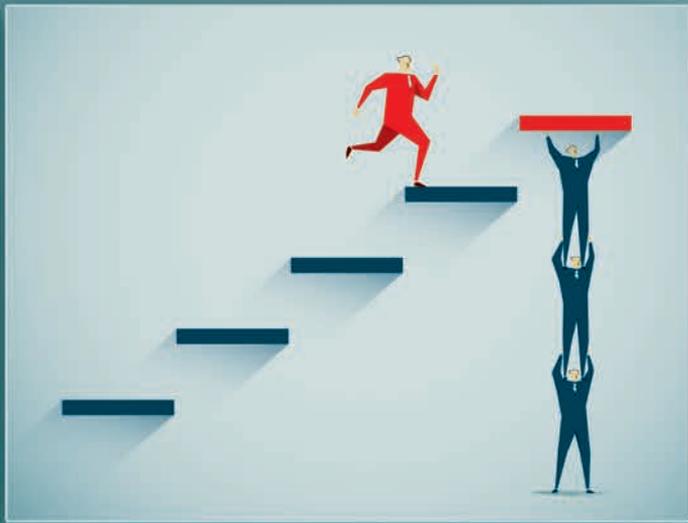


# CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



## *En vedette :* Systèmes de santé & modèles de soins

### *Éditorial*

- Le chèque N'EST PAS à la poste

### *Qu'est-ce que la SCR fait pour vous?*

- Ma première ASA de la SCR en tant que PDG

### *Des nouvelles de l'ICORA*

- Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les subventions de l'ICORA (mais n'avez jamais osé demander)

### *Hommage boréal*

- Nouveau programme de collaboration en cardio-rhumatologie : améliorer les résultats cardiaques en rhumatologie
- *DPC pour rhumatologues débordés*  
Réflexion sur la pratique : puis-je améliorer les résultats chez mes patients avec les crédits de la section 3 du programme de MDC?

### *Nouvelles régionales*

- Des nouvelles de Calgary et du nord de l'Alberta

### *Arthroscopie*

- Les modèles de soins : perspective internationale
- Message de la ministre de la Santé
- À propos de l'Alliance de l'arthrite du Canada
- AAC et SCR : unir nos efforts pour de meilleurs résultats
- Un appel à l'action : nouveaux modèles de soins pour l'arthrite inflammatoire et l'arthrose
- Modèles de soins en action : mise en œuvre dans la pratique
  - Identification
  - Accès à des soins spécialisés : admission et triage coordonnés
  - Prise en charge médicale
  - Soins partagés
  - Mesure de la performance
- Transfert et mise en œuvre des connaissances
- Effectif en rhumatologie au Canada
- Perspectives économiques
- Promotion du changement
- Regard vers l'horizon : l'avenir des modèles de soins

# Il n'y a QU'UN SEUL REMICADE®

SI VOUS VOULEZ  
QUE VOS PATIENTS  
REÇOIVENT REMICADE®,

— écrivez —

Remicade®  
ne pas  
substituer



Plus de **2** millions  
de patients  
traités  
dans le monde pour toutes  
les indications confondues<sup>1</sup>

## REMICADE® :

- Un médicament biologique indiqué dans :  
PR, SA, RP, PsO, MC chez l'adulte, MC chez l'enfant,  
MC avec fistulisation, CU chez l'adulte et CU chez l'enfant<sup>1,2</sup>
- Plus de **20 ans d'expérience clinique dans le monde**<sup>1</sup>
- Un élément du **programme BioAdvance® de Janssen**

REMICADE® est indiqué :

- En association avec le méthotrexate, pour la réduction des signes et des symptômes, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) modérément à sévèrement active.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, et pour l'amélioration de la capacité fonctionnelle des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) active qui présentent une intolérance ou qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux traitements standards.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et de la cicatrisation de la muqueuse, et la réduction du recours à un traitement par corticostéroïdes chez les adultes atteints de maladie de Crohn (MC) modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement par corticostéroïdes et/ou aminosalicylés. REMICADE® peut être administré seul ou en association avec un traitement standard.
- REMICADE® est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes, ainsi que pour l'induction et le maintien de la rémission clinique chez les patients pédiatriques atteints de maladie de Crohn modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. corticostéroïdes et/ou aminosalicylés et/ou immunosuppresseurs). L'innocuité et l'efficacité de REMICADE® n'ont pas été établies chez les patients de moins de 9 ans.
- Pour le traitement de la MC avec fistulisation, chez les adultes qui n'ont pas répondu à un traitement standard complet et approprié.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et de la cicatrisation de la muqueuse, et la réduction ou l'abandon du recours à un traitement par corticostéroïdes chez les adultes atteints de colite ulcéreuse (CU) modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. aminosalicylés et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs).
- REMICADE® est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et l'induction de la cicatrisation de la muqueuse, chez les patients pédiatriques atteints de colite ulcéreuse modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. aminosalicylés et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs). L'innocuité et l'efficacité de REMICADE® n'ont pas été établies chez les enfants de moins de 6 ans.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction d'une importante réponse clinique, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale associée à l'arthrite active et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique (RP).
- Pour le traitement des adultes qui sont atteints de psoriasis en plaques (PsO) chronique de sévérité modérée à élevée et candidats à un traitement systémique. Chez les patients atteints de PsO chronique de sévérité modérée, REMICADE® ne doit être administré que lorsque la photothérapie s'est révélée inefficace ou inappropriée; pour évaluer la gravité du psoriasis, le médecin doit prendre en compte l'étendue et le siège des lésions, la réponse aux traitements antérieurs et l'incidence de la maladie sur la qualité de vie du patient.

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.com/canada/fr/products#prod-451> pour obtenir des renseignements importants concernant les conditions d'usage clinique, les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans ce document. Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-567-3331.

Références : 1. Données internes, Janssen Inc.  
2. Monographie de REMICADE®, Janssen Inc., 26 avril 2016.

## Janssen Inc.

Marques de commerce  
utilisées sous licence.  
© 2016 Janssen Inc.  
19 Green Belt Drive  
Toronto (Ontario) M3C 1L9  
[www.janssen.com/canada/fr](http://www.janssen.com/canada/fr)  
SBBR160202F



 **Remicade**  
INFLIXIMAB  
Vous et vos patients pouvez  
compter sur nous



# Le chèque N'EST PAS à la poste

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« Le chèque est à la poste. »

« Je travaille pour le gouvernement et je suis ici pour vous aider. »

« Ce n'est pas pour l'argent, mais pour le principe. »

[http://www.lotsofjokes.com/biggest\\_lies.asp](http://www.lotsofjokes.com/biggest_lies.asp)

La médecine est non seulement une vocation et une profession, c'est aussi une entreprise. Les liquidités sont l'élément vital d'une entreprise, les dépenses mensuelles, trimestrielles et annuelles nécessitant un apport de fonds suffisant pour les couvrir. Dans un système de soins de santé à payeur unique, le régime provincial de soins de santé est la source de revenus la plus simple. En général, le nombre de codes de facturation est faible; la facturation ne requiert que quelques clics de souris après chaque consultation clinique et des lots de factures peuvent facilement être transmis par voie électronique, du moins lorsque le portail Web du gouvernement fonctionne (à condition bien sûr d'éviter d'utiliser l'un des nombreux fureteurs incompatibles avec le portail). Les paiements sont versés chaque mois dans le compte bancaire de mon cabinet, et très peu de réclamations sont rejetées. Le seul problème, c'est que les pressions budgétaires exercées sur le gouvernement font actuellement en sorte que des réductions arbitraires de 4,45 % sont appliquées sur chaque facture de mon cabinet, et cette pratique ne semble pas près de disparaître. De fait, le gouvernement ontarien propose maintenant de fixer un plafond strict sur l'ensemble des honoraires des médecins et d'ajouter un facteur de partage des risques dans l'équation des paiements, ce qui, au mieux, assurera aux médecins un revenu fixe dans un avenir prévisible. Prions pour que le taux d'inflation reste bas et qu'il n'y ait pas de hausse d'impôts!

En théorie, il devrait être plus intéressant de traiter avec les payeurs du secteur privé. Cette option présente en effet divers avantages, notamment l'absence de disposition de récupération, la possibilité de hausses futures et une diversification du revenu. Il est toutefois un peu plus difficile de facturer ces entreprises et de percevoir les sommes dues pour le travail qui a été fait. Dans un éditorial précédent, j'ai parlé de la difficulté de se faire payer pour participer à des sondages en ligne. Qu'en est-il de l'industrie et des autres tiers payants privés? Permettez-moi de vous faire part de quelques exemples personnels.

Participation aux conseils consultatifs : Ce thème a été abordé dans l'article *Articulons nos pensées*, paru dans le numéro de l'été 2016 du JSCR. Pour ceux d'entre vous qui n'ont jamais pris part à de tels événements, laissez-moi vous dire que la participation est en fait la partie la plus facile. Les formalités administratives avant l'événement et le processus de paiement

sont plus lourds. Il y a d'abord l'invitation, puis le formulaire d'inscription à remplir. Cependant, le formulaire d'inscription envoyé par bon nombre d'entreprises est toujours blanc, peu importe que j'aie ou non déjà travaillé pour elles et que l'entreprise ait déjà en mémoire mes données démographiques, le nom de mon cabinet et mon numéro de TVH (taxe de vente harmonisée). Chaque nouveau représentant et chaque nouvelle entreprise de formation médicale continue (FMC) semblent toujours reprendre de zéro. Où est « *Big Brother* » lorsqu'on a besoin de lui? Je reçois ensuite un contrat de sept pages, où je dois prêter serment que je ne suis pas un fonctionnaire de l'État, que j'emporterai les secrets de l'entreprise dans ma tombe, etc. Je dois admettre que je lis rarement ce contrat type. Je félicite les rares entreprises qui autorisent la signature électronique des documents, ce qui m'évite d'avoir à imprimer le document, à le signer puis à le numériser. Il arrive aussi de plus en plus fréquemment qu'on me demande de produire mon curriculum vitae et mes titres de compétences. Je conserve donc maintenant tous ces fichiers sur mon téléphone, afin de pouvoir les soumettre rapidement sur demande.

Après une réunion, il est rare d'être payé sur-le-champ. Les paiements sont habituellement versés après une période de quatre à huit semaines; au-delà de ce délai, il est conseillé d'entreprendre des démarches. Fait intéressant, on nous impose des délais souvent très serrés pour remplir toutes les formalités administratives avant une réunion, mais toute urgence disparaît une fois le travail contractuel terminé. Il m'est arrivé à une occasion de ne pas soumettre de formulaire de dépenses, car je n'avais aucune dépense à réclamer. Comme le paiement de mes honoraires tardait à arriver, j'ai communiqué avec l'entreprise qui m'a dit qu'elle ne versait pas d'honoraires sans la présentation d'un formulaire de dépenses dûment rempli, et ce, même si les dépenses étaient nulles. J'ai donc appris ma leçon – désormais, j'envoie toujours un formulaire de dépenses signé. Bien sûr, de telles façons de faire favorisent les pratiques telles que réclamer 16 \$ pour un jus d'orange (ce qu'a fait Bev Oda, une ancienne ministre du Cabinet fédéral) ou 3 \$ pour du thé et des biscuits alors qu'on nous verse des honoraires d'expert-conseil de 3 000 \$ par jour (consultants pour le programme cyberSanté de l'Ontario). Il faut essayer d'éviter ces pratiques. Le délai le plus long que j'ai dû attendre est de cinq mois pour le remboursement de dépenses de 17 \$ – il aurait mieux valu que je ne facture pas ces dépenses.

J'ai aussi presque renoncé à l'idée que mes honoraires soient payés à mon cabinet et que mes dépenses personnelles me soient personnellement remboursées. Apparemment, un tel partage des paiements est trop complexe pour les systèmes comptables de la plupart des multinationales, car cela exigerait qu'elles me considèrent comme deux fournisseurs distincts. Je devrai peut-être repenser ma participation, car une autre tendance veut que les entreprises émettent les feuillets T4A des années après le paiement, après qu'elles ont fait l'objet d'un audit par l'Agence du revenu du Canada. Cette pratique ne profite toutefois qu'à mon comptable, qui doit alors modifier d'anciennes déclarations de revenus. Et n'oubliez pas de transférer les remboursements de dépenses personnelles hors du compte de votre cabinet, si ces remboursements sont substantiels, afin de réduire au minimum toute imposition inutile.

Bien que la taxe de vente harmonisée (TVH) soit en vigueur depuis 1991, sa perception demeure difficile, plus de 25 ans plus tard. Parfois, je saute la ligne sur le contrat où je dois préciser le bénéficiaire : s'il ne s'agit pas de mon entreprise, la TVH sera vraisemblablement omise, même si j'ai indiqué mon numéro de TVH ailleurs. J'essaie toujours de calculer le montant réel de la TVH et de l'inscrire sur le contrat ou sur le tableau des dépenses. Malgré cela, j'ai reçu récemment un chèque de 366 \$, qui aurait dû en fait être de 663 \$. Les erreurs de cette nature sont sans doute dues à une dyslexie informatique et au défaut d'utiliser un tableur électronique.

Autre nuance concernant la TPS et la TVH : Comme je vis en Ontario, j'ajoute sur mes factures la TVH d'un taux 13 %, puis je rembourse chaque trimestre la TVH perçue à l'Agence du revenu du Canada. Récemment, une multinationale qui compte des centaines d'employés partout au Canada, mais dont le siège social n'est pas en Ontario, a commencé à ne rembourser que la TPS de 5 %. Cette multinationale justifie cette pratique du fait qu'elle ne possède qu'un seul bureau au Canada, et que celui-ci n'est pas situé en Ontario. J'ai communiqué avec le service de comptabilité de l'entreprise qui m'a envoyé des documents pour justifier sa position, qu'aucune autre entreprise avec laquelle je collabore n'utilise. D'autres casse-tête comptables à prévoir, et sûrement d'autres factures de mon comptable. Autre fait encore plus intéressant, cette même entreprise paie la TVH de 13 % lorsque je parle en son nom, mais ne paie que la TPS de 5 % si je ne fais qu'assister à une réunion d'un de ses conseils consultatifs.

Je recommande de privilégier le dépôt direct. Cela permet d'éviter tout problème en cas de grève chez Postes Canada. Vous n'avez pas non plus à attendre que le représentant de l'entreprise se présente à votre cabinet avec le chèque (avis

à tous les payeurs : sachez que je saurais quoi faire avec une enveloppe contenant un chèque que je recevrais par la poste). Finie l'excuse du chèque qui a été mis dans le coffre de la voiture mais qu'on ne retrouve plus (histoire vraie). Fini également le jeu du chat et de la souris dans le cas des chèques livrés par messagerie, la plupart de ces chèques donnant par ailleurs l'impression que quelqu'un les a laissés sur le plancher du camion de livraison et qu'ils ont été piétinés avec des souliers couverts de boue. Récemment, un chèque livré par messagerie devait arriver à mon cabinet pendant mes vacances. En ayant été informé à l'avance, j'ai demandé que la livraison du chèque soit reportée de deux semaines, après mes vacances. Aucun problème, m'a-t-on assuré. Cependant, ce qui s'est réellement produit, c'est que le chèque original a été accepté en mon absence par la pharmacie de mon immeuble, qui a attendu des semaines avant de me le remettre. Lorsque la pharmacie me l'a finalement remis, j'avais reçu un chèque de remplacement, et je ne savais plus lequel encaisser, car le paiement avait été bloqué sur l'un d'eux. Le problème a été résolu, après de nombreux courriels. À d'autres occasions, j'ai reçu des chèques sans provision de payeurs pourtant fiables, parfois parce que le compte de l'entreprise avait été fermé ou qu'il y avait eu paiement en double – une source d'embarras pour tout le monde.

Conservez toujours toute la correspondance concernant un travail jusqu'à la réception du paiement. J'ai récemment reçu une lettre dans laquelle on me remerciait pour mon travail dans le cadre d'un projet et on précisait qu'un paiement de x \$ était joint à la lettre. Cependant, le chèque était en fait d'un montant de 0,5 fois supérieur au montant prévu, ce qui représentait une différence substantielle. Après d'autres courriels et appels téléphoniques, j'ai dû retourner le chèque et soumettre une nouvelle facture indiquant le montant approprié.

Et que dire des factures! J'avais l'habitude de soumettre des factures sans qu'on me le demande, car elles me fournissaient une piste d'audit normalisée et qu'elles incluaient les renseignements sur mon entreprise et mon numéro de TVH. Puis, on m'a dit que les factures causaient de la confusion au sein du service de comptabilité et qu'il était préférable de cesser d'en produire. Récemment, d'autres entreprises ont adopté la position contraire, exigeant la production d'une facture pour le paiement de la TVH. Et il ne s'agit pas d'une simple facture. Une entreprise m'a envoyé un guide de facturation, énonçant 10 éléments essentiels devant figurer dans un ordre précis. Les entreprises n'ont pas toutes une approche aussi normative; ce qui importe, toutefois, c'est de les facturer en utilisant la raison sociale officielle de l'entreprise au Canada, qui peut être

---

bien différente du nom qu'elles utilisent dans leur correspondance de tous les jours.

Voici une autre anecdote qui me permet de désigner une de mes collègues comme étant la rhumatologue la plus honnête du Canada : à la fin de 2015, j'ai répondu à un sondage en ligne sur une période de deux semaines, un service pour lequel on m'avait promis des honoraires d'un montant à trois chiffres. N'ayant toujours pas été payé après six mois, j'ai demandé ce qu'il en était. On m'a dit que le sondage venait d'être terminé et que le paiement devrait être fait dans les 60 jours ouvrables. Trois mois plus tard, j'ai envoyé un autre courriel demandant des précisions sur le paiement, et on m'a donné l'assurance que le paiement serait versé sous peu. Finalement, dix mois après ma participation au sondage, j'ai reçu un appel d'une collègue, la D<sup>re</sup> Lynn Hamilton, qui m'informait que des hono-

raires établis en mon nom avaient été livrés à son domicile. N'eût été son honnêteté, je n'aurais jamais été payé! Merci, Lynn!

Autre exemple, le D<sup>r</sup> Roman Jovey, un collègue spécialisé dans le traitement de la douleur, m'a contacté après avoir reçu un chèque établi en mon nom pour le remboursement de dépenses, dans une enveloppe qui avait été adressée par erreur à son domicile.

Il est intéressant de travailler pour le secteur privé lorsqu'on en a l'occasion; il faut toutefois savoir que se faire payer pour le travail accompli exige beaucoup plus d'efforts qu'on pourrait le penser.

*Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR  
Rédacteur en chef du JSCR, Scarborough (Ontario)*

# COMITÉ DE RÉDACTION DE LA SCR

**Énoncé de mission.** La mission du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR)* est de promouvoir l'échange d'information et d'opinions au sein de la collectivité des rhumatologues du Canada.

