

CRAJ SCCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



En vedette : Formation médicale & compétence par conception

Éditorial

À propos de la pertinence

Des nouvelles de l'ICORA

Remise de bourses 2019 de l'ICORA

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

Rétroaction des pairs et évaluation des ateliers lors de l'ASA de la SCR

Arthroscopie

EULAR 2019 – Compte-rendu de Madrid

Sondage sur l'utilisation de la biopsie de l'artère temporale ou de l'échographie Doppler dans l'évaluation de l'artérite à cellules géantes

Évaluation des modèles de pratique canadiens quant à l'aortite idiopathique: une étude qualitative

De nouvelles ressources pour la gestion de l'arthrite au travail

L'art de la rhumatologie : images du Foldscope

Prix, nominations et distinctions

Les D^{rs} Sasha Bernatsky, Vinod Chandran et Rayfel Schneider

Articulons nos pensées

Résultats du sondage : tendances de prescription du méthotrexate au Canada

Nouvelles régionales

Mise à jour de la Nouvelle-Écosse

Hommage boréal

Regards sur l'évolution récente de la formation médicale en rhumatologie

Journal d'une directrice de programme

Lancement de la CPC en rhumatologie pédiatrique : garder la tête hors de l'eau

Exécuter votre première vérification de dossier

La CPC et vous

Formation médicale 2.0 – Rendre les bons résidents meilleurs : dans la foulée du Grand Débat de l'ASA 2019 de la SCR

Le programme ECHO Rhumatologie : améliorer l'accès aux soins en rhumatologie dans les régions mal desservies grâce au renforcement des capacités

Notre gamme de produits biologiques d'origine en dit long sur notre engagement continu...

- à élargir les choix thérapeutiques pour les médecins;
- à offrir un bon nombre d'options thérapeutiques aux patients;
- à investir dans la découverte et le développement de nouvelles thérapies, aujourd'hui et demain.



Programme BioAdvance® de Janssen
Soins axés sur les patients, simplicité pour vous.

Le programme BioAdvance® de Janssen offre à l'heure actuelle un soutien spécialisé et personnalisé à plus de **55 000** patients au Canada...

La promesse du programme BioAdvance® de Janssen :

- Un coordonnateur BioAdvance® de Janssen comme personne-ressource pour toute la gamme de produits biologiques de Janssen (**SIMPONI®**, **SIMPONI® I.V.**, **STELARA®**, **STELARA® I.V.**, **TREMFYA™** et **REMICADE®**).
- Une inscription simple commençant par un seul appel ou courriel.
- Une aide pour obtenir un remboursement ou une assistance financière.
- Une formation et des outils qui aideront les patients à gérer leur traitement.

À propos de la pertinence

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« Un bon chirurgien ne se concentre pas seulement sur ses compétences techniques, mais aussi sur la pertinence de ce qu'il fait. » [Traduction] – Benjamin Carson

Un soir, en accédant à mon DME depuis la maison, j'aperçois un nouvel aiguillage dans la boîte de réception électronique du télécopieur. « Veuillez voir ce patient qui présente un test AAN positif, des douleurs articulaires et une éruption cutanée. » Eh bien, il pourrait s'agir d'un lupus érythémateux disséminé (LED) chez une jeune femme, mais cette fois-ci le patient est un homme de 68 ans avec une longue histoire d'eczéma, des radiographies des mains et des genoux montrant une arthrose typique et un test AAN de 1/160 homogène avec valeurs négatives aux tests FR, C4, CH50 et Ac anti-ADNdb, qui ont également été effectués. Ce n'est pas une situation rare, qui pourrait se prêter à une consultation en ligne, le cas échéant, accompagnée du renvoi de l'outil sur l'arthrose du Centre for Effective Practice (www.cfpc.ca/uploadedFiles/CPD/OATOOL_FINAL_Sept14_FRE.pdf) et d'autres recommandations concernant la prise en charge.

En discutant avec d'autres rhumatologues autour d'un dîner ou lors de conférences, on constate que nous recevons tous ces types d'aiguillages. Bien que la campagne *Choisir avec soin* ait largement signalé le caractère inapproprié de nombreux tests sérologiques en rhumatologie, il semble que nous n'ayons pas beaucoup d'impact sur le terrain. Pourquoi? Il existe une littérature abondante sur la faible sensibilité et la faible spécificité des tests FR et AAN^{1,2}. Le recours excessif à des tests et le surdiagnostic ont été soulignés lors d'une séance plénière de l'EULAR 2019, où l'on a mis notamment en évidence le test AAN (affiche OP0020). Je remarque que les laboratoires médicaux promeuvent auprès des patients certains tests pour lesquels ceux-ci doivent payer de leur poche, notamment le test JOINTSTAT pour la polyarthrite rhumatoïde (PR), mais aucun ne fait la promotion des tests FR et AAN auprès des patients ou des médecins. Aucun rhumatologue universitaire que j'ai pu rencontrer dit que ses cours destinés aux étudiants en médecine ou aux résidents en médecine familiale préconisent des tests FR ou AAN pour tous les patients souffrant de douleurs articulaires ou comme préalable nécessaire à un aiguillage en rhumatologie. Aucun guide de pratique clinique ne suggère ce comportement. Bien que certains hôpitaux puissent autoriser la demande d'une « série d'examen de laboratoire en rhumatologie », les tests doivent être demandés individuellement dans le cadre de la pratique ambulatoire. En Ontario, la demande standard de laboratoire ne mentionne aucun de ces tests sur le formulaire pré-imprimé. Ils doivent être demandés individuellement et ajoutés manuellement au formulaire. En dépit de cette méthode éprouvée d'économie comportementale conçue pour réduire le nombre d'ordonnances de tests, le déferlement de demandes de FR, AAN, HLA-B27, anti-CCP, anti-ENA et de composants du complément persiste, comme le montrent des études canadiennes^{3,4}.

Que peut-on faire pour réduire la persistance de ce comportement appris indésirable? La cohorte de médecins de première ligne qui ont commencé à pratiquer avant la campagne *Choisir avec soin* est-elle une cause perdue? On espère que non. Au plan individuel, j'ai présenté un exposé sur les tests de laboratoire en rhumatologie à de nombreuses reprises devant de vastes auditoires lors de diverses conférences portant sur les soins primaires. C'est un exposé apprécié, mais est-ce que je parviens à changer les comportements? Difficile à savoir. Lors d'une conférence portant sur une région sanitaire précise près de Toronto, j'ai pu trouver une liste de tous les rhumatologues de la région et de leurs exigences en matière de demandes d'aiguillage. Il est rassurant de constater qu'aucun d'entre eux n'a exigé l'un ou l'autre des tests trop demandés comme condition préalable à l'examen d'un patient. (www.mississaugahealthline.ca/listServices.aspx?id=10981). Le formulaire d'aiguillage CART sur le site rheuminfo.com est aussi centré principalement sur des éléments de l'historique et de l'examen physique (<https://rheuminfo.com/docs/physician-tools/Canadian-Arthritis-Referral-Tool-CART.pdf>). Les tests FR, AAN, ESR et CRP y sont mentionnés, mais ne sont pas obligatoires.

Si la carotte n'est pas efficace, peut-être que le bâton le sera. Après six ans sans contrat et avec des réductions progressives des honoraires, les médecins de l'Ontario, y compris les rhumatologues, ont conclu une entente arbitrée avec le ministère de la Santé de l'Ontario au début de 2019. Dans le cadre de l'entente, un groupe de travail sur la pertinence a été mis sur pied pour réaliser des économies de 460 millions de dollars au cours des prochaines années en resserrant la définition des codes de frais ou en radiant certains services. La Dre Julie Kovacs et moi-même avons soumis des propositions dans le domaine de la rhumatologie, et la question des tests de laboratoire inappropriés est un élément important de ces propositions. Les coûts encourus ne sont pas seulement les quelques dollars pour chaque test, mais aussi les conséquences en aval liées à l'anxiété du patient face à des tests positifs et à la génération d'aiguillages inappropriés et coûteux, qui nuisent également à l'accessibilité des consultations en rhumatologie des patients qui ont le plus besoin de nous. Aucune décision n'a été prise à ce jour, mais nous gardons espoir.

Comme on dit, à chacun son heure de gloire. En dépit de ce que je pense au sujet de tests AAN inappropriés, j'étais intéressé à trouver une affiche au congrès 2019 de l'EULAR montrant qu'un test AAN négatif, que je n'aurais peut-être jamais demandé moi-même pour un patient atteint de PR, pourrait être utile. L'étude a révélé que les patients atteints de PR qui présentaient un taux d'AAN de base négatif au départ n'ont jamais développé d'anticorps neutralisants anti-médicaments lorsqu'ils étaient traités

Suite à la page 5

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

Énoncé de mission. La mission du 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
Vice-président,
Ontario Rheumatology Association,
Ancien président,
Section de rhumatologie,
Ontario Medical Association
Scarborough (Ontario)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

Vandana Ahluwalia,
M.D., FRCPC
Présidente, SCR
Ancienne chef de la direction,,
Service de rhumatologie,
William Osler Health Centre
Brampton (Ontario)

Evelyn Sutton,
M.D., FRCPC, FACP
Vice-présidente, SCR
Vice-doyenne, enseignement
médical prédoctoral
Professeure de médecine,
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Joanne Homik,
M.D., M. Sc., FRCPC
Présidente sortante, SCR
Professeure agrégée
de médecine,
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

MEMBRES

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

Cory Baillie,
M.D., FRCPC
Professeur adjoint,
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

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

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,
Southlake Regional
Health Centre
Newmarket (Ontario)

Le JSCR est en ligne!
Retrouvez-nous au
www.craj.ca/index_fr.php

Code d'accès : **craj**

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.

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., 2019. 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 : septembre 2019.

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 sélectionnent 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, à l'adresse suivante : 6500 route Transcanadienne, bureau 310, Pointe-Claire (Québec) H9R 0A5.

À propos de la pertinence

(Suite de la page 3)

avec l'infliximab ou l'adalimumab (affiche SAT0155). Comme je n'ai pas accès aux tests de dépistage des anticorps neutralisants anti-médicaments, le test AAN négatif ordonné par quelqu'un d'autre avant de me diriger un patient atteint de PR peut en réalité être utile si ce patient connaît un échec secondaire à un traitement par l'un de ces deux anti-TNF.

Pendant ce temps, en revenant au bureau, il y a un nouvel aiguillage : « Un homme de 53 ans avec un historique de nombreuses lésions professionnelles et des douleurs chroniques présente une VS légèrement élevée à 28, un FR légèrement positif à 15 UI et un test AAN positif à une dilution de 1/40 de type homogène. Veuillez évaluer les causes rhumatologiques de la douleur. » J'y suis habitué, mais j'espère que les rhumatologues de l'avenir seront épargnés par ce type de demande de consultation si nos efforts d'éducation portent fruit.

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

Références :

1. Abeles AM, Abeles M. The clinical utility of a positive antinuclear antibody test result. *Am J Med* 2013; 126(4):342-8.
2. Miller A, Mahtani KR, Waterfield MA, et coll. Is rheumatoid factor useful in primary care? A retrospective cross-sectional study. *Clin Rheumatol* 2013; 32(7):1089-93.
3. Ferrari R. Evaluation of the Canadian Rheumatology Association Choosing Wisely recommendation concerning anti-nuclear antibody (ANA) testing. *Clin Rheumatol* 2015; 34(9):1551-6.
4. Man A, Shojania K, Phoon C, et coll. An evaluation of autoimmune antibody testing patterns in Canadian health region and an evaluation of a laboratory algorithm aimed at reducing unnecessary testing. *Clin Rheumatol* 2013; 32:60.

Glossaire :

AAN : anticorps antinucléaires

FR : facteur rhumatoïde

C3 : composant du complément 3

C4 : composant du complément 4

CH50 : complément hémolytique total 50

Ac anti-ADNdb : anticorps anti-ADN double brin

HLA-B27 : antigène leucocytaire humain B27

Anti-CCP : anticorps anti-peptide cyclique citrulliné

Anti-ENA : antigène nucléaire extractible

CART : Outil d'aiguillage (*Comprehensive Arthritis Referral Tool*)

VS : vitesse de sédimentation

CRP : protéine C-réactive

anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale



ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE ANNUELLE

VICTORIA • 26-29 FÉVRIER 2020

Marquez votre calendrier!

La SCR a le plaisir d'annoncer que l'édition 2020 de son Assemblée scientifique annuelle (ASA) ainsi que l'Assemblée annuelle de l'Association des professionnels de la santé de l'arthrite (APSA) auront lieu à Victoria en Colombie-Britannique du 26 au 29 février 2020.

Nouveau : Nous sommes ravis de vous faire part ci-dessous des nouveaux programmes qui se dérouleront avant notre Assemblée scientifique annuelle à Victoria (C.-B.).

Cours de révision : 26 février 2020

Le cours de révision sera ouvert à tous les rhumatologues praticiens intéressés à mettre à jour leurs connaissances et portera sur des sujets d'actualité du monde de la rhumatologie.

La SCR, la Société de l'arthrite et les Instituts de recherche en santé du Canada/IALA présenteront conjointement la **Conférence canadienne sur la recherche sur l'arthrite : Prendre des mesures concertées, les 25 et 26 février 2020.**

La Conférence canadienne sur la recherche sur l'arthrite réunira des intervenants de divers horizons afin d'explorer les perspectives, de faire progresser les connaissances et d'améliorer le leadership canadien dans le domaine de l'arthrite et des maladies rhumatismales.

Pour de plus amples renseignements sur la conférence et les dates importantes, visitez le site rheum.ca/fr/

Nous vous attendons à Victoria!

Apprendre de l'enseignement : Rétroaction des pairs et évaluation des ateliers lors de l'ASA de la SCR

Par Raheem B Kherani, B. Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE; Gregory Choy, M.D., FRCPC;
Roberta Berard, M.D., FRCPC; et Tom Appleton, M.D., FRCPC

Étiez-vous conférencier? Étiez-vous conférencier à l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de la Société canadienne de rhumatologie (SCR)? Aimeriez-vous avoir une appréciation de votre rendement? Aimeriez-vous obtenir une rétroaction sur votre présentation? Nous savons que la rétroaction des pairs est appréciée de tous. En effet, il peut être extrêmement utile d'essayer d'améliorer les messages que nous voulons transmettre de même que la collaboration et les liens avec l'enseignement que nous dispensons. Les commentaires de nos collègues peuvent nous aider à évaluer notre impact auprès de l'auditoire¹.

La SCR est un prestataire d'activités de développement professionnel continu (DPC) agréé par le Collège royal, qui cherche continuellement à améliorer la rigueur de ses programmes de formation². Les activités de DPC sont essentiellement offertes à nos membres dans le cadre de l'ASA et, depuis 2017, la SCR a mis en place d'importantes mesures pour assurer une observation par les pairs et une évaluation des ateliers à l'intention de ses membres et des conférenciers invités qui font des présentations aux membres de la SCR dans le cadre de l'ASA. Cette année, la SCR a élargi considérablement son programme de DPC en y ajoutant diverses activités, dont le Cours de révision de la SCR et la Journée de la recherche de la SCR/Société de l'arthrite.

Les conférenciers à l'ASA et les présentateurs des ateliers ont eu la possibilité de recevoir une rétroaction sur leur présentation, ce qui les a aidés à identifier leurs forces et les points qui pourraient faire l'objet de quelques changements. Les commentaires formulés portaient sur différents aspects, notamment l'ouverture de la séance, la qualité de la présentation, l'utilisation d'outils de présentation, les conclusions formulées, l'engagement, l'équilibre du contenu et la partialité des propos, en plus de commentaires précis destinés au présentateur. Les évaluations indépendantes des ateliers sont requises aux fins de l'agrément et aident à atteindre les normes établies en matière d'interactivité.

Lors de l'ASA 2019 de la SCR, qui s'est tenue à Montréal, des médecins bénévoles du Comité de l'éducation et du Comité pour le programme de l'ASA ont procédé à des évaluations par les pairs; 22 évaluations de conférenciers et 14 évaluations d'ateliers. Ces dernières ont systématiquement révélé le haut niveau d'excellence atteint par les conférenciers et les ateliers. Notre estimé conférencier Dunlop-Dottridge de 2019, le Dr Gilles Boire, a déclaré qu'il attendait avec impatience cette observation des pairs, ajoutant : « Le fait de recevoir des commentaires est très positif, car nous ne connaissons pas les pensées de l'audi-



toire. D'une certaine façon, cela peut se révéler frustrant en l'absence d'une bonne rétroaction. Une rétroaction encourageante vous aidera pour la présentation suivante. »

Compte tenu des commentaires très positifs reçus des présentateurs, des pairs observateurs et des évaluateurs des ateliers, le Comité de l'éducation et le Comité pour le programme de l'ASA de la SCR ont l'intention de continuer à offrir ces activités, notamment lors de la prochaine ASA qui se tiendra à Victoria en 2020. Nous tenons à remercier tous les bénévoles et membres du personnel qui facilitent la prestation de ces activités. La SCR entend continuer à offrir une formation professionnelle de grande qualité. Si vous avez des questions ou aimeriez obtenir de plus amples renseignements sur la participation à cette activité, veuillez communiquer avec Claire McGowan par courriel à cmcgown@rheum.ca.

Références :

1. The Evolution of a Culture Shift in Continuing Professional Development. Accessible à l'adresse : csim.ca/wpcontent/uploads/documents/meeting2014/presentations/Oct%20202%200835%20Evolution%20of%20Cultural%20Shift.pdf. Consulté le 28 août 2019.
2. Houlden RL, Collier CP. Evaluation of Continuing Professional Development Group Activities. Accessible à l'adresse : csim.ca/wpcontent/uploads/documents/meeting2014/presentations/Oct%20202%200835%20Evolution%20of%20Cultural%20Shift.pdf. Consulté le 28 août 2019.



