



Institute of Musculoskeletal Health and Arthritis | Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite

Rapport sommaire sur l'atelier intitulé

Carences de la recherche sur les soins primaires en santé musculo-squelettique

organisée par l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite

Sommet des IRSC sur les soins de santé primaires : « Soins primaires axés sur le patient – Stimuler l'innovation »

18-19 janvier 2010, Toronto, Ontario

Sommet des IRSC sur les soins de santé primaires : « Soins primaires axés sur le patient – Stimuler l'innovation »

Atelier - Carences de la recherche sur les soins primaires en santé musculo-squelettique

L'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des IRSC a organisé l'atelier *Carences de la recherche sur les soins primaires en santé musculo-squelettique*, l'un des douze ateliers simultanés de l'après-midi, tenus en marge du Sommet sur les soins de santé primaires des IRSC, le 19 janvier 2010, à Toronto.

L'atelier a réuni 29 participants, notamment des chercheurs principaux, des professionnels de la santé, des stagiaires, des partenaires de l'IALA, des représentants du gouvernement et des représentants d'organismes non gouvernementaux, pour discuter des questions de recherche dans le contexte des soins primaires destinés aux Canadiennes et Canadiens atteints d'un trouble locomoteur.

Richard Birtwhistle, directeur du centre d'études sur les soins primaires et professeur au département de médecine familiale, de santé communautaire et d'épidémiologie à l'Université Queen's, a animé une séance de questions et de réponses entre les participants et quatre conférenciers qui ont présenté des exposés orientant la discussion sur les affections musculo-squelettiques dans le contexte des soins primaires afin de cerner les sujets de recherche qui permettraient d'optimiser les soins offerts aux patients. Ces conférenciers étaient :

Dre Gillian Hawker, médecin-chef à l'Hôpital Women's College et professeure au Département des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Faculté de médecine de l'Université de Toronto

Dre Linda Li, titulaire de la chaire de la Société de l'arthrite/Harold Robinson sur les maladies arthritiques et professeure adjointe au Département de physiothérapie de l'Université de la Colombie-Britannique; Arthritis Research Centre of Canada

Dr Carlo Marra, professeur agrégé, titulaire de la chaire de recherche du Canada sur les résultats de la pharmacothérapie, chercheur-boursier à la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé, directeur, Collaboration for Outcomes Research and Evaluation (CORE), et chercheur au Centre for Health Evaluation and Outcome Sciences, Providence Health

M. Michael Hillmer, gestionnaire de l'Unité des maladies chroniques, Direction des politiques et des relations liées au système de santé, Division de la stratégie du système de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

La présentation de la Dre Gillian Hawker intitulée *Research Opportunities for Primary Care in Musculoskeletal Health* a mis en évidence les obstacles qui empêchent les patients souffrant d'arthrite d'avoir accès à des soins de qualité au Canada. L'arthrite touche actuellement 4 millions de Canadiens,

et on estime que ce nombre passera à 6,4 millions d'ici 2026. La Dre Hawker est d'avis que cette augmentation sera attribuable à la longévité accrue, à l'augmentation de l'obésité et à la diminution de l'exercice physique et que cela coûtera très cher au système de soins de santé (4,4 milliards de dollars – statistiques de 1998). L'arthrite est associée à de la douleur importante et à une incapacité fonctionnelle et elle accompagne souvent d'autres maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires et le diabète.

La Dre Hawker a fait remarquer que les personnes touchées par une affection musculo-squelettique sont victimes des lacunes des soins primaires puisque les traitements sont souvent orientés sur les autres maladies chroniques et que l'on néglige de considérer le caractère global de la personne dans la prise en charge totale de ses soins (activité physique, perte de poids, etc.). Selon une étude de cohorte réalisée en Ontario auprès de patients souffrant d'arthrite de la hanche ou du genou, seulement 50 % des patients reçoivent des « soins complets », c'est-à-dire que l'on tient compte de l'exercice, de la perte de poids et du soulagement de la douleur. Le nombre de cas adressés en physiothérapie est faible (18,7 % l'an dernier) et on constate que ce service est sous-utilisé dans les cas d'arthroplastie totale. Parmi les éléments qui nuisent à la qualité des soins, mentionnons le manque de confiance dans l'évaluation du système musculo-squelettique, la perception des patients et des médecins que l'arthrite est une « conséquence naturelle et attendue du vieillissement », la comorbidité – contradictions à l'utilisation sécuritaire des traitements contre l'arthrite et les coûts des services non assurés (p.ex. physiothérapie et ergothérapie).

