

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS POUR LES PATIENTS PRÉSENTANT UNE COMORBIDITÉ ASSOCIÉE À LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Patrick Durez

Service de rhumatologie, Clin. Univ. St-Luc, UCLouvain, Bruxelles

Les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PR) courent un risque accru de développer une comorbidité associée. Les recommandations relatives à la prise en charge de cette comorbidité sont actuellement développées mais restent peu appliquées dans la pratique quotidienne. Face à ce constat, une étude a été menée dans 12 centres européens afin d'évaluer des interventions pour une bonne pratique clinique axée sur la comorbidité associée à la PR. Les affections qui ont été étudiées dans ce cadre sont les maladies cardiovasculaires, pulmonaires, le diabète et la dépression. Pour cette dernière, plus de 180 spécialistes issus de 12 centres européens ont été interrogés, et une analyse des publications et des recommandations existantes a été effectuée. En Belgique, le service de rhumatologie des Cliniques universitaires Saint-Luc (UCLouvain) a participé à l'étude. Les résultats ont été évalués par un groupe de 18 experts. Cela a permis d'identifier plusieurs défis dans le parcours des patients, notamment des retards dans le diagnostic et le renvoi vers un spécialiste, un manque de rhumatologues et une sensibilisation à la maladie limitée en 1^{ère} ligne. Dix-huit interventions ont également été proposées en vue d'une bonne pratique clinique. Celles-ci incluent, entre autres, l'autogestion, une «clinique de l'arthrite débutante» (*early arthritis clinic*), un accès rapide aux soins, un renforcement de la communication avec la 1^{ère} ligne et l'intégration des registres de patients dans la pratique clinique quotidienne. L'importance des interventions a été évaluée séparément à 3 stades de la maladie, à savoir en cas de suspicion de PR, après un diagnostic récent de PR et en cas d'arthrite avérée. L'intégralité des résultats de cette étude ont été publiés et peuvent être consultés gratuitement sur le site Web de la revue *RMD Open* (1).

COMORBIDITÉ: LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE NE TOUCHE PAS UNIQUEMENT LES ARTICULATIONS

Même si des progrès remarquables ont été réalisés ces dernières décennies dans la prise en charge des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PR), plusieurs défis subsistent. Parmi ceux-ci, la comorbidité associée est particulièrement délicate, car elle nécessite une collaboration entre différentes spécialités et entre différents niveaux de soins. Les autres défis persistants concernent notamment la lenteur du renvoi des patients vers un spécialiste et le diagnostic tardif de la maladie.

ait diminué au cours des 25 dernières années, mais cela signifie également que le nombre d'années d'invalidité peut augmenter (2).

Une étude de cohorte suédoise a révélé que les patients souffrant de PR présentaient un *hazard ratio* (HR) de 1,41 pour les maladies cardiovasculaires en comparaison avec la population générale, une différence significative qui est restée stable au fil des ans (3). Dans une autre étude de population datant de 2010, le risque de pneumopathies interstitielles s'élevait à 7,7% chez les patients atteints de PR, contre 0,9% dans la population générale (HR: 8,96; intervalle de confiance [IC] à 95%: 4,02-19,94) (4). La médiane de survie n'était que de 2,6 ans après la pose du diagnostic (4). Une analyse canadienne de bases

La PR est l'une des maladies chroniques auto-immunes les plus fréquentes. Il semble que la surmortalité liée à la PR

de données médicales a mis en évidence une incidence du diabète de 8,6 pour 1.000 personnes-années chez les sujets atteints de PR, contre 5,8 pour une population ne souffrant pas de cette maladie (HR corrigé: 1,5; IC 95%: 1,4-1,5) (5). Selon des estimations prudentes, la prévalence de la dépression chez les patients atteints PR serait comprise entre 13 et 20%. Une analyse du *Biologics Register* de la *British Society for Rheumatology* a révélé qu'une dépression avait déjà été formellement diagnostiquée chez 19% des patients souffrant de PR, soit un pourcentage 2 à 3 fois supérieur à celui observé dans la population générale (6).