## RÉDACTEUR EN CHEF

**Philip A. Baer,**  
MDCM, FRCPC, FACR  
Président,  
Association médicale  
de l'Ontario (AMO),  
Section de rhumatologie  
Scarborough (Ontario)

## CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

**Joanne Homik,**  
M.D., M. Sc., FRCPC  
Présidente,  
Société canadienne de  
rhumatologie  
Professeure agrégée  
de médecine,  
Université de l'Alberta  
Edmonton (Alberta)

**Vandana Ahluwalia,**  
M.D., FRCPC  
Vice-présidente,  
Société canadienne de  
rhumatologie  
Directrice générale  
de rhumatologie,  
William Osler Health Centre  
Brampton (Ontario)

**Cory Baillie,**  
M.D., FRCPC  
Président sortant,  
Société canadienne de  
rhumatologie  
Professeur adjoint,  
Université du Manitoba  
Winnipeg (Manitoba)

## MEMBRES

**Cheryl Barnabe,**  
M.D., FRCPC, M. Sc.  
Professeure agrégée,  
Université de Calgary  
Calgary (Alberta)

**Louis Bessette,**  
M.D., M. Sc., FRCPC  
Professeur agrégé,  
Université Laval  
Rhumatologue,  
Centre hospitalier  
universitaire de Québec  
Québec (Québec)

**Derek Haaland,**  
M.D., M. Sc., FRCPC  
Professeur adjoint  
d'enseignement clinique,  
Divisions d'immunologie  
clinique, d'allergies et de  
rhumatologie,  
Université McMaster  
Shanty Bay (Ontario)

**Stephanie Keeling,**  
M.D., M. Sc., FRCPC  
Professeure agrégée  
de médecine,  
Université de l'Alberta  
Edmonton (Alberta)

**Shirley Lake,**  
M.D., FRCPC, M. Sc. (QIPS)  
Professeure adjointe,  
Division de rhumatologie,  
Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

**Deborah Levy,**  
M.D., MS, FRCPC  
Professeure agrégée,  
Université de Toronto  
Membre de l'équipe  
de recherche,  
Child Health Evaluative Sciences  
Research Institute  
Toronto (Ontario)

**Bindu Nair,**  
M.D., FRCPC  
Professeur agrégé,  
Division de rhumatologie,  
Université de la Saskatchewan  
Saskatoon (Saskatchewan)

**Sylvie Ouellette,**  
M.D., FRCPC  
Professeure adjointe,  
Université Dalhousie  
Professeure adjointe  
d'enseignement clinique,  
Université Memorial  
L'Hôpital de Moncton  
Moncton (Nouveau-Brunswick)

**Jacqueline C. Stewart,**  
B. Sc. (Hons.), B. Éd., M.D., FRCPC  
Professeure adjointe  
d'enseignement clinique,  
Département de médecine,  
Université de la C.-B.  
Rhumatologue,  
Hôpital régional de Penticton  
Penticton (Colombie-Britannique)

**Carter Thorne,**  
M.D., FRCPC, FACP  
Directeur médical,  
The Arthritis Program  
Chef, Division de rhumatologie,  
Centre régional de santé  
de Southlake  
Newmarket (Ontario)



Le comité éditorial procède en toute indépendance à la relecture et à la vérification des articles qui apparaissent dans cette publication et est responsable de leur exactitude. Les annonceurs publicitaires n'exercent aucune influence sur la sélection ou le contenu du matériel publié.

Pour consulter la version  
en ligne du JSCR, visitez le  
[www.craj.ca/index\\_fr.php](http://www.craj.ca/index_fr.php)

Code d'accès : **craj**

## ÉQUIPE DE PUBLICATION

**Paul F. Brand**  
Directeur exécutif

**Russell Krackovitch**  
Directeur de la rédaction  
Département des projets sur mesure

**Jyoti Patel**  
Rédactrice en chef adjointe

**Catherine de Grandmont**  
Rédactrice-révisseuse principale  
(version française)

**Donna Graham**  
Chef de production

**Dan Oldfield**  
Directeur du design

**Mélissa Drouin**  
Services financiers

**Robert E. Passaretti**  
Éditeur

© STA HealthCare Communications inc., 2018. Tous droits réservés. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : mars 2018.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des rédacteurs et des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue et les opinions de STA HealthCare Communications inc. ou de la Société canadienne de rhumatologie. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE sélectionne des auteurs qui sont reconnus dans leur domaine. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE ne peut garantir l'expertise d'un auteur dans un domaine particulier et n'est pas non plus responsable des déclarations de ces auteurs. Il est recommandé aux médecins de procéder à une évaluation de l'état de leurs patients avant de procéder à tout acte médical suggéré par les auteurs ou les membres du comité éditorial et de consulter la monographie de produit officielle avant de poser tout diagnostic ou de procéder à une intervention fondée sur les suggestions émises dans cette publication.

Prière d'adresser toute correspondance au JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE, 6500 route Transcanadienne, bureau 310, Pointe-Claire (Québec) H9R 0A5.

# Ma première ASA de la SCR en tant que PDG

Par Ahmad M. Zbib, M.D., CPHIMS-CA

Lorsque je me suis joint à la SCR plus tôt cette année, la préparation pour l'Assemblée scientifique annuelle battait son plein et l'équipe de la SCR (personnel, membres du comité et sous-traitants) travaillait 24 heures sur 24 en vue d'être les meilleurs hôtes possible. Un peu plus tard, le 19 février, dès que l'avion a touché le sol de Vancouver, mon « anxiété d'hôte » a atteint son paroxysme, un peu comme la première fois que l'on invite ses futurs beaux-parents pour leur annoncer ses fiançailles et que l'on souhaite laisser une impression positive durable.

Bien que l'ASA de 2018 à Vancouver n'était pas ma première ASA de la SCR, mon rôle était significativement différent cette fois-ci, comme vous pouvez l'imaginer. Cela dit, tout s'est déroulé comme je l'avais imaginé, et mieux encore, l'équipe passant en revue leurs listes de vérification comme les professionnels qu'ils sont, les membres et les autres participants exprimant leur satisfaction relativement à la beauté des lieux et à l'amabilité du personnel de l'hôtel, tandis que l'aire d'exposition principale gagnait en énergie et forçait un sourire toujours plus grand sur mon visage.

Ce qui m'a le plus étonné, c'est de voir à quel point la communauté de la rhumatologie est solidaire et accueillante. Les membres et les autres intervenants des organisations de patients/de lutte contre la maladie, les groupes de professionnels paramédicaux ainsi que les commanditaires de l'industrie se présentaient entre eux et cherchaient tous à se connaître tout en félicitant l'excellent travail réalisé par l'équipe pour mettre sur pied cet événement.

Une autre chose qui m'a relativement marqué, c'est ce sentiment paradoxal de fierté et d'humilité. J'ai soudainement réalisé que j'étais maintenant à la tête d'un groupe d'experts de renommée internationale, dont les découvertes guident les données scientifiques que l'on retrouve dans les manuels, ceux-là mêmes que j'ai utilisés à l'école; un groupe qui est, d'abord et avant tout, inspiré par ses patients et la volonté de dénouer la cause de leur maladie et guérir celle-ci. C'est cet aspect de la médecine plein d'humanité qui m'a d'abord attiré vers cette profession, et il était rafraîchissant d'entendre bon nombre des conférenciers parler de leur premier patient les ayant inspirés à faire de la rhumatologie leur spécialité.



Le Dr Ahmad Zbib assiste à sa première Assemblée scientifique annuelle de la SCR en tant que PDG en février dernier.

En revanche, tout n'est pas que science; comme dans n'importe quelle famille, il y a certains sujets sérieux, mais il y a aussi place à autre chose plus léger. Ce groupe sait également s'amuser; que ce soient les grands débats ou les superbes déhanchements sur la piste de danse, les membres de la SCR savent parfaitement jouir des bons moments. Et vous ai-je parlé des fantastiques tenues?

En terminant, je tiens à remercier la famille de la SCR pour leur accueil chaleureux. Pour ceux et celles qui ont assisté à l'ASA, mais qui n'ont pas réussi à me parler, veuillez m'envoyer un courriel, à l'adresse [azbib@rheum.ca](mailto:azbib@rheum.ca). Finalement, pour ceux qui n'ont pas eu la chance de se joindre à nous à Vancouver, j'ai hâte de vous rencontrer à Montréal pour l'édition 2019 de l'ASA, qui aura lieu du 27 février au 2 mars 2019, à l'hôtel Fairmont Le Reine Elizabeth. N'hésitez pas à vous présenter dans votre tenue la plus élégante qui soit (sans oublier une paire de chaussures plus décontractées pour chauffer la piste de danse) à notre gala.

*Ahmad M Zbib, M.D., CPHIMS-CA  
Président-directeur général,  
Société canadienne de rhumatologie  
Newmarket (Ontario)*

# Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les subventions de l'ICORA, (mais n'avez jamais osé demander)

Lors de la plus récente Assemblée scientifique annuelle de la SCR tenue en février, les D<sup>res</sup> Michelle Teo et Elizabeth Stringer ont présenté un atelier intitulé « Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les subventions de l'ICORA (mais n'avez jamais osé demander) ». Dans la rubrique de l'ICORA de ce trimestre, nous aimerions partager cette information avec vous pour vous aider avec vos demandes soumises à l'ICORA.

L'ICORA (Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques) repose sur trois grands piliers : (1) Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement, comprenant les piliers secondaires Économie de la santé/Durabilité des soins de santé/Amélioration de la qualité; (2) Accès rapide pour tous les patients atteints de maladies rhumatismales (3) Équipes de soins multidisciplinaires. Le mandat des subventions de l'ICORA renferme des exemples de questions de recherche ainsi que des résultats mesurables pour chaque pilier.

Il existe deux types de subventions :

- (1) Financement pour un an jusqu'à un maximum de 75 000 \$
- (2) Financement pour deux ans jusqu'à un maximum de 120 000 \$

Toutes les subventions sont examinées par des pairs et attribuées selon les recommandations du Comité de recherche de la SCR. Le candidat principal ou le co-candidat doit être un rhumatologue pratiquant au Canada et un membre de la SCR. Toutes les propositions de financement de projet concernent des recherches menées au Canada, et les fonds doivent être dépensés au Canada. La demande de subvention ne doit pas avoir plus de 10 pages.

## Conseils pratiques pour la demande :

- Lisez le mandat très attentivement, fournissez tous les éléments demandés et soyez explicite dans vos réponses.
- Donnez une explication très claire, logique et convaincante dans chaque section de la proposition, en particulier le contexte.
- Fournissez des occasions de rétroaction et de révision de la part de co-chercheurs, ou d'examen externe par des pairs (établissez cette attente auprès de vos co-chercheurs dès le début et incluez un échéancier).
- Envisagez un organigramme ou un diagramme en complément à votre proposition (une image vaut mille mots, mais ne prend qu'une demi-page).

## Lauréats des prix de la SCR 2018

### Prix Ian Watson du meilleur résumé de recherche sur le LÉD présenté par un stagiaire

M<sup>me</sup> Lily Wang, Université de Toronto  
Superviseure : D<sup>re</sup> Amanda Steiman

### Prix Phil Rosen du meilleur résumé de recherche clinique ou épidémiologique présenté par un stagiaire

D<sup>re</sup> Sophie Wojcik, Université McGill  
Superviseur : D<sup>r</sup> Murray Baron

### Meilleur résumé de recherche en sciences fondamentales présenté par un stagiaire

D<sup>re</sup> Jessica Sallituri, Université McGill  
Superviseure : D<sup>re</sup> Marie Hudson

### Meilleur résumé de recherche par un étudiant de premier cycle en médecine

M. Sujay Nagaraj, Université de Calgary  
Superviseure : D<sup>re</sup> Cheryl Barnabe

### Meilleur résumé de recherche sur l'adulte présenté par de jeunes professeurs

D<sup>re</sup> Kimberly Legault, Université McMaster  
Superviseur : n/d

### Meilleur résumé sur la recherche en pédiatrie par un jeune professeur

D<sup>re</sup> Roberta Berard (Université Western) et D<sup>r</sup> Dax Rumsey (Université de l'Alberta)  
Superviseur : n/d

### Meilleur résumé de recherche présenté par un résident en rhumatologie

D<sup>re</sup> May Choi, Université de Calgary, Cumming School of Medicine  
Superviseurs : D<sup>res</sup> Marvin Fritzler et Ann Clarke

### Meilleur résumé présenté par un étudiant de médecine

M. Tedi Qendro, Université McGill  
Superviseure : D<sup>re</sup> Marie Hudson

### Meilleur résumé présenté par un résident de niveau post-doctoral

M<sup>me</sup> Victoria Stefanelli, Georgia Institute of Technology  
Superviseur : D<sup>r</sup> Thomas Barker

### Meilleur résumé sur les initiatives en matière de qualité des soins en rhumatologie

D<sup>re</sup> Arielle Mendel, Université McGill  
Superviseure : D<sup>re</sup> Evelyne Vinet

- Décrivez les éléments de votre budget susceptibles d'être financés et soyez précis dans votre justification des coûts.
- La demande de subvention est téléversée électroniquement par section, veillez à ne pas fermer la fenêtre avant que le téléversement soit entièrement terminé.

Pour plus de détails à propos des demandes de subvention et des échéances, ainsi que pour accéder à la présentation complète, consultez le site Web <https://rheum.ca/fr/research>.

# Les modèles de soins : perspective internationale

Par le professeur Anthony D. Woolf, B. Sc., MBBS, FRCP

Les affections musculosquelettiques entraînent des répercussions majeures sur les patients et la société, touchant la plupart des gens à un moment ou l'autre de leur vie. Ils représentent la principale cause d'incapacité dans la plupart des régions du monde, riches ou pauvres<sup>1</sup>. Le fardeau augmente avec le vieillissement de la population ainsi qu'avec les modes de vie plus sédentaires, l'obésité et les blessures sportives et professionnelles. Une bonne santé musculosquelettique permet aux gens d'être physiquement actifs, de continuer d'être autonomes et de mener des vies productives. Des données convaincantes ont montré qu'il est justifié d'investir dans la santé musculosquelettique et la prise en charge efficace des maladies musculosquelettiques au moyen de traitements capables de prévenir les incapacités. Malgré cela, les affections musculosquelettiques ont rarement la priorité, et nos connaissances ne sont pas appliquées de manière efficace.

Un appel à l'action a été lancé par l'Alliance mondiale pour la santé musculosquelettique, qui exige la prise de mesures à tous les niveaux, soit le public et les patients, la santé publique, les soins communautaires et les soins secondaires, ainsi que les décideurs. La responsabilité nous incombe à tous. La stratégie récente sur les maladies non transmissibles de la division européenne de l'OMS<sup>2</sup> reconnaît l'importance d'investir dans la santé musculosquelettique et la prévention des affections musculosquelettiques, lorsque cela est possible, au moyen d'une bonne alimentation, la prévention de l'obésité et des blessures, et l'activité physique. L'importance de la mobilité est maintenant reconnue pour le vieillissement sain et actif<sup>3</sup>. Les patients doivent également avoir accès à une prise en charge appropriée et rapide les aidant à prendre en charge leurs affections de façon autonome et à assurer leur accès à un traitement approprié. Ces récents changements de priorité ne sont pas encore reflétés dans les politiques, et la plupart des régions du monde ne possèdent pas les services nécessaires pour gérer ces problèmes de façon appropriée.

Les patients ont besoin de recevoir les bons soins, au bon endroit et au bon moment afin de pouvoir obtenir des résultats optimaux. De tels soins axés sur le patient nécessitent la combinaison intégrée de toutes les expertises nécessaires et un cheminement des soins qui est clair et explicite quant au rôle de chacun, depuis le patient et les soins primaires jusqu'aux soins secondaires. Ces modèles de soins offrent des renseignements sur les mesures qui fonctionnent et la façon de les mettre en œuvre, en simplifiant le parcours des patients pour éviter les labyrinthes de soins de santé. Ils exigent de nouvelles méthodes de travail et l'amélioration des capacités de certaines parties de la main-d'œuvre. Pour ce faire, des initiatives sont créées partout dans le monde.

Ce numéro du *JSCR* souligne le travail digne de mention fait au Canada pour surmonter ces défis en proposant des solutions pratiques. Des projets sont également en cours dans d'autres pays comme la Suède, le Royaume-Uni, l'Australie et le Kenya pour élaborer et mettre en œuvre des modèles de soins axés sur le patient, en particulier pour les affections musculosquelettiques courantes<sup>4-9</sup>. Des approches numériques doivent également être utilisées pour partager les données et permettre aux patients dans les collectivités isolées de recevoir l'aide nécessaire. Des ensembles de données fondamentaux destinés à un usage clinique et à la mesure des systèmes de santé sont nécessaires et doivent pouvoir étayer l'évaluation économique.

Plus important encore, nous devons partager nos difficultés et les solutions qui ont été trouvées afin d'améliorer les soins et éviter les doublons. Nous avons besoin de systèmes et de services flexibles pour permettre l'adoption et la mise en œuvre rapides des avancées dans les connaissances. En tant que cliniciens, nous devons être prêts à nous adapter afin de nous assurer de répondre aux besoins et aux attentes des personnes atteintes d'arthrite et d'autres affections musculosquelettiques. La mise en œuvre des modèles de soins qui ont été conçus par la communauté et pour la communauté est une bonne façon d'y parvenir.

*Professeur Anthony D. Woolf, B. Sc., MBBS, FRCP,  
Conseil international de coordination, Alliance mondiale pour la santé musculosquelettique, Président, Arthritis and Musculoskeletal Alliance, R.-U.; Bone and Joint Research Group, Hôpital Royal Cornwall, Truro (R.-U.)*

#### Références :

1. G. B. D. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017; 390(10100):1211-59.
2. Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS. Organisation mondiale de la santé (2016). [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/315613/66wd11f\\_NCDActionPlan\\_160522.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/315613/66wd11f_NCDActionPlan_160522.pdf?ua=1)
3. Briggs AM, et coll. Musculoskeletal health conditions represent a global threat to healthy aging: A report for the 2015 World Health Organisation World Report on Ageing and Health. *Gerontologist*. 2016; 56(S2):S234-S55.
4. Stoffer MA, et coll. The eumusc.net-working group. Development of patient-centred standards of care for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project. *Ann Rheum Dis*. 2014(5):902-5.
5. Stoffer MA, et coll. The eumusc.net WP 5 Expert Panel. Development of patient-centred standards of care for osteoarthritis in Europe: the eumusc.net-project. *Ann Rheum Dis*. Juin 2015; 74(6):1145-9.
6. Briggs AM, et coll. Supporting evaluation and implementation of musculoskeletal Models of Care: Development of a globally-informed framework for judging 'readiness' and 'success'. *Arthritis Care and Research* 2017; 69(4):567-77.
7. Briggs AM, et coll. A Framework to Evaluate Musculoskeletal Models of Care. Global Alliance for Musculoskeletal Health of the Bone and Joint Decade (2016). [http://bjdonline.org/wp-content/uploads/2016/12/Framework-to-Evaluate-Musculoskeletal-MoC\\_updated-Dec-2016.pdf](http://bjdonline.org/wp-content/uploads/2016/12/Framework-to-Evaluate-Musculoskeletal-MoC_updated-Dec-2016.pdf)
8. Chehade MJ, et coll. Building multidisciplinary health workforce capacity to support the implementation of integrated, people-centred Models of Care for musculoskeletal health. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016; 30(3):559-584.
9. Erwin J, et coll. The UWEZO project - musculoskeletal health training in Kenya. *Clin Rheumatol. Clin Rheumatol*. 2016; 35:433-40.

Minister of Health



Ministre de la Santé

Ottawa, Canada K1A 0K9

## Message de la ministre de la Santé Alliance de l'arthrite du Canada

L'arthrite touche environ 5 millions de Canadiens. La raideur articulaire et l'enflure qu'elle cause peuvent entraîner beaucoup de douleur au mouvement et réduire considérablement la qualité de vie du patient. Les personnes âgées sont particulièrement touchées par cette affection; on estime que le tiers des hommes âgés et la moitié des femmes âgées sont aux prises avec l'arthrite. À mesure que la population vieillit et que la prévalence de l'arthrite augmente, il est devenu plus important que jamais de trouver des solutions pour prévenir et traiter ce trouble.

L'Alliance de l'arthrite du Canada est un chef de file dans ce domaine. Par le biais de la recherche axée sur la collaboration et la défense des intérêts, les membres de l'Alliance (professionnels de la santé, chercheurs, organismes de financement, gouvernements, organismes de bienfaisance, partenaires de l'industrie et groupes de patients) ont démontré leur engagement ferme envers l'amélioration de la vie des Canadiens atteints d'arthrite.