Les participants à l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) 2019 de la SCR assistent à une présentation à l'hôtel Fairmont à Montréal.

Remise de bourses 2019 de l'ICORA

Par Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC



L'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) a tenu son 12^e concours de subventions en mars, recevant 34 lettres d'intention et 24 demandes de subvention.

Félicitations aux récipiendaires des bourses 2019! L'ICORA a subventionné trois bourses d'un an et trois bourses de deux ans, pour un total de 493 518 \$. Les bourses de cette année comprennent trois bourses sous le thème Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement, deux bourses sous le thème Équipes de soins multidisciplinaires et une bourse sous le thème Accès rapide pour les patients souffrant de maladies rhumatismales.

Depuis 2006, l'ICORA a financé 98 projets et versé 6 869 500 \$ en fonds de recherche.

Un remerciement tout spécial à nos commanditaires pour leur appui indéfectible.

Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC
Professeure de médecine,
Chef de division, Division de rhumatologie,
Département de médecine, St. Joseph's Health Care,
Université Western Ontario
London (Ontario)

Thème	Titre	Chercheur principal	Prix
Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement	<i>Making medication decisions for family planning and pregnancy among women with rheumatoid arthritis (MOTHERS)</i>	De Vera, M.	58 238 \$
Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement	<i>Optimizing early treatment strategies in early RA through shared decision-making</i>	Barber, C. Hazlewood, G.	119 700 \$
Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement	<i>Promoting engagement in physical activity among adolescents with juvenile idiopathic arthritis: Development of a social network-based intervention</i>	Cavallo, S. Stinson, J. Duffy, C.	70 000 \$
Accès rapide pour les patients souffrant de maladies rhumatismales	<i>Perspectives on the implementation of a multidisciplinary conference fee code for community-based patients with rheumatic disease in BC (RHEUM-NURSE)</i>	Harrison, M.	66 665 \$
Équipes de soins multidisciplinaires	<i>Keeping Stable Inflammatory Arthritis Patients in their Communities with the Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC)</i>	Bell, M.	107 675 \$
Équipes de soins multidisciplinaires	<i>Physical activity in axial spondyloarthritis: development and implementation of an evidence-based health technology approach to improve adherence to recommended guidelines</i>	Passalent, L.	71 240 \$

L'ICORA lance un autre concours de bourse en 2020!

- Ouverture du système de demande de bourse de l'ICORA en ligne le 27 janvier 2020.
- Date limite pour soumettre une lettre d'intention, le 21 février 2020.
- Date limite pour soumettre une demande de bourse à l'ICORA en ligne, minuit le 27 mars 2020.

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site rheum.ca/fr/recherche/icora/.

Toute question peut être adressée à Virginia Hopkins à l'adresse virginia@rheum.ca.

Regards sur l'évolution récente de la formation médicale en rhumatologie

Par Trudy Taylor, M.D., FRCPC

Lorsque je réfléchis à mes expériences en formation médicale, je suis frappée par l'appui incroyable de la communauté d'enseignants et d'éducateurs dont nous bénéficions dans notre domaine de spécialité. Les rhumatologues, pour la plupart, ont une affinité naturelle pour l'enseignement et ne semblent jamais hésiter à partager leurs connaissances et leur passion pour leur domaine.

J'ai eu la chance d'avoir de solides mentors en formation médicale au sein de la communauté des rhumatologues, à l'échelle locale et nationale, qui m'ont aidé à façonner ma philosophie d'enseignement et m'ont donné l'occasion de participer à l'enseignement médical à tous les niveaux de la formation. Ces jours-ci, je m'occupe surtout de la formation médicale postdoctorale, d'abord à titre de directrice de programme récemment à la retraite et maintenant à titre de nouvelle présidente du Comité de spécialité en rhumatologie du Collège royal.

Le plus grand changement dans la formation médicale au cours de ma carrière a été l'avènement de la Formation médicale fondée sur les compétences (FMAC). Le 1^{er} juillet dernier, les programmes de résidence en rhumatologie à l'échelle du pays sont passés de l'approche traditionnelle temporelle à une approche axée sur la démonstration des compétences dans les tâches essentielles de notre discipline. Bien que ce changement puisse sembler abrupt, soyez assuré que de nombreuses années d'apprentissage et de planification ont mené à ce changement. Les membres du Comité de spécialité en rhumatologie du Collège royal, y compris tous les directeurs de programmes de rhumato-

logie ainsi que les membres votants de chaque région, ont consacré de nombreuses heures à l'apprentissage de la compétence par conception (CPC), apprentissage qui a abouti à trois ateliers de trois jours sur une période d'un an afin de déterminer les compétences qui sont au cœur de notre spécialité.

Qu'est-ce que ce changement signifiera pour vous en tant que rhumatologue dont la pratique clinique pourrait accueillir des résidents? On vous demandera peut-être d'évaluer une activité particulière inhérente à la pratique de la rhumatologie, une « activité professionnelle fiable » (APC) dans le jargon de la CPC. Les évaluations sont brèves et devraient se tenir dans un cadre clinique réel. Il s'agit d'une excellente façon de nous aider, en tant qu'enseignants et éducateurs, à orienter notre évaluation et notre rétroaction.

Comme pour tout changement, des accrocs seront inévitables au cours de la mise en œuvre de la CPC. Cependant, je peux témoigner que nous traversons une période passionnante pour les professeurs de médecine, alors que nous disposons d'outils qui nous permettent de concentrer notre rétroaction et d'offrir un enseignement utile aux futurs leaders de notre grande discipline.

Trudy Taylor, M.D., FRCPC

Professeure agrégée,

Division de rhumatologie, Département de médecine,

Division de la formation médicale,

Université Dalhousie

Halifax (Nouvelle-Écosse)



Les membres du comité de spécialité en rhumatologie du Collège royal à leur départ du bâtiment du Collège royal à Ottawa en mai 2019. De gauche à droite sur la photo : D^{re} Carrie Ye, D^{re} Edith Villeneuve, Ahmad Zbib (PDG de la SCR), D^{re} Sarah Campillo, D^r Raheem Kherani, D^{re} Rosie Scuccimarri, D^{re} Trudy Taylor et D^{re} Elana Murphy.

Journal d'une directrice de programme

Par Dana Jerome, M.D., FRCPC

C'est la journée où je ne rencontre pas de patients et, comme tous les directeurs de programme, j'en suis certaine, j'ai un tas de choses à faire sur ma liste – beaucoup plus que ce qui peut être accompli en une seule « journée sans patients ». Toutefois, ce n'est pas ce qui m'angoisse aujourd'hui. Au moment où j'écris ces lignes, près de trois semaines se sont écoulées depuis que les programmes de rhumatologie de l'ensemble du pays ont lancé leur programme de CPC (compétence par conception). Nous, les directeurs de programme et autres membres du Comité de spécialité du Collège royal, y réfléchissons depuis des années. D'autres, probablement certains d'entre vous, ont entendu parler de ce nouveau programme lors de la dernière assemblée de la SCR, où il a fait l'objet du grand débat de la SCR. Pour certains d'entre vous, c'était probablement un nouveau concept à l'époque.

Je dois dire que ma plus grande crainte est qu'encore aujourd'hui, trois semaines après le lancement de la CPC, il s'agisse encore d'un « nouveau concept » pour certains de nos professeurs de rhumatologie. J'ai passé des mois à préparer la documentation, à me rendre dans tous nos hôpitaux pour présenter des séances de formation au corps professoral et à guider nos stagiaires sur la façon de « demander » une évaluation de l'activité professionnelle fiable (APC) à effectuer.

Est-ce qu'une partie de cette information a réellement été absorbée ou mémorisée? Les membres du corps professoral vont-ils participer à ce qui a été perçu comme un processus d'évaluation nécessitant une plus importante main-d'œuvre?

C'est donc avec une certaine appréhension que j'ai cliqué sur le site Web où se trouvent toutes nos données d'évaluation. Y a-t-il des gens qui le font? Je me posais la question. J'avais hâte de vérifier. J'ai ouvert le dossier du « stagiaire numéro 1 ». Ouf, il y a au moins une évaluation complète! C'était loin d'être suffisant, mais au moins, ce n'était pas zéro.



J'ai cliqué sur le stagiaire numéro 2... et 3... et 4... et j'ai été agréablement surprise. Chacun d'entre eux a fait l'objet d'une poignée d'évaluations! Ces étudiants étaient sur la bonne voie et la faculté y participait. J'ai ressenti une vague de soulagement et, à ce moment-là, j'ai eu la certitude que le lancement du programme allait se dérouler sans problème.

Voilà comment se décrit le stress d'une directrice de programme travaillant au lancement du nouveau programme de CPC.

Ce qui nous fait nous réveiller avec des sueurs froides, la nuit, c'est la pensée que nous n'y arriverons peut-

être pas. Que nous ne résoudrons pas les défis croissants. J'ai l'impression que je pourrais tirer profit d'une partie de la rétroaction et de l'encadrement que j'ai essayé si fort de fournir à nos professeurs et à nos stagiaires. Ne serait-t-il pas merveilleux si quelqu'un pouvait me dire : « Vous devriez envisager de faire les choses de cette façon » ou « La prochaine fois, essayez de le demander différemment »? Malheureusement, je n'ai pas de collègues ayant des années d'expérience dans le domaine de la CPC. En tant que directeurs de programmes et éducateurs, nous nous orientons, nous essayons de trouver la voie à suivre. Pour l'instant, après quelques semaines, ça semble fonctionner.

Ce soir, je dormirai donc mieux et je m'inquiéterai un peu moins de savoir si, oui ou non, on peut me « confier » le déploiement de ce nouveau programme.

*Dana Jerome, M.D., M. Éd, FRCPC
Directrice de programme,
Programme de formation en rhumatologie
Professeure adjointe de médecine,
Université de Toronto
Toronto (Ontario)*

Lancement de la CPC en rhumatologie pédiatrique : garder la tête hors de l'eau

Par Shirley Tse, M.D., FRCPC

Le lancement de l'initiative « La compétence par conception » (CPC) en juillet dernier marque une période de transformation pour tous les programmes de rhumatologie. Pour certains, le changement peut provoquer une pression et un stress inutiles sous le ciel ensoleillé de l'été. La CPC vise à s'éloigner de l'approche temporelle alors qu'on s'attend à ce que les résidents acquièrent des compétences clés en matière de connaissances, d'habiletés et de capacités à mesure qu'ils progressent dans les étapes de développement de leur programme de formation en rhumatologie. À chaque étape, il y aura des tâches précises ou activités professionnelles fiables (APC) dont les résidents devront faire la démonstration de façon autonome. Chaque APC est séparée en plusieurs petites tâches, ou jalons, que les résidents peuvent perfectionner pour rendre le processus plus facile à gérer et obtenir une rétroaction et un encadrement, mais également pour progresser en fonction de leur compétence. Par conséquent, les enseignants et les évaluateurs devront comprendre les concepts de la CPC, intensifier l'observation directe des activités et des compétences cliniques spécifiques des résidents et personnaliser leur soutien et leurs attentes en fonction de l'étape de formation, de développement, de progrès et de compétence de chaque résident.

Il n'existe que trois programmes de formation en rhumatologie pédiatrique au Canada. Puisqu'ils comptent moins de professeurs et de ressources que certains de nos programmes de rhumatologie pour adultes, la mise en œuvre de la CPC peut s'avérer complexe. Le changement peut être difficile, mais contrairement aux Borgs de la série Star Trek, dont la devise est « La résistance est futile », je partagerai 10 conseils de survie tirés de notre programme de formation à l'hôpital SickKids de l'Université de Toronto, qui ont rendu la transition vers la CPC plus simple et plus facile à gérer et nous ont aidés à garder la tête hors de l'eau.

1. Informez les gens, mais ne les submergez pas avec la CPC. Assurez-vous que le processus est bref, significatif et amusant! Cela peut se faire par le biais de fiches de conseils, de courriels et de vidéos. Par exemple, nous avons créé une vidéo d'introduction pour comprendre les APC. Vous pouvez la visionner à l'adresse suivante : www.youtube.com/watch?v=VW69qxd5H6k&feature=youtu.be
2. Définissez les tâches individuelles afin qu'elles soient spécifiques et simples. Certains ne veulent peut-être pas connaître l'histoire et la théorie de la CPC et préfèrent se concentrer sur ce qu'ils doivent faire. Voici quelques exemples :
 - Évaluateurs : 1) Observer; 2) Fournir une rétroaction sur l'encadrement; 3) Documenter.

- Stagiaires : 1) Choisir l'APC à l'avance; 2) Demander une observation; 3) Demander une rétroaction.
 - Membre du comité de compétence : 1) Résumer le rendement; 2) Évaluer les progrès et l'étape de la formation; 3) Faire des recommandations.
3. Dans la mesure du possible, assurez l'uniformité des évaluations. De nombreux outils d'évaluation, à l'exception des APC, sont utilisés par le programme de formation et contribuent à l'évaluation globale des stagiaires. En révisant le système de notation de tous les outils autres que l'APC à l'échelle d'attribution de la CPC, cela permet d'assurer la cohérence et d'éviter toute confusion tant pour les évaluateurs que pour les apprenants.
 4. Oui, il existe de nombreuses APC et il est parfois difficile d'en assurer le suivi. Nous avons rendu ce processus plus facile à gérer par les moyens suivants :
 - Avoir une « APC de la semaine » permettant aux stagiaires de se concentrer sur l'une des APC à tenter (voir la photo 1). Nous avons créé une carte qui, si elle est suivie, permettra aux résidents d'atteindre les objectifs minimaux pour toutes les APC exigés par les normes du Collège royal d'ici la fin de leur formation.
 - Une affiche de référence mettant en correspondance les APC pertinentes et les expériences cliniques spécifiques est posée dans les zones cliniques (voir la photo 2). Les membres du corps professoral et les résidents peuvent choisir rapidement, à partir de la liste désignée, des APC qui sont pertinentes à l'expérience clinique selon le stade de formation des résidents (p. ex. clinique de rhumatologie générale, clinique de subsécialité comme la clinique de lupus, clinique longitudinale, salle/conseil, etc.) Le processus est efficace et efficient puisque nous avons de nombreuses cliniques de subsécialités différentes et le fait de mettre en évidence les APC pertinentes permet d'éviter un stress inutile en faisant défiler une liste exhaustive des APC.
 5. Réalisez les APC et fournissez une rétroaction d'encadrement en temps réel. Il y a de la vérité dans le dicton « loin des yeux, loin du cœur ». Il peut être difficile d'effectuer une évaluation une semaine après la rencontre et il est possible que le moment propice à l'apprentissage soit perdu.
 6. Les cliniques sont des milieux occupés. Essayez d'observer le résident avec le premier ou le dernier patient de la journée afin d'éviter tout biais dans le choix des rencontres avec le patient, mais aussi de réduire au minimum les perturbations causées par l'achalandage de la clinique.

7. Si possible, utilisez des modèles simples et normalisés pour les tâches. Cela permet de s'assurer que les tâches sont exécutées avec précision, uniformité et efficacité. Voici quelques modèles que nous avons utilisés :

- Formulaire et scénario normalisés pour la présentation du rendement des résidents au Comité de compétence (CC)
- Rapport normalisé du CC et recommandations aux résidents à l'intention des conseillers du corps professoral

8. Les membres du corps professoral et les stagiaires sont très occupés. La CPC nécessite de nombreuses réunions et séances de rétroaction. Faites preuve de souplesse dans l'établissement de l'emploi du temps, mais tenez compte de ce qui suit :

- Regroupez les réunions du CC adjacentes à celles du Comité du programme de résidence (CRP).
- Assurez-vous que les réunions du CC sont offertes sur plusieurs plateformes afin que les gens puissent y assister en personne, par téléconférence ou par vidéoconférence.
- Prévoyez des séances régulières de rétroaction à l'intention des conseillers du corps professoral dans le cadre de la demi-journée universitaire prévue. Au cours de cette demi-journée, les résidents disposent d'un temps désigné sans tâches cliniques pour rencontrer les conseillers de leur faculté.

9. Dans le cadre de la rétroaction des mentors, les apprenants doivent s'habituer à recevoir une rétroaction constructive et les aspects à améliorer doivent être chaque fois discutés. Il ne s'agit pas d'un moment de réussite ou d'échec dont l'enjeu est élevé, mais plutôt d'un cadre pour poursuivre leur développement selon les normes de la discipline et pour s'efforcer d'atteindre leurs objectifs personnels.

10. Communiquez régulièrement avec les évaluateurs et les stagiaires pour surveiller les évaluations des APC qu'ils ont entreprises. Envoyez-leur une carte de pointage. Plus important encore, célébrez et reconnaissez leurs efforts. Nous offrons des récompenses mensuelles aux membres du corps professoral ou aux stagiaires qui effectuent le plus grand nombre d'évaluations des APC (voir la photo 3).