L'étude évoquée dans le présent article s'est uniquement concentrée sur les maladies cardiovasculaires, les pneumopathies, le diabète et la dépression. D'autres affections comorbides, comme l'ostéoporose, les infections, le cancer et les maladies gastro-intestinales, n'y ont pas été abordées.

UNE ÉTUDE MENÉE DANS 12 CENTRES EUROPÉENS

Les 12 centres européens qui ont participé à ce projet sont le Diakonhjemmet Hospital d'Oslo, l'hôpital Cochin de Paris, l'Institut de rhumatologie de Prague, l'hôpital Santa Maria de Lisbonne, l'hôpital universitaire La Paz de Madrid, le Chapel Allerton Hospital de l'Université de Leeds, les Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles, l'hôpital universitaire de Genève, la Sint-Maartenskliniek de Nimègue, le centre de rhumatologie de l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm, le Rigshospitalet de Copenhague et l'Institut ASST Gaetano Pini-CTO de Milan.

Les différents centres ont été sélectionnés sur la base de critères tels que l'emplacement, l'orientation (soins spécialisés et plus généraux) et le type d'établissement (différentes tailles, hôpitaux privés et publics, lien avec la communauté, etc.), de manière à obtenir une large représentativité, même si les centres de formation un peu plus grands sont davantage représentés. Ces travaux de recherche ont été financés par une société pharmaceutique.

Au total, environ 180 collaborateurs de ces centres ont pris part à un entretien qualitatif semi-structuré d'une heure. Parmi ces collaborateurs figurait une grande variété de professionnels de la santé, notamment des rhumatologues, des infirmiers, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des spécialistes de la comorbidité associée à la PR, des pharmaciens et des responsables de cabinet.

RÉSULTATS: LES RECOMMANDATIONS EXISTANTES RELATIVES À LA COMORBIDITÉ SONT LIMITÉES

Il existe peu de recommandations spécifiques concernant la comorbidité associée à la PR. En 2016, l'*European*

League Against Rheumatism (EULAR) a néanmoins formulé des directives pour la prise en charge du risque cardiovasculaire dans le cadre de cette maladie (7). Elle a également dressé une liste de points d'attention pour le signalement, le dépistage et la prévention de certaines affections comorbides associées aux maladies rhumatismales inflammatoires chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires et la dépression (8).

Toutes les autres recommandations ne sont pas spécifiques à la comorbidité ou ont été élaborées par des organisations non rhumatologiques. La PR est par exemple citée dans les directives «dyslipidémies» de 2019 de l'*European Society of Cardiology* et de l'*European Atherosclerosis Society* (9).

Les recommandations pratiques conjointes de 2018 de l'*American Thoracic Society* et de l'*European Respiratory Society* à propos de la fibrose pulmonaire idiopathique pointent également la PR comme un facteur de risque (10). Récemment, la *Swedish Respiratory Society* a également publié des directives nationales concernant la fibrose pulmonaire idiopathique, dans lesquelles la PR est aussi évoquée (11).

Aucune recommandation régionale ou nationale relative au diabète dans le contexte de la PR n'a été trouvée.

En ce qui concerne la dépression, hormis les points d'attention précités de l'EULAR, il ne reste que les recommandations de 2009 du *National Institute for Health and Care Excellence* au Royaume-Uni, qui abordent de manière générale la dépression chez les adultes souffrant d'une maladie physique chronique (12).

La comorbidité propre à la PR mérite donc assurément une plus grande attention, et c'est également dans cette optique que la présente étude a été réalisée.

RÉSULTATS: OBSTACLES POTENTIELS DANS LE TRAJET DE SOINS

OBSTACLES DANS LE TRAJET DE SOINS DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE PROPREMENT DITE

Une prise en charge correcte de la comorbidité passe obligatoirement par un diagnostic, un traitement et un suivi optimaux de la PR proprement dite. Les recherches sur les obstacles rencontrés dans ce trajet de soins se sont intensifiées ces dernières années.