Le gouvernement du Canada partage cet engagement. Grâce aux Instituts de recherche en santé du Canada, nous investissons environ 20 millions de dollars par année dans la recherche sur l'arthrite. Bien que nous ne puissions pas encore guérir la maladie, nous continuons de faire des progrès dans ce domaine et avons découvert un certain nombre de comportements qui peuvent aider à réduire les symptômes chez un grand nombre de patients, notamment la pratique régulière d'activité physique d'intensité modérée, le maintien d'un poids santé, l'abandon du tabagisme et de l'alcool, et l'adoption d'une saine alimentation faible en sucre.

Au nom du gouvernement du Canada, je félicite l'Alliance et ses membres pour leur élaboration de modèles innovateurs de soins pour l'arthrite et la publication réussie de ces résultats dans le Journal de la Société canadienne de rhumatologie. J'espère sincèrement que ces modèles de soins nous rapprocheront d'un monde où nous pourrions tous vivre sans douleur arthritique.

A handwritten signature in blue ink, reading "Ginette Petitpas Taylor".

L'honorable Ginette Petitpas Taylor, C.P., députée

Canada 

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

Par Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC, Dianne Mosher, M.D., FRCPC et Michel Zimmer, M.D., FRCPC

L'arthrite touche directement la vie de 6 millions de Canadiens et représente la principale cause d'incapacité au travail. Tous groupes d'âge confondus, un Canadien sur huit est forcé de vivre avec l'une ou plusieurs des 100 différentes formes d'arthrite. On estime que d'ici l'année 2040, un Canadien sur quatre sera touché par l'arthrite.

L'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) a été formée en 2002 afin d'améliorer la vie des Canadiens atteints d'arthrite. L'AAC rassemble des professionnels de la santé experts en arthrite, des chercheurs, des organismes de financement, des gouvernements, des organismes du secteur bénévole, des décideurs de l'industrie et, surtout, des représentants de divers organismes de patients atteints d'arthrite de partout au Canada.

À la suite de consultations auprès d'un réseau national, l'AAC a conçu et mis au point un cadre de modèles de soins comprenant des outils cliniques pratiques pouvant être utilisés par les cliniciens dans leur pratique quotidienne. Notre travail a inclus six initiatives particulières au cours des cinq dernières années :

- 1) Outil pour l'élaboration et l'évaluation de modèles de soins
- 2) Approche pancanadienne aux modèles de soins pour l'arthrite inflammatoire

- 3) Trousse à outils et plan de soins de l'arthrite inflammatoire
- 4) Mesures de la performance du système pour l'arthrite inflammatoire
- 5) Outil d'évaluation clinique de l'arthrose
- 6) Ensemble principal de données cliniques sur la polyarthrite rhumatoïde (en collaboration avec la SCR)

Nous vous invitons à en apprendre plus sur les résultats positifs de nos efforts dans la section « Modèles de soins en action » de ce numéro. Nous croyons que ces succès et meilleures pratiques doivent être étendus à l'ensemble du Canada et y être mis en œuvre. Cela aidera à assurer que les Canadiens touchés par une forme d'arthrite reçoivent un diagnostic en temps opportun ainsi qu'un traitement approprié afin de demeurer des membres productifs de leur famille et communauté. Notre objectif ultime est d'améliorer la vie des Canadiens atteints d'une forme d'arthrite.

*D<sup>re</sup> Vandana Ahluwalia, chef de la direction corporative, Département de rhumatologie, William Osler Health System, Brampton (Ont.)*

*D<sup>re</sup> Dianne Mosher, professeure de médecine; chef, Département de rhumatologie, Université de Calgary, Calgary (Alb.)*

*D<sup>r</sup> Michel Zimmer, professeur agrégé, Université de Montréal; rhumatologue, Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, Montréal (Qc)*

## AAC et SCR : unir nos efforts pour de meilleurs résultats

Par Joanne Homik, M.D., FRCPC, Christine Charnock et Cheryl Barnabe, M.D., FRCPC

En tant qu'organisme membre de l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC), la SCR participe, tout comme bon nombre de ses membres, à l'amélioration des soins de santé efficaces et rapides de l'arthrite inflammatoire au Canada grâce à ses données de recherche, son expérience et son expertise.

Afin d'établir un équilibre entre les données et connaissances ainsi que les réalités des ressources humaines limitées en rhumatologie au Canada, les membres de la SCR ont élaboré une analyse de rentabilité, menée par les D<sup>res</sup> Bombardier, Hawker et Mosher, portant sur l'ampleur du fardeau croissant de l'arthrite et les diverses façons de l'atténuer au moyen de campagnes de sensibilisation, d'éducation et d'interventions futures. Cette analyse a ouvert la voie à la création, par les D<sup>res</sup> Bombardier, Mosher et Zimmer, d'un cadre national pour améliorer le traitement de l'arthrite au Canada, s'appuyant sur un diagnostic précoce et un traitement ciblé. Les D<sup>rs</sup> Ahluwalia, Mosher et Zimmer ont élaboré une trousse à outils et des documents d'accompagnement pour les modèles de soins pancanadiens. Les membres de la SCR provenant de l'ensemble du pays utilisent maintenant ces nouveaux modèles de soins pour optimiser le traitement de l'arthrite.

La collaboration entre la SCR et l'AAC vise également à assurer

la qualité des soins rhumatologiques au Canada. Applicables aux activités du Comité des soins optimaux de la SCR, des mesures de la performance du système pour l'arthrite inflammatoire ont été mises au point par une équipe dirigée par la D<sup>re</sup> Claire Barber. Ces mesures peuvent être utilisées pour refléter les répercussions de l'organisation et de la structure du système sur les processus qui contribuent aux résultats des soins. La mise au point de mesures de la performance et d'indicateurs de la qualité au niveau des patients individuels-prestataires, qui fourniront des données d'assurance de la qualité permettant d'améliorer les pratiques, est en cours.

Grâce à ces activités collaboratives, la SCR et l'AAC remplissent leur mandat et assurent la prestation rapide de soins rhumatologiques de haute qualité partout au Canada.

*D<sup>re</sup> Joanne Homik, professeure agrégée, Département de médecine, Division de rhumatologie, Université de l'Alberta, Edmonton (Alb.)*

*M<sup>me</sup> Christine Charnock, ancienne présidente-directrice générale, Société canadienne de rhumatologie, Newmarket (Ont.)*

*D<sup>re</sup> Cheryl Barnabe, professeure agrégée de rhumatologie, Université de Calgary, Calgary (Alb.)*

# Un appel à l'action : nouveaux modèles de soins pour l'arthrite inflammatoire et l'arthrose

Par Michel Zimmer, M.D., FRCPC et Gillian Hawker, M.D., M. Sc., FRCPC

En 2012, l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) a décidé de prioriser la mise au point d'un cadre pour les modèles de soins de l'arthrite. L'objectif global était de définir une trajectoire de soins pour les personnes présentant des symptômes musculosquelettiques. La première étape consistait à créer un outil d'aide à l'élaboration et l'évaluation de modèles de soins (*Tool for Developing and Evaluating Models of Care* [2012]) pour valider les composants d'un modèle de soins proposé.

Plus de 150 intervenants ont collaboré à la production du document *Approche pancanadienne aux modèles de soins pour l'arthrite inflammatoire* (2014). La Figure 1 ci-dessous illustre les six principaux éléments du cadre (d'après le cadre du modèle de soins en rhumatologie de l'Association de rhumatologie de l'Ontario [ORA])

Les efforts ont ensuite été dirigés vers la dissémination du modèle chez les différents intervenants, ainsi que la documentation et la personnalisation des composants qui seraient adoptés. Des projets de mesure de la qualité ont également été entrepris.

Originellement conçu pour l'arthrite inflammatoire, le modèle a ensuite intégré d'autres affections musculosquelettiques, y compris l'arthrose, afin d'élargir son applicabilité. L'arthrose est la forme d'arthrite la plus courante et est associée à un important fardeau pour la société. Les obstacles au diagnostic et au traitement optimaux de l'arthrose comprennent la croyance répandue au sein de la société que l'arthrose est le reflet du vieillissement normal, ainsi que la prévalence élevée de la maladie avec d'autres affections chroniques exigeant des soins concurrents, ce qui complique le traitement.

En raison de la reconnaissance de ces obstacles et de la nécessité d'offrir de meilleurs soins aux patients atteints d'arthrose, un partenariat a été établi entre l'AAC, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Centre for Effective Practice afin d'intégrer les normes précédemment relevées de prévention et de prise en charge de l'arthrose dans les soins primaires. Une trousse à outils pour les prestataires de soins de santé primaires a été conçue pour aider les médecins de famille et les autres prestataires de soins de santé à détecter, à évaluer, à diagnostiquer et à prendre en charge l'arthrose de façon efficace. L'outil est accessible à l'adresse [arthritisalliance.ca/fr/trousse-arthrose](http://arthritisalliance.ca/fr/trousse-arthrose).

On s'efforce actuellement d'accroître la connaissance de cet outil et d'évaluer diverses stratégies pour sa mise en œuvre efficace et rapide dans les soins primaires.

*D<sup>r</sup> Michel Zimmer, professeur agrégé, Université de Montréal; rhumatologue, Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, Montréal (Qc)*

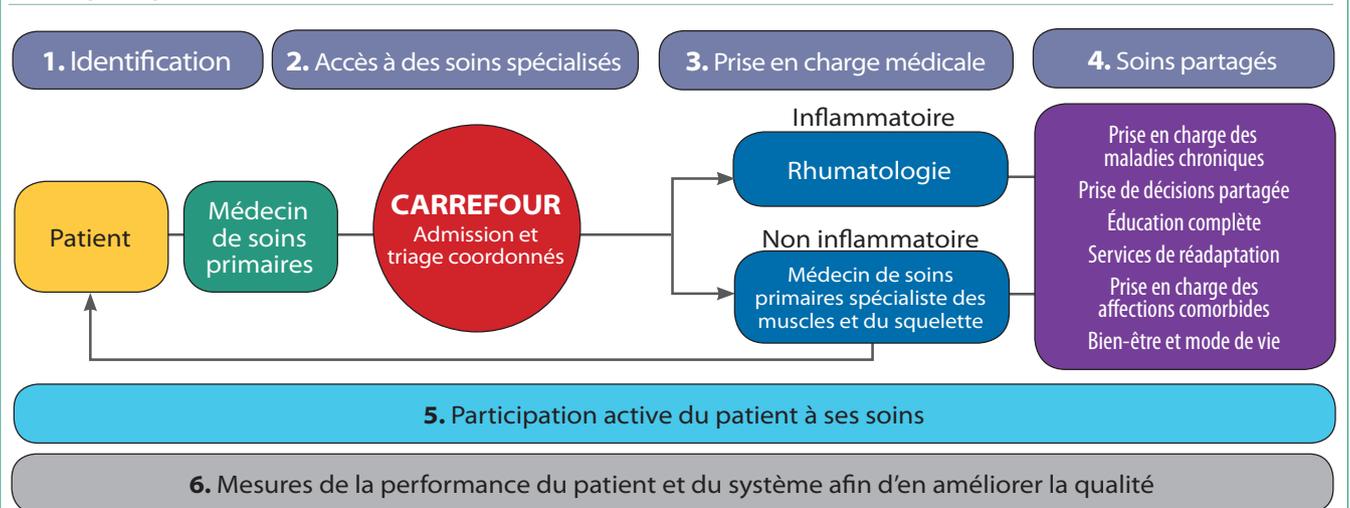
*D<sup>re</sup> Gillian Hawker, professeure titulaire de la chaire de médecine Sir John and Lady Eaton, Département de médecine, Division de rhumatologie, Université de Toronto, Toronto (Ont.)*

Références :

1. Alliance de l'arthrite du Canada. Approche pancanadienne aux modèles de soins pour l'arthrite inflammatoire. [www.arthritisalliance.ca/fr/initiatives/modele-de-soins-pour-l-arthrite-inflammatoire](http://www.arthritisalliance.ca/fr/initiatives/modele-de-soins-pour-l-arthrite-inflammatoire).
2. Alliance de l'arthrite du Canada. Pour la première fois, des normes nationales sur la prévention et le traitement de l'arthrite sont remises aux ministres de la Santé fédéral et provinciaux. Communiqué de presse : 6 avril 2006. Accessible à l'adresse [www.arthritisalliance.ca/fr/medias/reports](http://www.arthritisalliance.ca/fr/medias/reports).

Figure 1.

Les six principaux éléments du cadre



D'après le cadre du modèle de soins en rhumatologie de l'Association de rhumatologie de l'Ontario (ORA)

# Modèles de soins en action : mise en œuvre dans la pratique

## 1) Identification

### Patients et fournisseurs de soins de santé primaires

#### Nouvelle charte du patient décrivant les droits et responsabilités des personnes atteintes d'arthrite

Par Dawn P. Richards, Ph. D., Linda Wilhelm et Laurie Proulx

L'Alliance canadienne des arthritiques (ACA) a entrepris une campagne populaire en 2014 pour mettre à jour la Charte canadienne des droits des personnes atteintes d'arthrite<sup>1</sup>. L'objectif était d'insuffler un nouvel élan à cet important document, qui a surtout servi à la défense des intérêts de ce groupe, et de mettre une emphase particulière sur le rôle clé que jouent les personnes atteintes d'arthrite dans la reconnaissance des symptômes et l'accès aux soins<sup>2</sup>.

La Charte des personnes atteintes d'arthrite constituait un effort concerté mené par l'ACA et appuyé par les suggestions et observations de plus de 730 intervenants communautaires de

partout au Canada. Il ne s'est écoulé que huit mois entre l'ébauche initiale de cette charte et sa version finale, ce qui témoigne de l'enthousiasme de la communauté arthritique du Canada et de la capacité de celle-ci à mobiliser ses ressources.

La Charte des personnes atteintes d'arthrite se trouve sur le site Web de l'ACA ([arthritispatient.ca/projects/arthritis-patient-charter/](http://arthritispatient.ca/projects/arthritis-patient-charter/)), en anglais et en français, dans un format facilement accessible<sup>3</sup>.

*D<sup>re</sup> Dawn P. Richards, Ph. D., vice-présidente, ACA, Toronto (Ont.)*

*M<sup>me</sup> Linda Wilhelm, présidente, ACA, Midlands (N.-B.)*

*M<sup>me</sup> Laurie Proulx, 2<sup>e</sup> vice-présidente, ACA, Ottawa (Ont.)*

Références :

1. Charte canadienne des droits de l'arthritique, 2001. Accessible à l'adresse : [www.arthritis.ca/document.doc?id=565](http://www.arthritis.ca/document.doc?id=565)

2. Richards DP. The Arthritis Patient Charter. JSCR 2014; 24(4):8-9.

3. Alliance canadienne des arthritiques. Charte des personnes atteintes d'arthrite, 2014. Accessible à l'adresse [www.arthritispatient.ca/projects/arthritis-patient-charter/](http://www.arthritispatient.ca/projects/arthritis-patient-charter/)

## Perspective du patient

#### Expériences des patients avec les modèles de soins de la polyarthrite rhumatoïde : sondage international

Par Cheryl Koehn

En 2016, le comité Arthritis Consumer Experts a dirigé la formation d'un réseau mondial de 18 organisations de patients œuvrant au nom des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde (PR). Afin d'appuyer les modèles de soins de l'arthrite inflammatoire (MSAI) de l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC), le premier projet du réseau a consisté en un sondage en ligne visant à connaître les lacunes des modèles de soins de la PR (MSPR), et ce, en interrogeant les personnes vivant avec la maladie.

Le sondage, première recherche participative en son genre, a été réalisé au Canada ainsi que dans 24 autres pays, de mars à juin 2017. Les questions étaient axées sur cinq domaines du propre travail de l'AAC en matière de MSAI : 1) reconnaissance des symptômes par les patients et demande de soins; 2) accès à un spécialiste; 3) prise en charge médicale; 4) charge partagée; et 5) participation active des patients à leurs soins.

Plusieurs lacunes dans le MSPR ont été relevées parmi les 2 690 répondants, y compris les suivantes :

- 51 % ont signalé un délai variant de 4-6 mois à plus de 2 ans entre l'apparition des symptômes et l'établissement du diagnostic de PR;
- 93 % ont déclaré avoir aidé leur rhumatologue à diagnostiquer leur PR en décrivant leurs symptômes; seulement 57 % ont

signalé avoir subi un examen approfondi des articulations et du squelette;

- 58 % recevaient uniquement du méthotrexate comme traitement au moment du sondage;
- 30 % ont mentionné avoir attendu 4 mois ou plus, voire « jamais », avant de qualifier leur premier traitement pharmacologique d'efficace;
- Environ la moitié des répondants ne pouvaient dire si leur traitement en cours était biologique ou non;
- 14 à 45 % avaient besoin de plus d'information sur leur maladie ou auraient souhaité discuter de leur PR avec d'autres patients ou leur rhumatologue;
- 82 % et 46 %, respectivement, ont indiqué que leur principale source d'information sur la PR était Internet (recherches) ou les réseaux sociaux.

Les résultats de ce sondage aideront le Réseau PR mondial à mettre au point des initiatives nationales visant à combler les lacunes des MSPR pour le patient. Pour plus de détails, veuillez visiter le site Web [globalranetwork.org](http://globalranetwork.org).

*M<sup>me</sup> Cheryl Koehn, présidente, Comité Arthritis Consumer Experts, Vancouver (C.-B.), au nom du Réseau PR mondial*

Référence :

1. Koehn C, et coll. Patient Experiences of Rheumatoid Arthritis Models of Care: An International Survey. Affiche présentée à la réunion annuelle 2017 de l'ACR, tenue du 3 au 8 novembre 2017, à San Diego (Californie) (résumé n° 353).

## Mise en œuvre réussie des modèles de soins pour les soins primaires : outil sur l'arthrose pour la médecine familiale

Par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)

Une trousse à outils sur l'arthrose fondée sur des données probantes et conçue pour les soins primaires a récemment été lancée en septembre 2017 afin d'aider à combler l'écart entre les connaissances et la pratique dans le traitement de l'arthrose. Cette trousse à outils fondée sur des données probantes est le fruit d'une collaboration entre l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC), le Collège des médecins de famille du Canada et le Centre for Effective Practice. Elle comprend des recommandations précises sur divers traitements pharmacologiques et non pharmacologiques ainsi que des ressources promouvant la participation active des patients à leurs soins.

Cette trousse à outils bilingue est disponible à l'adresse [arthritisalliance.ca/fr/trousse-arthrose](http://arthritisalliance.ca/fr/trousse-arthrose). En date de novembre 2017, la

trousse à outils avait été fournie à plus de 30 organismes membres de l'AAC et leurs communautés. Les efforts promotionnels pour disséminer l'outil à grande échelle comprenaient une campagne de sensibilisation sur Internet, par courriel et dans les médias sociaux. Au cours des trois premiers mois, la trousse a été téléchargée par plus de 1 200 utilisateurs, tandis que la page Web et le fil Twitter ont respectivement amassé des milliers de « vues » et d'« impressions ».

Les futurs efforts de dissémination comprendront des expositions à diverses conférences et des ateliers, par exemple le Forum en médecine familiale ([mf.cfpc.ca/fr/](http://mf.cfpc.ca/fr/)). Nous développons également un module de cyberapprentissage centré sur l'arthrose, qui sera lancé à l'été 2018 – visitez le site [cfpc.ca/OATool/](http://cfpc.ca/OATool/) pour des mises à jour régulières.