Il ne fait aucun doute que la CPC exige du temps et des efforts de la part du corps professoral et des stagiaires. Cependant, conformément aux initiatives d'amélioration de la qualité, nous pouvons rendre la transition vers la CPC plus fluide et harmonieuse en partageant, en mode collaboratif, les ressources et les conseils de survie de la CPC. Le but ultime en vaut la peine et vise à s'assurer que les résidents diplômés sont compétents, possèdent les aptitudes nécessaires et adoptent les comportements voulus pour répondre aux besoins en évolution des patients et optimiser les résultats chez les patients

Shirley Tse, M.D., FRCPC
 Professeure agrégée,
 Département de pédiatrie,
 Université de Toronto
 Rhumatologue,
 Directrice de programme,
 The Hospital for Sick Children (SickKids)
 Toronto (Ontario)

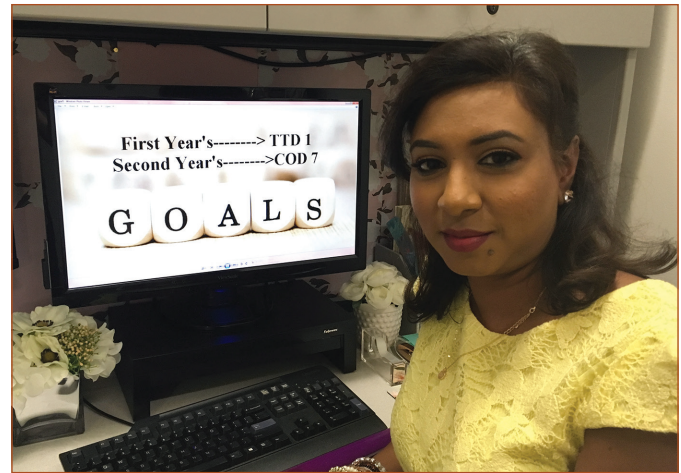


Photo 1. Kamela Ramlackhan (assistante administrative du programme) travaille à la création et à l'envoi de « l'APC de la semaine ».

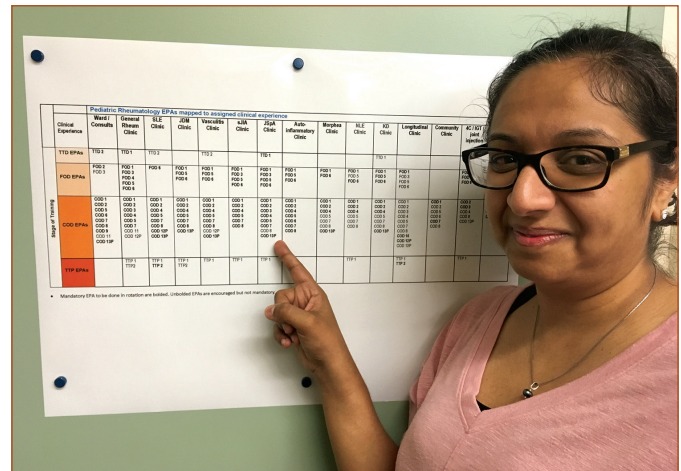


Photo 2. La D^{re} Piya Lahiry (résidente en rhumatologie pédiatrique) examine et choisit les APC qui peuvent être effectuées pendant son affectation clinique à la clinique de spondyloarthrite juvénile.



Photo 3. Les D^{rs} Deborah Levy et Herman Tam célèbrent le fait d'avoir été les premiers récipiendaires des bourses remises aux professeurs et aux stagiaires pour avoir effectué le plus grand nombre d'évaluations d'APC en juillet.

Exécuter votre première vérification de dossier

Par Henry Aaverns, M.D., Ch.B., FRCP (R.-U.), FRCPC

Ainsi, vous voulez effectuer une vérification des dossiers, peut-être parce que votre organisme de réglementation l'exige ou peut-être parce que vous avez un intérêt réel à examiner certains aspects de votre pratique afin d'obtenir des améliorations à long terme. Quelle qu'en soit la raison, voici un guide pour ceux d'entre vous qui ne connaissent pas le processus.

Qu'est-ce qu'une vérification de dossier?

Il s'agit d'un outil d'amélioration de la qualité visant à améliorer les processus et les résultats. Il s'agit d'un outil clinique et non d'un outil réglementaire, dont l'objectif général est de revoir sa propre pratique afin d'améliorer la sécurité et l'expérience du patient ainsi que l'efficacité du traitement. Parmi les aspects à examiner, mentionnons les suivants :

- **La structure des soins** : p. ex. les ressources (disponibilité d'un thérapeute, renseignements disponibles pour les patients)
- **Le processus de soins** : p. ex. les temps d'attente pour les nouveaux patients potentiels atteints de PR qui doivent être vus en clinique.
- **Le résultat des soins** : p. ex. les patients sous AINS sont-ils évalués sur le plan de la gastroprotection?

En général, la vérification compare les aspects de la pratique médicale à des normes définies. Il est important de noter qu'il s'agit d'un processus itératif et NON d'une enquête ponctuelle.

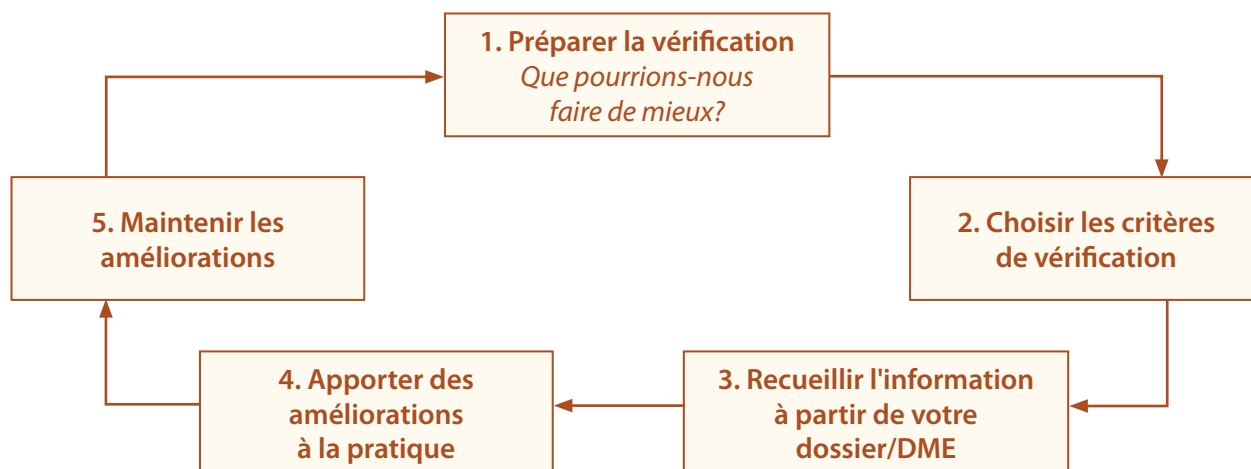
Une vérification des dossiers bien menée comprendra une intervention, puis une répétition du cycle. Toutefois, sachez que ce processus crée une dépendance et qu'une fois que vous aurez la piqûre, vous le ferez chaque année – nous effectuons une vérification chaque année dans notre bureau depuis 1996!

Étape par étape (voir la Figure 1 : Le cycle de vérification) :

1. Déterminez le secteur à vérifier – connaissez-vous des secteurs de votre pratique où un examen s'impose? Ne vous limitez pas à ce que vous faites bien! Trouvez un aspect où vous soupçonnez la présence de lacunes.
2. Essayez de trouver quelque chose qui s'intégrera facilement dans votre pratique actuelle – cela ne devrait pas prendre plus d'une ou deux minutes par rencontre.
3. Appliquez des normes tirées de lignes directrices de haute qualité, par exemple celles qui se trouvent sur le site Web de la SCR.
4. Définissez les critères de vérification (afin de les comparer aux normes). Essayez de le faire en une seule phrase complète.
5. Recueillez des données – je trouve qu'il est plus facile d'utiliser un simple formulaire recto avec un ensemble de données TRÈS limité. Vous ne voulez pas que cela prenne trop de votre temps clinique. Une autre option consiste à exécuter une requête à partir d'un DME – cela dépendra de votre niveau d'aisance dans la rédaction de requêtes et de votre

Figure 1

Le cycle de vérification



discipline en matière de données. D'où l'utilité de la copie recto!

- 6) Réfléchissez aux résultats – avez-vous atteint la norme? Y a-t-il un problème que vous devez régler?
- 7) Élaborez des plans d'action pour combler toutes les lacunes et mettez-les en œuvre. C'est le stade que la plupart des cliniciens ne parviennent pas à atteindre.
- 8) Refaites la même vérification quelques mois plus tard pour déterminer si les changements apportés ont amélioré le processus ou les résultats.
- 9) Élaborez un système permettant de surveiller et de maintenir les améliorations une fois le cycle de vérification terminé. De nos jours, avec les DME, les changements structurels dans la pratique sont généralement très simples.

Questions fréquentes

Comment choisir les aspects à vérifier?

Les lignes directrices cliniques sont souvent une bonne source d'inspiration. *Choisir avec soin* Canada définit certains sujets d'actualité. Une autre excellente ressource est le site *Versus Arthritis* qui propose un grand nombre de sujets de vérification ainsi que toutes les ressources dont vous pourriez avoir besoin pour définir la norme de vérification et obtenir rapidement des résultats. Visitez le lien suivant pour plus d'informations : www.versusarthritis.org/about-arthritis/health-care-professionals/musculoskeletal-impact-toolkit/clinical-audit/.

Comment définir les critères?

Généralement, vous formulerez un énoncé, par exemple :

- 100 % des patients passant aux produits biologiques ont subi un dépistage de l'hépatite B/C.
- 80 % de mes patients de plus de 60 ans seront interrogés sur les facteurs de risque d'ostéoporose et les réponses seront clairement consignées dans le DME.

Ai-je besoin d'une approbation d'un comité d'éthique?

Une vérification des dossiers n'exige pas d'approbation de la part d'un comité d'éthique.

Combien de dossiers dois-je vérifier?

Juste assez pour répondre à votre question! Ainsi, si dix fois sur dix vous n'avez pas réussi à enregistrer les données qui, selon vous, devraient figurer dans le graphique, vous aurez identifié l'intervention requise après seulement quelques graphiques.

À quel point dois-je être bon en statistiques?

Vous pouvez être aussi mauvais que vous le désirez. La vérification ne nécessite pas de statistiques complexes. En général, le processus consiste à examiner un pourcentage de graphiques où vous atteignez la norme définie.

Henry Averbs, MB, Ch.B., FRCP (R.-U.), FRCPC
Consultant en rhumatologie
Ancien Président,
Ontario Rheumatology Association
Kingston (Ontario)

VICTORIA: CAN-MSK Courses Focus 2020 – Hand & Foot

THE ABC'S FOR ADVANCED AND BASIC COMPETENCIES IN MSK ULTRASONOGRAPHIE

featuring *Carlo Martinoli*
& an outstanding international faculty



FEB 29 - MAR 1

Fairmont Empress Hotel
721 Government St.
Victoria, BC

REGISTER TODAY!

www.crus-surc.ca/courses
Fees: \$1250 CDN
(*1050 for CRUS members
and students in training)
Approved for Education Credits



La CPC et vous

Par Lori Albert, M.D., FRCPC

De nombreux médecins se sentent aujourd'hui dépassés par les changements apportés à l'enseignement de la médecine dans l'ensemble du pays. De nouveaux cadres ont été élaborés, accompagnés d'une nouvelle terminologie, et les cliniciens chevronnés ne comprennent pas en quoi la manière dont ils ont été formés était « erronée ». L'introduction de CanMEDS n'était-elle pas suffisante? Après tout, les objectifs restent les mêmes. Les programmes de formation médicale visent à former des médecins compétents et bien informés, qui font preuve d'empathie et d'ouverture d'esprit et dont l'approche est axée sur le patient et la collaboration – des cliniciens à qui nous n'hésiterions pas à confier le traitement d'êtres chers. L'initiative CanMEDS a été mise en place durant les années 1990 et, tout comme les traitements des affections cliniques, ont évolué au fil des ans en fonction des meilleures données probantes, de même la formation des étudiants et des résidents en médecine doit elle aussi évoluer à la lumière des données probantes issues de la recherche dans le domaine des sciences de l'éducation.

L'approche par compétences en formation médicale s'inscrit dans cette évolution et il est important de s'interroger sur la meilleure façon de s'y conformer. Cette approche présente de nombreux aspects, mais l'un de ses fondements principaux est l'importance qui est accordée au mentorat.

La promotion du concept de mentorat dans la formation médicale vise à favoriser une transition en faveur d'un système où la rétroaction ne sera ni totalement absente ni présentée d'une manière qui n'est pas particulièrement utile. De fait, les commentaires de type « vous avez fait du bon travail » ou « vous devez lire davantage » ou encore l'attribution d'une cote numérique calculée sur 5 ne renseignent d'aucune façon les stagiaires sur ce qu'ils font bien, ni ne leur fournissent de suggestion précise sur les moyens de s'améliorer. La « rétroaction avec mentorat » se compare à la technique utilisée avec des enfants qui suivent des cours de violon ou qui font partie d'une équipe de natation. En pareilles circonstances, on s'attend à ce que l'enseignant ou l'éducateur observe les enfants et leur dise comment s'améliorer en utilisant une méthode pédagogique. Il en va de même pour la rétroaction avec mentorat des étudiants en médecine. L'observation du rendement du stagiaire est un volet clé du mentorat.

Une certaine uniformisation de tous les outils d'évaluation utilisés dans l'ensemble du continuum de la formation médicale est nécessaire et les nouveaux modèles de formation mettront l'accent sur « l'harmonisation » des principes de mentorat à mesure que les apprenants passeront du stade d'étudiant à celui de résident puis d'associé (et ainsi de suite). Les étudiants de premier cycle sont plus susceptibles d'être réceptifs au mentorat que les résidents qui ont déjà adopté des modèles particuliers de pratique et les premiers profiteront de la rétroaction avec mentorat autant ou plus que les apprenants plus avancés, bien que les techniques de mentorat puissent être moins complexes à ce niveau. L'observation et le men-



torat aident à créer des liens entre le rendement actuel et futur et nous aident à proposer des méthodes plus efficaces et normalisées pour l'évaluation des stagiaires.

Le fait d'insister sur un mentorat uniforme tout au long du continuum améliorera l'efficacité de nos interactions avec tous les stagiaires et mènera à un changement de culture en milieu clinique. De fait, les bienfaits d'un mentorat efficace ne se limitent pas à l'étape de la formation et demeurent présents lorsque la personne devient un praticien indépendant. Le prolongement du concept « d'harmonisation » appuie ainsi le maintien du mentorat durant la phase de la formation continue. Cette notion a été habilement décrite par Atul Gawande. Le Dr Gawande, lui-même chirurgien d'expérience, a observé que son rendement s'était grandement amélioré et que son taux de complications avait diminué après avoir profité d'un mentorat. Il nous rappelle que nous avons tous besoin d'un peu de mentorat. Comme le souligne le Dr Gawande, peu importe la qualité de notre formation, il est difficile de maintenir seul un rendement optimal. Vous pouvez voir l'excellente conférence TED du Dr Gawande au www.ted.com/talks/atul_gawande_want_to_get_great_at_something_get_a_coach?utm_campaign=tedsread&utm_medium=referral&utm_source=tedcomshare ou lire son article publié dans *The New Yorker* en vous rendant au www.newyorker.com/magazine/2011/10/03/personal-best

Au fur et à mesure que les cliniciens établis bénéficieront du mentorat et en apprécieront la valeur, notre efficacité en tant que mentors s'améliorera et nos stagiaires profiteront des expériences que nous partagerons avec eux. Nous pouvons aussi illustrer l'utilisation de techniques efficaces de mentorat en demandant aux stagiaires de nous observer dans nos interactions quotidiennes. Une discussion avec une infirmière, un physiothérapeute ou un assistant au sujet d'un problème au cabinet pourrait être beaucoup plus productive si celle-ci était accompagnée de suggestions d'amélioration précises, fondées sur des observations particulières et formulées dans un esprit de mentorat.

J'ai récemment discuté avec une amie plus jeune travaillant dans le milieu des affaires. Elle m'a décrit son superviseur comme une personne qui intimidait les autres en soulignant leurs erreurs devant tout le monde, sans offrir la moindre rétroaction, se contentant de faire des commentaires chargés de sous-entendus sur la façon dont les choses devraient être faites. La profession médicale peut devenir un chef de file dans la formation en milieu de travail. La promotion de la valeur du mentorat en tant que concept fondamental de l'approche par compétences en formation médicale est une évolution positive qui non seulement aidera nos stagiaires, mais nous aidera nous aussi à améliorer notre propre rendement et nos relations professionnelles.

Lori Albert, M.D., FRCPC

Professeure de médecine, Université de Toronto
Rhumatologue, Toronto Western Hospital
Toronto (Ontario)

EULAR 2019 – Compte-rendu de Madrid

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

La Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR) est retournée à Madrid en 2019 pour une troisième fois en sept ans. J'ai participé au congrès de 2013, mais j'ai raté celui de 2017. Le congrès s'est tenu de nouveau à l'IFEMA *Feria de Madrid* située près de l'aéroport mais loin du centre-ville, bien que le métro et les taxis soient des moyens de transport efficaces. Un vol direct de Toronto a été un avantage cette fois-ci. Le temps était légèrement plus frais que prévu, mais idéal pour visiter et naviguer dans le centre des congrès, avec sa combinaison d'espaces intérieurs et extérieurs.

Plus de 14 000 personnes ont assisté au congrès, dont 4 900 ont soumis des résumés couvrant tous les aspects des sujets fondamentaux et cliniques en rhumatologie adulte et pédiatrique. Le taux d'acceptation des résumés était de 45 % pour la présentation et de 30 % pour la publication, avec 350 présentations orales, 2 226 affiches et 10 affiches de dernière minute. Plus de 500 orateurs ont participé au congrès.

