

# CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



## *Que fait la SCR pour vous?*

Qui sont ces gens en rhumatologie?  
Le D<sup>r</sup> Patrick Donio

## *ICORA*

Annonce des bénéficiaires  
des bourses 2024 de l'ICORA

## *Prix, nominations et distinctions*

Les docteurs Nigil Haroon, Allan Kagal, et  
Suzanne Morin sont à l'honneur

## *Arthroscopie*

DPC pour rhumatologues bien occupés –  
Relever la barre en matière de vérification  
clinique : comparaison entre le modèle de  
vérification de mini-pratique (mPAM) et  
d'autres types de vérifications cliniques

Rhumatologue émérite de la SCR en 2024 :  
le D<sup>r</sup> John Esdaile

Chronologie de l'évolution de l'équipe de soins  
rhumatologiques en Colombie-Britannique

## *Point de mire :*

# Modèles interprofessionnels de soins en rhumatologie

## *Éditorial*

Des données avantageuses : évaluation du DME

## *Articulons nos pensées*

Résultat du sondage sur l'amélioration  
de la qualité numérique

## *Consultation de couloir*

Plus qu'une simple affaire de peau :  
voir plus loin que l'épiderme

## *Hommage boréal*

Perspective d'une patiente : Donna Neal

Plus fort ensemble : les possibilités offertes  
par les modèles interdisciplinaires de soins  
en rhumatologie

Mise en œuvre de modèles cliniques  
interprofessionnels d'évaluation rapide  
en rhumatologie pour favoriser un accès  
aux soins rapide et équitable

Perspective d'une patiente : Carrie Barnes

Prise de décision partagée interprofessionnelle  
pour atteindre l'équité en matière de santé

## *In Memoriam*

Hommage au D<sup>r</sup> Raymond M. Lewkonja

Lorsque votre patient présente un rhumatisme psoriasique actif,

**DITES TREMFYA®<sup>1</sup>**

**TREMFYA® et TREMFYA ONE-PRESS® :**  
**le financement provincial et fédéral est dorénavant disponible dans la plupart des provinces pour les patients adultes atteints de RP<sup>1-10\*</sup>.**

Des restrictions peuvent s'appliquer. Consultez vos listes provinciales et fédérales respectives pour obtenir tous les détails sur la couverture et les restrictions<sup>2-10\*</sup>.



TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® (injection de guselkumab) est indiqué pour le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez les adultes. TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® peut être utilisé seul ou en association avec un antirhumatismal modificateur de la maladie conventionnel (ARMMc) (p. ex. du méthotrexate)<sup>1</sup>.

TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® est aussi indiqué pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les adultes qui sont candidats à un traitement systémique ou à une photothérapie<sup>1</sup>.



**UN coordonnateur BioAdvance® attiré soutient vos patients en leur offrant une aide au remboursement afin qu'ils puissent commencer à prendre TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS®.**

Pour en savoir plus, visitez le site [Janssenpro.ca/fr-CA](http://Janssenpro.ca/fr-CA)

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse [www.janssen.com/canada/fr/our-medicines](http://www.janssen.com/canada/fr/our-medicines) pour obtenir des renseignements importants concernant les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'usage clinique qui n'ont pas été abordés dans ce document.

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

RP = rhumatisme psoriasique.

\* Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Ontario (PAE), Île-du-Prince-Édouard, et Services de santé non assurés (SSNA). Veuillez consulter les listes respectives pour obtenir des renseignements sur la couverture et les restrictions.