*Le Collège des médecins de famille du Canada, Mississauga (Ont.)*

## 2) Accès à des soins spécialisés : admission et triage coordonnés Avantages des initiatives provinciales de triage

### Le système d'accès et de triage centralisé CReaTe améliore l'accès aux soins des Albertains

Par Dianne Mosher, M.D., FRCPC

Le système d'accès et de triage centralisé CReaTe (pour *Central Referral and Triage*) a vu le jour à Calgary en 2007 grâce à une subvention pour l'innovation du gouvernement de l'Alberta. Le programme d'accès et de triage centralisé concentre en un seul point, à l'Université de Calgary, toutes les demandes de consultation en rhumatologie et il dessert une population d'environ 2 millions de personnes dans le sud de l'Alberta. Depuis sa création en 2007, plus de 65 000 patients y ont été triés et nous continuons à satisfaire aux exigences de l'Alliance canadienne sur les temps d'attente qui sont de quatre semaines pour l'arthrite inflammatoire au stade précoce.

Dix-neuf rhumatologues participent à ce programme. L'infirmière responsable du triage examine toutes les demandes de consultation, établit la priorité de ces dernières et facilite la prise des rendez-vous avec les premiers prestataires disponibles. Toutes les demandes de consultation sont enregistrées et suivies dans une base de données. Des cliniques spécialisées ont été mises sur pied pour accélérer les soins aux cas plus urgents. Les demandes de consultation qui ne sont pas acceptées ou qui sont difficiles à trier sont examinées par un médecin.

L'objectif est de gérer notre liste d'attente de façon plus efficace en utilisant un seul point de réception centralisé pour les demandes de consultation, évitant ainsi les doublons et permettant de prioriser d'abord les cas les plus urgents.

Une étude menée par Hazlewood<sup>1</sup> a indiqué, après deux ans, une diminution de la variabilité des temps d'attente avant de consulter un rhumatologue, une diminution des temps d'attente pour les cas urgents et modérément urgents, une amélioration de la qualité des demandes de consultation et une absence de doublons des demandes de consultation. Au suivi après sept ans, les temps d'attente pour les demandes de consultation urgentes et modérément urgentes étaient bien maîtrisés malgré la croissance de la population.

Aujourd'hui, nous recevons de 500 à 600 demandes de consultation par mois et avons une liste d'attente de plus de 1 200 patients.

Les problèmes de capacité sont dirigés vers les cliniques de cas stables de polyarthrite rhumatoïde (partenariat avec nos réseaux de soins primaires fournissant les services-conseils d'un spécialiste par téléphone) ou sont soumis aux trajectoires de soins conçus pour la goutte et l'arthrose et incorporant l'outil sur l'arthrose de l'AAC-CMFC. Des indicateurs de rendement clés de l'admission centralisée ont été déterminés afin de nous assurer de l'amélioration de l'accessibilité des Albertains aux soins rhumatologiques<sup>2</sup>.

*D<sup>re</sup> Dianne Mosher, professeure de médecine, chef de la division de rhumatologie, Université de Calgary, Calgary (Alb.)*

#### Références :

- Hazlewood GS, Barr SG, Lopatina E, Marshall DA, Lupton TL, Fritzier MJ, et coll. Improving appropriate access to care with central referral and triage in rheumatology. *Arthritis Care & Research*, vol. 68, n° 10, octobre 2016, p. 1547-1553.
- Barber CE, Patel JN, Woodhouse L, Smith C, Weiss S, Homik J, et coll. Development of key performance indicators to evaluate centralized intake for patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & Therapy* (2015) 17:322.

## Réseaux cliniques stratégiques

Par Dianne Mosher, M.D., FRCPC et Joanne Homik, MD, FRCPC

Les quinze réseaux cliniques stratégiques (*Strategic Clinical Networks* ou SCN) de l'Alberta ont été créés dans le but d'encourager les travailleurs du système de santé, les patients, les chercheurs et les administrateurs à trouver de nouvelles façons novatrices et avérées plus rentables de prodiguer les soins, de produire de meilleurs résultats cliniques et d'assurer une meilleure qualité des soins.

Le réseau BJH SCN (*Bone and Joint Health Strategic Clinical Network*) est le principal véhicule de l'Alberta pour les stratégies provinciales visant la santé des os et des articulations. Il a comme mandat de garder les Albertains en bonne santé, de leur fournir des soins de haute qualité lorsqu'ils sont malades, de leur assurer un accès à des soins lorsqu'ils en ont besoin, et d'améliorer leur cheminement à travers le système de santé. En Alberta, toutes les 60 secondes, une personne entre dans le cabinet d'un médecin à la recherche d'un traitement pour un problème osseux ou articulaire. Ce taux de consultation ne fera qu'augmenter en fonction de l'augmentation, du vieillissement et de l'espérance de vie accrue de la population de l'Alberta. Le réseau BJH SCN aidera à gérer et à réduire les répercussions des problèmes de santé osseux et articulaires sur notre système tout en améliorant les soins aux patients.

Parmi ses principaux succès, mentionnons la réduction des séjours à l'hôpital pour les remplacements de hanche et de genou qui sont passés de 4,7 à 3,8 jours, l'introduction de 13 cliniques de physiothérapie offrant le programme GLA:D (*Good Living with OsteoArthritis: Denmark*) ainsi que le dépistage de l'ostéoporose chez 14 455 Albertains présentant une fracture de fragilisation.

Le Groupe de travail sur l'arthrite des réseaux cliniques stratégiques (SCN) a déterminé deux principaux facteurs pour améliorer les soins aux patients atteints d'arthrite inflammatoire (AI) en Alberta : 1) augmentation de la capacité de soins et 2) diminution de la disparité entre les soins et les résultats cliniques. Les deux facteurs ont été abordés par l'élaboration d'un modèle de soins partagés pour l'AI accompagné d'un cadre de travail de mesure. À l'heure actuelle, trois modèles fructueux sont analysés en vue d'en tirer des leçons clés : 1) équipe clinique du South Health Campus dirigée par une infirmière, 2) programme On-TRAAC à Edmonton et 3) programme de télémedecine à Pincher Creek. Ces cliniques représentent des cas exemplaires de soins partagés qui devraient être reproduits afin d'améliorer l'accès et de réduire les disparités.

*D<sup>re</sup> Dianne Mosher, professeure de médecine, chef de la division de rhumatologie, Université de Calgary, Calgary (Alb.)*

*D<sup>re</sup> Joanne Homik, professeure agrégée, Département de médecine, Division de rhumatologie, Université de l'Alberta, Edmonton (Alb.)*

## Les praticiens au rôle élargi améliorent l'accès des Ontariens aux soins

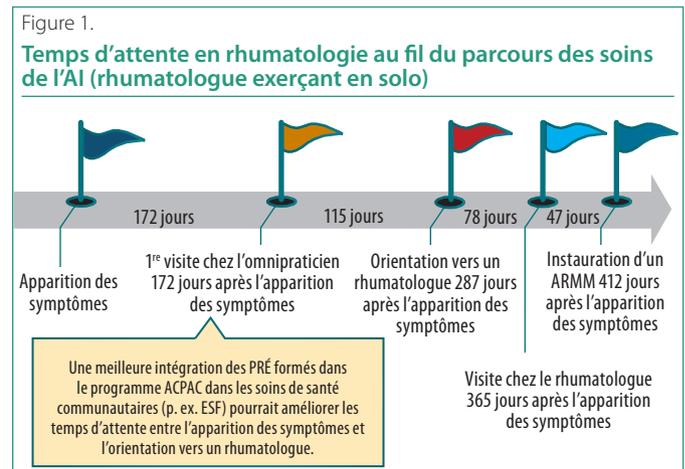
Par Katie Lundon, B. Sc. (P.T.), M. Sc., Ph. D., Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC et Rachel Shupak, M.D., FRCPC

Depuis sa création en 2005, le programme ACPAC (*Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care*)<sup>1</sup> ([www.acpacprogram.ca](http://www.acpacprogram.ca)) a formé avec succès 69 praticiens au rôle élargi (PRÉ) pratiquant un peu partout au Canada. Il s'agit d'un programme de formation reconnu et basé en Ontario qui est offert après l'obtention du permis d'exercice et qui est destiné aux prestataires de soins de santé possédant déjà de l'expérience dans le traitement de l'arthrite. Ce programme assure l'acquisition des compétences et des connaissances approfondies requises pour les divers rôles élargis de pratique.

L'utilisation des PRÉ du programme ACPAC dans les modèles de soins partagés interprofessionnels pour la prise en charge de l'arthrite a optimisé les ressources humaines limitées en rhumatologie et a permis d'obtenir les succès particuliers suivants au niveau du système :

- Excellente concordance entre les PRÉ formés dans le cadre du programme ACPAC et les rhumatologues pour ce qui est de différencier de façon indépendante les formes inflammatoire et non inflammatoire d'arthrite, et amélioration de l'accès aux soins d'un rhumatologue avec une réduction de 40 % du délai avant la prise d'une décision thérapeutique<sup>2</sup>.

- Le triage papier centralisé des demandes de consultation en rhumatologie par un PRÉ du programme ACPAC a réduit les temps d'attente de plus de 50 % (15,5 jours) pour les patients atteints d'AI présumée comparativement au modèle de soins rhumatologiques classique (33,8 jours)<sup>3</sup>.
- Le triage par un PRÉ du programme ACPAC a permis de prioriser correctement un nombre élevé de cas d'arthrite inflammatoire/maladie du tissu conjonctif présumée nécessitant une consultation en rhumatologie, ce qui a entraîné la diminution du temps d'attente sous la médiane provinciale<sup>4</sup>.



En résumé, les PRÉ expérimentés ou formés dans le programme ACPAC peuvent raccourcir les délais avant l'évaluation du rhumatologue (Figures 1), ce qui accélère l'établissement du diagnostic ainsi que la prise des décisions thérapeutiques pour les patients atteints d'arthrite inflammatoire<sup>2</sup>. Les PRÉ formés dans le cadre du programme ACPAC pourraient même, grâce à un changement de politique, être encore mieux placés dans la communauté (p. ex. équipe de médecine familiale) pour identifier et trier les patients atteints d'une AI présumée, accélérant ainsi leur consultation d'un rhumatologue (Figure 1).

Des PRÉ formés pourraient être se trouver à de multiples points du parcours de soins afin de favoriser l'identification des patients, l'accès, la prise en charge médicale et les soins partagés, conformément au cadre du modèle de soins de l'arthrite de l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) (Figure 2).

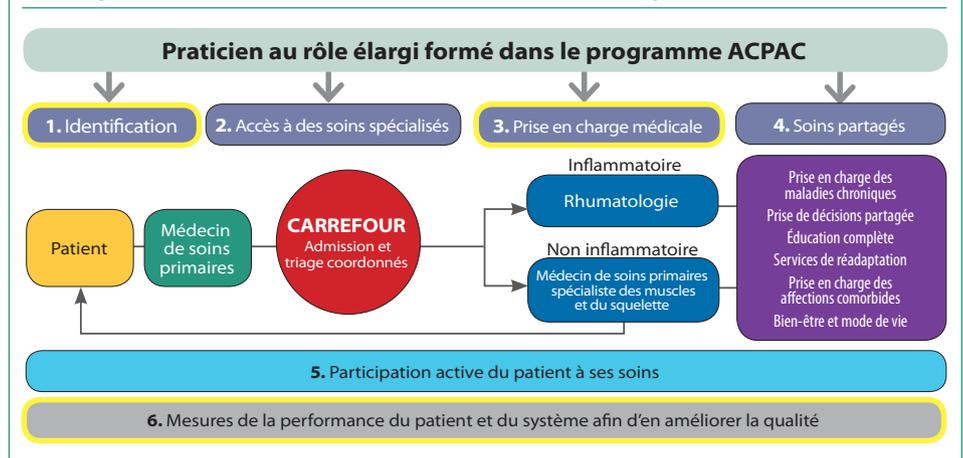
*D<sup>re</sup> Katie Lundon, B. Sc. (P.T.), directrice du programme Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC), Toronto (Ont.)*

*D<sup>re</sup> Vandana Ahluwalia, chef de la direction corporative du Département de rhumatologie, William Osler Health System, Brampton (Ont.)*

*D<sup>re</sup> Rachel Shupak, professeure agrégée, Département de médecine, Université de Toronto; médecin, Hôpital St. Michael's, Toronto (Ont.)*

Figure 2.

## Cadre pour les modèles de soins de l'arthrite élaboré par l'AAC



### Références :

1. Lundon K, Shupak R, Schneider R, McIlroy J. Development and Early Evaluation of an Inter-professional Post-licensure Education Programme for Extended Practice Roles in Arthritis Care. *Physiotherapy Canada* 2011;63:94-103.
2. Ahluwalia V, Larsen T, Lundon K, et coll. An Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care Can Improve Access to Rheumatology Care in Community-Based Practice. Manuscrit soumis, 2017.
3. Farrer C, Abraham L, Jerome D, Hochman J, Gakhal N. Triage of Rheumatology Referrals Facilitates Wait Time Benchmarks. *J Rheumatol* 2016;43:2064-67.
4. Bombardier C, et al. The Effect of Triage Assessments on Identifying Inflammatory Arthritis and Reducing Rheumatology Wait Times in Ontario [abstract]. *Arthritis Rheumatol* 2016;68 (suppl 10). Accessible à l'adresse <http://acrabstracts.org/abstract/the-effect-of-triage-assessments-on-identifying-inflammatory-arthritis-and-reducing-rheumatology-wait-times-in-ontario/>. Consulté le 26 juillet 2017.

## Les infirmières en rhumatologie améliorent l'accès aux soins en Colombie-Britannique

Par Michelle Teo, M.D., FRCPC

En 2011, les rhumatologues de la Colombie-Britannique ont obtenu des fonds pour l'intégration d'infirmières dans les soins aux patients, ce qui a donné lieu à la création d'une grille tarifaire (appelée affectueusement « code infirmière ») lors de la conférence multidisciplinaire. Ce « code infirmière », qui peut être facturé tous les six mois pour chaque patient, permet aux rhumatologues d'embaucher une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) ou une infirmière autorisée (IA) afin de les aider dans la prise en charge des patients atteints d'arthrite inflammatoire. Les infirmières fournissent un large éventail de services aux patients, y compris la prestation de conseils sur la maladie et les médicaments, une formation sur l'injection du méthotrexate et des agents biologiques, l'administration de vaccins et le test cutané de dépistage de la tuberculose.

Les infirmières en rhumatologie nous permettent non seulement d'offrir de meilleurs soins à nos patients, mais également

d'améliorer l'accès aux soins dans les régions mal desservies. Certaines infirmières travaillent selon un modèle de soins interdisciplinaires où, en collaboration avec le rhumatologue, elles fournissent des soins aux nouveaux patients ou ceux en suivi. Cette approche a permis une amélioration de l'accès des patients en réduisant les temps d'attente pour les nouvelles demandes de consultation ainsi qu'un suivi plus fréquent des patients, au besoin.

Au cours de la période 2016-2017, 53 des 86 rhumatologues de la Colombie-Britannique ont utilisé le « code infirmière » et on estime un emploi de 55 infirmières en rhumatologie dans la province. Nous célébrons le succès de ce programme et c'est avec enthousiasme que nous entrons dans cette nouvelle ère dans laquelle les rhumatologues établis, tout comme les nouveaux diplômés, reconnaissent les avantages de l'intégration de diverses disciplines paramédicales, comme les soins infirmiers, à la pratique moderne de la rhumatologie.

*D<sup>re</sup> Michelle Teo, rhumatologue, Clinique médicale Balfour, Penticton (C.-B.) et professeure clinique, Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.)*

## Les médecins de famille au champ de pratique élargi améliorent l'accès aux soins en Nouvelle-Écosse

Par Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP

En réponse à une pénurie aiguë de rhumatologues en Nouvelle-Écosse en 2011, une nouvelle clinique novatrice de soins collaboratifs a vu le jour à Halifax afin d'élargir l'accès et les services aux patients atteints d'arthrite inflammatoire. La clinique s'appuie sur un modèle de soins multidisciplinaires adaptés aux besoins régionaux. Un médecin de famille local a suivi un programme de formation de six mois en rhumatologie, puis a travaillé aux côtés d'une équipe composée d'infirmières expérimentées en rhumatologie, de physiothérapeutes et d'un rhumatologue dans la clinique de soins collaboratifs.

Après trois ans d'exploitation de la clinique, une firme de recherche indépendante a été mandatée pour évaluer les forces et les faiblesses du modèle. La leçon tirée la plus importante était que le succès d'une telle clinique repose sur l'appui et la participation de tous les intervenants. Par exemple, les commis aux réservations n'avaient pas participé aux discussions initiales lors de la mise sur pied de la clinique; ils avaient donc tendance à fixer les rendez-vous avec le rhumatologue plutôt qu'avec l'équipe de soins collaboratifs pour les patients atteints d'arthrite inflammatoire stable,

croquant que cela était « préférable ». En revanche, une fois qu'on les a mis au courant de la raison d'être du modèle de triage et qu'ils ont été exposés aux évaluations positives des patients dans les questionnaires de satisfaction, les réservations à la clinique se sont considérablement améliorées.

Le modèle a été transposé au Cap Breton en 2015, où deux médecins de famille ont été formés pour travailler en collaboration avec un rhumatologue; l'un d'eux tient toujours ce même rôle. Une évaluation de la qualité réalisée après seulement un an a révélé des améliorations remarquables des temps d'attente ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources limitées en rhumatologie.

Une étude prospective se déroule actuellement afin d'examiner la satisfaction des patients traités à la clinique de soins collaboratifs, ainsi que l'issue de leur maladie et leur auto-perception quant à la prise en charge de leur douleur, comparativement à des patients recevant les soins habituels (c.-à-d. fournis par un rhumatologue œuvrant dans la clinique externe d'un hôpital).

*D<sup>re</sup> Evelyn Sutton, Division de rhumatologie, Département de médecine, Division de l'éducation médicale, Halifax (N.-É.)*

Référence :

1. Hickcox S. Rheumatology Care Re-designed, Models of Care in Action: You can do it too! Atelier tenu à la réunion annuelle 2017 de la Société canadienne de rhumatologie. Ottawa, 2017.

	2014	2015	Répercussions
Liste d'attente non urgente	12 mois	2 mois	243 visites de nouveaux patients
Orientations urgentes	Patients envoyés à Halifax temps de transport : 5 heures	Vus par un rhumatologue local	Accès à des soins urgents pour les collectivités éloignées
Soins de suivi	12 mois +	Tous les 6 mois avec l'omnipraticien	Scores HAQ stables

HAQ : Questionnaire d'évaluation de l'état de santé (*Health Assessment Questionnaire*)

## Les vidéoconférences et le soutien interprofessionnel peuvent améliorer l'accès aux soins en Saskatchewan

Par Regina Taylor-Gjevre, M. Sc., M.D., FRCPC (C) (faculté), Bindu Nair, M.D. (faculté), Brenna Bath, B. Sc. (P.T.), M. Sc., Ph. D., FCAMPT (faculté), Udoka Okpalauwaekwe, M.D., MPH, Meenu Sharma, Ph. D., Erika Penz, M.S., M.D., M. Sc., FRCPC, Catherine Trask, Ph. D. et Samuel Alan Stewart, Ph. D.

Une proportion relativement élevée de la population de la Saskatchewan habite dans de petites communautés et des régions rurales. Pour les personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde (PR) dans ces régions, les déplacements visant à obtenir des soins et un suivi en rhumatologie peuvent poser problème. Plusieurs cas d'utilisation des services de télésanté pour des consultations en rhumatologie ont été signalés. Notre groupe a

entrepris une étude appuyée par des fonds de recherche de l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) afin d'évaluer si les patients atteints de PR bénéficiant d'un suivi longitudinal à l'aide de vidéoconférences et de soins interprofessionnels présentent un niveau comparable de maîtrise de la maladie par rapport aux patients bénéficiant d'un suivi traditionnel en personne dans les cliniques de rhumatologie.