Ces rencontres comportent toujours un grand pourcentage de contenu canadien. Parmi les conférenciers des symposiums satellites figuraient les D^{rs} Dafna Gladman, Janet Pope et Carter Thorne, ce dernier ayant bien sûr discuté des vertus du méthotrexate sous-cutané dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Un Canadien, Remy Pollock, Ph. D., de l'Institut de recherche Krembil de Toronto, a reçu un prix résumé de recherche en sciences fondamentales de l'EULAR pour avoir dirigé une étude sur le paysage épigénétique des patients atteints de psoriasis qui développeront une arthrite psoriasique (résumé OP0203). De nombreux Canadiens ont présenté des affiches et fait des présentations orales; notre nombre aurait été encore plus élevé si Johannes Roth ne représentait pas l'Allemagne et Vivian Bykerk, les États-Unis.

J'ai présenté une affiche (FRI0109) portant sur l'efficacité et l'innocuité du golimumab et de l'infliximab chez les patients atteints de PR inscrits au registre BioTRAC. Par ailleurs, j'ai eu la liberté de parcourir les lieux du congrès à la recherche de matière intéressante et nouvelle. Les études prédominantes portaient sur les biosimilaires et sur les nouveaux inhibiteurs de la Janus kinase (JAK), notamment sur l'upadacitinib et le filgotinib, ainsi que le peficitinib, moins connu, et le fénébrutinib, un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton (BTK). Les études portant sur les traitements dégressifs dans la PR contrôlée étaient d'actualité.



Les études de prolongation à long terme et les analyses intégrées de l'innocuité de nombreux médicaments biologiques et antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM) synthétiques ciblés actuellement sur le marché étaient courantes, tout comme les analyses effectuées à partir de registres, y compris des piliers canadiens comme RhumaData, OBRI et RAPPORT. Certaines de ces études ont produit des données contradictoires, entre autres sur l'importance du traitement par le méthotrexate en association avec les inhibiteurs de la JAK (voir FRI0163 vs SAT0120).

Des résumés intéressants ont examiné la capacité du sarilumab à réduire les taux d'HbA_{1c} chez les patients atteints de PR et diabétiques (SAT0121), les avantages de poursuivre plutôt que de retirer les produits biologiques chez les patients hospitalisés pour des infections graves (FRI0112) et l'association entre la positivité des anticorps anti-nucléaires (AAN) et le développement

anticorps neutralisants anti-médicaments chez les patients traités au moyen de deux inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF) (SAT0155).

Les sujets phares abordés dans les conférences portaient sur la recherche de stratégies de traitement jusqu'à la cible (« T2T ») (l'étude TICOSPA est toujours en cours; l'étude STRIKE n'a pas réussi son recrutement) et du lupus systémique (utilisant des mesures comme l'état d'activité faible de la maladie [LLDAS] et les définitions de rémission pour le LED [DORIS]). On a également souligné la nécessité d'atteindre un taux de protéinurie inférieure à 700 mg/jour chez les patients atteints de lupus néphrétique afin de préserver la fonction rénale à long terme, ce qui figurera dans les nouvelles directives thérapeutiques de l'EULAR pour le LED.

Madrid est une ville merveilleuse pour les touristes, avec un centre-ville peu dense où l'on peut se promener le long de *Gran Via*, sur la *Plaza Mayor*, la *Plaza d'España*, la *Puerta del Sol*, le *Retiro*, *Salamanca* et dans de nombreux autres secteurs. Les plaisirs gastronomiques y sont nombreux, une fois qu'on s'est habitué à manger la plupart des dîners après 21 h.

L'année prochaine, le congrès de l'EULAR se tiendra pour la première fois à Francfort. Réservez les dates du 3 au 6 juin 2020 si vous voulez y participer.

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Rédacteur en chef, JSCR, Scarborough (Ontario)

Tofacitinib : le premier inhibiteur des protéines JAK

Pr. XELJANZ XR 
[citrate de tofacitinib]
libération prolongée • comprimés à 11 mg

FORMULATION À PRISE

UNE FOIS PAR JOUR **PRATIQUE** | 11 mg 1 f.p.j.^{1,2}



XELJANZ/XELJANZ XR (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 sévère qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ/XELJANZ XR (tofacitinib) en monothérapie¹.

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> et la mise à jour importante sur l'innocuité à l'adresse <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2019/69336a-fra.php> pour obtenir des renseignements importants sur :

- les contre-indications relatives à la grossesse, à l'allaitement et à l'insuffisance hépatique sévère;
- les mises en garde et précautions les plus importantes concernant le risque d'infections graves et de cancer;
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes concernant le risque d'infection et d'immunodépression lorsque le médicament est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants, les femmes en âge de procréer, les réactions d'hypersensibilité, le risque de réactivation virale, l'administration préalable de tous les vaccins recommandés (conformément aux directives d'immunisation en vigueur), le vaccin vivant contre le zona, le risque de cancer, de trouble lymphoprolifératif et de cancers de la peau non mélaniques, le risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques, les patients atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, les patients sous hémodialyse, l'élévation des taux d'enzymes hépatiques, les patients présentant une sténose digestive sévère préexistante traités par XELJANZ XR, la prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque, les enfants, les personnes âgées, les patients atteints de diabète, les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire chronique, le nombre de lymphocytes, les patients d'origine asiatique, les patients exposés à un risque de perforation du tube digestif, la hausse des taux de créatine kinase, la réduction de la fréquence cardiaque et la prolongation de l'intervalle PR;
- les conditions d'usage clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques.

pour la polyarthrite rhumatoïde^{3*}

^{Pr} **XELJANZ**^{MD}
[citrate de tofacitinib]
comprimés à 5 mg

VASTE EXPÉRIENCE MONDIALE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE



- Offert au Canada depuis **plus de 5 ans**⁴.
- **Plus de 9 000 patients canadiens** atteints de polyarthrite rhumatoïde se sont inscrits au programme de soutien eXel^{MC}³.
- Le tofacitinib a été prescrit à **plus de 160 000 patients** dans plus de 80 pays du monde entier³.
- **Plus de 500 médecins** canadiens ont prescrit XELJANZ par l'intermédiaire du programme de soutien eXel^{MC}, et la majorité d'entre eux (87 %) ont renouvelé l'ordonnance^{3†}.

Vous pouvez également obtenir la monographie en vous adressant au Service de l'information pharmaceutique au 1-800-463-6001.

JAK = Janus kinase; f.p.j. = fois par jour

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

† Les données relatives aux ordonnances et aux médecins ont été obtenues au moyen des formulaires d'inscription au programme de soutien eXel^{MC}, de juin 2014 à novembre 2018.

Références :

1. Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR. 4 février 2019.
2. Santé Canada. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ XR.
3. Pfizer Inc. Données internes. 2018.
4. Santé Canada. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V.
Pfizer Canada SRI, licencié
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2019 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5



^{Pr} **XELJANZ**^{MD}
[citrate de tofacitinib]
comprimés à 5 mg

^{Pr} **XELJANZ XR**^{MD}
[citrate de tofacitinib]
libération prolongée • comprimés à 11 mg

PP-XEL-CAN-0390-FR

Sondage sur l'utilisation de la biopsie de l'artère temporale ou de l'échographie Doppler dans l'évaluation de l'artérite à cellules géantes

Par Edsel Ing, M.D., FRCSC, MPH; Qinyuan (Alis) Xu, B. Sc.; et Philip Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Résumé

Afin de déterminer si la biopsie de l'artère temporale (BAT) ou l'échographie Doppler (ED) de l'artère temporale est le test de confirmation privilégié pour l'artérite à cellules géantes, un sondage en ligne auprès des rhumatologues en Ontario (au Canada) a été effectué en 2019. On a dénombré 71 répondants au sondage, avec un taux de réponse estimé à 26 %. Quatre-vingt-dix pourcent (90 %) des rhumatologues privilégiaient la BAT, 6 % préféraient l'ED et 3 % n'utilisaient ni la BAT ni l'ED. Dans ce dernier groupe, un répondant préférait utiliser l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la tête.

Introduction

La biopsie de l'artère temporale (BAT) est reconnue depuis longtemps comme le test de confirmation « de référence » pour les patients chez lesquels on soupçonne une artérite à cellules géantes (ACG)^{1,2,3,4,5,6}. Toutefois, la BAT est un examen invasif, qui peut entraîner une paralysie du nerf facial, une hémorragie, une infection, une cicatrice inesthétique ou quelquefois un AVC.

En 2018, les lignes directrices de la Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR) suggéraient que dans les centres dotés de l'équipement approprié et d'une expertise radiologique suffisante, l'échographie Doppler (ED) de l'artère temporale ou l'IRM pourraient être des examens de première ligne pour les cas soupçonnés d'ACG⁷. Cependant, cette recommandation ne fait l'unanimité^{8,9,10}.

Outils et méthodes

L'approbation du comité d'éthique de la recherche a été obtenue de l'hôpital Michael Garron et la recherche respectait la Déclaration d'Helsinki. Le sondage en ligne a été mené en mai et juin 2019.

Le sondage fut réalisé par le biais de Survey Planet (surveyplanet.com/). Les questions du sondage figurent à l'annexe A et sont disponibles à l'adresse s.surveyplanet.com/UJ2kjVmw6. Le logiciel de sondage a permis d'éviter les doublons d'entrées à partir de la même adresse d'ordinateur ou de protocole Internet (IP). Les rhumatologues membres de l'Ontario Rheumatology Association ont été ciblés par un courriel de masse et invités à participer au sondage. Afin de maximiser les réponses, le questionnaire du sondage le sondage est demeuré anonyme et a été conçu pour être rempli en 25 secondes. Les répondants ont été autorisés à envoyer librement des informations supplémentaires par SMS, ainsi que leur adresse électronique s'ils le souhaitaient.

La marge d'erreur du sondage (χ) a été déterminée à l'aide de la calculatrice du site www.surveysystem.com/sscalc.htm et rapportée comme (+/- χ)^{IC95%}, l'exposant indiquant un intervalle de confiance (IC) de 95 %.

Résultats

Au total, 71 sondages ont été complétés dans un temps moyen de 24 secondes +/- 15 secondes. Notre taux de réponse au sondage a été estimé à 26 % (voir l'annexe B).

Sur les 71 rhumatologues sondés, 64 (90,1 +/- 6,0 %)^{IC95%} préféraient la BAT, 4 (5,6 +/- 4,6 %)^{IC95%} ont choisi l'échographie Doppler et 3 (4,2 +/- 3,9 %)^{IC95%} n'utilisaient ni l'une ni l'autre de ces méthodes. Dans le dernier groupe, un rhumatologue a mentionné l'IRM comme moyen d'investigation privilégié.

Discussion

Les options d'imagerie pour l'investigation de l'ACG comprennent l'échographie Doppler de l'artère temporale +/- les artères axillaires, l'IRM, l'imagerie tomographique et la tomographie par émission de positrons.

En 2019, la majorité des rhumatologues de l'Ontario préféraient la BAT à l'échographie pour l'investigation de l'ACG. En dépit des directives de l'EULAR, une revue systématique comparant l'imagerie et la pathologie a montré que le signe de halo hypoéchogène dans l'échographie Doppler de l'artère temporale présentait une sensibilité de 68 % (57 %,78 %)^{IC95%} et une spécificité de 81 % (75 %, 86 %)^{IC95%} comparativement à une BAT positive¹⁰. L'athérosclérose peut causer de faux signes positifs de halo dans l'échographie Doppler¹¹. La faible sensibilité (39 %) de la BAT rapportée dans l'étude TABUL (*The Role of Ultrasound Compared to Biopsy of Temporal Arteries in the Diagnosis and Treatment of GCA*)¹² a été biaisée par ce qui suit : i) 7 % des biopsies de l'étude TABUL n'ont pas été effectués sur une artère temporale, mais plutôt sur des structures telles que des veines, de la graisse, des muscles ou des nerfs; ii) 43 % des échantillons de BAT de l'étude TABUL étaient inférieurs à un centimètre; iii) les critères de classification non biopsiques de l'American College of Radiology (ACR) n'étaient pas destinés au diagnostic de l'ACG. Le groupe de travail de l'EULAR a concédé que la BAT « devrait être réalisée dans tous les cas où l'ACG ne peut être confirmée ou exclue sur la base de résultats cliniques, de laboratoire et d'imagerie »¹⁵.

Une faiblesse potentielle de notre sondage est le taux de réponse de 26 %. Cependant, notre utilisation d'IC à 95 % explique le taux de réponse. De plus, la corrélation directe entre le taux de réponse et la validité de l'étude a été mise en doute¹⁴.

Les résultats de ce sondage permettent de dégager les tendances des médecins spécialistes en ce qui a trait à l'évaluation de l'ACG et, peut-être, d'aider à l'élaboration des futurs modèles de pratique privilégiés. À l'avenir, l'utilisation de règles de prédiction clinique¹⁵ en conjonction avec des techniques d'imagerie améliorées, et peut-être même des tests génétiques, pourrait réduire la dépendance à l'égard du BAT.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.

Références :

1. Koster MJ, Warrington KJ. Giant cell arteritis: pathogenic mechanisms and new potential therapeutic targets. *BMC Rheumatology* 2017; 1(2).
2. Frohman L, Wong AB, Matheos K, et coll. New developments in giant cell arteritis. *Surv Ophthalmol.* 2016; 61(4):400-21.
3. Weyand CM, Goronzy JJ. Giant-cell arteritis and polymyalgia rheumatica. *N Engl J Med* 2014; 371(1):50-7.
4. Ness T, Bley TA, Schmidt WA, et coll. The diagnosis and treatment of giant cell arteritis. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(21):376-86.
5. Danesh-Meyer H. Temporal artery biopsy: skip it at your patient's peril. *Am J Ophthalmol* 2012; 154(4):617-9.
6. Villa-Forte A. Giant cell arteritis: suspect it, treat it promptly. *Cleve Clin J Med* 2011; 78(4):265-70.
7. DeJaco C, Ramiro S, Duftner C, et coll. EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice. *Ann Rheum Dis* 2018; 77(5): 636-43.
8. González Porto SA, Silva Díaz MT, Reguera Arias A, et coll. A comparative study of doppler ultrasound against temporary artery biopsy in the diagnosis of giant cell arteritis. *Reumatología Clínica* 2018; pii: S1699-258X(18)30187-6.
9. Bilyk JR, Murchison AP, Leiby BT, et coll. The utility of color duplex ultrasonography in the diagnosis of giant cell arteritis: a prospective, masked study (An American Ophthalmological Society Thesis). *Trans Am Ophthalmol Soc* 2018; 115:T9.
10. Rinagel M, Chatelus E, Jousse-Joulin S, et coll. Diagnostic performance of temporal artery ultrasound for the diagnosis of giant cell arteritis: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Autoimmun Rev* 2019; 18(1):56-61.
11. De Miguel E, Beltran LM, Monjo I, et coll. Atherosclerosis as a potential pitfall in the diagnosis of giant cell arteritis. *Rheumatology (Oxford)* 2018; 57(2):318-21.
12. Luqmani R, Lee E, Singh S, et coll. The role of ultrasound compared to biopsy of temporal arteries in the diagnosis and treatment of giant cell arteritis (TABUL): a diagnostic accuracy and cost-effectiveness study. *Health Technol Assess* 2016; 20(90).
13. Moiseev SV, Smitienko I, Bulanov N, et coll. The role of temporal artery biopsy in patients with giant-cell arteritis is debated. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2019; 78:e3.
14. Morton SB, Bandara DK, Robinson EM, et coll. In the 21st Century, what is an acceptable response rate? *Aust NZ J Public Health* 2012; 36(2):106-8.
15. Ing EB, Miller NR, Nguyen A, et coll. Neural network and logistic regression diagnostic prediction models for giant cell arteritis: development and validation. *Clin Ophthalmol* 2019; 13:421-30.

Etsel Ing, M.D., FRCSC, MPH

*Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision,
Université de Toronto, Toronto (Ontario)*

Qinyuan (Alis) Xu, B. Sc.

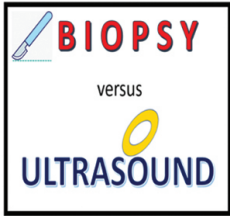
*Faculté de médecine,
Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.)*

Philip A. Baer, MD, FRCPC, FRCR

*Vice président, Ontario Rheumatology Association
Ancien président, Section de la rhumatologie,
Ontario Medical Association, Scarborough (Ontario)*

Annexe A : Questions de l'enquête

GCA: Biopsy versus Ultrasound



Giant Cell Arteritis: Temporal Artery Biopsy or Ultrasound

This is a voluntary survey to determine the practice preferences of specialists who manage patients with giant cell arteritis. It is anticipated that the 3 multiple choice questions will require 30 seconds of your time.

The survey is ANONYMOUS, but if you want to be contacted with the final results, please leave your email address.