**Références :** **1.** Monographie de produit de TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® (injection de guselkumab). Janssen Inc. 17 janvier 2024. **2.** Alberta Health. Liste des médicaments admissibles. Résultats de la recherche dans le formulaire. 13 octobre 2023. **3.** Régime d'assurance-médicaments du Manitoba. Formulaire des médicaments admissibles du Manitoba, bulletin n° 129. 21 décembre 2023. **4.** Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick (N.-B.). Bulletin n° 1122. 18 décembre 2023. **5.** Programme de médicaments sur ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador, bulletin n° 234. 13 décembre 2023. **6.** Formulaire pour la Nouvelle-Écosse, 16 novembre 2023. **7.** Ministère de la Santé de l'Ontario. Programme d'accès exceptionnel - Critères de remboursement des médicaments couramment demandés. 18 décembre 2023. **8.** Santé Î.-P.-É. Formulaire du régime d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard. Novembre 2023. **9.** Régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan. Résultats de la recherche dans le formulaire. 16 novembre 2023. **10.** Programme des services de santé non assurés (SSNA). Liste des médicaments admissibles. 30 novembre 2023.



L'image présente des modèles et sert à des fins d'illustration seulement.

Janssen Inc. 19 Green Belt Drive | Toronto (Ontario) | M3C 1L9 | [www.janssen.com/canada/fr](http://www.janssen.com/canada/fr)

© 2024 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence | CP-429532F



# Des données avantageuses : évaluation du DME

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Le Grand débat lors de l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) 2024 de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) était centré sur la proposition suivante : « Il est résolu que les DME font gagner du temps aux professionnels de la santé et améliorent la qualité des soins ». Comme vous pouvez le lire dans le compte-rendu de cette séance du numéro d'été 2024 du *JSCR*, l'équipe en faveur a remporté le vote et a été couronné vainqueur pour l'année 2024.

Bien entendu, l'équipe qui s'y oppose a fait valoir de nombreux arguments pertinents. La question des avantages et des inconvénients des DME et des dossiers de santé électroniques (DSE) est loin d'être réglée. Examinons quelques articles récents sur le sujet.

Un de ces articles, intitulé *EHR versus true work done*, est resté sur mon bureau depuis 2019. Le titre complet est *Concordance Between Electronic Clinical Documentation and Physicians' Observed Behavior* et il a été publié dans le *JAMA Network Open*<sup>2</sup>. L'étude pose la question suivante : « Dans quelle mesure la documentation dans les dossiers de santé électroniques correspond-elle à l'examen des systèmes et à l'examen physique réalisés par les médecins urgentistes? » Cette étude a été menée aux États-Unis, où depuis 30 ans, des politiques lient la rémunération des médecins à la documentation. L'étude était axée sur les résidents en médecine d'urgence. On leur avait d'abord expliqué qu'il s'agissait d'une étude sur le temps et les mouvements, destinée à comprendre comment ils effectuaient les anamnèses et les examens physiques. Cependant, le véritable objectif était d'évaluer l'exactitude de la documentation concernant l'examen des systèmes et l'examen physique dans les DSE, en se basant sur l'observation directe, l'examen des enregistrements audio et l'analyse des dossiers pour les visites aux urgences. Douze médecins ont participé. Cependant, trois d'entre eux se sont retirés lorsque l'objectif réel de l'étude a été révélé. Au total, 180 rencontres médecin-patient ont été examinées, et la durée moyenne de ces rencontres était de 6,6 minutes. Des incohérences majeures ont été observées entre le nombre de systèmes documentés et le nombre de systèmes observés, tant pour l'examen des systèmes que pour les examens physiques. La tendance était de documenter plus que ce qui avait été directement observé. Sur les 14 systèmes possibles pouvant être examinés, le nombre moyen de systèmes réellement évalués était de 5, et celui des systèmes examinés était de 8. Seulement

38,5 % des groupes de systèmes évalués et 53,2 % des systèmes d'exams physiques documentés dans le DME ont été corroborés par une observation directe audiovisuelle ou audio. La conclusion de l'étude était que la documentation des DME pourrait ne pas refléter fidèlement les actions des médecins, et que les payeurs devraient envisager de supprimer les incitations financières à produire une documentation volumineuse. Autrement dit, « on obtient ce pour quoi on paie », et si vous payez pour une documentation excessive, elle sera produite.