Un total de 85 patients atteints de PR ont été répartis pour faire l'objet d'un suivi rhumatologique traditionnel en personne ou d'un suivi par vidéoconférence avec des rhumatologues basés en milieu urbain ainsi qu'un suivi en personne par des physiothérapeutes œuvrant en milieu rural. Les visites de suivi avaient lieu tous les trois mois sur une période de neuf mois. Les mesures des résultats comprenaient divers indicateurs d'activité de la maladie (DAS-28-CRP, indice d'activité de la PR (RADAI) [RA Disease Activity Index], questionnaire d'évaluation de l'état de santé mo-



# QUAND LE MÉTHOTREXATE SEUL NE SUFFIT PLUS, ENVISAGEZ <sup>Pr</sup> XELJANZ <sup>MD</sup>.



La simplicité d'un schéma posologique biquotidien par voie orale

XELJANZ (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou grave qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ en monothérapie.

Il n'est pas recommandé d'utiliser XELJANZ en association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.

## **Mises en garde et précautions les plus importantes :**

**Risque d'infections graves :** Les patients traités par XELJANZ sont exposés à un risque accru de contracter une infection grave qui peut nécessiter une hospitalisation ou même causer la mort. La plupart des patients qui ont contracté une telle infection prenaient un immunosuppresseur comme le méthotrexate ou un corticostéroïde en même temps que XELJANZ. En cas d'infection grave, il faut interrompre le traitement par XELJANZ jusqu'à ce que l'infection soit maîtrisée. Les infections signalées comprennent : la tuberculose évolutive, les infections fongiques envahissantes, les infections bactériennes ou virales et les autres infections provoquées par des agents pathogènes opportunistes.

Le traitement par XELJANZ ne doit pas être entrepris en présence d'une infection évolutive, qu'elle soit chronique ou localisée.

Pendant et après le traitement par XELJANZ, les patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite visant à détecter tout signe ou symptôme d'infection, notamment en vue de déceler la présence d'une tuberculose chez les patients dont les résultats aux épreuves de dépistage de la tuberculose latente effectuées avant le traitement se sont révélés négatifs.

**Cancers :** Des cas de lymphome et d'autres cancers ont été observés chez des patients traités par XELJANZ. Des cas de trouble lymphoprolifératif consécutif à une transplantation et associé au virus Epstein-Barr ont été observés à une fréquence plus élevée chez les greffés rénaux traités par XELJANZ qui prenaient en concomitance des médicaments immunosuppresseurs.

## **Autres mises en garde et précautions pertinentes :**

- Risque de perforation du tube digestif. Utiliser avec prudence chez les patients qui peuvent être exposés à un risque accru de perforation du tube digestif.
- Risque de réactivation virale, comme la réactivation du virus responsable du zona.
- Risque de cancer, de trouble lymphoprolifératif et de cancer de la peau non mélanique.
- Risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques.
- Il faut éviter d'utiliser XELJANZ chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave ou chez les patients porteurs du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.
- Utiliser avec prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque.
- XELJANZ peut accroître le risque d'immunosuppression. L'administration concomitante avec des immunosuppresseurs puissants n'est pas recommandée.
- L'administration d'un vaccin vivant pendant le traitement par XELJANZ n'est pas recommandée.
- Administrer avec prudence chez les patients atteints d'insuffisance rénale (c.-à-d., CICr < 40 mL/min).
- XELJANZ ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.

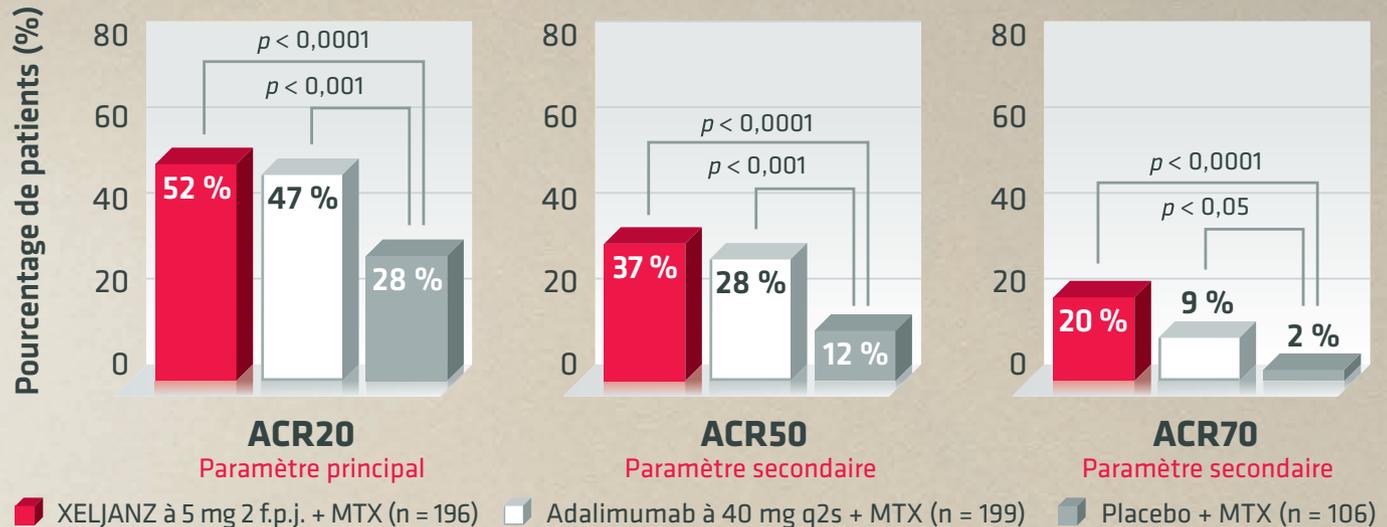


# Efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

Réduction significativement plus marquée des symptômes démontrée chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX après 6 mois, comparativement au groupe placebo + MTX (comme l'indiquaient les taux de réponse ACR)<sup>1\*</sup>.

L'étude n'avait pas été conçue dans le but de comparer XELJANZ et l'adalimumab.

## Taux de réponse ACR après 6 mois



Amélioration significativement supérieure de la capacité fonctionnelle observée chez les patients traités par XELJANZ + MTX après 3 mois, comparativement au groupe placebo + MTX (comme l'indiquaient les diminutions des scores HAQ-DI)<sup>1\*</sup>.

Diminution moyenne du score HAQ-DI entre le début de l'étude et le 3<sup>e</sup> mois : 0,56 pour XELJANZ à 5 mg 2 f.p.j. et 0,51 pour l'adalimumab à 40 mg q2s vs 0,25 pour le placebo ( $p < 0,0001$ ).

L'étude n'avait pas été conçue dans le but de comparer XELJANZ et l'adalimumab.

- Les femmes ne doivent pas allaiter pendant un traitement par XELJANZ.
- L'innocuité et l'efficacité de XELJANZ n'ont pas été établies chez les enfants.
- Il faut administrer ce médicament avec prudence aux personnes âgées et aux patients diabétiques en raison du risque accru d'infections graves.
- Administrer avec prudence aux patients d'origine asiatique en raison d'un risque accru de zona, d'infection opportuniste et de pneumopathie interstitielle.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une hausse des taux de créatine kinase.
- XELJANZ entraîne une réduction de la fréquence cardiaque et une prolongation de l'intervalle PR. La prudence est de mise chez les patients qui présentent au départ une faible fréquence cardiaque (< 60 battements par minute), des antécédents de syncope ou d'arythmies, une maladie du sinus, un bloc sino-auriculaire, un bloc auriculoventriculaire (AV), une cardiopathie ischémique ou une insuffisance cardiaque congestive.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une fréquence accrue d'élévations du taux d'enzymes hépatiques.

### Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour obtenir des renseignements importants au sujet des effets indésirables, des interactions médicamenteuses et de la posologie qui ne figurent pas dans le présent document. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.



Le bouchon du flacon de XELJANZ a reçu la mention « Facile d'emploi » de La Société de l'arthrite<sup>2†</sup>.



Programme de soutien complet qui aide vos patients à prendre en charge leur traitement par XELJANZ.

Pour en apprendre davantage sur XELJANZ et le programme eXel, visitez le site [XELJANZ.ca](http://XELJANZ.ca).

Références : 1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ, 15 septembre 2015. 2. La Société de l'arthrite. Bulletin Arthrite (juin 2014) – La facilité d'emploi. En ligne au : <http://www.arthrite.ca/page.aspx?pid=7660>. Consulté le 22 juillet 2014.

f.p.j. : fois par jour; MTX-RI : réponse insuffisante au méthotrexate; q2s : toutes les 2 semaines.

\* Étude multicentrique, comparative avec placebo, à répartition aléatoire et à double insu, menée chez des patients de 18 ans ou plus atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive selon les critères de l'ACR. Les patients ont été répartis au hasard de façon à recevoir XELJANZ à 5 mg 2 f.p.j. (n = 196), l'adalimumab à 40 mg toutes les 2 semaines (n = 199) ou un placebo (n = 106) en plus du MTX. Les principaux critères d'évaluation étaient les suivants : la proportion de patients ayant obtenu une réponse ACR20 au 6<sup>e</sup> mois, la variation moyenne du score HAQ-DI entre le début de l'étude et le 3<sup>e</sup> mois et la proportion de patients ayant obtenu un score DAS28-4 (VS) inférieur à 2,6 au 6<sup>e</sup> mois.

† En accordant cette mention, la Société de l'arthrite reconnaît que des produits, comme le bouchon du flacon de XELJANZ, ont été testés de façon indépendante pour vérifier leur facilité d'utilisation et de manipulation par des personnes atteintes d'arthrite. La Société de l'arthrite ne détermine pas la valeur thérapeutique des produits, et la mention n'est pas une recommandation générale liée à ces produits; elle ne sert qu'à souligner qu'ils ont été conçus pour être faciles à utiliser par des personnes atteintes d'arthrite.

**XELJANZ**<sup>MD</sup>  
(citrate de tofacitinib)

difié (HAQm) [Health Assessment Questionnaire], qualité de la vie [EQ5D] et satisfaction du patient [VSQ9]).

Nous n'avons observé aucune différence manifeste entre l'efficacité des soins interprofessionnels par vidéoconférence et celle des soins traditionnels fournis dans les cliniques de rhumatologie, tant pour ce qui est de la prestation de soins de suivi efficaces chez les patients atteints de PR établie que du degré de satisfaction de ceux-ci. Les taux élevés d'abandon du traitement dans les deux groupes ont renforcé la nécessité de tenir compte des besoins et des préférences des patients lors de l'élaboration de modèles de soins. Bien que l'utilisation de vidéoconférences et de technologies de télésanté puisse représenter un avantage distinct pour certains patients, il se pourrait que cela fasse perdre certains des bénéfices auxiliaires liés aux déplacements pour d'autres.

*D<sup>re</sup> Regina Taylor-Gjever, Division de rhumatologie, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)*

*D<sup>re</sup> Bindu Nair, Division de rhumatologie, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)*

*D<sup>re</sup> Brenna Bath, École de physiothérapie, Université de la Saskatchewan; Centre canadien de santé et sécurité en milieu agricole, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)*

*D<sup>r</sup> Udoka Okpalauwaekwe, Division de rhumatologie, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)*

*D<sup>re</sup> Meenu Sharma, Division de pneumologie, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)*

*D<sup>re</sup> Erika Penz, Division de pneumologie, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)*

*D<sup>re</sup> Catherine Trask, Centre canadien de santé et sécurité en milieu agricole, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.)*

*Samuel Alan Stewart, Informatique médicale, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, Halifax (N.-É.)*

Référence :

Taylor-Gjever R, Nair B, Bath B, et coll. Addressing rural and remote access disparities for patients with inflammatory arthritis through video-conferencing and innovative inter-professional care models. *Musculoskeletal Care* 2018; 16(1):90-95.

## 3) Prise en charge médicale

### Intégration des DME dans les pratiques de rhumatologie

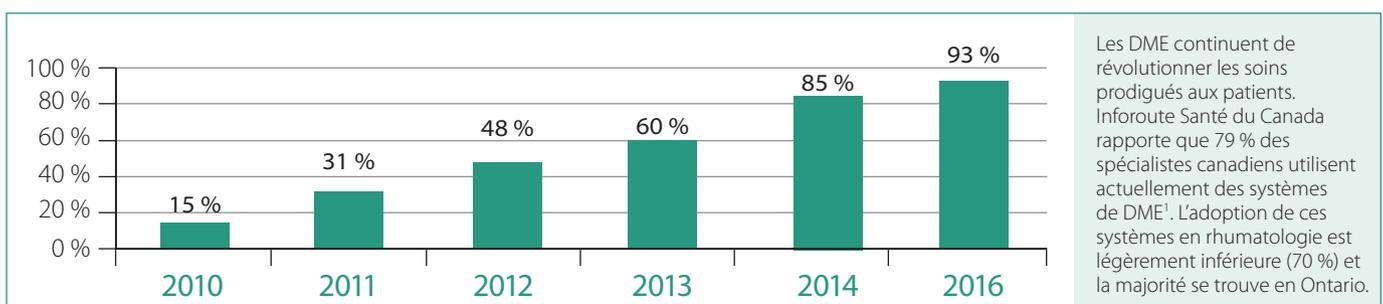
Par Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC et Sandra Couto, B. Sc., B. Sc. pharmacie

Les médecins continuent de mettre en œuvre des systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME) dans leur pratique afin d'améliorer la qualité des soins dispensés et l'efficacité des activités. L'intégration de solutions de DME dans les pratiques cliniques est appuyée par plusieurs agences provinciales. En Ontario, l'entreprise OntarioMD a été créée dans le but d'aider les médecins communautaires à sélectionner, à mettre en œuvre et à adopter les systèmes de DME.

La tâche d'encourager les médecins ontariens à passer aux systèmes de DME n'était pas mince. Les plateformes certifiées de DME créées pour appuyer les médecins de soins primaires

n'étaient pas vraiment conçues pour les besoins des spécialistes. En l'absence d'outils essentiels et de fonctionnalité pour la communauté rhumatologique, l'Association de rhumatologie de l'Ontario (ORA) a créé un sous-comité sur les DME afin de déterminer les besoins de la communauté de rhumatologie et d'incorporer divers outils propres à la rhumatologie dans les plateformes existantes des DME, notamment des formulaires intelligents pour la consignation des données cliniques (avec compteurs d'articulations intégrés, calculateurs de l'activité de la maladie, résultats signalés par le patient et analyses de laboratoire), les questionnaires HAQ, BASDAI et BASFI ainsi que les formulaires de collecte de données pour le registre OBRI. Ces formulaires sont également accessibles aux rhumatologues des autres provinces si ceux-ci utilisent l'une des plateformes de DME de l'Ontario destinées aux spécialistes (Accuro, Telus-PS ou Oscar).

De nombreux médecins signalent que les DME ont augmenté leur charge de travail, exigeant davantage de saisie de données,



Les DME continuent de révolutionner les soins prodigués aux patients. Inforoute Santé du Canada rapporte que 79 % des spécialistes canadiens utilisent actuellement des systèmes de DME<sup>1</sup>. L'adoption de ces systèmes en rhumatologie est légèrement inférieure (70 %) et la majorité se trouve en Ontario.

Figure 1. Augmentation de l'utilisation des systèmes de DME chez les rhumatologues communautaires de l'Ontario : de 2010 à 2016

si bien qu'ils disent ressentir plus d'épuisement professionnel en raison des exigences accrues en matière de documentation. Certains disent même que les DME ont affaibli la relation entre le médecin et le patient en réduisant le contact visuel et l'attention accordée au langage corporel du patient. En revanche, ces défis peuvent être surmontés en optimisant l'espace numérique du cabinet et en intégrant les DME à la routine de la pratique d'une manière qui améliore la relation médecin-patient. Certains rhumatologues ont installé des kiosques dans les salles d'attente, permettant de recueillir les résultats signalés par les patients, tandis que d'autres rhumatologues ont mis au point de nouveaux outils pour les DME permettant de mieux documenter les plans de traitement des patients, puis de les partager simultanément avec ceux-ci. L'ORA a récemment conçu un plan de soins personnalisé pour l'arthrite inflammatoire visant à favoriser la participation active des patients à leurs soins. L'outil sera intégré dans la plateforme de DME Accuro, puis mis à l'essai dans quelques sites de rhumatologie de l'Ontario.

Avec l'accroissement de l'accessibilité et de l'adoption des plateformes de DME, les données n'ont jamais été aussi accessibles pour les utilisateurs. Les patients peuvent accéder à leurs renseignements médicaux personnels plus facilement; ils peuvent consulter les résultats de leur bilan sanguin en ligne, effectuer des visites virtuelles au moyen des services de télésanté en

rhumatologie et même, dans certaines régions, réserver leurs propres rendez-vous. Les médecins peuvent enregistrer et organiser leurs renseignements cliniques importants, lesquels peuvent être récupérés et modifiés plus facilement. Avec l'émergence des tableaux de bord individuels, ils peuvent également afficher et interpréter les données lors des rencontres avec leurs patients afin d'aider ceux-ci à prendre des décisions éclairées, ce qui se solde par la prestation de meilleurs soins. Pour appuyer ces efforts, l'Alliance de l'arthrite du Canada<sup>2</sup> a érigé un ensemble principal de données de rhumatologie normalisé à utiliser dans les DME. Grâce à la collecte normalisée des données, la mesure de résultats comparatifs de différents utilisateurs peut facilement être effectuée et partagée collectivement.

*D<sup>re</sup> Vandana Ahluwalia, chef de la direction corporative du Département de rhumatologie, William Osler Health System, Brampton (Ont.)*

*M<sup>me</sup> Sandra Couto, OBRI, directrice des partenariats et des relations avec les intervenants, Institut de recherche de l'Hôpital général de Toronto, Toronto (Ont.)*

Références :

1. Canada Health Infoway. Canadian Medical Association (CMA) 2017 Workforce Survey Results. Accessible à l'adresse : <https://infocentral.infoway-inforoute.ca/en/news-events/infocentral-news/3400-cma-workforce-survey-2017>
2. Development of a Canadian Core Clinical Dataset to Support High-quality Care for Canadian Patients with Rheumatoid Arthritis J Rheumatol 2017; 44:1813.

## 4) Soins partagés

### Le programme MedsCheck de l'Ontario intègre les pharmaciens dans les soins des patients

Par Carolyn Whiskin, pharmacienne, B. Sc. pharm., NCMP

Le ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario finance un programme de revue des médicaments qui est destiné à tous les résidents de l'Ontario prenant trois médicaments ou plus pour une ou plusieurs maladies chroniques. Ce programme appelé « MedsCheck » consiste en des entrevues individuelles menées par un pharmacien qui revoie avec le patient tous les médicaments d'ordonnance et en vente libre que prend ce dernier. Une évaluation du mode de vie est également réalisée afin de tenir compte du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'utilisation de drogues illicites et du niveau d'activité physique. À la fin du rendez-vous, une liste complète de tous les médicaments est fournie au patient et transmise à son médecin de famille, et les problèmes découverts liés aux traitements pharmacologiques sont communiqués au médecin prescripteur.

En signe de reconnaissance de l'utilité potentielle du programme MedsCheck pour les patients atteints d'arthrite, on a établi un comité mixte réunissant l'Association des pharmaciens

de l'Ontario et l'Association de rhumatologie de l'Ontario, lequel avait pour but de déterminer la manière dont ce programme pourrait aider à fournir un profil précis des médicaments pris par les patients que ces derniers pourraient ensuite partager avec leur rhumatologue. Une des recommandations du comité était que la personne responsable des admissions au cabinet du rhumatologue demande aux patients de prendre un rendez-vous MedsCheck avec leur pharmacien communautaire avant leur consultation à la clinique. La liste de médicaments produite pourrait ainsi être envoyée par télécopieur au cabinet du rhumatologue directement par la pharmacie communautaire, et des copies pourraient être remises au patient afin qu'il les fournisse à ses autres fournisseurs de soins de santé.