What test do you currently use to confirm the diagnosis of giant cell arteritis? *

Temporal artery biopsy
 Ultrasound (doppler of temporal artery)
 Order both but prefer Temporal artery biopsy
 Order both but prefer Ultrasound
 I do not order biopsy or ultrasound (Please TYPE in reason below)

Where do you work? *

North America
 Europe
 South America
 Australia/Oceania
 Asia
 Africa

What is your primary specialty? *

Ophthalmology
 Neurology
 Rheumatology
 Internal Medicine / Primary Care
 Neurosurgery

Annexe B

Estimation du taux de réponse à l'enquête : 270

270 rhumatologues de l'Ontario selon le site Web du College of Physicians & Surgeons of Ontario

Outil de calcul des IC à 95 % utilisé pour l'enquête :

www.surveysystem.com/sscalc.htm

64 rhumatologues interrogés sur 71 (90,14 %) privilégiaient la BAT

270 rhumatologues agréés à l'échelle provinciale

IC à 95 % avec une marge d'erreur de +/- 6,0 %

Évaluation des modèles de pratique canadiens quant à l'aortite idiopathique : une étude qualitative

Par Marissa Keenan, M.D., M. Sc.; Nataliya Milman, M.D., FRCPC, M. Sc.; et le groupe de recherche Canadien sur les vascularites (CanVasc)

Résumé

Contexte – L'aortite idiopathique (AI) et l'aortite isolée (Ais) sont des affections mal définies. Le but de cette étude était de déterminer la pratique actuelle chez les rhumatologues canadiens pour traiter ces affections.

Méthodes – En juin 2016, un sondage en ligne a été mené auprès de membres de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) au moyen de la plate-forme FluidSurveys™(www.fluidsurveys.com).

Résultats – Soixante-huit des 420 membres de la SCR (16 %) ont répondu au sondage et 60 de ces 68 membres (88 %) l'ont rempli. La majorité des participants étaient des rhumatologues universitaires (69 %); la plupart (60 %) ont déclaré voir un cas d'AI ou moins par année, tandis que 23 % (15/66) n'avaient jamais vu de cas. Douze participants (26 %) ont déclaré faire une distinction entre l'AI et l'Ais; 9/12 (75 %) estimaient que l'exclusion des anomalies radiographiques des vaisseaux des branches aortiques était importante pour définir l'Ais. La majorité des répondants procédaient à des évaluations cliniques et biochimiques approfondies, mais seulement 38 % d'entre eux effectuaient systématiquement une imagerie complète des branches aortiques thoraciques et abdominales. L'approche de prise en charge était variable. Les participants étaient plus susceptibles de traiter (par des corticostéroïdes) l'aortite touchant les vaisseaux des branches aortiques comparativement à l'Ais. En présence d'un patient asymptomatique présentant des marqueurs inflammatoires normaux, les participants étaient plus susceptibles de traiter une aortite confirmée histologiquement et associée aux vaisseaux des branches aortiques (61 %); les taux de traitement étaient de 23 % et 26 % (respectivement) pour l'Ais diagnostiquée histologiquement et radiographiquement, et de 30 % pour l'aortite diagnostiquée radiographiquement associée aux vaisseaux des branches aortiques. Seuls 2 des 38 répondants se sentaient « parfaitement à l'aise » dans la prise en charge des patients atteints de ces affections, et tous sauf 1 estimaient que des recommandations seraient bénéfiques.

Interprétation – L'AI est une affection rare, ce qui entraîne un manque de connaissances et une grande variabilité dans les pratiques. D'autres recherches sont nécessaires pour combler les lacunes dans les connaissances et favoriser l'élaboration de recommandations éclairées.

Introduction

L'aortite est un terme général utilisé pour décrire les troubles caractérisés par une inflammation de l'aorte¹. L'aortite peut être d'origine infectieuse ou causée par diverses affections inflammatoires systémiques¹. Les causes infectieuses comprennent les bactéries *Salmonella*, *Staphylococcus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Treponema pallidum* et *Mycobacterium tuberculosis*¹. Les affections inflammatoires systémiques associées à l'aortite comprennent l'artérite à cellules géantes (ACG), l'artérite de Takayasu, la maladie de Behçet, le syndrome de Cogan, la granulomatose avec polyangéite, la maladie de Kawasaki, la polyartérite noueuse, la pseudo-polyarthrite rhizomélique, polychondrite récidivante, la polyarthrite rhumatoïde, la sarcoïdose, le syndrome de Sjögren, les spondylarthropathies associées à l'antigène HLA-B27 et le lupus érythémateux disséminé¹. L'aortite est parfois diagnostiquée chez des patients qui ne présentent aucun signe de maladie systémique ou d'étiologie infectieuse; c'est ce qu'on appelle géné-

ralement l'aortite idiopathique (AI). Chez la plupart des patients, cette forme d'aortite est diagnostiquée radiologiquement, le plus souvent par tomodensitométrie (CT) ou par imagerie par résonance magnétique (IRM). De plus, un nombre croissant de cas sont diagnostiqués lorsque l'examen pathologique d'échantillons chirurgicaux provenant d'anévrismes aortiques réséqués montre des caractéristiques d'aortite²⁻⁴.

L'AI n'est pas une affection bien définie. Il n'existe aucun critère pathologique ou clinique spécifique permettant sa classification ou son diagnostic, à l'exception de la présence d'une inflammation de l'aorte et de l'absence de caractéristiques cliniques d'un autre trouble systémique, comme ceux décrits ci-dessus. Nos connaissances actuelles sur l'AI proviennent principalement d'études rétrospectives chez des patients atteints d'une aortite diagnostiquée pathologiquement²⁻⁶, y compris une récente série de 47 cas d'aortite dans notre établissement, dont 32 étaient considérés comme une AI⁶.

L'expression « aortite isolée » (AIs) désigne une forme précise d'AI dont la pathologie se limite à l'aorte et n'est pas associée aux vaisseaux des branches aortiques. Les termes « aortite idiopathique » et « aortite isolée » sont souvent utilisés de façon interchangeable dans la littérature publiée, et peu de rapports de cas publiés fournissent des résultats d'imagerie au-delà de la zone concernée pour permettre une caractérisation précise. Le terme « aortite isolée » a été ajouté à la nomenclature des vascularites 2012 du groupe Chapel Hill Consensus Conference⁸, dans la catégorie « *Single-organ vasculitis* » (vascularite touchant à un seul organe), mais la nomenclature du groupe ne propose aucune définition précise de cette affection.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de lignes directrices pour orienter le bilan initial, le traitement et la surveillance subséquente des patients atteints d'AI ou d'AIs, ce qui entraîne une grande variabilité d'un cas à l'autre. Il existe un grand besoin d'études systématiques sur l'aortite idiopathique et l'aortite isolée, dans le but ultime d'élaborer des lignes directrices permettant de normaliser la prise en charge des patients atteints de ces affections. Le but de cette étude était de déterminer les modèles de pratique actuels des rhumatologues canadiens auprès des patients atteints d'AI et d'AIs.

Méthodologie : conception et administration du sondage

L'étude consistait en un sondage mené auprès des membres de la SCR au moyen de la plate-forme en ligne FluidSurveys™ (www.fluidsurveys.com) entre le 13 juin 2016 et le 24 juin 2016. Le sondage a été élaboré par les chercheurs en consultation avec des membres principaux du réseau CanVasc (*Canadian Vasculitis Network*). Le sondage a été conçu pour évaluer comment les rhumatologues canadiens définissent, diagnostiquent, surveillent et traitent les patients atteints d'AI et d'AIs. Une copie du sondage est disponible dans les documents supplémentaires du numéro en ligne de ce manuscrit ([hyperlien vers le document PDF](#)). Avant sa distribution, le sondage a fait l'objet d'un projet pilote auprès d'un petit groupe (n = 4) de rhumatologues de notre établissement, qui ont fourni des commentaires supplémentaires et approuvé la version finale.

Le Comité des communications de la SCR a envoyé aux membres de la SCR une invitation par courriel avec un lien vers le sondage, qui

Tableau 1. **Caractéristiques initiales des répondants au sondage**

Caractéristique	N ^{bre} (%) de répondants sur 66*
Âge	
< 35 ans	11 (17)
35 à 45 ans	21 (32)
46 à 55 ans	19 (29)
56 à 65 ans	6 (9)
> 65 ans	9 (14)
Province d'exercice	
Alberta	9 (14)
Colombie-Britannique	6 (9)
Manitoba	1 (2)
Nouveau-Brunswick	1 (2)
Terre-Neuve	0
Territoires du Nord-Ouest	0
Nouvelle-Écosse	3 (5)
Nunavut	0
Ontario	33 (50)
Île-du-Prince-Édouard	0
Québec	9 (14)
Saskatchewan	4 (6)
Territoire du Yukon	0
Spécialité	
Stagiaire	9 (14)
Rhumatologie pour adultes	54 (82)
Rhumatologie pédiatrique	0
Soins primaires	1 (2)
Médecine interne	2 (3)
Immunologie	0
Années de pratique	
Stagiaire	9 (14)
1 à 5 ans	16 (24)
6 à 10 ans	6 (9)
11 à 20 ans	18 (27)
21 à 29 ans	6 (9)
> 30 ans	11 (17)
Milieu de pratique	
Pratique indépendante en milieu communautaire	14 (22)
Pratique de groupe en milieu communautaire	2 (3)
Milieu communautaire avec affiliation académique	4 (6)
Hôpital universitaire/d'enseignement	44 (69)
Membre du réseau CanVasc	
Oui / Non	12(19) / 52(81)
Nombre de patients atteints d'AI et/ou d'AIs vus au cours de la pratique	
0	15 (23)
1-3	28 (42)
4-9	17 (26)
10-19	4 (6)
>20	2 (3)

* Soixante-quatre (64) des 66 participants ont indiqué leur milieu de pratique (y compris leur statut de membre du réseau CanVasc).

Tableau 2. Nombre approximatif de patients atteints d'AI et/ou d'Als vus par les participants par année

Nombre de patients vus par année	Nombre (%) de participants sur 47
0 à 1	28 (60)
2 à 5	17 (36)
6 à 10	1 (2)
11 à 15	0
16 à 20	1 (2)
Plus de 20	0

était offert en français et en anglais. En répondant au sondage, les participants donnaient implicitement leur consentement, et leur participation était anonyme. Les participants avaient deux semaines pour répondre au sondage; deux courriels de rappel ont été envoyés, au jour 7 et le dernier jour du sondage.

Analyse du sondage

Les données ont été extraites par le logiciel FluidSurveys™ et le logiciel Microsoft Excel (version 2010) a été utilisé pour l'analyse descriptive. L'approbation sur le plan déontologique a été obtenue par l'entremise de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (protocole n° 4473 de l'IRHO-RED).

Résultats

Soixante-quatorze des 420 membres (18 %) de la SCR ont répondu, 68 (16 %) ont répondu au sondage et 60 de ces 68 membres (88 %) l'ont terminé.

Caractéristiques démographiques

Les caractéristiques initiales des répondants sont présentées dans le Tableau 1. La majorité des participants étaient des rhumatologues pour adultes (54/66, 82 %) âgés de 35 à 55 ans (40/66, 61 %), exerçant dans un établissement d'enseignement (44/64, 69 %); la moitié des répondants (33/66) étaient établis en Ontario. Douze participants (19 %) étaient des membres principaux ou associés du réseau CanVasc. Quinze des 66 participants (23 %) ont déclaré n'avoir jamais vu un patient atteint d'AI ou d'Als au cours de leur pratique (Tableau 1); ces sujets n'ont pas répondu aux parties suivantes du sondage.

Définitions

Presque tous les participants (46/47) estimaient qu'il fallait exclure une affection inflammatoire systémique définie pour définir l'AI. De plus, près de la moitié des participants (20/44) estimaient qu'il fallait également exclure les anomalies radiographiques touchant les vaisseaux des branches aortiques. La majorité des participants (39/45, 87 %) ont déclaré que les marqueurs inflammatoires n'étaient pas pertinents dans le diagnostic de l'aortite idiopathique.

Douze des 47 participants (26 %) ont déclaré faire une distinction entre l'AI et l'Als. Parmi ces participants, la plupart considé-

raient que l'exclusion d'une affection inflammatoire systémique définie (10/12, 83 %) et d'anomalies radiographiques dans les vaisseaux des branches aortiques (9/12, 75 %) était nécessaire pour définir l'Als, et 9/12 (75 %) estimaient que les marqueurs inflammatoires étaient sans pertinence pour cette définition.

Références

La chirurgie vasculaire ou cardiaque a été la source d'orientation la plus courante chez les patients atteints d'AI et d'Als, des patients ayant été aiguillés vers 40/46 des participants (87 %). La majorité des participants voient un ou ne voient aucun nouveau patient atteint d'AI ou d'Als par année (voir le Tableau 2). La raison la plus fréquente de l'aiguillage était la découverte fortuite d'une anomalie vasculaire suggérant une aortite lors d'un examen d'imagerie (39/47, 83 %) et la découverte d'une pathologie positive pour une aortite après un anévrisme ou une réparation de la valvule aortique (34/47, 72 %). Les raisons les moins courantes de l'aiguillage étaient la découverte d'un anévrisme de l'aorte thoracique chez un patient présentant des symptômes ou des signes systémiques ou d'autres caractéristiques d'une affection inflammatoire systémique (23/47, 49 %) et la découverte d'un anévrisme de l'aorte thoracique chez un patient ayant déjà présenté une affection inflammatoire générale systémique associée à une aortite (13/47, 28 %).

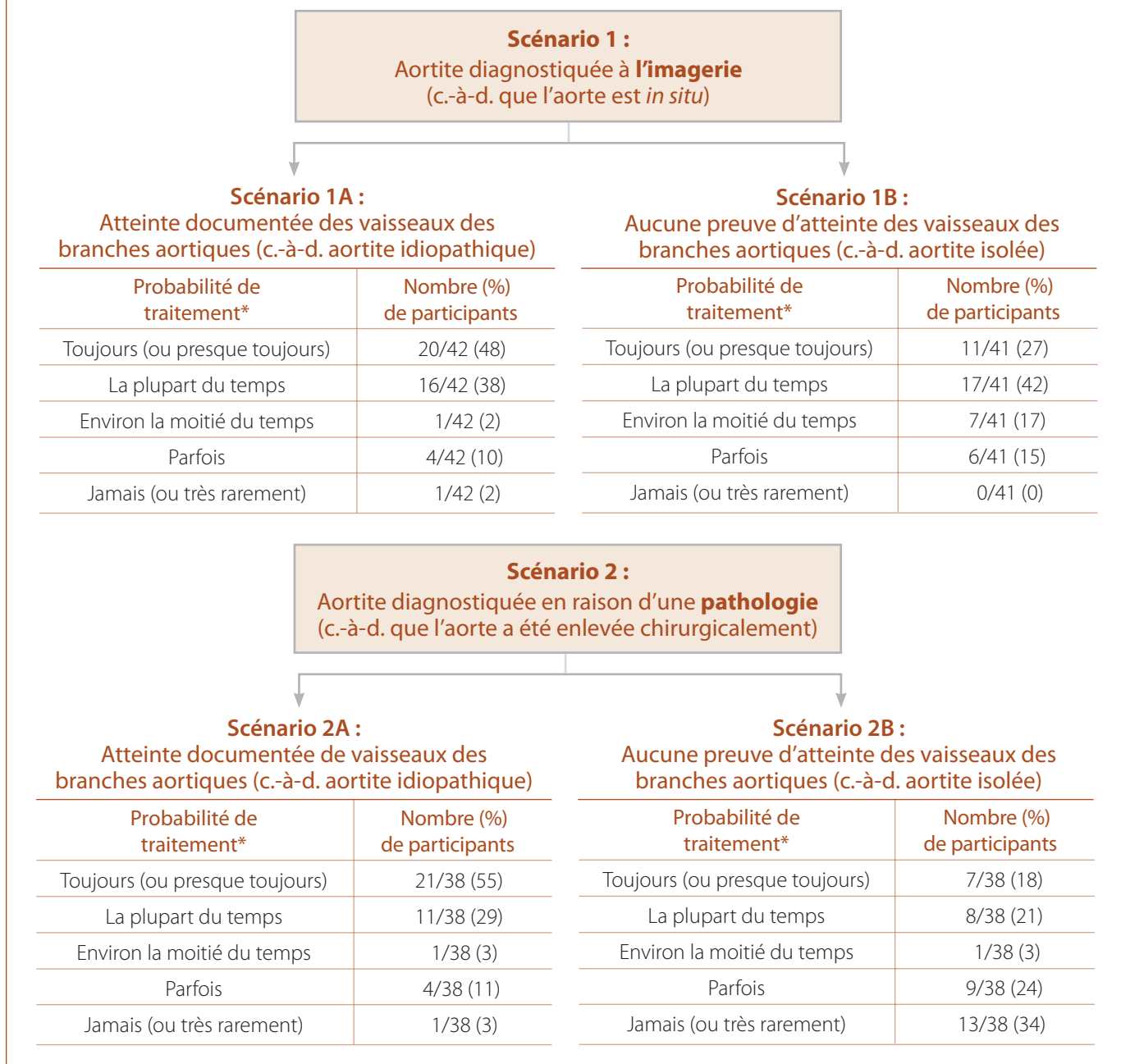
Bilan initial

Quarante-cinq participants ont répondu à des questions concernant le bilan initial des patients atteints d'AI; 13/45 (29 %) ont déclaré qu'ils étaient le médecin expert référent pour la vascularite dans leur centre (huit étaient membres du réseau CanVasc). Lors de l'évaluation des patients soupçonnés d'être atteints d'AI ou d'Als, la plupart des participants ont affirmé dépister « systématiquement » les symptômes ou signes suggérant une atteinte des vaisseaux des branches aortiques (41/45, 91 %), les symptômes ou signes d'une affection inflammatoire générale définie (41/45, 91 %), et les symptômes et signes d'infection (38/45, 84 %). En ce qui concerne les examens de laboratoire, les 45 répondants ont tous déclaré qu'ils effectuaient régulièrement des hémogrammes complets ainsi que des tests de la fonction rénale et de la protéine C-réactive (PCR). Toutefois, les tests systématiques visant à exclure la tuberculose et la syphilis étaient moins fréquents et ont été signalés par 19 (42 %) et 35 (78 %) participants, respectivement. Dix-sept participants (38 %) ont déclaré avoir réalisé une imagerie transversale (TDM ou IRM) systématique de l'arbre aortique entier et de ses principales branches thoraciques et abdominales.