Le second article est également tiré du *JAMA Network Open* et il a été publié au début de cette année. Il s'agit d'une autre étude américaine intitulée *Vacation Days Taken, Work During Vacation, and Burnout Among US Physicians*. La question principale était : « Les jours de congé pris et le travail pendant les vacances sont-ils liés à l'épuisement professionnel des médecins? » Cette étude transversale a examiné les habitudes de vacances, le volume de travail effectué pendant les congés, ainsi que les niveaux d'épuisement professionnel et de satisfaction personnelle chez plus de 3 000 médecins américains. 60 % des personnes interrogées ont pris 15 jours de vacances ou moins par an, et 20 % en ont pris 5 ou moins. 70 % d'entre eux ont effectué des tâches liées aux soins aux patients pendant leurs vacances, et 33 % ont travaillé au moins 30 minutes lors d'une journée de vacances typique. Seuls 49 % d'entre eux disposaient d'une couverture complète de la boîte de réception du DME pendant leurs vacances. Les obstacles rapportés pour prendre des congés comprenaient la difficulté de trouver quelqu'un pour assumer les responsabilités cliniques, l'impact financier sur la rémunération clinique, et le volume de travail lié à la boîte de réception des DME à gérer au retour. Les médecins qui prenaient davantage de jours de congé, avaient une couverture complète de leur boîte de réception des DME, et travaillaient moins pendant leurs vacances, faisaient état d'une réduction significative de l'épuisement émotionnel, de la dépersonnalisation et de l'épuisement professionnel global. Ces personnes ont également fait état d'un meilleur épanouissement professionnel. Conclusion de l'étude : les comportements observés en matière de congés reflètent une surcharge de travail chronique, augmentant ainsi le risque d'épuisement professionnel chez les médecins à l'avenir. L'incapacité des médecins à se détacher des soins

Suite à la page 5



# COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

**Énoncé de mission.** La mission du *JSCR* est de promouvoir l'échange d'informations et d'opinions au sein de la collectivité des rhumatologues du Canada.

## RÉDACTEUR EN CHEF

**Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP**  
Président,  
Ontario Rheumatology Association,  
Ancien président,  
Section de rhumatologie,  
Ontario Medical Association  
Scarborough (Ontario)

## CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

**Trudy Taylor, M.D., FRCPC**  
Présidente,  
Société canadienne de rhumatologie  
Professeure agrégée,  
Université Dalhousie  
Halifax (Nouvelle-Écosse)

**Stéphanie Tom, M.D., FRCPC**  
Vice-présidente,  
Société canadienne de rhumatologie  
Cheffe de division en rhumatologie,  
Trillium Health Partners  
Mississauga (Ontario)

**Nigil Haroon, M.D., Ph. D., DM, FRCPC**  
Président sortant,  
Société canadienne de rhumatologie  
Co-directeur,  
Programme sur la spondylarthrite, UHN  
Clinicien-chercheur, UHN  
Scientifique,  
Institut de recherche de Krembil,  
Professeur agrégé, Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

## MEMBRES

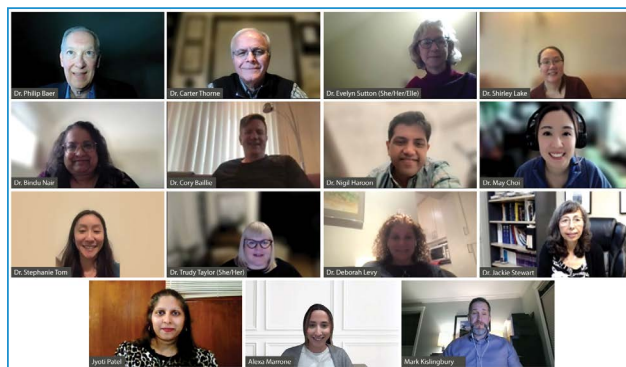
**Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC**  
Présidente sortante,  
Société canadienne de rhumatologie  
Ancienne cheffe de la direction,  
Service de rhumatologie,  
William Osler Health Centre  
Brampton (Ontario)