Dans un premier temps, les nouveaux patients peuvent parfois attendre longtemps avant de solliciter une aide médicale, en raison d'une sensibilisation et de connaissances insuffisantes à propos de la maladie. Ensuite, le

renvoi de la 1^{ère} ligne vers un rhumatologue peut aussi prendre trop de temps. Au Royaume-Uni, par exemple, le renvoi vers un rhumatologue est précédé en moyenne de 4 visites chez un généraliste (13). Cela peut s'expliquer par la difficulté du diagnostic, par des connaissances limitées en 1^{ère} ligne, par de longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, par l'ambiguïté des premiers symptômes et par la méconnaissance de l'importance d'un renvoi rapide pour éviter des lésions articulaires irréversibles. Tout cela ralentit la pose du diagnostic qui, dans certains pays, peut même prendre jusqu'à 1 an après l'apparition des premiers symptômes.

Le traitement peut, lui aussi, être source de problèmes. Son instauration peut être compliquée par des contraintes budgétaires et des recommandations restrictives concernant le choix de la thérapie. Lors du choix du traitement, la mise en œuvre des recommandations dans la pratique clinique peut poser des difficultés. Une prise en charge de la maladie qui ne met pas l'accent sur la qualité de vie, l'absence de feedback régulier avec une compréhension des besoins du patient ou le style de vie de ce dernier peuvent compromettre l'observance thérapeutique.

Enfin, un suivi déficient, par exemple en raison de la disponibilité limitée de rhumatologues, de longs délais d'attente pour passer des examens d'imagerie médicale et d'une mauvaise organisation du trajet de soins, peut aussi constituer un obstacle à des soins optimaux.

OBSTACLES DANS LE TRAJET DE SOINS DE LA COMORBIDITÉ ASSOCIÉE À LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Dans la prise en charge de la comorbidité, des obstacles peuvent apparaître à 5 niveaux, à savoir lors du dépistage, du renvoi, du diagnostic, du traitement (pharmacologique ou non) et du suivi.

Les affections associées sont encore trop peu dépistées. Cela peut s'expliquer, comme déjà indiqué précédemment, par le manque de recommandations spécifiques pour la comorbidité. En outre, peu de trajets et de programmes de dépistage des affections comorbides associées à la PR ont été développés jusqu'à présent.

En ce qui concerne le renvoi vers un spécialiste, les professionnels de la santé ne sont pas encore suffisamment formés aux trajets de soins. Des problèmes logistiques et d'accessibilité physique peuvent également constituer un obstacle pour les patients ambulatoires.

Souvent, les comorbidités ne sont pas diagnostiquées ou ne le sont qu'à un stade sévère. Dans ce contexte, les symptômes causés par la PR ou par son traitement peuvent masquer les signes et les symptômes de la comorbidité. Dans

le cadre du traitement, la comorbidité est souvent gérée de manière inadéquate, notamment à cause d'une communication inefficace au sein de l'équipe multidisciplinaire. Les interactions médicamenteuses potentielles peuvent aussi ne pas être suffisamment enregistrées. Lorsque les patients sont malgré tout diagnostiqués, ils ne reçoivent pas toujours le traitement recommandé. Enfin, des difficultés peuvent apparaître lors du suivi. Les différentes bases de données peuvent parfois contenir des informations incohérentes à propos des patients. Il arrive parfois que des patients ne se présentent pas à une visite de suivi alors qu'un rendez-vous avait été convenu.

Chez les patients qui ont des besoins thérapeutiques complexes, tout cela se traduit par une hausse de la morbidité et de la mortalité.

RÉSULTATS: 18 INTERVENTIONS PROPOSÉES

Sur la base des entretiens menés avec plus de 180 spécialistes exerçant dans les 12 centres européens, 18 interventions ont été sélectionnées par 18 experts (12 rhumatologues, 1 pneumologue, 1 cardiologue, 1 diabétologue, 1 psychologue, 1 infirmier spécialisé et 1 représentant des patients). L'utilité de ces interventions, qui ont pour objectif d'améliorer la pratique clinique, a été évaluée en fonction du stade de la maladie, à savoir en cas de suspicion de PR, de diagnostic récent ou de PR avérée, lorsque des lésions articulaires peuvent déjà être présentes. Ces 18 interventions sont énumérées dans le **tableau 1**.