Un communiqué a ensuite été distribué à tous les pharmaciens et rhumatologues de l'Ontario, par le biais de leur association respective, dans un effort visant à maximiser l'adoption du programme MedsCheck en rhumatologie.

*M<sup>me</sup> Carolyn Whiskin, gérante, pharmacie Charlton Health, Hamilton (Ont.)*

Référence :

Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario. MedsCheck. Accessible à l'adresse : [www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/drugs/medscheck/medscheck\\_original.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/drugs/medscheck/medscheck_original.aspx)

## Ressources pour la participation active des patients à la prestation et à la prise en charge de leurs soins

Par M<sup>me</sup> Anne Lyddiatt

Chercher et trouver des sources fiables d'information sur la façon de vivre avec l'arthrite et de maîtriser celle-ci peut être une tâche ardue, ce qui est particulièrement vrai pour les patients dont le diagnostic est récent ou relativement récent et qui ne sont pas encore familiers avec la terminologie, les traitements et le type d'attentes raisonnables, et qui ne savent pas encore écarter les supposés remèdes « miracles » semblables aux combines « devenez riche en quelques jours » pour une maladie qui n'a pas encore de réel traitement curatif. Parmi les 100 formes d'arthrite et plus, comment le patient peut-il facilement trouver l'information applicable à sa propre affection?

La plupart des Canadiens sont peu disposés à suivre ou incapables de suivre un programme éducatif sur l'arthrite selon le modèle de Stanford consistant en six séances de deux heures par semaine. La nécessité de s'appuyer sur des renseignements exacts est plus importante que jamais, mais on penche encore en faveur de renseignements moins structurés et plus facilement accessibles.

Par ailleurs, les concepts de participation active des patients à la prestation et à la prise en charge de leurs soins peuvent être

sujets à différentes interprétations. Certains patients et professionnels définissent la participation active des patients à la prestation de leurs soins comme le fait de s'occuper de soi-même et de son arthrite, tandis que d'autres considèrent la participation active des patients à la prise en charge de leurs soins comme la façon de gérer la maladie au quotidien et la participation active des patients à la prestation de leurs soins comme un sujet différent. L'utilisation des deux termes est tout de même une bonne idée lors de recherches sur les ressources disponibles.

D'excellentes ressources sont accessibles en ligne, y compris *RheumInfo*, *Joint Health*, le site Web et les bulletins d'information de l'Alliance canadienne des arthritiques (ACA) ainsi que le site Web de La Société de l'arthrite, pour n'en nommer que quelques-unes. Le défi est de trouver une façon de rejoindre les gens qui viennent de recevoir un diagnostic et qui recherchent désespérément des réponses et de l'aide sur ces sites fiables. Assurer l'accès des gens aux renseignements leur permettant de comprendre leur arthrite et la nécessité de suivre leur plan de traitement afin de profiter de la meilleure qualité de vie possible demeure un défi constant.

M<sup>me</sup> Anne Lyddiatt, formatrice nationale, Programme Partenaires des patients, Sudbury (Ont.)

## 5) Mesure de la performance

### Les premières mesures de la performance du système pour l'arthrite inflammatoire au Canada

Par Claire Barber, M.D., Ph. D., FRCPC

Lorsque l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) a élaboré une approche pour les modèles de soins de l'arthrite inflammatoire (AI) en 2014, un composant essentiel de sa mise en œuvre était son évaluation. À cette époque, il n'existait aucune mesure de la performance du système pour les soins de l'AI. Nous avons donc entrepris une étude afin d'élaborer un ensemble de mesures de la performance permettant d'évaluer les modèles de soins de l'AI au niveau du système.

Par le biais de multiples rondes du processus Delphi modifié en ligne, nous avons obtenu les commentaires généraux d'un groupe de 50 intervenants dans le traitement de l'arthrite, y compris des rhumatologues, des professionnels paramédicaux, des personnes atteintes d'arthrite et des chercheurs. Les participants ont évalué la validité, la faisabilité, la pertinence et la probabilité d'utilisation d'un ensemble de mesures de la performance, celles-ci déterminées après un examen systématique de la littérature.

Six mesures de la performance ont été déterminées pour l'évaluation des soins de l'arthrite inflammatoire :

- 1) temps d'attente avant une consultation en rhumatologie pour les patients atteints d'AI apparue récemment
- 2) pourcentage de patients atteints d'AI vus par un rhumatologue
- 3) pourcentage de patients atteints d'AI suivis annuellement par un rhumatologue
- 4) pourcentage de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par un antirhumatisme modificateur de la maladie (ARMM)
- 5) délai avant l'instauration du traitement par un ARMM chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde
- 6) nombre de rhumatologues par habitant

Voilà ce qui constitue le premier ensemble de mesures de la performance du système pour l'évaluation des modèles de soins de l'AI. Ces dernières peuvent aider les décideurs en soins de santé à déterminer et à prioriser les domaines nécessitant une amélioration, ainsi qu'à mesurer les résultats des changements apportés au système de santé visant à améliorer les soins aux patients atteints d'AI.

D<sup>re</sup> Claire Barber, professeure agrégée, rhumatologue, Université de Calgary, Calgary (Alb.)

Référence :

Barber C, et coll. Development of system-level performance measures for evaluation of models of care for inflammatory arthritis. *J Rheumatol* 2016; 43:530-40.

## L'ensemble principal des données cliniques appuie la prestation de soins de haute qualité aux patients canadiens atteints de PR

Claire Barber, M.D., Ph. D., FRCPC

La variabilité dans la collecte des données cliniques a été déterminée comme étant un obstacle à la mesure de la qualité, puisqu'elle pose certains problèmes en ce qui concerne la tenue des dossiers des patients et le suivi de la prestation des soins. L'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) a établi un partenariat avec la SCR ainsi que divers chercheurs individuels afin de mettre au point un ensemble principal de données cliniques sur la polyarthrite rhumatoïde (PR) au Canada (EPDCPR-CAN) afin d'encourager les meilleures pratiques et de faciliter les futurs efforts de mesure de la qualité.

L'EPDCPR-CAN a été mis au point dans le cadre d'un programme à trois phases qui comprenait une analyse de contexte visant à déterminer un ensemble candidat des principaux éléments de données, des réunions d'intervenants afin d'établir la priorité d'inclusion des éléments et un processus Delphi modifié afin de finaliser l'ensemble principal des données cliniques. Les

commentaires généraux de 47 rhumatologues, personnes atteintes d'arthrite et professionnels paramédicaux provenant de partout au Canada ont été obtenus.

L'EPDCPR-CAN comprend 49 types individuels d'éléments de données regroupés dans neuf catégories : (1) caractéristiques démographiques; (2) chronologie des événements, y compris les dates d'apparition des symptômes, de la demande de consultation en rhumatologie, de la première visite et du diagnostic; (3) données cliniques; (4) activité de la maladie; (5) affections comorbides; (6) habitudes tabagiques; (7) résultats signalés par les patients; (8) médicaments; (9) données radiographiques et de laboratoire.

Il s'agit d'un premier pas important dans la normalisation des mesures qui nous aideront à améliorer la qualité des soins des personnes atteintes de PR.

*D<sup>re</sup> Claire Barber, professeure agrégée, rhumatologue, Université de Calgary, Calgary (Alb.)*

Référence :

Barber C, et coll. Development of a Canadian core clinical dataset to support high quality care for rheumatoid arthritis patients in Canada. *J Rheumatol.* 1<sup>er</sup> oct. 2017; doi: 10.3899/jrheum.170421.

## Transfert et mise en œuvre des connaissances

Par Alexander Lo, M.D., FRCPC, Shirley Chow, M.D., FRCPC, Natasha Gakhal, M.D., FRCPC et Linda Li, B. Sc. (PT), M. Sc., Ph. D.

Le transfert des connaissances (TC) est d'importance critique pour la recherche en santé, puisqu'il devient clair que la création de nouvelles connaissances ne mène pas souvent d'elle-même à leur mise en œuvre étendue ou à des répercussions sur la santé. Le TC est important pour combler l'écart entre la recherche et la pratique, afin que les patients puissent bénéficier de façon optimale des avancées en matière de données de recherche.

Il existe diverses théories, diverses approches et divers modèles de TC. Le cadre du processus « Des connaissances à la pratique »<sup>1</sup> en est un modèle. La mise en pratique des connaissances est un élément important qui représente la phase d'« action » du cadre de travail et qui comprend l'adaptation du produit ou de l'outil de connaissance pour sa mise en œuvre, sa dissémination et l'amélioration de sa qualité (AQ).

Le modèle d'amélioration est une approche pratique d'AQ qui peut être utilisée pour mettre en œuvre les modèles de soins de l'arthrite inflammatoire ou de l'arthrose dans les soins cliniques de première ligne. Selon ce modèle, des cycles « Planifier-Faire-Étudier-Agir » (PFÉA) séquentiels sont réalisés pour guider certaines activités d'amélioration particulières. En suivant quelques principes par étape, les prestataires de soins de santé peuvent réaliser une évaluation d'AQ de leur propre milieu clinique. Ces étapes comprennent une analyse de l'écart en cours visant à déterminer les façons par lesquelles la pratique d'une personne pourrait être améliorée afin de mieux refléter le modèle de soins.

La deuxième étape consiste à engager divers intervenants qui procéderont à une analyse de la cause première afin de com-

prendre les raisons justifiant les lacunes de la pratique et les obstacles à la mise en œuvre du modèle de soins dans un milieu particulier. Pour comprendre la nature du problème et cerner les principaux déterminants des lacunes en matière de qualité, on peut utiliser des outils comme des graphiques en arête de poisson, des schématisations du processus ainsi que des graphiques de Pareto, lesquels seront ciblés par l'intervention d'AQ.

La troisième étape consiste à mettre en œuvre un changement permettant d'améliorer la pratique, et à évaluer les effets du changement afin de cerner les ajustements qui pourraient être nécessaires afin de raffiner davantage le processus. De multiples cycles PFÉA à petite échelle sont habituellement nécessaires pour parvenir à des améliorations graduelles avec le temps.

*D<sup>r</sup> Alexander Lo, physiatre, Programme sur le cerveau et la moelle épinière, Institut de réadaptation de Toronto, Toronto (Ont.)*

*D<sup>re</sup> Shirley Chow, professeure agrégée, Département de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ont.)*

*D<sup>re</sup> Natasha Gakhal, rhumatologue, Women's College Hospital, Toronto (Ont.)*

*D<sup>re</sup> Linda Li, professeure, Université de la Colombie-Britannique, et chercheuse scientifique principale, Arthrite-recherche Canada, Vancouver (C.-B.)*

Références :

1. Graham D, et coll. Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006; 26(1):13.
2. Chow SL, Shojania K. "Rheum to Improve": Quality Improvement in Outpatient Rheumatology. *The Journal of Rheumatology* 2017; 44:9.

# Effectif en rhumatologie au Canada

Par Claire Barber, M.D., Ph. D., FRCPC

Les mesures de la performance du système de l'Alliance de l'arthrite du Canada ont été conçues pour évaluer les modèles de soins assurant aux patients atteints d'arthrite inflammatoire un diagnostic et un traitement en temps opportun. Le point central de la prestation rapide des soins consiste à s'assurer de la présence d'un nombre adéquat de rhumatologues pour établir le diagnostic précoce et instaurer le traitement approprié.

En 2015, la SCR a lancé le sondage national sur les effectifs de rhumatologues au Canada intitulé « Levez-vous pour être compté ». Les résultats ont mis en évidence la pénurie actuelle de rhumatologues partout au pays, laquelle pourrait s'aggraver au cours des 10 prochaines années, puisque le tiers des effectifs indiquent qu'ils ont l'intention de prendre leur retraite dans un avenir prochain.

Une analyse plus poussée des résultats du sondage sera publiée prochainement dans le *Journal of Clinical Rheumatology* et décrira les facteurs associés aux heures de travail clinique et aux volumes de patients des rhumatologues.

D<sup>re</sup> Claire Barber, professeure agrégée, rhumatologue, Université de Calgary, Calgary (Alb.)

Référence :

Barber CEH, et coll. Stand Up and Be Counted: Measuring and Mapping the Rheumatology Workforce in Canada. *J Rheumatol* 2017; 44(2):248-57.

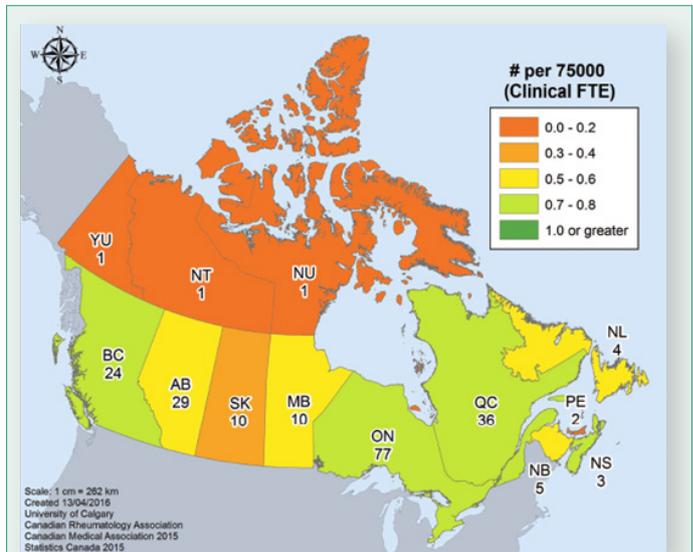


Figure 1. Répartition des rhumatologues au Canada

Carte du Canada indiquant le nombre de rhumatologues pratiquant à un équivalent temps plein (ETP) par 75 000 habitants ainsi que le nombre de rhumatologues ETP requis pour satisfaire au seuil cible de 1:75 000 (nombre provincial superposé). Les équivalents temps plein (ETP) étaient estimés d'après le temps médian alloué aux cliniques à l'échelle nationale, tel que rapporté par tous les répondants au sondage « Levez-vous pour être compté » de 2015; ils ont été utilisés pour ajuster le nombre de rhumatologues de l'Association médicale canadienne en 2015 dans chaque province.

Réimprimé avec la permission de : *Journal of Rheumatology* [Barber CEH, et coll., *J Rheumatol* 2017; 44(2)] Tous droits réservés.

## Perspectives économiques

Par Elena Lopatina, M.D., M. Sc., Deborah A. Marshall Ph. D., Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC, Stephanie Garner, M.D., M. Sc., Hani El-Gabalawy, M.D., FRCPC, FCAHS, Dianne Mosher, M.D., FRCPC et Carter Thorne, M.D., FRCPC

Les conséquences dévastatrices de l'arthrite inflammatoire (AI) pour les patients, le fardeau du traitement de l'AI imposé au système de soins de santé ainsi que les pertes de productivité<sup>1,2</sup> mettent en évidence la nécessité de fournir les bons soins aux bons patients et au bon moment<sup>3</sup>.

Compte tenu du manque de ressources en soins de santé et des contraintes financières<sup>4</sup>, l'efficacité des soins (c.-à-d. l'utilisation optimale des ressources pour obtenir les résultats souhaités<sup>5</sup> est un aspect important à prendre en considération<sup>5-7</sup>. Les modèles de soins constituent une approche qui devrait permettre d'améliorer l'accessibilité, la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins dispensés aux patients atteints d'AI<sup>8</sup>, améliorant ainsi les résultats des patients, accroissant la probabilité de rémission<sup>9</sup> et réduisant les frais médicaux connexes<sup>10-15</sup>.

D'un point de vue économique, il pourrait y avoir des coûts associés à la mise en œuvre et à l'exploitation des modèles de soins (p. ex. éducation et formation du personnel, financement continu pour les salaires du personnel), mais cela doit être soulevé par rapport aux avantages offerts aux patients, notamment les meilleurs résultats et les coûts de soins de santé réduits associés à la prise en charge de patients atteints d'AI présentant une faible activité de la maladie. Les modèles de soins pour les patients atteints d'AI ont ainsi le potentiel d'être rentables et économiques.

Les données probantes actuelles en matière d'efficacité des modèles de soins pour les patients atteints d'AI sont limitées, en particulier à l'échelle locale au Canada. Pour attirer l'attention des décideurs et améliorer l'adoption des modèles de soins pour les patients atteints d'arthrite, des données probantes sur leur

efficacité sont nécessaires. L'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) entreprend actuellement une analyse des conséquences financières des modèles de soins pour les patients atteints d'AI, en mettant un accent particulier sur l'accès aux éléments des soins des modèles de soins pour les patients atteints d'AI afin d'indiquer les avantages de la mise en œuvre des modèles de soins et d'explorer leur efficacité.

*D<sup>re</sup> Elena Lopatina, étudiante au doctorat, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine Cumming, Université de Calgary, Calgary (Alb.)*

*D<sup>re</sup> Deborah A. Marshall, professeure, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine Cumming, Université de Calgary, Calgary (Alb.)*

*D<sup>re</sup> Vandana Ahluwalia, chef de la direction corporative du département de rhumatologie, William Osler Health System, Brampton (Ont.)*

*D<sup>re</sup> Stephanie Garner, M.D., M. Sc., Rhumatologie (R4), Université McMaster, Hamilton (Ont.)*

*D<sup>r</sup> Hani El-Gabalawy, professeur de médecine et d'immunologie; Chaire de recherche subventionnée en rhumatologie, Université du Manitoba, Winnipeg (Man.)*

*D<sup>re</sup> Dianne Mosher, professeure de médecine, chef de la division de rhumatologie, Université de Calgary, Calgary (Alb.)*

*D<sup>r</sup> Carter Thorne, rhumatologue/directeur médical, Programme Arthrite, Centre de santé régional Southlake, Newmarket (Ont.)*

#### Références :

1. Marshall DA, Jonsson E, Martin L, Mosher DP et MacDonald KV. Rheumatoid arthritis in a policy perspective. A registry for research and better treatment of Albertans. 2015.
2. Bombardier C, Hawker G, Mosher D. The Impact of Arthritis in Canada: Today and Over the Next 30 Years. Alliance de l'arthrite du Canada, 2011. [www.arthritisalliance.ca](http://www.arthritisalliance.ca)
3. Epping-Jordan J, Pruitt S, Bengoa R, Wagner E. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(4):299-305.
4. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes: Oxford University Press; 2015.
5. Alberta Quality Matrix for Health. Health Quality Council of Alberta; 2005.
6. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs* 2008; 27(3):759-69.
7. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21<sup>st</sup> century. National Academy Press; 2001. Rapport n° 0309073227.
8. Garner S, Lopatina E, Rankin JA, Marshall DA. Nurse-led Care for Patients with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of the Effect on Quality of Care. *J Rheumatol* 2017; 44(6):757-65.
9. Gwinnutt JM, Symmons DP, MacGregor AJ, Chipping JR, Marshall T, Lunt M, et coll. The 20 year outcome and association between early treatment and mortality and disability in an inception cohort of patients with rheumatoid arthritis: Results from the Norfolk Arthritis Register. *Arthritis Rheumatol* 2017; 69(8):1566-75.
10. Barnabe C, Thanh NX, Ohinmaa A, Homik J, Barr SG, Martin L, et coll. Healthcare service utilisation costs are reduced when rheumatoid arthritis patients achieve sustained remission. *Ann Rheum Dis* 2013; 72(10):1664-8.
11. Beresniak A, Gossec L, Goupille P, Saraux A, Bamberger M, Bregman B, et coll. Direct cost-modelling of rheumatoid arthritis according to disease activity categories in France. *J Rheumatol* 2011; 38(3):439-45.
12. Huscher D, Mittendorf T, von Hinüber U, Kötter I, Hoese G, Pfäfflin A, et coll. Evolution of cost structures in rheumatoid arthritis over the past decade. *Ann Rheum Dis* 2015; 74(4):738-45.
13. Ahluwalia V, Frank C, Mosher D, Zummer M. A pan-Canadian Approach to Inflammatory Arthritis Models of Care. Alliance de l'arthrite du Canada, 2014. [www.arthritisalliance.ca](http://www.arthritisalliance.ca)

## Promotion du changement

Par Kelly Lendvoy et Janet Yale

Ce numéro spécial du JSCR visait à mettre en lumière les nombreux projets et initiatives entrepris par l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) et la communauté rhumatologique au cours des cinq dernières années. Ces initiatives ont également servi de fondement à nos efforts de promotion auprès des décideurs politiques partout au pays dont les décisions d'aujourd'hui auront une incidence sur l'accès des patients à des soins de l'arthrite de qualité au cours des années à venir.