Selon la Dre Hawker, les médecins de premier recours jouent un rôle clé, car ils peuvent faire en sorte que les patients reçoivent des soins secondaires en les adressant à des ergothérapeutes, à des physiothérapeutes et à des spécialistes pour évaluer la nécessité de remplacer une articulation ou traiter de façon urgente l'arthrite inflammatoire. Pour la Dre Hawker, lorsque l'on fait de la recherche sur les maladies chroniques, il est nécessaire d'arrêter de se concentrer sur une maladie particulière afin d'étudier ces maladies de façon globale. Si l'on veut mettre en œuvre des stratégies pour améliorer les soins, il faut avoir des mesures valides et fiables pour évaluer la qualité des soins. La Dre Hawker a fait remarquer qu'il existe de nombreuses possibilités pour améliorer la tenue de dossiers (dossiers médicaux électroniques et autres) ainsi que la validation de diagnostic ou le codage de procédures pour accroître l'utilisation des données administratives.

Dans son exposé intitulé *More than a gatekeeper: Primary care in the management of rheumatoid arthritis*, la Dre Linda Li a discuté des interventions permettant d'améliorer l'aiguillage des patients qui souffrent de polyarthrite rhumatoïde et qui ont besoin de soins secondaires par un rhumatologue. Voici quelques-unes de ces interventions : activités de formation médicale continue pour les médecins de premier recours (comme le programme *Prendre en main l'arthrite*), soins partagés, et triage par des infirmières en rhumatologie ou des physiothérapeutes en orthopédie. La Dre Linda Li a souligné, qu'en plus de jouer un rôle clé dans l'accès aux soins secondaires, les médecins de premier recours peuvent influencer sur la décision subséquente des patients de consulter dès l'apparition de symptômes articulaires. Elle a aussi mentionné l'étude de la Dre Diane Lacaille qui montre que plus de 50 % des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde en Colombie-Britannique sont traitées par des médecins de premier recours. Seulement 10 % de ces patients ont utilisé des médicaments modifiant la maladie au

cours d'une période de cinq ans, ce qui illustre les défis du traitement de la polyarthrite rhumatoïde dans le contexte des soins primaires.

Même si les médecins de premier recours jouent un important rôle dans le continuum de soins de la polyarthrite rhumatoïde, la Dre Li affirme que d'autres professionnels de la santé ayant les compétences nécessaires semblent être disposés à assumer une part du travail de ces médecins et à contribuer aux soins des malades souffrant de polyarthrite rhumatoïde. La conférencière mentionne une étude intitulée *Falling through the Cracks* (Marra, et coll., 2010-2011) au cours de laquelle des chercheurs tentent d'évaluer si des pharmaciens communautaires en collaboration avec des physiothérapeutes peuvent cerner de façon précise les patients chez qui la polyarthrite rhumatoïde a été diagnostiquée, mais qui ne reçoivent pas de médicaments modifiant la maladie. La Dre Li suggère que l'on investisse davantage dans la recherche sur les interventions des services de santé afin d'améliorer la recherche d'aide appropriée, l'aiguillage et le traitement. Elle a aussi parlé d'une équipe de chercheurs financée par les IRSC (Badley, Davis, et coll. 2008-2013) qui étudie la situation de l'offre et de la demande de soins de l'arthrite et met au point un cadre de travail et une trousse d'outils pour la prise de décisions au sujet de modèles de soins convenant aux besoins locaux. Enfin, elle a parlé d'une troisième équipe financée par les IRSC qui tente d'évaluer un outil en ligne pour aider les patients à prendre une décision sur le méthotrexate. Cela a pour but d'évaluer la prise de décision partagée et pourrait permettre d'améliorer la communication au sujet des décisions de traitement dans le contexte des soins primaires.

Le Dr Carlo Marra a parlé d'une étude menée par son équipe afin de déterminer comment les pharmaciens communautaires peuvent contribuer aux soins multidisciplinaires des patients souffrant d'arthrose; sa présentation était intitulée *How can pharmacists participate in primary care for OA?* Les buts du traitement de l'arthrose, précise le Dr Marra, sont de réduire la douleur, d'améliorer la fonction, de préserver la qualité de vie et de prévenir la progression de la maladie. On a constaté des lacunes dans la reconnaissance de l'arthrose du genou et dans les soins offerts, notamment en ce qui concerne le traitement de la douleur, l'innocuité des médicaments et les soins de santé intégrés.