RÉSULTATS: INTERVENTIONS PRIORITAIRES SELON LE STADE DE LA MALADIE

Parmi ces 18 propositions, le groupe d'experts a défini les 3 interventions prioritaires pour chacun des 3 stades de la maladie.

En cas de suspicion de PR, il s'agit des interventions suivantes (par ordre d'importance décroissant): **accès rapide aux soins**, renforcement de la **communication avec les soins de 1^{ère} ligne** et **early arthritis clinic**.

En cas de diagnostic récent de PR, l'intervention la plus importante est l'**autogestion**, suivie d'une prise en charge dans une **early arthritis clinic** et de l'**évaluation de la comorbidité**.

Lorsque le patient est malade depuis plus longtemps ou présente déjà des lésions articulaires, les experts estiment que la plus grande priorité est l'accès à un **spécialiste dédié à la comorbidité**, suivi de l'**intégration des registres de patients** dans la pratique quotidienne et de la promotion de l'autogestion.

Tableau 1: Les 18 interventions sélectionnées en vue d'une bonne pratique, avec indication de leur pertinence aux 3 stades de la polyarthrite rhumatoïde (d'après [1]).

Intervention	Définition	Suspicion	Diagnostic récent	PR avérée
Accès rapide aux soins	Accès express via des formulaires de renvoi en ligne contrôlés toutes les 24 heures, avec une ligne directe permettant d'obtenir des rendez-vous dans les 48 heures pour les examens diagnostiques, y compris les analyses sanguines et les examens d'imagerie des articulations	x	x	x
Une communication adéquate au sein d'une équipe de soins élargie	Disponibilité de canaux de communication fiables (par ex. e-mails, formulaires en ligne) qui permettent de faciliter le dialogue entre spécialistes et généralistes. Élaboration et coordination de programmes éducatifs destinés à tenir l'équipe de soins élargie informée des développements concernant les meilleures pratiques en matière de soins	x	x	x
<i>Early arthritis clinic</i>	Clinique visant à garantir une évaluation et un diagnostic cliniques en temps opportun pour les patients avec une suspicion de PR	x	x	
Évaluation de la comorbidité	Recherche d'une éventuelle comorbidité lors de la première évaluation médicale et suivi des patients ayant reçu un diagnostic récent	x	x	x
Éducation personnalisée du patient et des membres de sa famille	Programmes visant à améliorer la compréhension du diagnostic, des plans de traitement et de la vie avec la maladie, en prêtant attention aux besoins individuels du patient		x	
Rôle du coordinateur des soins	Facilite la gestion des multiples contacts avec les professionnels de la santé		x	x
Spécialiste dédié à la comorbidité	A un rôle spécifique ou une clinique visant à soutenir la prise en charge de la comorbidité		x	x
Promotion de l'autogestion	Fourniture de matériel et de moyens permettant aux patients de surveiller et de gérer leur maladie, ainsi que de réduire leur dépendance aux soins		x	x
Renforcement des services thérapeutiques	Soins complémentaires supervisés par un non-médecin, pour une prise en charge thérapeutique axée sur la révalidation et le rétablissement			x
Services en hôpital de jour	Coordination des services afin qu'ils puissent fournir des soins ambulatoires relevant de différentes spécialités et disciplines lors d'un seul rendez-vous et en un seul jour	x	x	x
Implication virtuelle des patients	Renforcement numérique de l'autonomie, de l'autogestion et de l' <i>empowerment</i> en mettant à disposition un canal de communication directe avec un spécialiste agréé, ainsi qu'un accès en ligne à des ressources éducatives, à des réseaux et à une communauté de patients se trouvant dans la même situation	x	x	x
Intégration des registres de patients dans la pratique quotidienne	Mise en œuvre d'une pratique fondée sur des preuves, documentée par la recherche clinique et soutenue par un enregistrement et un suivi systématiques des données. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins cliniques prodigués et de promouvoir des modèles de soins	x	x	x
Programme de soins centré sur le patient	Création de processus de soins et d'un environnement physique qui donnent au patient la sensation d'être responsabilisé et soutenu tout au long de son trajet de soins	x	x	x
Utilisation efficace des différents domaines d'expertise de l'équipe de soins multidisciplinaire	Implication de professionnels de la santé autres que des médecins afin de prendre une plus grande responsabilité dans l'évaluation et la prise en charge du patient.	x	x	x
Solutions de soins intégrées et partagées	Mise en place d'une communication régulière entre tous les médecins et autres professionnels de la santé dans le cadre d'une approche holistique et intégrée des soins	x	x	x
Collaboration avec les comités consultatifs de patients	Renforcement de la communication avec les groupes locaux et régionaux de défense des intérêts des patients via des séances de groupe, la participation à des conférences, des bulletins d'information et des services de liaison avec les patients	x	x	x
Développement de réseaux de soins	Développement, au sein de la communauté, de réseaux de PR capables de maintenir des soins de haute qualité après que les patients ont quitté l'hôpital	x	x	x
Programmes de gestion de la qualité	Une approche coordonnée et un système robuste pour mesurer, suivre et améliorer la qualité des soins	x	x	x