**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)

**May Y. Choi, M.D., M.P.H., FRCPC**  
Professeure agrégée,  
Cumming School of Medicine  
Université de Calgary et  
Services de santé de l'Alberta  
Calgary (Alberta)

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



**Stephanie Keeling, M.D., M. Sc., FRCPC**  
Professeure 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., M. Sc., FRCPC**  
Professeur de médecine,  
Division de rhumatologie,  
Université de la Saskatchewan  
Saskatoon (Saskatchewan)

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

**Mark Kislingbury**  
Directeur exécutif

**Jyoti Patel**  
Responsable de la rédaction

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

**Virginie Desautels**  
Rédactrice junior (version française)

**Donna Graham**  
Responsable de la production

**Dan Oldfield**  
Directeur de la création

**Mark Kislingbury**  
Éditeur

Le **JSCR** est en ligne!  
Vous nous trouverez au  
[www.craj.ca/index\\_fr.php](http://www.craj.ca/index_fr.php)

Code d'accès : **craj**

© STA HealthCare Communications inc., 2024. 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 2024.

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

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

## Des données avantageuses : évaluation du DME

(suite de la page 3)

aux patients constitue un échec du système de santé en termes de travail d'équipe, de dotation clinique et d'options de couverture croisée. Une couverture complète de la boîte de réception des DME est souhaitable et permettrait de maintenir des soins aux patients prévisibles pendant que les médecins prennent un congé bien mérité.

Auparavant, j'accédais fréquemment à mon DME et à mes courriels professionnels pendant mes vacances. Cette décision s'appuie en partie sur un article paru en 2011, dans le journal de l'Association médicale de l'Ontario, rédigé par le Dr Perry Celzus<sup>4</sup>, qui vante les mérites de la connexion pendant les vacances : « Je peux désormais prendre du temps libre tout en restant en contact avec les problèmes critiques. Grâce à un accès à Internet pratiquement mondial, je peux lire et répondre à mes courriels et me connecter à mon DME pour récupérer des rapports de laboratoire, etc., même lorsque je suis loin du bureau... » Je ne demande pas de crédits de formation médicale continue pour avoir lu l'article de *JAMA* mentionné ci-dessus, mais je prévois de mettre les conseils du Dr Celzus à la poubelle numérique à l'avenir.

L'article complet a été publié dans le *JAMA Internal Medicine* au début de cette année. Le titre est *The Day the Electronic Medical Records System Went Down*<sup>5</sup>. Dans l'article, la Dre Sofia Mettler, résidente en médecine interne à Harvard, décrit l'expérience de son centre médical lorsque le système de dossiers médicaux électroniques Epic a été victime d'une erreur fatale. Au départ, il y avait de l'incertitude et de la panique, car les tests sanguins prévus ne pouvaient pas être effectués et les résultats des tests ne pouvaient pas être saisis dans le système DME et examinés par les résidents. L'équipe a vite réalisé qu'elle pouvait évaluer les patients directement et consulter les infirmiers ainsi que les autres membres du personnel pour procéder à une évaluation adéquate des patients. Les tests ont été demandés à l'aide de systèmes existants et les résultats ont été disponibles en temps opportun. Les examens et la documentation superflus ont été évités, les visites ont été terminées plus tôt que d'habitude, et les plans de soins sont restés inchangés après la restauration du système Epic plus tard dans la journée. Ce qui aurait pu être une journée terrible s'est transformé en une journée professionnellement satisfaisante, axée sur la collaboration et le patient, et les soins aux patients n'ont pas été mis en péril.