Le Dr Marra a expliqué que les pharmaciens sont des professionnels de la santé très accessibles. Grâce à des dispositions législatives dans la plupart des provinces, les pharmaciens ont mis en place des interventions pour améliorer les soins pour l'hypercholestérolémie, le diabète (de type 1 et de type 2), la contraception d'urgence et le traitement par des anticoagulants. Les gens consultent leur pharmacien au moins huit fois plus souvent qu'ils ne consultent leur médecin de famille; cette constatation donne à penser que les pharmaciens pourraient offrir un service de triage. Une nouvelle étude intitulée *Pharmacist Identification of New Diagnostically – confirmed, OA* tente d'évaluer si les pharmaciens communautaires peuvent, à l'aide d'un simple questionnaire de dépistage, découvrir des personnes dont l'arthrose du genou n'avait pas été diagnostiquée auparavant, et de voir si une intervention entreprise par les pharmaciens peut améliorer la qualité des soins et les résultats. Une autre étude intitulée *Pharmacist-initiated Intervention Trial in OA* tente de déterminer si une intervention multidisciplinaire entreprise par un pharmacien pourrait améliorer la qualité des soins et les résultats dans les cas d'arthrose du genou.

Le Dr Michael Hillmer, gestionnaire de l'Unité des maladies chroniques, à la Direction des politiques et des relations liées au système de santé, Division de la stratégie du système de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, est d'avis que les lacunes dans les soins primaires offerts aux patients souffrant d'affections musculo-squelettiques sont similaires à celles que l'on observe pour les autres maladies chroniques. La grande question administrative qui se pose est la suivante : « quels sont les modèles de soins efficaces? » On effectue actuellement d'excellentes évaluations de modèles de soins dans diverses régions du Canada, mais de l'avis du Dr Hillmer, il pourrait y avoir des modèles régionaux particuliers pour différentes populations. « Trouver un moyen de mettre en place un modèle de soins pour toute une gamme de maladies serait un travail passionnant », a déclaré le Dr Hillmer.

Message général : Pour améliorer la qualité des soins des patients atteints d'une affection musculo-squelettique, nous devons faire plus de recherche sur l'évaluation, la conception et la mise en application de modèles de soins complets. Les problèmes musculo-squelettiques doivent avoir une place importante dans les soins primaires; nous devons donc réunir des professionnels de la santé afin d'établir des modèles de soins inter-professionnels et d'améliorer le continuum de soins.

Voici un résumé des commentaires des participants sur les lacunes dans les soins primaires offerts aux personnes ayant une affection musculo-squelettique, commentaires qui pourraient mener à l'établissement d'un programme de recherche.

- Les gens attendent trop longtemps avant de consulter pour une affection musculo-squelettique.
- Le traitement de la douleur n'est pas adéquat et on comprend mal les questions entourant l'innocuité des médicaments.
- Il est nécessaire d'éduquer le public et les médecins de premier recours.
- Il faut former et recruter des médecins de premier recours qui s'intéressent au traitement inclusif des maladies chroniques, de façon à ce que les affections musculo-squelettiques soient traitées en même temps que les maladies cardiovasculaires, le diabète, etc.
- Il est nécessaire de réunir de nombreux professionnels de la santé pour concevoir des modèles de soins inter-professionnels.
- Il faut arrêter d'examiner les maladies séparément et commencer à utiliser un modèle global pour traiter le patient dans son ensemble.
- Il faut accorder une place au système musculo-squelettique dans les soins primaires, cela inclut la santé des os et des articulations, l'arthrite et les maladies chroniques associées.
- Il faut avoir des priorités de recherche croisées pour étudier les maladies musculo-squelettiques, les maladies cardiovasculaires, le diabète et autres.
- Cela offre d'immenses possibilités d'étudier les questions de comorbidité.

- Il pourrait être nécessaire d'avoir des modèles de soins complets particuliers à certaines régions.
- Il faut revoir les priorités de recherche établies à la suite du sommet de 2004 sur les modèles de soins de l'arthrite.

Évaluation de l'atelier

Sept des vingt-neuf participants ont rempli et retourné le formulaire d'évaluation. L'évaluation est très positive : les participants ont répondu que l'atelier a été utile ou très utile. Ils ont aussi proposé des sujets de discussion et des idées pour les futures possibilités de collaboration afin de définir les secteurs de recherche possibles dans le domaine des soins primaires des patients ayant une affection musculo-squelettique. En raison du manque de temps, de nombreux participants ont dit qu'ils aimeraient poursuivre l'atelier afin de bien définir un programme de recherche. Lorsque l'on a demandé aux participants de fournir des commentaires sur les prochaines étapes, voici ce qu'ils ont répondu :

- Définir les priorités de recherche;
- Planifier un atelier pour préciser un programme de recherche, à la lumière des discussions, et peut-être établir des collaborations avec d'autres instituts des IRSC en relation avec d'autres maladies chroniques;
- Passer directement au financement de la recherche afin d'améliorer les soins et le traitement de l'arthrite et de réduire le fardeau psychologique de la maladie;
- Appuyer fortement l'initiative sur les soins primaires et la participation des psychologues;
- Faire de la recherche sur les affections musculo-squelettiques et les effets de la comorbidité;
- Se rencontrer plus souvent;
- Créer un groupe de réflexion sur le sujet.