COMMENT METTRE EN ŒUVRE LES INTERVENTIONS DANS LA PRATIQUE?

Pour améliorer les soins prodigués aux patients, les centres doivent privilégier les interventions qui sont les plus adaptées à leur population de patients et à leurs trajets de soins, ainsi qu'à leurs défis existants en termes de fourniture de

soins. La présente étude a mis en évidence la nécessité d'élaborer des directives et des recommandations pour améliorer les soins dispensés aux patients souffrant de PR ainsi que la prise en charge des nombreuses affections comorbides qui y sont associées. Cela nécessite toutefois des recherches encore plus approfondies, la contribution d'experts et une solide méthodologie.

La prise en charge de la comorbidité aux Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles (14)

Le service de rhumatologie des Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles fait partie des centres ayant participé à cette étude. Plus grand hôpital de Bruxelles, cet établissement compte plus de 15.000 consultations par an dans son service de rhumatologie et dispose de 10 lits pour les patients souffrant d'affections rhumatologiques. L'équipe de base est constituée de 5 professeurs, de 5 rhumatologues consultants, d'orthopédistes, d'un physiothérapeute, de 5 à 6 assistants en formation, de 2 infirmiers spécialisés en rhumatologie, de 2 coordinateurs de service, d'un kinésithérapeute, d'un psychologue, d'un ergothérapeute, d'assistants sociaux et de chercheurs.

Dans le cadre de ses nombreuses activités, le service de rhumatologie propose, entre autres, une «ligne directe pour l'arthrite» gérée par des rhumatologues pour un renvoi rapide. Le secrétariat médical est également formé pour aider à trier et à identifier les patients à haut risque de PR, qui peuvent alors obtenir un rendez-vous dans les 48 heures. Pour cela, l'hôpital dispose d'une *early arthritis clinic*. Les patients peuvent entrer directement en contact avec un rhumatologue via une plateforme en ligne et par e-mail. Un centre de revalidation offre une aide personnalisée, des infirmiers spécialisés garantissent une approche holistique du patient, et la famille est impliquée dans l'éducation relative à la maladie. Pour le suivi du patient, une base de données spécifique est disponible. L'autogestion est encouragée, tandis que les patients qui ne se présentent pas à une visite de suivi sont activement contactés.

Concernant la sensibilisation et la prévention de la comorbidité, des formations sont prévues pour les médecins généralistes et le personnel infirmier hospitalier. La prévention des maladies cardiovasculaires est assurée par l'évaluation du risque cardiovasculaire (les modèles de risque classiques sous-estiment l'influence de la PR). Des vaccins sont administrés en prévention du risque accru d'infection. En ce qui concerne le renvoi et le diagnostic, il existe au sein de l'hôpital un réseau interne de rhumatologues pour la consultation des cardiologues, pneumologues et ophtalmologues. L'évaluation du risque cardiovasculaire est d'abord effectuée par les rhumatologues proprement dits. Les autres renvois s'effectuent par contact avec le généraliste.