Traitement

On a demandé aux participants d'indiquer leur approche thérapeutique pour quatre scénarios cliniques hypothétiques (voir la Figure 1) : aortite diagnostiquée par imagerie avec et sans atteinte des vaisseaux des branches aortiques (scénarios 1A et 1B, respectivement) et aortite diagnostiquée en raison d'une pathologie (la zone concernée de l'aorte ayant été enlevée par chirurgie) avec et sans atteinte des vaisseaux des branches aortiques (scénarios 2A et 2B, respectivement). Quel que soit le mode de diagnostic, les participants étaient plus susceptibles de traiter (à l'aide de

Figure 1. Réponses liées au traitement fondées sur quatre scénarios cliniques hypothétiques



* La probabilité est déterminée selon le pourcentage de participants qui ont choisi cette option de réponse. Le traitement a été défini comme l'utilisation de glucocorticoïdes et/ou d'un agent immunosuppresseur.

corticostéroïdes) l'aortite avec atteinte des vaisseaux des branches aortiques. Les participants étaient moins susceptibles de traiter une aortite isolée par ablation chirurgicale de l'aorte en cause (scénario 2B), plus d'un tiers des participants n'ayant « jamais » traité ce type de patient. Fait important, nous n'avons pas constaté de différences significatives dans les approches de traitement des participants selon le type de pratique, y compris la pratique dans un centre spécialisé en vascularite.

Pour chacun des scénarios cliniques, on a ensuite demandé aux participants s'ils traiteraient (avec des corticostéroïdes) des patients asymptomatiques selon différents niveaux de réponse inflammatoire systémique (évalués par des marqueurs inflammatoires, la vitesse de sédimentation [VS] et la PCR (Tableau 3)). La plupart des participants ont indiqué qu'ils traiteraient les patients asymptomatiques présentant des marqueurs inflammatoires significativement élevés, quel que soit le scénario clinique. Dans

Tableau 3. **Probabilité de traiter les patients asymptomatiques selon les marqueurs inflammatoires, dans les quatre scénarios décrits ci-dessus[#]**

Mode de diagnostic	Imagerie		Pathologie	
	Oui (1A)	Non (1B)	Oui (2A)	Non (2B)
Atteinte des vaisseaux des branches aortiques (scénario*)				
Marqueurs inflammatoires				
Normaux	30(16-44)	26(12-40)	61(45-77)	23(9-37)
Légèrement élevés	70(56-84)	65(50-80)	83(71-96)	46(29-62)
Très élevés	100(92-100)	98(93-100)	97(92-100)	92(83-100)

[#]Les chiffres dans les cellules représentent le pourcentage de participants (IC). * Scénarios illustrés à la Figure 1. 1A, aortite diagnostiquée à l'imagerie avec atteinte des vaisseaux des branches aortiques, 1B, aortite diagnostiquée à l'imagerie sans atteinte des vaisseaux des branches aortiques, 2A, aortite diagnostiquée en raison d'une pathologie avec atteinte des vaisseaux des branches aortiques, 2B, aortite diagnostiquée en raison d'une pathologie sans atteinte des vaisseaux des branches aortiques

le contexte de marqueurs inflammatoires normaux ou légèrement élevés, les participants étaient plus susceptibles de traiter l'aortite diagnostiquée en raison d'une pathologie en présence de lésions aortiques et/ou de lésions des vaisseaux des branches aortiques (scénario 2A).

Suivi et contrôle

La plupart des répondants ont réévalué leurs patients atteints d'AI tous les trois mois au cours des deux premières années suivant le diagnostic (27/38, 71 %). Plus des trois quarts des répondants assuraient un suivi en effectuant un hémogramme complet et en évaluant le taux de créatinine, la VS et la PCR à chaque visite. De plus, la majorité des participants réalisaient une angiographie par TDM ou par IRM tous les 6 à 12 mois (28/35, 80 %). Fait à noter, quatre répondants (11 %) ont déclaré n'avoir jamais commandé d'imagerie de suivi pour les patients atteints d'AI chez qui l'atteinte des vaisseaux des branches aortiques a été documentée par radiographie au départ. Les approches de surveillance n'ont pas été différentes pour l'aortite diagnostiquée par imagerie ou en raison d'une pathologie.

Lorsqu'on leur a demandé dans quelle mesure les participants étaient à l'aise dans la prise en charge des patients atteints d'AI ou d'AIs, la majorité d'entre eux ont répondu qu'ils étaient « plutôt mal à l'aise » 17/38 (45 %), 14/38 (37 %) d'entre eux ont répondu qu'ils étaient « raisonnablement à l'aise » et 5/38 (13 %) d'entre eux ont répondu qu'ils étaient « très mal à l'aise »; deux participants (5 %) se sont dits « parfaitement à l'aise » dans la prise en charge de ces patients. Trente-six des 37 participants (97 %) étaient d'avis que l'élaboration de recommandations pour la prise en charge des patients atteints d'AI ou d'AIs serait utile.

Interprétation

Les rhumatologues canadiens ne connaissent pas bien l'AI et l'AIs, et près du quart des participants ont déclaré n'avoir jamais vu un seul patient atteint de ces affections dans leur pratique. La majorité des participants ont déclaré avoir vu un cas ou n'avoir vu aucun cas par année. Seul un faible pourcentage de participants (5 %) ont déclaré être « parfaitement à l'aise » dans la prise en charge des patients atteints d'AI ou d'AIs. En raison du volume insuffisant de patients atteints d'AI et de l'absence de lignes direc-

trices cliniques, une grande variabilité a été observée dans cette étude en ce qui concerne divers aspects de la prise en charge de cette affection.

Seulement un quart des participants ont dit faire une distinction entre l'AI et l'AIs. Ce chiffre n'est pas surprenant, étant donné que les deux termes sont souvent utilisés de façon interchangeable dans la littérature publiée^{1-2,4,9}. Une AI est envisagée lorsque l'aortite est observée en l'absence de caractéristiques cliniques suffisantes pour diagnostiquer une affection systémique sous-jacente, le plus souvent une ACG. L'AIs est un sous-type spécifique d'AI qui se limite à l'aorte. Une imagerie complète des vaisseaux des branches aortiques serait nécessaire pour exclure que les vaisseaux des branches sont touchés et permettre un diagnostic d'AIs; fait rassurant, les trois quarts des participants qui ont fait la distinction entre l'AI et l'AIs ont indiqué que l'exclusion des anomalies radiographiques des vaisseaux des branches aortiques est importante pour définir l'AIs. Bien que la classification de l'AIs comme une « vascularite touchant un seul organe » dans la nomenclature de Chapel Hill suggère qu'un degré significatif d'inflammation systémique ne devrait pas être associé à cette affection, ce n'est pas le cas selon notre expérience⁶, l'expérience des participants à cette étude (75 % ont estimé que les taux de marqueurs inflammatoires étaient non pertinents pour définir l'AIs) et dans la littérature publiée⁵.

La majorité des répondants ont procédé à des évaluations cliniques et biochimiques approfondies chez les patients atteints d'AI et d'AIs. Cependant, seuls 38 % ont réalisé une imagerie complète des vaisseaux des branches aortiques thoraciques et abdominales. Dans la série de cas sur l'AI de la Clinique Mayo², la majorité des patients (89 %) ont subi une imagerie vasculaire supplémentaire (c.-à-d. une tomodensitométrie et une angiographie par RM). D'autres anomalies vasculaires étaient fréquentes et présentes chez 72 % des patients ayant subi un examen par imagerie. Dans la série de cas à notre centre publiée récemment, 21 des 32 patients (66 %) ayant reçu un diagnostic d'AI ont subi une imagerie complète des vaisseaux des branches aortiques au début de l'étude⁶; 15 (71 %) d'entre eux présentaient des lésions des vaisseaux des branches aortiques, alors que 3 (14 %) présentaient des lésions supplémentaires à l'aorte. À notre avis,

étant donné la prévalence élevée de lésions vasculaires supplémentaires, l'imagerie de l'arbre aortique entier et de ses branches devrait faire partie intégrante du bilan initial.

Il n'existe actuellement aucune approche normalisée de traitement médical à la suite d'un diagnostic d'AI, ce qui entraîne une grande incertitude. Les taux signalés d'utilisation de corticostéroïdes pour le traitement de l'AI varient de 9 % à 38 % dans la documentation publiée^{2-4,6-7}. De plus, on manque d'information sur la façon d'orienter le traitement dans des scénarios cliniques précis, comme la présence d'une maladie des vaisseaux des branches aortiques ou en fonction du niveau de réponse inflammatoire. Comme on pouvait s'y attendre, les rhumatologues canadiens sont plus susceptibles de traiter des maladies comportant une atteinte confirmée par radiographie plus importante ou des niveaux élevés d'inflammation systémique. Fait intéressant, en présence d'un patient asymptomatique présentant des marqueurs inflammatoires normaux, les participants semblent plus susceptibles de traiter en présence d'anomalies des vaisseaux des branches aortiques et après un diagnostic histologique plutôt que radiographique de l'aortite. Ceci indique probablement qu'il existe un consensus relativement plus large sur la définition histologique de l'aortite⁹ par rapport à la définition radiographique, cette dernière faisant l'objet d'une controverse importante¹⁰.

Une faiblesse importante de notre étude est le faible taux de réponse, qui était de 18 %. Selon la SCR, le taux de réponse typique aux sondages de cette nature est de 20 à 30 %. Nous soupçonnons que ce taux de réponse inférieur à la moyenne reflète la rareté de l'aortite idiopathique, ce qui fait que de nombreux membres de la SCR n'ont pas participé au sondage en raison de son manque d'applicabilité à leur pratique individuelle. Cette théorie est étayée par la surreprésentation importante des rhumatologues universitaires dont la pratique se déroule principalement dans un hôpital d'enseignement (69 % de tous les participants, 55 % si l'on exclut les stagiaires), où les patients atteints de maladies rares comme l'AI sont plus susceptibles d'être aiguillés; le pourcentage des rhumatologues canadiens exerçant en milieu universitaire est estimé à 40 % selon une enquête nationale publiée récemment¹¹. Le ciblage des membres de la SCR a probablement contribué à la surreprésentation des rhumatologues universitaires dans notre étude, car ils sont plus susceptibles d'être membres de la SCR que ceux qui exercent seuls dans un milieu communautaire¹¹. D'autres biais de sélection ont probablement été introduits par la probabilité plus élevée de réponse de la part de rhumatologues connaissant personnellement les chercheurs de cette étude; ceci est démontré par la surreprésentation des rhumatologues de l'Ontario dans cette étude (50 %) comparativement aux estimations nationales établies à 38%¹¹. Le faible taux de réponse et la surreprésentation des rhumatologues universitaires limitent la généralisation de nos résultats à l'ensemble de la communauté des rhumatologues canadiens. Cependant, nos résultats représentent le point de vue du groupe de rhumatologues qui possèdent le plus d'expérience relativement à l'AI et dont les opinions seront donc plus utiles pour formuler de futures recommandations visant à guider la prise en charge de ces affections. La subjectivité des chercheurs dans le cadre de l'élaboration du sondage est une autre faiblesse potentielle de cette étude. En tant que chercheurs de l'étude, nous avons conçu le sondage en nous basant sur notre

expérience et nos connaissances personnelles concernant l'aortite. Les questions spécifiques et les options de réponse proposées ont probablement biaisé les réponses des participants en faveur de notre point de vue (celui des chercheurs). Dans le but de minimiser cette subjectivité, le sondage a été révisé et modifié par les membres principaux du réseau CanVasc et mis à l'essai auprès d'un petit groupe de rhumatologues avant sa diffusion.

En conclusion, on observe une grande variabilité chez les rhumatologues canadiens en ce qui concerne les définitions, le bilan, le traitement et la surveillance des patients atteints d'IA et d'AIs. Les membres de la SCR font part d'une incertitude dans la prise en charge de ces patients, ce qui témoigne du besoin important à l'égard de recommandations pour orienter les décisions. D'après notre analyse de la documentation, cette étude est le premier rapport à évaluer les modèles de pratique des rhumatologues canadiens (ou de tout groupe de rhumatologues, car aucune étude semblable n'a été publiée sur l'AI) dans le domaine de l'arthrite idiopathique. D'autres recherches de grande qualité (plus systématiques et/ou prospectives) devraient être la première étape pour clarifier l'approche à adopter relativement à l'AI, ce qui permettrait en fin de compte d'élaborer ces lignes directrices essentielles.

Références :

1. Gornik HL, Creager MA. Aortitis. *Circulation* 2008; 117:3039-51.
2. Liang KP, Chowdhary VR, Michet CJ, et coll. Noninfectious ascending aortitis: a case series of 64 patients. *J Rheumatol* 2009; 36:2290-7.
3. Rojo-Leyva F, Ratliff NB, Cosgrove DM 3rd, Hoffman GS. Study of 52 patients with idiopathic aortitis from a cohort of 1,204 surgical cases. *Arthritis Rheum* 2000; 43:901-7.
4. Miller DV, Isotalo PA, Weyand CM, et coll. Surgical pathology of noninfectious ascending aortitis: a study of 45 cases with emphasis on an isolated variant. *Am J Surg Pathol* 2006; 30:1150-8.
5. Merkel PA. Noninfectious ascending aortitis: staying ahead of the curve. *J Rheumatol* 2009; 36:2137-40.
6. Murzin DL, Belanger EC, Veinot JP, Milman N. A case series of surgically diagnosed idiopathic aortitis in a Canadian centre: a retrospective study. *CMAJ* 2017; 5:483-7.
7. Clifford A, Arafat A, Idrees J, et coll. Aortitis: Outcomes from a cohort of 196 patients [abstract]. American College of Rheumatology Annual Meeting. Boston. *Arthritis Rheum* 2014; 66:S1216-7.
8. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et coll. 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum* 2013; 65:1-11.
9. Stone JR, Bruneval P, Angelini A, et coll. Consensus statement on surgical pathology of the aorta from the Society of Cardiovascular Pathology and the Association for European Cardiovascular Pathology: 1. Inflammatory diseases. *Cardiovasc Pathol* 2015; 24:267-78.
10. Cinar I, Wang H, Stone JR. Clinically isolated aortitis: pitfalls, progress and possibilities. *Cardiovasc Pathol* 2017; 29:23-32.
11. Barber CE, Jewett L, Badley EM, et coll. Stand up and be counted: measuring and mapping the rheumatology workforce in Canada. *J Rheumatol* 2017; 44:248-57.

Marissa Keenan, M.D., M. Sc.
Boursière en rhumatologie,
Département de rhumatologie, L'Hôpital d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Nataliya Milman, M.D., FRCPC, M. Sc.
Rhumatologue,
Département de rhumatologie, L'Hôpital d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Le groupe de recherche Canadien sur les vascularites (CanVasc)

Formation médicale 2.0 – Rendre les bons résidents meilleurs : dans la foulée du Grand Débat de l'ASA 2019 de la SCR

Par Heather McDonald-Blumer, M.D., FRCPC, M. Sc. (HPTE); Mercedes Chan, MBBS, FRCPC, MHPE
Elizabeth M. Hazel, M.D., FRCPC; Marie-Paule Morin, M.D., FRCPC, Ph. D. (c); et
Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE

Contexte

Il y a un peu plus de cent ans, la publication du rapport Flexner venait révolutionner l'enseignement de la médecine. Ce rapport a mené à l'élaboration des programmes de formation médicale de premier cycle et de cycles supérieurs qui ont marqué l'ensemble de nos vies professionnelles.

Au cours des 10 à 15 dernières années, toutefois, une réévaluation de l'enseignement de la médecine a été entreprise par les professeurs de médecine et les défenseurs des droits des patients, soucieux de s'assurer que tous les médecins terminant leurs programmes de résidence possèdent les compétences requises. Cet exercice a ouvert la voie à un mouvement mondial en faveur d'une approche par compétences en formation médicale. Le but de la formation est de s'assurer que les médecins sont en mesure de faire ce qu'ils doivent faire, c'est-à-dire exécuter tous les aspects de leur spécialité efficacement et en toute sécurité.

Afin de se conformer à cette philosophie axée sur les résultats, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada collabore avec notre comité de spécialité et les directeurs de programmes en vue d'élaborer des programmes de formation médicale axés sur les compétences propres à chaque discipline. Le Collège royal a désigné ses lignes directrices propres à cette approche par la mise en œuvre de son initiative, La compétence par conception (CPC).

Depuis le 1^{er} juillet 2019, les R4 inscrits à un programme de formation en rhumatologie au Canada suivent un programme d'études fondé sur l'approche CPC; ils font partie de la deuxième cohorte dont les programmes sont passés à ce nouveau modèle.

Étapes de la formation et activités professionnelles fiables (APC)

La pratique de la rhumatologie exige l'acquisition des connaissances et des compétences de base nécessaires pour faire une évaluation précise des patients atteints de maladies rhumatismales complexes et leur offrir un traitement de pointe. À proprement parler, ce que les résidents en rhumatologie devront apprendre ne changera pas, si ce n'est qu'ils devront intégrer à leur apprentissage et à leur pratique les progrès scientifiques et thérapeutiques qui font partie intégrante de la pratique moderne de la médecine. De même, l'ensemble d'activités auxquelles ils devront participer

– l'évaluation de véritables patients, la participation aux tournées auprès des patients et à des séances officielles de formation, la présentation d'exposés et la participation à des réunions propres à la discipline – restera inchangé.