Nos objectifs en matière de promotion et de sensibilisation sont de nous assurer que l'arthrite est parfaitement comprise par nos auditoires externes clés, c'est-à-dire les prestataires de soins de santé, le gouvernement, les employeurs et les assureurs privés, et de les inciter à s'engager et à investir dans les initiatives de notre communauté. Pour atteindre ces objectifs, l'AAC mobilise et active ses membres, en leur fournissant les outils et les données nécessaires pour exposer la problématique de l'arthrite.

L'AAC a élaboré des lignes directrices afin de s'assurer que nos activités de promotion sont efficaces et durables :

- Intégrées aux activités de sensibilisation de l'AAC;
- À l'échelle de ses capacités et de ses ressources;
- Opportunistes et tirant parti de la situation politique actuelle ou des politiques actuellement en place;

- Attrayantes et pertinentes pour ses partisans et ses membres;
- Offrant des occasions de perfectionner la capacité de l'organisation à bâtir des relations avec le gouvernement et à défendre les intérêts des partisans et des membres de l'AAC.

À mesure que nous allons de l'avant, l'AAC continuera de tirer parti d'un large éventail d'expertises, de compétences et de réseaux différents chez ses membres de partout au Canada, afin de fournir les renseignements fondés sur des preuves permettant de guider et d'appuyer les politiques qui amélioreront la prestation des soins aux personnes atteintes d'arthrite. Leurs travaux en cours, tant individuels qu'en collaboration avec d'autres intervenants dans les soins de l'arthrite, sont essentiels à l'atteinte de l'objectif global qui est d'atténuer le fardeau personnel et sociétal des 100 types d'arthrite et plus, principale cause de douleur et d'invalidité au Canada.

*M. Lendvoy Kelly, vice-président, Communications et affaires publiques, Arthritis Consumer Experts, Vancouver (C.-B.)*

*M<sup>me</sup> Janet Yale, présidente, Alliance de l'arthrite du Canada, et présidente et présidente-directrice générale, La Société de l'arthrite, Toronto (Ont.)*

# Regard vers l'horizon : l'avenir des modèles de soins

Par Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC, Dianne Mosher, M.D., FRCPC, Michel Zimmer, M.D., FRCPC, Michelle Teo, M.D., FRCPC, Claire Barber, M.D., Ph. D., FRCPC, Cheryl Barnabe, M.D., FRCPC et Carter Thorne, M.D., FRCPC

Le partenariat composé de l'Alliance de l'arthrite du Canada (ACC) et de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) propose des innovations dans les modèles de soins afin de répondre aux pénuries historiques en main-d'œuvre dans ce domaine, et d'anticiper la prochaine crise qui aura des conséquences sur l'accessibilité aux soins rhumatologiques. D'ici 2025, on estime que le tiers des rhumatologues canadiens prendront leur retraite<sup>1</sup>, ce qui est associé, de surcroît, à une croissance anticipée du volume de patients, surtout causée par le vieillissement de la population<sup>2</sup>. Étant donné les répercussions d'un diagnostic et d'un traitement précoces sur l'issue des maladies rhumatologiques, nous devons trouver d'autres approches pour offrir les soins nécessaires aux patients.

Les modèles de soins fondés sur des équipes représentent un choix naturel dans cette spécialité puisque celle-ci présente une longue histoire de collaboration avec d'autres professionnels paramédicaux, notamment des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et, plus récemment, des infirmières. Ces modèles accroissent l'accès des patients, améliorent la qualité des soins et revigorent le milieu clinique. L'élaboration de ces modèles demande temps et énergie, mettant ainsi en lumière la nécessité de mentorats entre pairs, d'occasions de partages des expériences et d'appuis nouveaux ou continus de la part des provinces et du gouvernement fédéral.

Comme le souligne cette édition du *JSCR*, un large éventail de modèles de soins différents ont été mis en œuvre avec succès partout au Canada. Il n'existe pas de solution universelle, et au bout du compte, le modèle le plus approprié sera déterminé par le style de pratique du rhumatologue, la disponibilité des professionnels paramédicaux, les ressources appuyant ledit modèle, et ultimement, les besoins de la communauté locale. Quel que soit le

modèle utilisé, les mesures de résultats du patient et du système doivent être recueillies, étudiées et analysées afin de vérifier que les besoins des patients sont satisfaits et qu'un changement positif se produit dans nos systèmes de prestation de soins.

L'adoption de mesures de la qualité des soins et la surveillance de l'adhésion aux mesures de la performance sont à leurs balbutiements en rhumatologie, mais l'avenir s'annonce radieux avec la nouvelle génération solide de rhumatologues au Canada. La prise de conscience de la nécessité de révolutionner les soins aux patients sera le moteur de ce changement positif.

*D<sup>re</sup> Vandana Ahluwalia, chef de la direction corporative du Département de rhumatologie, William Osler Health System, Brampton (Ont.)*

*D<sup>re</sup> Dianne Mosher, professeure de médecine, chef de la Division de rhumatologie, Université de Calgary, Calgary (Alb.)*

*D<sup>r</sup> Michel Zimmer, professeur agrégé, Université de Montréal; rhumatologue, Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, Montréal (Qc)*

*D<sup>re</sup> Michelle Teo, rhumatologue, Clinique médicale Balfour, Penticton (C.-B.) et professeure clinique, Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.)*

*D<sup>re</sup> Claire Barber, professeure agrégée, rhumatologue, Université de Calgary, Calgary (Alb.)*

*D<sup>re</sup> Cheryl Barnabe, professeure agrégée de rhumatologie, Université de Calgary, Calgary (Alb.)*

*D<sup>r</sup> Carter Thorne, rhumatologue/directeur médical, Programme Arthrite, Centre de santé régional Southlake, Newmarket (Ont.)*

#### Références :

1. Bombardier C, Hawker G, Mosher D. Alliance de l'arthrite du Canada. "The Impact of Arthritis in Canada: Today and Over the Next 30 Years." Octobre 2011.
2. Barber CE, Jewett L, Badley EM, Lacaille D, Cividino A, Ahluwalia V, et coll. Stand Up and Be Counted: Measuring and Mapping the Rheumatology Workforce in Canada. *J Rheumatol* 2017; 44:248-57.

## Remerciements

Cette section du *JSCR* sur la prestation des soins de santé et les modèles de soins, préparée par l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC), démontre sans aucun doute le travail considérable qui a été accompli dans l'élaboration et la mise en œuvre des modèles de soins au Canada. Le travail publié ne serait pas possible sans les efforts et le soutien de nombreuses

personnes et organisations à travers le pays. La présidente du conseil d'administration de l'AAC, les coprésidents de tous les comités piliers et leurs membres souhaitent exprimer leur profonde reconnaissance à tous ceux et celles qui ont contribué aux modèles de travail de soins au fil des ans et à cette publication dans le *JSCR*.

# Nouveau programme de collaboration en cardio-rhumatologie : améliorer les résultats cardiaques en rhumatologie

Par Lihi Eder, M.D., Ph. D., Shadi Akhtari, M.D., FRCPC et Paula Harvey, BMBS, Ph. D.

La notion voulant que l'inflammation soit néfaste pour les artères et que nos patients en rhumatologie présentent des risques élevés d'événements cardiovasculaires est aujourd'hui bien acceptée du milieu de la rhumatologie. Cependant, les connaissances sur les mécanismes sous-jacents des maladies cardiovasculaires chez les patients atteints de maladies rhumatismales comportent toujours de nombreuses lacunes, et cela donne lieu à des recommandations variables et contradictoires sur la prise en charge des risques cardiovasculaires chez ces patients. Les outils standards d'évaluation des risques cliniques, qui tiennent compte des facteurs de risque cardiovasculaire classiques, sous-estiment le risque cardiovasculaire chez les patients atteints de maladies rhumatismales inflammatoires. Nous avons donc besoin d'outils plus précis pour évaluer le risque cardiovasculaire dans cette population.

De même, il existe d'importantes lacunes dans nos connaissances sur la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients atteints de maladies rhumatismales. La sensibilisation des rhumatologues à l'augmentation du risque cardiovasculaire n'a pas donné lieu à une observation des recommandations en matière de traitement. De fait, une proportion importante de patients présente des facteurs de risque cardiovasculaire non diagnostiqués et insuffisamment traités. Ces lacunes dans les soins peuvent s'expliquer du fait que les visites chez les rhumatologues sont, tout naturellement,

consacrées à la prise en charge de la maladie rhumatismale proprement dite, ce qui laisse peu de temps pour la prévention primaire des événements cardiovasculaires. Cette situation pourrait être aggravée par le fait que de nombreux médecins de famille et même de cardiologues ne savent peut-être pas que ces patients présentent un risque cardiovasculaire accru. Les connaissances limitées sur les stratégies de prévention cardiovasculaire, et les désaccords au sein de la communauté rhumatologique sur le rôle des spécialistes par rapport à celui des omnipraticiens dans la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire, sont d'autres éléments qui pourraient expliquer les lacunes en matière de soins.

Le programme de cardio-rhumatologie du Women's College Hospital a été créé en juillet 2017 dans le cadre d'un vaste réseau de collaboration au sein de l'Université de Toronto, avec la participation de médecins du Mount Sinai Hospital sous la direction de la D<sup>re</sup> Bindee Kuriya.

Le programme est dirigé par la D<sup>re</sup> Lihi Eder, rhumatologue et chercheuse au Women's College Research Institute, et la D<sup>re</sup> Paula Harvey, cardiologue et chef du service de médecine au Women's College Hospital. En collaboration avec la D<sup>re</sup> Shadi Akhtari, cardiologue, qui dirige la clinique hebdomadaire de cardio-rhumatologie, l'équipe s'est fixé comme objectif d'améliorer la prise en charge du risque cardiovasculaire chez les patients atteints de maladies rhumatismales.



D<sup>re</sup> Lihi Eder



D<sup>re</sup> Shadi Akhtari



D<sup>re</sup> Paula Harvey

Paula Harvey collabore à la recherche dans le domaine de la cardio-rhumatologie depuis son arrivée au Canada, en 1999, au moment où elle est arrivée d'Australie pour mener des recherches post-doctorales dans un domaine qui présente pour elle un intérêt particulier, celui des maladies cardiovasculaires chez les femmes. Cet intérêt a mené à l'établissement d'une étroite collaboration dans les domaines des soins cliniques et de la recherche avec le programme sur le lupus de l'Université de Toronto. L'intérêt de Lihi Eder pour la morbidité cardiovasculaire associée aux maladies rhumatismales s'est développé durant ses recherches post-doctorales dans le cadre du programme sur la polyarthrite psoriasique de l'Université de Toronto, où elle a étudié les effets des médicaments biologiques sur la progression de l'athérosclérose chez les patients atteints d'atteinte psoriasique. Cet intérêt commun pour la médecine cardiovasculaire chez les patients en rhumatologie a mené à la mise en place du présent programme de collaboration.

Ce programme vise à améliorer la prévention primaire des événements cardiovasculaires chez les patients atteints de maladies rhumatismales, par l'élaboration de nouvelles approches de stratification du risque cardiovasculaire en se basant sur les facteurs de risque classiques, des biomarqueurs et l'imagerie cardiovasculaire. La clinique hebdomadaire reçoit les patients âgés de 40 ans et plus, qui sont atteints de polyarthrite rhumatoïde, de polyarthrite psoriasique et de spondylarthrite ankylosante mais qui n'ont pas d'antécédents de maladies cardiovasculaires, et qui sont dirigés vers la clinique. Les patients subissent une évaluation exhaustive, notamment une évaluation par un cardiologue, des analyses de laboratoire, des épreuves d'effort non invasives s'il y a lieu, une tomodensitométrie cardiaque avec calcul du score calcique, ainsi qu'une échographie carotidienne pour quantifier les dépôts de plaque dans les carotides. Les patients sont ensuite stratifiés selon les résultats de cette évaluation détaillée, en fonction de leur risque cardiovasculaire prévu, et des recommandations sont formulées au sujet de la pharmacothérapie et des interventions sur le mode de vie requises pour réduire ce risque. L'équipe de recherche prévoit faire un suivi des patients de la clinique dans le cadre d'une étude longitudinale ayant pour but de déterminer les résultats à long terme de ces interventions et d'étayer l'élaboration de lignes directrices fondées sur des données probantes.

Ce modèle de collaboration est une approche qui pourrait peut-être réduire les comorbidités chez les patients atteints de maladies rhumatismales. Des modèles de soins semblables existent déjà pour les patients atteints de diabète et de néphropathies chroniques. De tels modèles exigent toutefois des ressources locales et pourraient ne pas pouvoir s'appliquer à l'extérieur des centres universitaires. La sensibilisation des médecins à l'augmentation du risque cardiovasculaire chez les patients atteints de maladies rhumatismales inflammatoires, et l'élaboration d'autres modèles de partage des soins entre les médecins de famille, les rhumatologues et les cardiologues, sont d'autres objectifs à long terme de ce nouveau programme de collaboration. Enfin, l'éducation des patients en rhumatologie sur leur risque cardiovasculaire accru et sur l'importance de suivre les recommandations sur les habitudes de vie favorisant la santé cardiaque doit être un élément clé de toute stratégie visant à améliorer les résultats cardiovasculaires dans cette cohorte.

Grâce à un programme de soins coordonné entre le patient, le rhumatologue, le cardiologue et le médecin de famille, nous espérons répondre aux besoins non satisfaits en matière de soins cliniques et de recherche, afin de détecter tôt l'athérosclérose chez les patients atteints de maladies rhumatismales et d'améliorer les résultats sur la santé de ces patients.

*Lihi Eder*

*Professeure agrégée de médecine, Université de Toronto,  
Rhumatologue et chercheuse, Women's College Research Institute,  
Women's College Hospital,  
Toronto (Ontario)*

*Shadi Akhtari*

*Cardiologue associée, Division de cardiologie,  
Women's College Hospital,  
Toronto (Ontario)*

*Paula Harvey*

*Professeure agrégée de médecine, Université de Toronto,  
Médecin-chef et chercheuse, Women's College Research Institute,  
Women's College Hospital,  
Toronto (Ontario)*

---

## DPC pour rhumatologues débordés

# Réflexion sur la pratique : Puis-je améliorer les résultats chez mes patients avec les crédits de la section 3 du programme de MDC?

Par Raheem B. Kherani, B. Sc. (pharmacie), M.D., FRCPC, MHPE, Jerry M. Maniate, M.D., M. Éd., FRCPC et Craig M. Campbell, M.D., FRCPC

« J'ai récemment passé en revue mes activités de DPC », s'est exclamée la D<sup>re</sup> AKI Joint, une rhumatologue membre de la SCR. « Je me suis rendue compte que je n'ai pas beaucoup de crédits dans la section 3 malgré toutes mes activités de DPC l'année dernière. J'ai scrupuleusement passé en revue les articles de DPC des numéros de l'été et de l'automne 2017 du *JSCR*. J'ai assisté à des tables rondes ainsi qu'à l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) 2017 de la SCR à Ottawa pour des crédits de la section 1 du programme de MDC. Après avoir lu le dernier article, j'ai téléchargé l'application MAINPORT pour les utilisateurs de iPhone et d'Android ([royalcollege.ca/rcsite/resources/access-royal-college-apps-f](http://royalcollege.ca/rcsite/resources/access-royal-college-apps-f)), ce qui m'a permis de consigner en temps réel les crédits de la section 2 du programme de MDC pour les apprentissages auxquels je me consacrais déjà tout en soignant mes patients. »

« J'ai lu sur le site Web du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) que tous les nouveaux cycles de programme de MDC ayant commencé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 exigent l'obtention d'un minimum de 25 crédits dans chacune des sections pendant la période du cycle de cinq ans. Cela signifie que je dois moi aussi obtenir mes crédits de la section 3 du programme de MDC. Je n'ai jamais fait cela auparavant. »

« Fait intéressant, le site Web du Collège Royal mentionne que "les articles de recherche sur le DPC<sup>1,2</sup> ont clairement démontré que l'auto-évaluation des médecins est inexacte par rapport aux mesures de performance externes, et les stratégies d'évaluation qui fournissent des données et des rétroactions sont plus susceptibles de modifier la performance et d'améliorer les résultats des patients que les autres formes de développement professionnel continu". Même si je suis une clinicienne occupée, il va sans dire que je souhaite améliorer ma pratique

et prendre encore mieux soin de mes patients. Il me semble que cette approche pourrait réellement fonctionner. Je traite effectivement de nombreux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde qui ont besoin d'une évaluation du statut vaccinal et tuberculeux (TB) », a déclaré la D<sup>re</sup> Joint. « Il me semble que j'évalue constamment ces aspects des soins avant de commencer un traitement, mais comment en être sûre? »

« Le site Web du Collège royal présente un certain nombre d'idées potentielles pour l'évaluation de la performance, y compris une rétroaction de multiples sources, une rétroaction sur l'enseignement et l'observation directe. J'ai certainement utilisé les deux premières dans ma formation. Je me souviens d'une affiche à l'ASA 2017 mentionnant l'évaluation par vidéo (résumé n° 201, page 81, dans le *Journal of Rheumatology* [[jrheum.org/content/jrheum/early/2017/04/22/jrheum.170256.full.pdf](http://jrheum.org/content/jrheum/early/2017/04/22/jrheum.170256.full.pdf)]), abordée plus en détail par la suite dans le "Conseil du mois sur le MDC" dans la publication "Dialogue" du CRMCC ([royalcollege.ca/rcsite/publications/dialogue/dialogue-july-2017-f](http://royalcollege.ca/rcsite/publications/dialogue/dialogue-july-2017-f)). Toutefois, l'approche qui devrait fonctionner dans mon cas est la vérification de dossier. Lors de l'ASA 2016 de la SCR à Lac Louise, certains de mes collègues ont assisté à un atelier sur la vérification de dossier donné par le Dr Henry Averno, au cours duquel ils ont appris à analyser les dossiers médicaux de leurs patients afin d'améliorer la qualité des soins prodigués. La section des membres du site Web de la SCR (Figure 1) contient une panoplie de renseignements tirés de cet atelier ([rheum.ca/fr/members/chart\\_audit](http://rheum.ca/fr/members/chart_audit)). C'est vraiment utile! J'ai également trouvé des instructions étape par étape sur "Comment faire une vérification de dossier", ainsi qu'un lien menant vers des "Outils de vérification de dossier" et des exemples de vérifications cliniques du statut infectieux et vaccinal et de la sclérodermie. Il y a même un lien vers l'article

Tableau 1.