Pour le traitement et la prise en charge, la situation des patients gravement malades est évoquée de manière ponctuelle au sein d'une équipe multidisciplinaire. La formation des infirmiers spécialisés est garantie par la participation à des congrès annuels. Lorsque les patients sont disposés à arrêter de fumer, ils sont orientés vers un service spécialisé de l'hôpital. Les changements de style de vie, tels que l'activité physique et la perte de poids, sont encouragés. Pour ce qui est du traitement médicamenteux, l'objectif est de limiter autant que possible le nombre de médicaments nécessaires. Les patients dépressifs ou peu enclins à suivre leur trajet de soins peuvent faire appel à un psychologue au sein de l'hôpital. Enfin, la comorbidité est également reprise dans une base de données spécifique, afin que les soins puissent être suivis en permanence.

Le principal message de cette étude réside dans la description d'exemples de bonnes pratiques cliniques et de bons modèles de soins. Un constat important est le succès des *early arthritis clinics*. Assez étonnamment, de nombreux hôpitaux ont déclaré qu'ils étaient en mesure de recevoir des patients en consultation dans un délai de 1 à 2 jours, car ils mettent l'accent sur l'importance d'un diagnostic et d'un traitement précoces. Cela peut sembler trop ambitieux pour les services disposant de moyens et de fonds limités. Néanmoins, ces exemples illustrent l'importance de privilégier les soins et le traitement de la PR à un stade précoce.

Toutes les interventions citées ici ne sont pas réalisables dans tous les contextes cliniques, car les différences de cadre clinique et de charge de travail peuvent limiter leur mise en œuvre, comme c'est le cas, par exemple, pour les approches de soins multidisciplinaires. Cependant, les interventions suggérées peuvent alors servir de levier pour mobiliser davantage de moyens en vue de renforcer la qualité des soins.

Références

1. Kvien TK, Balsa A, Betteridge K, et al. Considerations for improving quality of care of patients with rheumatoid arthritis and associated comorbidities. *RMD Open* 2020;6:e001211. Link: <https://rmdopen.bmj.com/content/6/2/e001211>
2. Norton S, Carpenter L, Nikiphorou E, et al. Excess mortality in rheumatoid arthritis: gains in life expectancy over 25 years. *Rheumatology* 2014;53:143-144. Abstract 034.
3. Holmqvist M, Ljung L, Askling J. Acute coronary syndrome in new-onset rheumatoid arthritis: a population-based nationwide cohort study of time trends in risks and excess risks. *Ann Rheum Dis* 2017;76:1642-7.
4. Bongartz T, Nannini C, Medina-Velasquez Y, et al. Incidence and mortality of interstitial lung disease in rheumatoid arthritis: a population-based study. *Arthritis Rheum* 2010;62:1583-91.
5. Solomon DH, Love TJ, Canning C, et al. Risk of diabetes among patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis. *Ann Rheum Dis* 2010;69:2114-7.
6. Sheehy C, Murphy E, Barry M. Depression in rheumatoid arthritis: underscoring the problem. *Rheumatology* 2006;45:1325-7.
7. Agca R, Heslinga S, Rollefstad S, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017;76:17-28.
8. Baillet A, Gossec L, Carmona L, et al. Points to consider for reporting, screening for and preventing selected comorbidities in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis* 2016;75:965-73.
9. Mach F, Baigent C, Catapano A, et al. European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2019;00:1-78.
10. Raghu G, Remy-Jardin M, Myers J, et al. Diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis. An official ATS/ERS/JRS/ALAT clinical practice guideline. *Am J Respir Crit Care Med* 2018;198:44-68.
11. Sköld M. Idiopatisk Lungfibros. Vårdprogram. http://slmf.se/wp-content/uploads/2019/03/vp_ipf_19_web.pdf
12. Pilling S, Anderson I, Goldberg D, et al. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. NICE 2009. Clinical guideline 91. Link: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>
13. Stack R, Nightingale P, Jinks C, et al. Delays between the onset of symptoms and first rheumatology consultation in patients with rheumatoid arthritis in the UK: an observational study. *BMJ Open* 2019;9:e024361.
14. <https://home.kpmg/content/dam/kpmg/uk/pdf/2020/02/improving-quality-of-care.pdf>