Ce qui changera, c'est la façon dont les résidents sont évalués. On mettra davantage l'accent sur la surveillance et l'écoute (observation directe) pour s'assurer que les résidents peuvent réellement faire ce que nous pensons qu'ils peuvent faire. Il y aura de multiples évaluations formatives ou à faible enjeu plutôt que quelques évaluations majeures. La façon dont cette évaluation sera documentée – sur plates-formes électroniques et, idéalement, sur le terrain, en temps réel – sera également différente du passé.

Étapes de la formation

Dans un avenir prévisible, les programmes de formation en rhumatologie demeureront des programmes de formation postdoctorale de deux ans après la formation de base en médecine interne ou en pédiatrie. Ces deux années seront divisées en quatre étapes : 1) Progression vers la discipline; 2) Acquisition des fondements de la discipline; 3) Maîtrise de la discipline; et 4) Transition vers la pratique. Durant ces étapes, l'apprentissage des résidents sera axé sur des thèmes allant des principaux éléments à maîtriser durant les premiers blocs de leur formation en rhumatologie aux questions importantes qu'ils auront à aborder à mesure que leur formation tirera à sa fin et qu'ils progresseront vers la pratique indépendante.

En tant que superviseurs cliniques, nos attentes envers les résidents évolueront à mesure qu'ils franchiront les différentes étapes de leur formation. Bien que cette approche ne soit pas nouvelle, elle est aujourd'hui assortie de points de référence bien définis, qui aideront les superviseurs à déterminer quel niveau de compétence précis le résident devrait avoir atteint à une étape particulière de sa formation.

Activité professionnelles fiables (APC)

Le plus grand changement ou le plus grand défi est peut-être de comprendre le nouveau concept des APC. Le Collège royal définit les APC comme étant les tâches clés de notre discipline qu'un résident (ou un médecin) peut s'attendre à ce qu'un résident (ou un médecin) exécute dans un contexte de soins de santé donné,



La grande équipe de débat de l'ASA 2019 de la SCR. De gauche à droite sur la photo : D^{re} Mercedes Chan, D^{re} Marie-Paule Morin, D^r Raheem B. Kherani (président), D^{re} Elizabeth M. Hazel et D^{re} Heather McDonald-Blumer.

une fois qu'il a démontré un niveau suffisant de compétence. Les APC couvrent toutes les tâches que nous accomplissons en tant que rhumatologues. Pour être « digne de confiance », le résident doit être en mesure d'accomplir la tâche de façon autonome.

Il existe 24 APC pour les résidents en rhumatologie adulte et 25 pour les résidents en rhumatologie pédiatrique. Les APC sont organisés en fonction de l'étape de formation du résident et gagnent en complexité au fil du temps. Chaque activité clinique (APC) est divisée en composantes clés (connues sous le nom de jalons) qui peuvent être utilisées pour aider les superviseurs à donner aux résidents une rétroaction précise et opportune sur leur rendement et à cerner les domaines à améliorer. Les résidents prendront note des APC qu'ils voudront passer en revue chaque jour avec un superviseur clinique. Afin de déterminer si un résident est capable d'accomplir une tâche spécifique de façon autonome, les superviseurs devront observer directement l'activité en question.

Exemples d'APC

Pour un résident au début de sa formation, une tâche à accomplir pourrait être la suivante : Effectuer des anamnèses et des examens physiques chez des patients présentant des affections rhumatismales non complexes, comprenant la documentation et la présentation des résultats.

Plus tard dans l'année, on s'attendrait à ce que le résident parvienne à faire une évaluation et établir un diagnostic initial et un plan de traitement pour des patients présentant des affections rhumatismales non complexes.

Au cours des dernières années, nos directeurs de programmes ont accompli un travail considérable en vue de préparer leurs écoles respectives à la CPC. Les résidents R4 participent activement au processus et leurs efforts combinés facilitent le changement. Les membres du corps professoral et les superviseurs cliniques doivent intégrer le nouveau système à leur programme

clinique. Bien que le changement puisse être difficile, le résultat visé demeure le même : tous ceux d'entre nous qui supervisent les résidents en rhumatologie dans nos milieux cliniques continueront de voir des patients avec les résidents et d'aider ces derniers à apprendre à dispenser des soins exemplaires à leurs patients.

Sites Web clés et quelques références choisies :

- › Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada : La compétence par conception. Accessible à l'adresse : www.royalcollege.ca/rcsite/cbd/competence-by-design-cbd-f Consulté le 28 août 2019.
- › Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, et coll. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001; 357(9260):945-9. Accessible à l'adresse : www.nuigalway.ie/medical_informatics/documents/Assessment%20of%20clinical%20competence.pdf. Consulté le 28 août 2019.
- › Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada*. Washington, DC: Science and Health Publications, Inc.; 1910.

L'équipe du Grand Débat 2019 de la SCR :

Heather McDonald-Blumer, M.D., FRCPC, M. Sc. (HPTE)

Directrice,

Division de rhumatologie

Directrice,

Planification et mise en œuvre de la CPC (médecine),

Université de Toronto

Toronto (Ontario)

Mercedes Chan, MBBS, FRCPC, MHPE

Directrice,

Programme de rhumatologie pédiatrique,

Université de la Colombie-Britannique

Vancouver (Colombie-Britannique)

Elizabeth M. Hazel, M.D., FRCPC

Professeure agrégée de clinique,

Directrice de programme,

Programme de rhumatologie chez l'adulte,

Université McGill

Montréal (Québec)

Marie-Paule Morin, M.D., FRCPC, Ph. D. (c)

Division de rhumatologie et d'immunologie,

CHU Sainte-Justine,

Département de pédiatrie,

Université de Montréal

Montréal (Québec)

Le président du Grand Débat 2019 de la SCR :

Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE

Président du Comité de l'éducation de la SCR

Professeur agrégé de clinique,

Université de la Colombie-Britannique

Vancouver (Colombie-Britannique)

Le programme ECHO Rhumatologie : améliorer l'accès aux soins en rhumatologie dans les régions mal desservies grâce au renforcement des capacités

Par Claire Bombardier, M.D., FRCPC; Amanda Steiman, M.D., M. Sc., FRCPC; Rhonda Mostyn, gestionnaire du projet ECHO; et Jane Zhao, coordonnatrice de la recherche, projet ECHO

Aperçu

Le programme ECHO (*Extension for Community Healthcare Outcomes*) est un modèle coopératif de formation médicale et de gestion des soins, dont le but est de créer des liens entre des prestataires de soins situés en régions éloignées et des équipes interprofessionnelles de spécialistes en centres urbains. Le modèle ECHO repose sur l'utilisation de la visioconférence pour créer un groupe d'apprentissage virtuel durant des séances hebdomadaires.

Ce modèle vise à favoriser la prestation des bons soins aux bons moments dans la prise en charge de nombreuses affections cliniques complexes et courantes. Ce modèle a été créé au Nouveau-Mexique pour le traitement de l'hépatite C et s'est depuis étendu partout dans le monde, prenant appui sur les succès remportés par les prestataires de soins et les patients. Il existe à ce jour seize programmes ECHO en Ontario, dont trois sont offerts par le Réseau universitaire de santé (UHN); il s'agit des programmes sur la rhumatologie, la douleur chronique et le foie.

Qui nous sommes

Le programme ECHO Rhumatologie a été lancé en janvier 2017 par le Réseau universitaire de santé de Toronto. Les D^{res} Claire Bombardier et Amanda Steiman dirigent conjointement ce programme, dont le but est de favoriser le transfert des connaissances, tout en améliorant la confiance et les compétences dans le traitement des affections rhumatismales dans l'ensemble de la province. L'équipe interprofessionnelle de spécialistes est composée de trois rhumatologues (Claire Bombardier, Amanda Steiman et Wes Fidler), de deux physiothérapeutes ACPAC (ou *Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care*) (Mandy McGlynn et Laura Passalent), d'une infirmière autorisée (Anne Cymet), d'une infirmière praticienne (Elizabeth Lee) et de deux pharmaciennes (Carolyn Whiskin et Jadie Lo).

Comment fonctionne le programme ECHO

Les séances de formation par visioconférence du programme ECHO Rhumatologie se tiennent le vendredi de 12 h à 13 h 30 (HNE). Chaque séance est une activité de formation médicale continue (FMC) agréée, qui consiste en une brève présentation didactique portant sur des sujets liés aux soins de première ligne en rhumatologie suivie de discussions sur des cas précis.

Tous les cas des patients sont réels, anonymisés et présentés par les fournisseurs de soins de santé participants. Ces cas consti-



L'équipe interprofessionnelle de spécialistes et des professionnels de la santé en milieu communautaire participent à une séance ECHO hebdomadaire.

tuent la principale source d'apprentissage. Ils servent de tremplin à des tables rondes sur le diagnostic différentiel, les approches en matière de bilan et de traitement et la prise en charge.

La conséquence pratique est à la fois de portée locale et de grande envergure. À l'échelon local, le prestataire apprend comment passer aux étapes suivantes du bilan et de la prise en charge d'un patient; de manière plus générale, les autres participants adoptent une approche qui leur permet de résoudre des problèmes similaires dans leurs cliniques respectives. Ainsi, contrairement à la télémédecine traditionnelle qui n'a d'impact que sur le prestataire participant et son patient, ECHO, par ses séances, favorise l'échange entre les différents acteurs du milieu.

Le programme ECHO Rhumatologie aide à éliminer la frustration ressentie par les professionnels de la santé et les patients qui doivent souvent attendre longtemps avant de pouvoir consulter un rhumatologue. Les programmes ECHO ont des résultats concrets, en contribuant à améliorer la confiance, les compétences et les habiletés des professionnels de la santé dans la prise en charge des maladies rhumatismales. Les prestataires de soins apprennent comment établir le plan d'investigation, formuler un diagnostic différentiel, prendre en charge des patients traités par des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), prendre en charge des patients à l'aide d'approches non pharmacologiques (l'activité physique, par exemple) et collaborer efficacement avec les rhumatologues. Ce programme témoigne d'une véritable symbiose.

À la suite de sa participation au programme ECHO Rhumatologie, un médecin de famille du nord de l'Ontario fait la déclaration suivante : « J'ai aujourd'hui l'impression d'être mieux en mesure d'estimer de manière raisonnable la probabilité qu'une personne qui se présente à mon cabinet présente une affection arthritique inflammatoire, peut-être même un problème lié à son traitement,

De nouvelles ressources pour la gestion de l'arthrite au travail

Par la Société de l'arthrite

Nombreux sont les lecteurs qui connaissent les ressources d'apprentissage en ligne (arthrite.ca/soutien-et-education/apprentissage-en-ligne-fr) que la Société d'arthrite met à la disposition des patients pour les aider à mieux comprendre et gérer eux-mêmes leur état et leurs symptômes entre les rendez-vous chez le rhumatologue.

Nous avons récemment ajouté de nouvelles ressources à notre bibliothèque en ligne en vue d'aborder un autre aspect important du quotidien des personnes atteintes d'arthrite : L'arthrite et le travail (arthrite.ca/soutien-et-education/apprentissage-en-ligne-fr/l-arthrite-et-le-travail). Élaborées à partir des conseils d'experts de l'Institut de recherche sur le travail et la santé et appuyées par le Programme InterActions pour le changement du ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité de l'Ontario, nos nouvelles ressources comprennent ce qui suit :

- **POUR LES EMPLOYÉS** : Une vidéo et un balado pour aider les travailleurs à comprendre leurs droits et à communiquer leurs besoins à leurs employeurs.
- **POUR LES EMPLOYEURS** : Un guide PDF sur les normes d'emploi, ainsi qu'une vidéo et un balado pour aider les employeurs à mieux comprendre les besoins de leurs employés et à reconnaître les avantages de répondre à ces besoins pour assurer leur réussite commune.

Ces ressources s'ajoutent à nos outils actuels en milieu de travail, comme notre module d'apprentissage *L'arthrite et le travail*, les listes de contrôle *Articulations au travail* et plus encore, pour garder vos

Le programme ECHO Rhumatologie (suite de la page 24)

afin d'établir un diagnostic précis ou tout au moins de tenter d'une manière beaucoup plus cohérente de diagnostiquer ces maladies. »

Comment puis-je participer au programme ECHO?

- 1) S'inscrire à l'adresse : uhn.echoontario.ca/register/
- 2) Participer à une visioconférence hebdomadaire en direct
- 3) Participer à des discussions en groupe; obtenir rapidement une consultation auprès d'un groupe de spécialistes interprofessionnels
- 4) Obtenir sans frais des crédits de formation médicale continue

Claire Bombardier, M.D., FRCPC
Professeure de médecine, Université de Toronto
Scientifique principale, Toronto General Research Institute,
Réseau universitaire de santé
Rhumatologue, Hôpital Mount Sinai,
Coprésidente, ECHO Rhumatologie
Toronto (Ontario)

LA NORME SUR L'EMPLOI

en vertu de la Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (LAPHO), 2005



En tant qu'employeur, il est important de savoir qu'il existe des lois favorisant des pratiques d'accessibilité pour tous les employés. La présente ressource vous aide à comprendre vos obligations en vertu de la Norme d'accessibilité à l'emploi prévue par la LAPHO. Les organisations qui investissent dans les pratiques d'accessibilité rapportent de meilleurs résultats en matière de maintien en poste, d'assiduité, de roulement, de rendement et de qualité de travail, de sécurité, de capacités concurrentielles et de fidélisation de la clientèle. Dans les grandes lignes, voici ce que vous devez savoir :

Qu'est-ce la LAPHO?

La Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario, 2005 (ou LAPHO) vise à déterminer, éliminer et prévenir les obstacles pour les personnes handicapées de l'Ontario. La LAPHO s'applique à toutes les organisations du secteur public, à toutes les organisations à but non lucratif et à toutes les entreprises d'un salarié ou plus (emploi à temps plein, à temps partiel, saisonnier ou contractuel). La LAPHO et le Code des droits de la personne de l'Ontario (ci-après le Code) fonctionnent de concert pour favoriser l'égalité et l'accessibilité.

Ce qu'il faut faire

Afin de répondre à la Norme d'emploi prévue par la LAPHO, vous devez assurer :



- 1 Un processus de recrutement accessible. Dans le cadre de votre processus d'embauche, vous devez informer les candidats potentiels que les besoins en matière d'accessibilité des employés ayant un handicap seront comblés, sur demande. Vous pouvez en faire mention dans l'affichage du poste, sur votre site Web et dans les lettres d'offre d'emploi.

patients en santé et contribuer au succès de leur famille et de leur communauté en favorisant leur productivité au travail.

Vous pouvez trouver notre gamme complète de ressources en milieu de travail à l'adresse arthrite.ca/soutien-et-education/l-arthrite-et-le-travail. Nous vous encourageons à transmettre le lien à tous vos patients en âge de travailler.

Amanda Steiman, M.D., M. Sc., FRCPC
Professeure adjointe de médecine, Université de Toronto
Clinicienne en Qualité et Innovation,
Rhumatologue, Système de santé du Sinai/Réseau universitaire de santé
Coprésidente, ECHO Rhumatologie
Toronto (Ontario)

Rhonda Mostyn
Chef de projet, ECHO à l'UHN
Institut de réadaptation de Toronto,
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Jane Zhao, M. Sc.
Coordnatrice de recherche, ECHO à l'UHN
Institut de réadaptation de Toronto,
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Résultats du sondage : tendances de prescription du méthotrexate au Canada

Par la D^{re} Shirley Lake, au nom du sous-comité Choisir avec soin de la SCR

Le sondage *Articulons nos pensées* pour ce numéro portait sur les habitudes de prescription et de surveillance du méthotrexate (MTX) au Canada. Les résultats du sondage montrent qu'il existe une grande variabilité dans la façon dont les rhumatologues du Canada utilisent le MTX chez leurs patients. Un total de 126 réponses ont été reçues des membres de la SCR sur un total possible de 548, ce qui équivaut à un taux de réponse de 23 %. Les rhumatologues communautaires et universitaires ont répondu, représentant respectivement 27 % et 53 % des répondants. Un autre 20 % des répondants ont dit qu'ils travaillaient dans les deux milieux.

Lorsqu'on leur demande quels tests sont prescrits lorsqu'un patient commence à prendre du MTX, il semble que tous les rhumatologues prescrivent certains tests (hémogramme, dosage du taux de créatinine et d'ALAT) et n'en prescrivent jamais d'autres (RIN), mais que pour le reste, il existe une grande variabilité. La recommandation 10 des lignes directrices de la SCR sur le MTX peut fournir une orientation dans ce cas¹. On peut y lire qu'un hémogramme (niveau de preuve II), qu'une analyse biochimique hépatique (I) et rénale (II) et qu'une radiographie pulmonaire (II) devraient être demandés avant d'entreprendre un traitement par le MTX. Le dépistage des hépatites B et C devrait être envisagé (III), et le dépistage du VIH est recommandé chez les patients à risque élevé (IV)¹.

En ce qui concerne la dose initiale de méthotrexate, il y a là aussi beaucoup de variabilité. Conformément à la recommandation 11 des Lignes directrices de la SCR, la dose initiale doit être adaptée au patient en fonction de la réponse clinique et de la tolérabilité¹.