Bien que toutes ces études aient été menées aux États-Unis, des efforts sont en cours au Canada, tant au niveau national que provincial, pour améliorer l'expérience du DME. Le conseil d'administration de la SCR a identifié les inefficacités dans les pratiques et les DME comme une priorité absolue à aborder, sur la base d'une série de consultations avec les membres en 2022. La SCR collabore avec des experts en santé numérique et en informatique clinique pour définir les caractéristiques d'une plateforme informatique en rhumatologie pancanadienne de nouvelle génération, nommée Projet Athena. En Ontario, l'Ontario Rheumatology Association a lancé RheumView<sup>6</sup>, une interface intuitive ajoutée aux DME existants, où les renseignements sont mieux organisés, plus accessibles et adaptés à la pratique des rhumatologues, ce qui favorise une prestation de soins plus efficace. RheumView est une solution de flux de travail pour l'arthrite inflammatoire qui met l'accent sur l'amélioration des résultats pour les patients. Il est conçu pour faire gagner du temps aux cliniciens, leur faciliter la vie et améliorer leur expérience. Espérons que les promesses du Projet Athena et de RheumView se concrétiseront au bénéfice de tous les rhumatologues canadiens et de leurs patients. Nous utiliserons alors véritablement nos données DME pour de bon.

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

#### Références :

1. Data for Good. Disponible à l'adresse suivante : <https://dataforgood.ca>. Consulté le 11 août 2024. (Data For Good est un collectif de « do gooders » qui veulent utiliser leurs pouvoirs pour le bien, et non pour le mal, afin d'aider à améliorer nos communautés grâce aux données. Nous sommes une organisation nationale à but non lucratif, avec des chapitres à travers le pays, qui aide d'autres organisations à but non lucratif et non gouvernementales à exploiter la puissance de leurs données pour prendre des décisions plus éclairées et meilleures dans leur quête pour faire prospérer leurs communautés).
2. Berdahl CT, et coll. *JAMA Network Open*. 2019;2(9):e1911390. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.11390
3. Sinsky CA, et coll. *JAMA Network Open*. 2024;7(1):e2351635. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.51635
4. Celzus P. Confessions of an EMR Luddite : on vacation, but never far away. *Revue médicale de l'Ontario*, avril 2011.
5. Mettler SK. Médecine interne *JAMA*. Publié en ligne : 29 avril 2024. doi:10.1001/jamainternmed.2024.1066
6. OntarioRheumatologyAssociation.RheumView.Disponibleàl'adresse suivante:<https://ontariorheum.ca/rheumview>. Consulté le 12 août 2024.

# Qui sont ces gens en rhumatologie? Le Dr Patrick Donio



Dans cette édition de *Qui sont ces gens en rhumatologie?*, la Société canadienne de rhumatologie (SCR) aimerait vous présenter le Dr Patrick Donio, chercheur en rhumatologie à l'Université Queen's. Le Dr Donio a terminé ses études de médecine à la Northern Ontario School of Medicine (NOSM) en 2020, et de médecine interne en 2023. Le Dr Donio est Ojibway et il est en voie de devenir le premier rhumatologue issu des Premières Nations au Canada. Il a récemment fait une présentation lors de la réunion scientifique annuelle de l'Ontario Rheumatology Association (ORA), sur les perspectives autochtones en matière de soins de santé. Après sa formation, il prévoit de retourner chez lui, à Thunder



Bay (Ontario), en tant que rhumatologue communautaire. Tout en apportant son aide à sa communauté d'origine et à la région avoisinante, il souhaite se concentrer sur l'élimination des obstacles à l'accès aux soins, des inégalités en matière de santé, ainsi que sur le traitement de l'arthrite inflammatoire au sein des populations autochtones. Le Dr Donio rêve d'obtenir son permis de pilote afin de pouvoir se rendre dans des communautés isolées du Nord pour y offrir des soins spécialisés... et peut-être aussi pour attraper quelques poissons!

Nous sommes heureux de partager avec vous d'autres faits amusants et intéressants au sujet du Dr Donio ci-dessous!