Liste de participants

| Nom | Affiliation | Courriel |
|------------------------|--|-------------------------------|
| Adebanjo Isreal, Osobu | National Association of Community Health Students of Nigeria | |
| Ashkar, Elham | Ministry of Health & Long-Term Care | elham.askkar@ontario.ca |
| Aubin, Jane | Professor, CIHR – University of Toronto | jane.aubin@utoronto.ca |
| Backman, Catherine | University of BC; Arthritis Research Centre | catherine.backman@ubc.ca |
| Badley, Elizabeth | University of Toronto | e.badley@utoronto.ca |
| Bar, Sherry | Sunnybrook - Toronto | |
| Birtwhistle, Richard | Professor, Dept. of Family Medicine, Queens University | birtwhis@queensu.ca |
| Bombardier, Claire | Professor of Medicine, University of Toronto | claire.bombardier@utoronto.ca |
| Critchley, Jennifer | CIHR Institute of Health Services and Policy | Jennifer@ihspr.utoronto.ca |
| Cuddy, Sharon | Manager, Group Health Centre | cuddy_s@ghc.on.ca |
| Davis, Aileen | Toronto Western Research Institute | adavis@uhnresearch.ca |
| Dolling, Jennifer | Research Assistant, CIHR-IHSPR | jendolling@yahoo.com |
| De Courval, Julie | Executive Assistant, CIHR-IMHA | julie.decourval@utoronto.ca |
| Hawker, Gillian | Chief of Medicine, Women's College Hospital | gillian.hawker@wchospital.ca |
| Hillmer, Michael | MoH LTC | Michael.Hillmer@ontario.ca |
| Lalonde, Lyne | Professor, Faculty of Pharmacy, University of Montreal | Lyne.Lalonde@umontreal.ca |
| Lanning, Anita Lambert | Manager, Research Information Coordinator, The College of Family Physicians Canada | all@cfpc.ca |
| Leyshon, R | UWO | |
| Li, Linda | Arthritis Research Centre, UBC | lli@arthritisresearch.ca |
| Linker, Sydney | The Arthritis Society | |
| Lush, Gail | Senior Project Officer, CIHR-IMHA | gail.lush@utoronto |
| Mackay, Crystal | University of Toronto | |
| Marra, Carlo | Associate Professor, University of British Columbia | cmarra@exchange.ubc.ca |
| McGlasson, Rhona | Sunnybrook - Toronto | |
| Pencharz, James | Credit Valley, Family Health Team | james.pencharz@utoronto.ca |
| Richardson, Julie | School of Rehab Science, McMaster University | jrichard@mcmaster.ca |
| Sanni, Mamoudou Mohame | Vice President, Agency Supporting Humanity Benin | |
| Trentham, B. | University of Toronto | |
| White, Marc | Clinical Assistant Professor, Department of Family Practice, UBC | marc.white@familymed.ubc.ca |

Personnes-ressources à l'IALA

Directrice scientifique

Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des IRSC

Département de génétique moléculaire
Faculté de médecine, Université de Toronto
Institut Banting
100, rue College, bureau 207B
Toronto, Ontario, M5G 1L5
Tél. : 416-978-4220
Télééc. : 416-978-3954
www.imha.cihr.gc.ca

Liste du personnel

Directrice scientifique

Dr. Jane E. Aubin
Tel: 416-978-4220
Fax: 416-978-3954
jane.aubin@utoronto.ca
or IMHA@cihr-irsc.gc.ca

Gestionnaire de projets/Analyste

Tanya Gallant
Tel : 613-954-3469
Fax : 613-954-1800
tanya.gallant@cihr-irsc.gc.ca

Agente principale de projets

Gail Lush
Tel: 613-820-3959
Fax: 613-820-3959
gail.lush@utoronto.ca

Directrice adjointe

Liz Stirling
Tel: 613-957-8678
Fax: 613-954-1800
liz.stirling@cihr-irsc.gc.ca

Adjointe exécutive

Julie de Courval
Tel: 416-946-0386
Fax: 416-946-0394
julie.decourval@utoronto.ca

Relations des intervenants / Secrétaire du conseil consultatif de l'Institut

Elizabeth Robson
Tel: 403-320-0068
Fax: 403-320-2234
Elizabeth.Robson@utoronto.ca

Analyste des données

Marc R. Milot
Tel: 613-948-2365
Fax: 613-954-1800
marc.milot@cihr-irsc.gc.ca