Pour ce qui est de la dose d'acide folique prescrite avec le MTX, selon les résultats du sondage, plus de 55 % des répondants prescrivent 5 mg par semaine, et plus du tiers prescrivent de 10 à 30 mg par semaine; 7 % prescrivent plus de 30 mg par semaine. Bien que les lignes directrices de la SCR sur la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde permettent des variations en ce qui a trait à la posologie et aux voies d'administration du MTX, elles ne fournissent pas de recommandations fondées sur des données probantes concernant l'acide folique. Toutefois, les résultats de ce sondage sont conformes à une recommandation multinationale fondée sur des données probantes selon laquelle la prescription d'au moins 5 mg d'acide folique par semaine est fortement recommandée en cas de traitement par le MTX².

En ce qui concerne la surveillance de la toxicité, la recommandation multinationale stipule que lorsqu'on entreprend un traitement par le MTX ou qu'on augmente la dose de celui-ci, on doit mesurer les taux d'ALAT (avec ou sans ASAT) et de créatinine et réaliser un hémogramme tous les 1 à 1,5 mois, jusqu'à ce que la dose soit stable, puis tous les 1 à 3 mois par la suite. Une évaluation clinique des effets secondaires et des facteurs de risque doit être effectuée lors de chaque visite². La majorité des répondants au sondage respectent cette ligne directrice, effectuant une surveillance tous les

mois, puis tous les trois mois. Cela étant dit, seuls trois tests doivent être réalisés (dosage du taux d'ALAT et de créatinine et hémogramme), mais de nombreux répondants ont dit qu'ils surveillaient également l'albumine sérique.

Dans l'ensemble, il semble y avoir une grande variabilité dans la façon dont les rhumatologues du Canada gèrent le MTX. Les médecins qui prescrivent le MTX devraient être des spécialistes des maladies sous-jacentes et des experts dans la personnalisation de la posologie du MTX et de la surveillance du traitement. Les rhumatologues pourraient certainement être les chefs de file dans ce domaine. Même si les lignes directrices actuelles de la SCR seront bientôt révisées, elles demeurent une norme à respecter. Les lignes directrices sont accessibles à l'adresse <https://rheum.ca/fr/resources/publications/recommandations-canadiennes-pour-la-prise-en-charge-de-la-pr/>.

Finalement, des lignes directrices mises à jour de la SCR concernant la surveillance seraient très utiles pour guider les soins, pour guider les soins.

Si vous avez des questions ou des commentaires au sujet de ce sondage, n'hésitez pas à communiquer avec Sue Ranta à l'adresse sranta@rheum.ca.

Références :

- Bykerk VP, Akhavan P, Hazlewood GS, et coll. Canadian Rheumatology Association recommendations for pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs. *J Rheumatol* 2012; 39:1559-82.
- Visser K, Katchamart W, Loza E, et coll. Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate in rheumatic disorders with a focus on rheumatoid arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2009; 68:1086-1093.

Tableau 1.
À quelle dose vos patients commencent-ils à prendre du MTX?

Dose de MTX	Pourcentage
6-10 mg	10 %
11-15 mg	31 %
16-20 mg	31 %
21-25 mg	28 %

Tableau 2.
Quelle quantité d'acide folique utilisez-vous avec le MTX?

Dose d'acide folique	Pourcentage
0 mg	1 %
5 mg/sem.	57 %
10-30 mg/sem.	35 %
> 30 mg	7 %

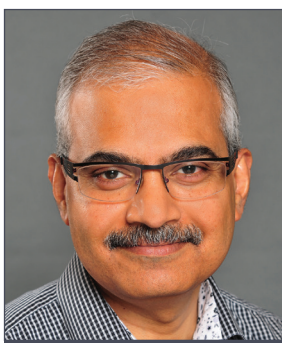


Dr^e Sasha Bernatsky – Prix Pratique de l'application des connaissances de l'AAC 2018

La Dr^e Sasha Bernatsky, professeure de médecine à l'Université McGill, a reçu le prix Pratique de l'application des connaissances 2018 de l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC). « Tout au long de ma carrière, je me suis toujours efforcée de communiquer efficacement les résultats de mes recherches, non seulement à la communauté scientifique, mais aussi à d'autres intervenants, y compris les décideurs, les patients et autres. C'est vraiment un honneur de recevoir le prix d'application des connaissances de l'AAC », a déclaré la Dr^e Bernatsky.

Ses recherches portent sur les effets des maladies rhumatismales, notamment la morbidité, la mortalité, les facteurs environnementaux et l'impact économique de maladies comme le lupus érythémateux disséminé (LED) et la polyarthrite rhumatoïde (PR). Elle s'est imposée comme chef de file dans la recherche et l'application des connaissances dans ce domaine, publiant en moyenne 20 articles par année.

La Dr^e Bernatsky est une membre active de nombreux réseaux de recherche, dirigeant des initiatives internationales de recherche sur les maladies rhumatismales. À titre de cochercheuse principale, elle a contribué à l'élaboration du réseau Canadian Network for Advanced Interdisciplinary Methods for comparative effectiveness research (CAN-AIM) afin de fournir des données nouvelles et exactes sur les résultats à long terme du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM), une initiative conjointe des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada. Elle travaille en étroite collaboration avec Santé Canada et d'autres utilisateurs des connaissances pour répondre aux questions qui mettent en évidence les domaines prioritaires dans l'étude des pharmacothérapies, y compris les médicaments pour la PR et la spondylarthrite ankylosante.



Dr Vinod Chandran – Élu au comité exécutif du GRAPPA

Le Dr Vinod Chandran, rhumatologue et professeur agrégé de médecine à l'Université de Toronto, a été élu au comité exécutif du GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) lors de la récente assemblée annuelle de l'organisme à Paris, en France. Le GRAPPA est une organisation internationale sans but lucratif, ayant un mandat éducatif et scientifique et regroupant des rhumatologues, des dermatologues, des radiologistes, des généticiens, des méthodologues, des épidémiologistes, des partenaires de recherche auprès des patients et des représentants de l'industrie, qui vise à accroître la sensibilisation à la maladie psoriasique, à élaborer et valider des outils d'évaluation du psoriasis et de l'arthrite psoriasique, à favoriser la recherche clinique et fondamentale et à encourager la collaboration interdisciplinaire et la communication entre les organismes de défense, l'industrie, les organismes de réglementation et les autres instances compétentes. L'organisation compte actuellement plus de 900 membres.



Dr Rayfel Schneider – Prix du Conseil 2019

Lors de sa plus récente réunion, le Collège a remis son prix du conseil au Dr Rayfel Schneider, un chef de file international dans le développement de nouveaux traitements et de nouvelles normes de soins pour l'arthrite juvénile et les maladies inflammatoires connexes. Le Dr Schneider est médecin membre de l'équipe du Hospital for Sick Children (SickKids) de Toronto et est actuellement professeur de pédiatrie et directeur associé (Éducation) au département de pédiatrie de l'Université de Toronto. Auparavant, il a été chef de la division de rhumatologie pédiatrique à l'hôpital SickKids et directeur du programme de rhumatologie pédiatrique de l'Université.

« En tant que médecin canadien exerçant en Ontario, je sais très bien que j'appartiens à un groupe incroyablement privilégié », a-t-il expliqué au Conseil en acceptant le prix. « Nous avons la possibilité de nous impliquer dans un travail qui fait une différence et dont la valeur intrinsèque a des retombées potentiellement importantes. Nous avons l'occasion d'accompagner les patients et leur famille dans leurs cheminements les plus intimes et parfois les plus vulnérables. Et nous avons l'occasion d'être inspirés par leur courage et leur résilience », a-t-il ajouté.

Au cours de ses 30 ans de carrière, le Dr Schneider s'est bâti une solide réputation de médecin dévoué et talentueux, et il est perçu par ses pairs, ses collègues de travail, ses patients et sa famille comme étant extrêmement compétent et attentionné. C'est un contributeur clé à la recherche révolutionnaire en rhumatologie pédiatrique et un expert reconnu à l'échelle internationale dans le domaine de l'arthrite juvénile idiopathique. Les contributions scientifiques du Dr Schneider ont mené à la mise au point de nouvelles thérapies biologiques pour la prise en charge de l'arthrite juvénile, modifiant ainsi la trajectoire et le pronostic chez les jeunes patients grâce à des traitements plus efficaces et moins toxiques.

L'art de la rhumatologie : images du Foldscope

Par Raman Joshi, M.D., FRCPC

Ces images uniques ont été réalisées à l'aide d'un Foldscope, un microscope de papier d'origami fixé sur un appareil mobile iPhone SE.

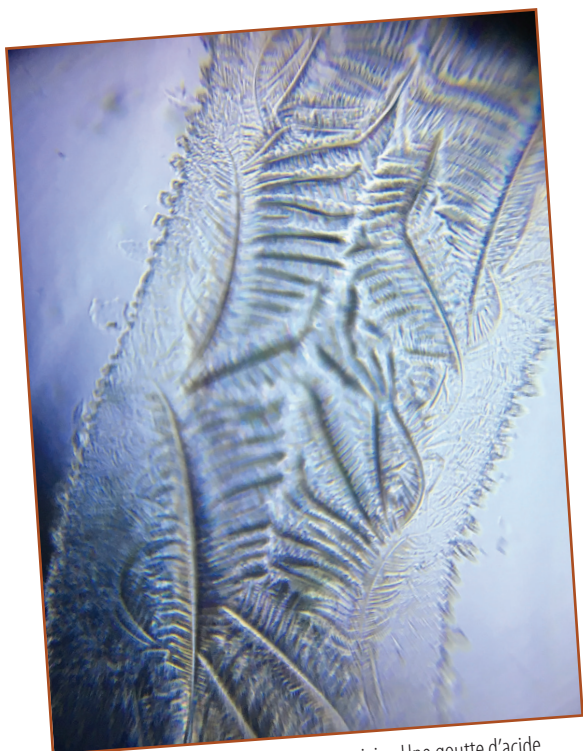
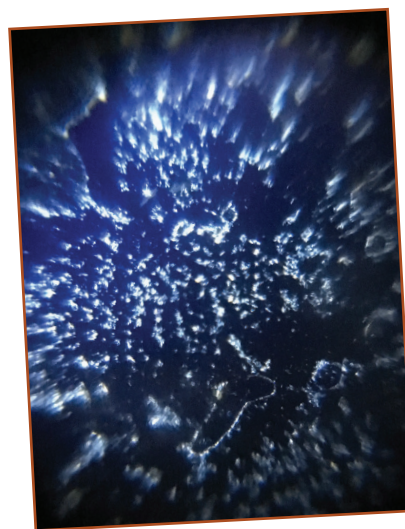


Image d'acide hyaluronique d'origine aviaire. Une goutte d'acide hyaluronique qui restait après une injection a été séchée sur une lame de verre et examinée à l'aide du Foldscope.



Une image d'étanercept arrivé à expiration. Une goutte de liquide a été séchée sur une lame de verre.



Une image d'hexacétonide de triamcinolone.

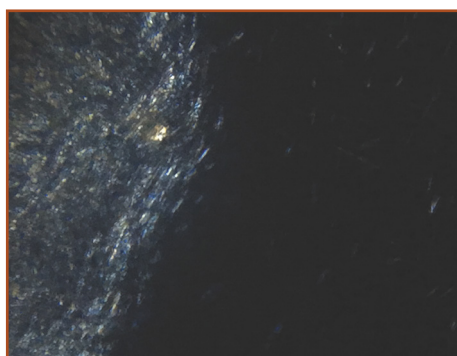


Image du liquide synovial séché d'un patient atteint d'arthrite inflammatoire aiguë. La lame a été examinée à l'aide du Foldscope, un microscope origami en papier fixé à un iPhone SE; des plaques polarisantes ont été placées à des angles de 90° pour révéler des cristaux longs et minces à biréfringence négative. Ces cristaux ont également été observés par microscopie polarisante compensée standard et correspondent à des cristaux d'acide urique.



Mise à jour de la Nouvelle-Écosse

Par le D^r Volodko Bakowsky

La D^{re} Trudy Taylor a quitté son poste de directrice du programme de résidence postdoctorale après plus de cinq ans à diriger le programme grâce à une accréditation du Collège royal. La D^{re} Elana Murphy a pris la relève en assumant ce nouveau rôle avec compétence. Sous sa direction, nous naviguons dans les eaux profondes des activités professionnelles fiables (APC) et des autres changements qui nous sont imposés par la compétence par conception (CPC). Pour amortir les perturbations causées par ce processus au sein de notre programme de formation, nous pouvons compter sur deux nouvelles résidentes exceptionnelles qui ont commencé notre programme en juillet, les D^{res} Alex Legge et Julie Mongeau.

La D^{re} Janet Roberts est entrée en poste à temps plein chez nous en août dernier. Originnaire de la côte est, elle est revenue au terme de sa formation à Edmonton. Elle vient compléter à merveille notre division.

Nous avons besoin d'un plus grand nombre de rhumatologues travaillant dans la communauté. N'hésitez pas à me contacter si cela vous intéresse.

Notre été est arrivé en retard, mais il a été fabuleux. Les gens ont apprécié la chaleur du soleil, les plages et la fraîcheur de l'océan.

Profitez bien de l'automne!



Les nouvelles résidentes de Dalhousie : les D^{res} Julie Mongeau (à gauche) et Alex Legge (à droite).



La D^{re} Janet Roberts au Arthritis Centre en Nouvelle-Écosse.

une fois par mois 
Pr **Simponi**[®]
golimumab



Indiqué dans les affections suivantes :

**Polyarthrite
rhumatoïde**
(PR)



**Rhumatisme
psoriasique**
(RP)



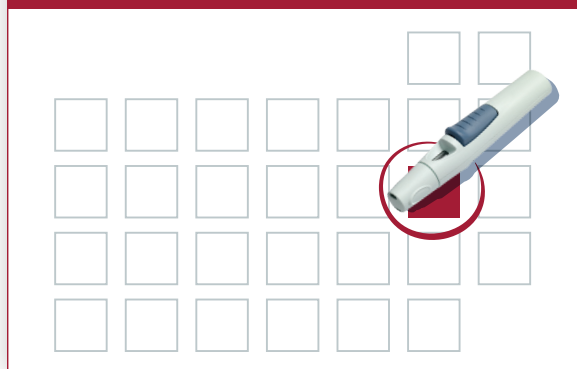
**Spondylarthrite
ankylosante**
(SA)



**Spondylarthrite axiale
non radiographique**
(nr-Ax SpA)



Mois 1



Un schéma posologique mensuel **SIMPLE** pour vos patients atteints de **PR**, **RP**, **SA** et de **nr-Ax SpA** :

50 mg **une fois par mois**, à la même date chaque mois

SIMPONI[®], en association avec le méthotrexate (MTX), est indiqué 1) 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 2) 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.

SIMPONI[®] est indiqué 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[®] peut être utilisé en association avec du méthotrexate (MTX) chez les patients qui ne répondent pas bien au MTX seul.



SIMPONI® CÉLÈBRE 10 ANS AU CANADA

anti-TNF

schéma posologique

MENSUEL

SIMPONI® est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes chez les patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante.

SIMPONI® est indiqué pour le traitement des adultes atteints de spondylarthrite axiale non radiographique 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.

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse www.janssen.com/canada/fr/products pour les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'usage clinique. Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-387-8781.



XELJANZ^{MD}
[citrate de tofacitinib]

MAINTENANT INDIQUÉ POUR
**L'ARTHRITE
PSORIASIQUE**
ÉVOLUTIVE^{2,3}

UNE POSOLOGIE PRATIQUE,
PAR VOIE ORALE,
DEUX FOIS PAR JOUR²

Le programme de soutien eXel^{MC} aide les patients à se procurer XELJANZ rapidement.
Inscrivez vos patients au **1-855-XEL-EXEL (1-855-935-3935)**.

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

PrXELJANZ^{MD}/PrXELJANZ^{MD} XR (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 sévère qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ/XELJANZ XR (tofacitinib) en monothérapie.

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

ARTHRITE PSORIASIQUE

XELJANZ (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX) ou un autre antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM) synthétique classique, est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de l'arthrite psoriasique chez les adultes atteints d'arthrite psoriasique évolutive qui ont eu une réponse insatisfaisante à un traitement antérieur par un ARMM.

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.

Veuillez consulter la monographie de XELJANZ/XELJANZ XR à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour obtenir des renseignements importants sur :

- les contre-indications chez les femmes enceintes, les femmes qui allaitent et les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère;
- les mises en garde et précautions les plus importantes concernant le risque d'infections graves et de cancers;
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes concernant les patients présentant une sténose digestive sévère préexistante traités par XELJANZ XR, les patients exposés à un risque de perforation du tube digestif, le risque de réactivation virale, le risque de cancer, de trouble lymphoprolifératif et de cancers de la peau non mélaniques, le risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques, les patients atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, la prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque, le risque d'infection et d'immunodépression

lorsque le médicament est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants, l'administration préalable de tous les vaccins recommandés (conformément aux directives d'immunisation en vigueur), le vaccin vivant contre le zona, les femmes en âge de procréer, les enfants, les personnes âgées, les patients atteints de diabète, les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire chronique, le nombre de lymphocytes, les patients d'origine asiatique, la hausse des taux de créatine kinase, la réduction de la fréquence cardiaque et la prolongation de l'intervalle PR, et les élévations des taux d'enzymes hépatiques;

- les conditions relatives à l'usage clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques.

Vous pouvez également obtenir la monographie en vous adressant au Service de l'information pharmaceutique, au 1-800-463-6001.

JAK = Janus kinase

* La portée clinique comparative est inconnue.

Références :

1. Pfizer Inc. Données internes, 2018.
2. Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR, 3 octobre 2018.
3. Santé Canada. Avis de conformité relatif à XELJANZ (arthrite psoriasique).



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2019 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5



XELJANZ^{MD}
[citrate de tofacitinib]