955-2007. *Arthritis Rheum* 2010;62(6):1576-82.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Rheumatoid arthritis. Londres, Angleterre : NICE; 2009. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12131/43327/43327.pdf>.
- Nell VP, Machold KP, Eberl G, Stamm TA, Uffmann M, Smolen JS. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2004;43(7):906-14.
- Neovius M, Simard JF, Askling J. How large are the productivity losses in contemporary patients with RA, and how soon in relation to diagnosis do they develop? *Ann Rheum Dis* 2011;70(6):1010-5.
- Newman ED, Harrington TM, Olenginski TP, Perruquet JL, McKinley K. "The rheumatologist can see you now": Successful implementation of an advanced access model in a rheumatology practice. *Arthritis Rheum* 2004;51(2):253-7.
- Pedersen JK, Kjaer NK, Svendsen AJ, Horslev-Petersen K. Incidence of rheumatoid arthritis from 1995 to 2001: Impact of ascertainment from multiple sources. *Rheumatol Int* 2009;29(4):411-5.
- Pflugbeil S, Fuchs J, Smolen J. Rapid access clinics allow early detection of inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2009;68(Suppl 3):538 [abstract].
- Potter T, Mulherin D, Pugh M. Early intervention with disease-modifying therapy for rheumatoid arthritis: where do the delays occur? *Rheumatology (Oxford)* 2002;41(8):953-5; author reply 5.
- Prior P, Symmons DP, Hawkins CF, Scott DL, Brown R. Cancer morbidity in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1984;43(2):128-31.
- Qian J, Ehrmann Feldman D, Bissonauth A, Ménard HA, Panopalis P, Stein M, et al. A retrospective review of rheumatology referral wait times within a health centre in Quebec, Canada. *Rheumatol Int* 2010;30(5):705-7.
- Quinn MA et Emery P. Window of opportunity in early rheumatoid arthritis: Possibility of altering the disease process with early intervention. *Clin Exp Rheumatol* 2003;21(5 Suppl 31):S154-7.
- Quinn MA, Conaghan PG, Emery P. The therapeutic approach of early intervention for rheumatoid arthritis: What is the evidence? *Rheumatology (Oxford)* 2001;40(11):1211-20.
- Rat AC, Henegariu V, Boissier MC. Do primary care physicians have a place in the management of rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine* 2004;71(3):190-7.
- Raza K, Stack R, Kumar K, Filer A, Detert J, Bastian H, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: Variations across Europe. *Ann Rheum Dis* 2011;70(10):1822-5.

- Robinson PC et Taylor WJ. Time to treatment in rheumatoid arthritis: Factors associated with time to treatment initiation and urgent triage assessment of general practitioner referrals. *J Clin Rheumatol* 2010;16(6):267-73.
- Saag KG, Teng GG, Patkar NM, Anuntiyo J, Finney C, Curtis JR, et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2008;59(6):762-84.
- Sathi N, Whitehead E, Grennan D. Can a rheumatologist accurately prioritize patients on the basis of information in the general practitioner referral letter? *Rheumatology (Oxford)* 2003;42(10):1270-1.
- Smith EC, Berry H, Scott DL. The clinical need for an acute rheumatology referral service. *Br J Rheumatol* 1996;35(4):389-91.
- Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Dougados M, Emery P, Gaujoux-Viala C, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis* 2010;69(6):964-75.
- Solomon DH, Bates DW, Panush RS, Katz JN. Costs, outcomes, and patient satisfaction by provider type for patients with rheumatic and musculoskeletal conditions: A critical review of the literature and proposed methodologic standards. *Ann Intern Med* 1997;127(1):52-60.
- SPSS Inc. SPSS 12.0 pour Windows. Chicago, IL : SPSS Inc.; 2003.
- Stack RJ, Shaw K, Mallen C, Herron-Marx S, Horne R, Raza K. Delays in help seeking at the onset of the symptoms of rheumatoid arthritis: A systematic synthesis of qualitative literature. *Ann Rheum Dis* 2012;71(4):493-7.
- Symmons DP, Jones MA, Scott DL, Prior P. Longterm mortality outcome in patients with rheumatoid arthritis: Early presenters continue to do well. *J Rheumatol* 1998;25(6):1072-7.
- Thompson A, Graydon S, Zibrowski E. The Canadian Arthritis Referral Study (CARS): An initial evaluation of the Canadian Arthritis Referral Tool (CART). *Arthritis Rheum* 2009;60(Suppl 10):323 [abstract].
- Van der Heijde DM, van Leeuwen MA, van Riel PL, Koster AM, van 't Hof MA, van Rijswijk MH, van de Putte LB. Biannual radiographic assessments of hands and feet in a three-year prospective followup of patients with early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1992;35(1):26-34.
- Van der Linden MP, Knevel R, Huizinga TW, van der Helm-van Mil AH. Classification of rheumatoid arthritis: Comparison of the 1987 American College of Rheumatology criteria and the 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism criteria. *Arthritis Rheum* 2011;63(1):37-42.
- Van der Linden MP, le Cessie S, Raza K, van der Woude D, Knevel R, Huizinga TW, van der Helm-van Mil AH. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum* 2010;62(12):3537-46.

Verstappen SM, Jacobs JW, Bijlsma JW, Heurkens AH, van Booma-Frankfort C, Borg EJ, et al. Five-year followup of rheumatoid arthritis patients after early treatment with disease-modifying antirheumatic drugs versus treatment according to the pyramid approach in the first year. *Arthritis Rheum* 2003;48(7):1797-807.

Villeneuve E, Nam JL, Bell MJ, Deighton CM, Felson DT, Hazes JM, et al. A systematic literature review of strategies promoting early referral and reducing delays in the diagnosis and management of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2013;72(1):13-22.

Ward MM, Leigh JP, Fries JF. Progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. Associations with rheumatology subspecialty care. *Arch Intern Med* 1993;153(19):2229-37.

Wolfe F, Mitchell DM, Sibley JT, Fries JF, Bloch DA, Williams CA, et al. The mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994;37(4):481-94.

Yelin EH, Such CL, Criswell LA, Epstein WV. Outcomes for persons with rheumatoid arthritis with a rheumatologist versus a non-rheumatologist as the main physician for this condition. *Med Care* 1998;36(4):513-22.

Zirkzee EJ, Sneep AC, de Buck PD, Allaart CF, Peeters AJ, Runday HK, et al. Sick leave and work disability in patients with early arthritis. *Clin Rheumatol* 2008;27(1):11-9.