## Marche à suivre au moyen des ressources et des dossiers de patients\*

Étapes	Exemple
1 Sélectionner un sujet	Statut infectieux et vaccinal
2 Déterminer ce qui sera mesuré et les données de référence	Lignes directrices 2012 de la SCR (référence 3)
3 Recueillir ses propres données	Constatations tirées de l'analyse des dossiers : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 % des patients avaient subi un dépistage de la TB avant le début du traitement biologique</li> <li>• 90 % avaient reçu le vaccin contre la grippe</li> <li>• 77 % avaient reçu le vaccin antipneumococcique</li> <li>• 25 % des patients admissibles avaient reçu le vaccin contre le zona</li> </ul>
4 Comparer ses propres données avec les données de référence	Comparer avec les recommandations des lignes directrices 2012 de la SCR (Tableau 3; recommandations 2 à 9)
5 Obtenir une rétroaction	Passer en revue avec un collègue : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de dépistage de la TB et de vaccin contre la grippe élevés</li> <li>• Envisager des stratégies pour améliorer les taux de vaccination antipneumococcique et contre le zona chez les patients appropriés, comme l'approche prise par mon collègue et son infirmière, qui ont mis à disposition de leurs patients des brochures décrivant les vaccins pouvant être obtenus localement (stratégie considérée comme utile par les patients).</li> </ul>
6 Déterminer et appliquer les résultats	Mon collègue a fourni une copie du document d'éducation à l'intention des patients afin que je l'adapte à ma pratique locale. J'ai commencé à distribuer ces brochures et devrais recevoir d'autres commentaires de la part de mes patients ultérieurement.
7 Consigner la vérification de dossier dans le portfolio électronique MAINPORT	J'ai utilisé l'application MAINPORT pour documenter les 6 heures (18 crédits) que j'ai consacrées à ce projet.

d'un collègue membre de la SCR portant sur la publication des vérifications de la pratique ([ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5283566/](https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5283566/)). »

« Depuis que je suis la série sur le DPC pour rhumatologues débordés, je comprends mieux les sections 1, 2 et 3 du programme de MDC. Par conséquent, je suis maintenant plus précise dans mon choix de types d'apprentissage, je suis en mesure de documenter mes apprentissages basés sur mes patients avec l'application MAINPORT, en temps réel, et j'améliore également ma pratique et les soins prodigués à mes patients avec les vérifications de dossier », a commenté la D<sup>re</sup> Joint. « J'ai l'intention d'examiner le même type de données l'année prochaine pour voir si mon analyse montre des changements favorables. J'espère que mon collègue fera le même processus afin que nous puissions chacun apprendre l'un de l'autre. La dernière ASA de la SCR qui a eu lieu en 2018 à Vancouver comportait de nombreuses séances intéressantes, notamment sur l'immunothérapie, l'utilisation de la technologie numérique dans le traitement de l'arthrite, la cybersécurité, l'amélioration des compétences multiculturelles et

même les conflits d'intérêts. J'espère que je serai en mesure de poursuivre les apprentissages acquis en 2017 et de continuer à améliorer mes compétences en tant que rhumatologue. »

Si, avant de lire cette série, vous vous étiez demandé comment rendre votre apprentissage plus efficace, la lecture de ces articles et le temps que vous avez consacré à lire ces articles et à y réfléchir pour en arriver à certaines conclusions sur les résultats que vous aimeriez appliquer, seraient considérés comme un projet d'apprentissage personnel (section 2 du programme de MDC). Veuillez répondre à ce sondage pour vous aider dans votre réflexion et nous faire savoir en quoi cela vous a été utile.

Nos vies en tant que rhumatologues sont bien remplies, avec les nombreux intérêts personnels et professionnels que nous devons équilibrer. L'optimisation de l'apprentissage, la mise en œuvre d'outils utiles et la réflexion sur la pratique, comme l'a fait la D<sup>re</sup> AKI Joint, peuvent rendre l'apprentissage plus efficace et agréable tout en améliorant les soins que nous fournissons!

Si vous avez des anecdotes personnelles ou des conseils sur le DPC à partager, veuillez communiquer par courriel avec Claire McGowan, à [claire@rheum.ca](mailto:claire@rheum.ca).

Entrez vos mots-clés

## Banque de vérifications de dossiers

Répertoire des membres

Assemblée générale annuelle

2018

Ressources cliniques

Carrières et offres d'emploi

Sites d'offres d'emplois

Banque de vérifications de dossiers

Bourses et Prix

FLIRT

Renouvellement d'adhésion

Avantages de l'adhésion

Bulletin

Recruitment Resources

Social Media 101

Résultats des sondages

Hommage

Bénévole

Les vérifications de dossiers sont une façon pour vous de comparer ce que vous faites réellement à ce que vous croyez faire.

Suivez les liens ci-dessous pour consulter les différents outils de vérification de dossiers et acquérir des crédits de la section 3.

### Renseignements généraux sur la vérification

- [Comment faire une vérification de dossier](#)
- [Outil de vérification des dossiers](#)
- [Vérification clinique du statut infectieux et vaccinal](#)
- [Atelier de vérification clinique, Assemblée scientifique annuelle 2016, Lake Louise, Alberta\\*](#)
- [Publication des vérifications de la pratique; réflexion sur la pratique\\*](#)

### Vérification de dossiers de sclérodémie

Auteure : Janet Pope

- [Vérification de dossier – sclérodémie – Objectifs\\*](#)
- [Vérification de dossier – sclérodémie – Approche de dépistage pour le projet\\*](#)
- [Vérification de dossier – sclérodémie – Engagement à changer la pratique\\*](#)
- [Vérification de dossier – sclérodémie – Classification clinique de l'OMS pour l'hypertension pulmonaire\\*](#)
- [Vérification de dossier – sclérodémie – Tableau des recommandations\\*](#)
- [Vérification de dossier – sclérodémie – Formulaire de révision\\*](#)

\*disponible en anglais seulement

Si vous avez réalisé avec succès une vérification de votre pratique, vos contributions sont les bienvenues pour alimenter la Banque de vérifications de dossiers de la SCR. [Soumettre une vérification de dossier.](#)



### Boîte à suggestions

Veillez [soumettre vos idées](#) pour la tenue de possibles activités de la Section 3.

Figure 1. Site Web de la SCR, section des membres

Remerciements : Dr Barry Koehler (ancien président de la SCR), pour la discussion tenue juste après l'ASA 2017 de la SCR, qui a donné lieu à cette série d'articles.

Raheem B. Kherani, B. Sc. (pharmacie), M.D., FRCPC, MHPE  
Président du Comité de l'éducation de la SCR  
Professeur clinique agrégé, Université de la Colombie-Britannique  
Directeur médical, Programme sur l'arthrite,  
Centre de réadaptation GF Strong  
Rhumatologue, West Coast Rheumatology Associates  
Richmond (C.-B.)

Jerry M. Maniate, M.D., M. Éd., FRCPC  
Vice-président de l'éducation, L'Hôpital d'Ottawa  
Professeur agrégé de médecine, Université d'Ottawa  
Ottawa (Ont.)

Craig M. Campbell, M.D., FRCPC  
Directeur, Développement professionnel continu,  
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada  
Ottawa (Ontario)

## Calgary

### Une subvention pour des chercheurs de Calgary

D'éminents pédorhumatologues et rhumatologues pour adultes de Calgary, dont les D<sup>rs</sup> Susa Benseler, Marvin Fritzler, Marinka Twilt et Dianne Mosher, et une scientifique, la D<sup>re</sup> Deborah Marshall, ont obtenu une subvention de dix millions de dollars de Génome Canada en partenariat avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), pour transformer le traitement de l'arthrite juvénile en améliorant les moyens de déterminer quel médicament convient le mieux à chaque patient.

### Départ à la retraite d'une infirmière exceptionnelle, Terri Lupton

Par une agréable soirée du printemps 2017, nous avons souligné la carrière de Terri Lupton, qui a contribué à faire connaître Calgary par la mise en place d'une unité centrale de triage à l'échelle de la ville, tout en servant de mentor auprès d'un grand nombre d'infirmières et d'infirmiers qui se sont joints à la division de rhumatologie depuis 2006. La « Conférence Terri Lupton » annuelle a été créée en son honneur.



Terri Lupton et D<sup>re</sup> Dianne Mosher

### Reportage sur un rhumatologue sur le réseau CBC

La station locale de nouvelles du réseau CBC a récemment fait un reportage sur le D<sup>r</sup> MacMullan, qui n'a pas hésité à utiliser son vélo pour se rendre dans quatre hôpitaux et une clinique externe de la ville (un trajet aller-retour de plus de 100 km), malgré les abondantes chutes de neige que Calgary a connues cet hiver. Le D<sup>r</sup> MacMullan a ajouté à sa notoriété en amenant son collègue irlandais, le D<sup>r</sup> Liam Martin, à chanter « Ring of Fire », un hymne local des Flames de Calgary, à l'occasion de la fête de Noël de notre Division qui s'est tenue au Panthéon des sports canadiens.



D<sup>r</sup> Paul MacMullan et D<sup>r</sup> Liam Martin

– Cheryl Barnabe, M.D., FRCPC, M. Sc.

## Nord de l'Alberta

### Du côté de l'Université de l'Alberta

La Division de rhumatologie de l'Université de l'Alberta a accueilli son nouveau directeur de division, le D<sup>r</sup> Jan Willem Cohen Tervaert à l'automne 2017. Il a obtenu son diplôme de médecine et son doc-

torat aux Pays-Bas, et sa thèse portait sur les auto-anticorps ANCA. Il apporte une nouvelle perspective néerlandaise et un vaste corpus de travail dans le domaine de la vasculite et de l'immunologie. Il est également un ancien président du Conseil consultatif scientifique de la Dutch Arthritis Foundation. La division a hâte de voir où il nous mènera!



D<sup>r</sup> Jan Willem Cohen Tervaert et D<sup>re</sup> Carrie Ye

La D<sup>re</sup> Carrie Ye, rhumatologue formée à l'Université de l'Alberta, occupera le poste de directrice de programme de la division. Celle-ci vient également de fonder une clinique multidisciplinaire pour la prise en charge de l'ostéoporose provoquée par les glucocorticoïdes. Elle remplace le D<sup>r</sup> Steven Katz, qui assume maintenant le rôle de directeur du Programme principal de médecine interne.

De même, nous sommes ravis d'annoncer que deux résidents en rhumatologie récemment diplômés poursuivent une formation supplémentaire à l'Université de l'Alberta, enrichissant ainsi notre division. La D<sup>re</sup> Sarah Troster est enthousiaste à l'idée d'entreprendre sa maîtrise en éducation tout en collaborant également avec d'autres rhumatologues de l'ouest du Canada pour créer un registre de grossesse et de maladie rhumatismale. La D<sup>re</sup> Natalie Maclean travaille actuellement sur sa maîtrise en épidémiologie à la School of Public Health et explore dans sa thèse les résultats liés au patient dans l'arthrite inflammatoire. Le D<sup>r</sup> Mohamed Osman poursuit la deuxième année de sa bourse de recherche en immunologie et a fondé une clinique d'immunologie clinique, collaborant avec un groupe pluridisciplinaire pour créer une expertise en immunologie clinique.



D<sup>r</sup> Steven Katz, D<sup>re</sup> Sara Troster et Tobi Leber

### Nouvelles des nouveaux diplômés

Avec la montée récente des demandes en rhumatologie, nous sommes ravis d'envoyer nos récents diplômés dans le monde réel. La D<sup>re</sup> Evelyn Kwok a déménagé à Kelowna pour rejoindre le D<sup>r</sup> Stuart Seigel, tandis que le D<sup>r</sup> Norm Madsen continue d'examiner nombre d'articulations dans le nord-ouest d'Edmonton tout en agrandissant sa propre famille. Les D<sup>rs</sup> Jason Soo et Tharindri Dissanayake ont ouvert un nouveau cabinet en face de l'Université de l'Alberta : la clinique Garneau Rheumatology. Nous sommes ravis de travailler avec nos nouveaux collègues en rhumatologie.

– Joanne Homik, M.D., M. Sc., FRCPC et Stephanie Keeling, M.D., M. Sc., FRCPC

**Le premier et le seul anti-TNF indiqué  
dans le traitement de la nr-Ax SpA<sup>1\*†</sup>**

# TOUS LES TYPES DE SPONDYLARTHRITE AXIALE NE PEUVENT ÊTRE VUS PAR RAYON-X<sup>2</sup>

1391.837

## **Indications et usage clinique qui n'ont pas été abordés ailleurs dans le présent document :**

SIMPONI<sup>®</sup> est également indiqué :

- Pour la réduction des signes et des symptômes chez les patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) active dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante.
- En association avec le méthotrexate (MTX), pour la réduction des signes et des symptômes et l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active, et pour ralentir la progression des dommages structuraux chez les patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active et qui n'ont pas reçu de traitement antérieur par le MTX.
- Pour la réduction des signes et des symptômes de la maladie, pour le ralentissement de la progression des dommages structuraux et pour l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de rhumatisme psoriasique modérément à sévèrement actif. SIMPONI<sup>®</sup> peut être utilisé en association avec du MTX chez les patients qui ne répondent pas bien au MTX seul.
- Chez les patients adultes atteints de colite ulcéreuse modérément à sévèrement active qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux traitements standard, comprenant les corticostéroïdes, les aminosalicyles, l'azathioprine (AZA) ou la 6-mercaptopurine (6-MP), ou qui présentent des contre-indications médicales à ces traitements, pour : l'induction et le maintien de la réponse clinique (réduction des signes et des symptômes); l'induction d'une rémission clinique; l'obtention d'une rémission clinique soutenue chez les patients ayant répondu au traitement d'induction; l'amélioration de l'apparence endoscopique de la muqueuse intestinale pendant le traitement d'induction.
- Aucune étude n'a été menée chez des patients pédiatriques.
- Comme les infections sont plus fréquentes chez la population âgée en général, la prudence s'impose lors du traitement des patients âgés. L'étude portant sur la nr-Ax SpA ne comptait aucun patient âgé de 65 ans et plus.

## **Contre-indications :**

- Infections graves telles que sepsis, tuberculose ou infections opportunistes.
- Insuffisance cardiaque congestive modérée ou grave (de classe III ou IV selon la NYHA).

- Hypersensibilité au golimumab ou à l'un des autres composants du produit ou du contenant.

## **Mises en garde et précautions les plus importantes :**

### **Infections :**

- Des infections graves ayant entraîné une hospitalisation ou un décès, y compris le sepsis, la tuberculose, les infections fongiques invasives et d'autres infections opportunistes, ont été observées à la suite de l'emploi d'antagonistes du TNF, y compris le golimumab. Si un patient présente une infection grave ou un sepsis, le traitement par SIMPONI<sup>®</sup> doit être cessé. Le traitement par SIMPONI<sup>®</sup> ne doit pas être instauré chez des patients présentant des infections actives, y compris des infections chroniques et localisées.
- Les médecins doivent user de prudence lorsqu'ils envisagent de prescrire SIMPONI<sup>®</sup> aux patients ayant des antécédents d'infections récurrentes ou latentes (y compris la tuberculose), ou des troubles sous-jacents, qui pourraient les prédisposer à des infections, ou aux patients ayant résidé dans des régions où la tuberculose et les infections fongiques invasives, comme l'histoplasmosse, la coccidioïdomycose ou la blastomycose, sévissent à l'état endémique.
- La tuberculose (principalement sous la forme clinique disséminée ou extrapulmonaire) a été observée chez des patients ayant reçu des inhibiteurs du TNF, y compris le golimumab. La tuberculose pourrait être due à la réactivation d'une tuberculose latente ou à une nouvelle infection.
- Avant d'entreprendre un traitement par SIMPONI<sup>®</sup>, il importe d'évaluer tous les patients, afin de s'assurer qu'ils ne sont pas atteints de la forme active ou latente de la tuberculose.
- Chez les patients faisant l'objet d'un diagnostic de tuberculose latente, un traitement antituberculeux doit être instauré avant de commencer un traitement par SIMPONI<sup>®</sup>.
- Les médecins doivent surveiller les patients recevant SIMPONI<sup>®</sup>, y compris les patients ayant un résultat négatif au test de dépistage de la tuberculose latente, afin de détecter tout signe ou symptôme de tuberculose active.

### **Affections malignes :**

- Des lymphomes et autres affections malignes, parfois fatals, ont été signalés chez des enfants et des adolescents ayant reçu un traitement par des inhibiteurs du TNF, classe de médicaments dont fait partie le golimumab.

**Pour les patients atteints de nr-Ax SpA\* active grave qui  
présentent des signes objectifs d'inflammation (SIO)**

**Choisissez SIMPONI®**

## INDICATION

Traitement des adultes atteints de spondylarthrite axiale non radiographique (nr-Ax SpA) active grave qui présentent des signes objectifs d'inflammation, tels qu'un taux élevé de protéine C-réactive (CRP) et/ou des signes visibles à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et dont la réponse aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) est inadéquate ou qui ne tolèrent pas ces médicaments.

### Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Personnes âgées (≥ 65 ans) : La prudence s'impose lors du traitement des patients âgés.
- Risque de réactivation du virus de l'hépatite B.
- Risque d'aggravation ou d'apparition d'une insuffisance cardiaque congestive.
- Risque d'infection avec l'emploi concomitant de l'anakinra, de l'abatacept ou d'autres agents biologiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.
- Risque de réactions hématologiques.
- Risque de réactions d'hypersensibilité.
- Risque lié à la sensibilité au latex.
- Risque d'infections cliniques, y compris des infections disséminées, avec l'administration concomitante de vaccins vivants et d'agents infectieux thérapeutiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.
- Risque d'auto-immunité.
- Peut entraîner une immunosuppression; peut agir sur les défenses de l'hôte contre les infections et les affections malignes.
- Possibilité d'erreurs posologiques.
- Risque d'apparition ou d'exacerbation de troubles de démyélinisation du SNC.
- Risque d'infection périopératoire.
- Les femmes en mesure de procréer doivent utiliser une méthode de contraception adéquate pour ne pas devenir enceintes et doivent continuer la contraception pendant au moins 6 mois après le dernier traitement.
- Les femmes ne doivent pas allaiter durant le traitement ni pendant au moins 6 mois après le dernier traitement par SIMPONI®.
- À utiliser avec prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique.

- Pourrait exercer une légère influence sur la capacité à conduire, car son administration pourrait entraîner des étourdissements.

### Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.com/canada/fr/products#prod-456> pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans ce document.

Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-567-3331.

\* Spondylarthrite axiale non radiographique.

† La portée clinique comparative n'a pas été établie.

**Références :** 1. Monographie de SIMPONI®, Janssen Inc., 21 août 2017. 2. Hochberg, MC, Silman, AJ, Smolen, JS, *et al.* (2015). Rheumatology. Philadelphia: Mosby/Elsevier.



**Programme de soutien complet qui aide vos patients à prendre en charge leur traitement par <sup>Pr</sup>XELJANZ<sup>MD</sup>**

## Accès

- Services de transition
- Quote-part
- Accès pour des raisons humanitaires

## Ressources

- Guichet unique
- Ressources multilingues
- Plans de bien-être relatifs au style de vie

Polyarthrite  
rhumatoïde

## Soutien

- Soutien administratif
- Comptes rendus des progrès
- Éducation des patients

**Conçu pour contribuer au soutien de vos patients atteints de polyarthrite rhumatoïde**

**1-855-XEL-EXEL (1-855-935-3935)**

XELJANZ (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou grave qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ en monothérapie.

Il n'est pas recommandé d'utiliser XELJANZ en association avec des antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions relatives à l'usage clinique. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.



XELJANZ, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada inc., licencié  
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada inc., licencié  
© 2017 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5  
CA0116TOF008F