### Qu'est-ce qui vous a incité à vous impliquer autant dans la SCR dès le début?

J'ai rejoint le Comité des thérapeutiques de la SRC afin de bénéficier d'une bourse de voyage pour l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de la SRC de 2024. Je m'attendais certes à une bonne expérience d'apprentissage, mais je n'avais pas réalisé que je travaillerais avec certains des chefs de file actuels de la rhumatologie canadienne. L'assemblée annuelle a renforcé le rôle de la SCR en tant que point de convergence des meilleurs chercheurs canadiens, une expérience éducative et de réseautage qui a eu un impact considérable. J'ai eu l'impression d'évoluer dans un environnement propice au développement de mes connaissances et de ma carrière, tout en me faisant des amis et des mentors

en cours de route.

### Quel est l'un des meilleurs atouts de votre communauté?

Thunder Bay est située sur les rives du lac Supérieur, au cœur du Nord de l'Ontario. Elle est entourée de vastes forêts avec d'innombrables lacs et sentiers à explorer. Si vous aimez l'aventure, les espaces naturels vierges et la tranquillité qui en découle, il s'agit là de l'un des plus beaux atouts de notre communauté. Elle constitue une source inépuisable d'émerveillement et d'humilité.

### Si vous deviez évoquer le nom d'un rhumatologue ou

### d'un professeur qui vous a incité à vous lancer dans votre domaine d'activité, de qui s'agirait-il ?

J'ai découvert la rhumatologie au cours de ma formation en médecine interne, avec le Dr Wesley Fidler. Il est en quelque sorte le grand Atlas de la rhumatologie dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Malgré des décennies de travail acharné pour répondre à une demande de soins écrasante, il conserve un enthousiasme pour la rhumatologie que j'ai trouvé inspirant et contagieux. Le Dr Fidler est également un enseignant dévoué. Il m'a aidé à conceptualiser le spectre des maladies rhumatologiques et ce que nous faisons en tant que spécialité – ce qui peut être difficile à comprendre. À la fin de mon stage, j'ai réalisé que la rhumatologie englobait ce que j'aimais le plus dans la médecine. Il a joué un rôle déterminant dans l'élaboration de ma future carrière.

Le deuxième rhumatologue qui a joué un rôle est la Dr<sup>e</sup> Sindhu Johnson. Elle m'a véritablement ouvert la porte, en me donnant l'occasion de me développer et d'explorer le domaine et le monde universitaire. Elle a été pour moi une source constante d'orientation et d'encouragement.

### Quelle est votre activité préférée en dehors du travail?

J'ai pris goût à la gratification différée et j'ai lentement planté une forêt vivrière sur le terrain où j'espère un jour élever ma famille. Avec le temps, la satisfaction sera au rendez-vous.

# Annonce des bénéficiaires des bourses 2024 de l'ICORA



La Fondation de la Société canadienne de rhumatologie (FSCR) est heureuse d'annoncer que sa division subventionnaire à la recherche, l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologique (ICORA), va attribuer une bourse de deux ans, une bourse d'un an et une bourse communautaire pour un total de 221 318 \$ CA, à des projets visant à améliorer l'accès et l'innovation dans les soins en rhumatologie.

Depuis 2006, l'ICORA a financé 122 projets et a donné plus de 9 millions \$ CA en financement de la recherche.

## Le programme de bourse de l'ICORA appuie des projets durables liés aux :

- initiatives de recherche clinique universitaire se rapportant à toutes les maladies rhumatismales;
- initiatives de recherche clinique pour les rhumatologues communautaires se rapportant à toutes les maladies rhumatismales.

Investigateurs principaux	Titre	Subvention
Janet Pope	<i>A pragmatic trial to compare differences in retention in first-line advanced therapy in RA: A comparison between TNF inhibitors (TNFi) and JAK inhibitors (JAKi)</i>	120 000 \$
Ngai Chow Vinod Chandran Dafna D. Gladman	<i>Early detection of psoriatic arthritis: Implementing an interdisciplinary triage clinic</i>	54 628 \$
Sabrina Lue Yan Yeung Cassandra Schulz	<i>Comorbidity Management in Rheumatic Disease: Assessing a Potential Care Gap in Patients with Rheumatoid Arthritis</i>	46 690 \$

Une liste de tous les bénéficiaires actuels et précédents peut être consultée à l'adresse [crafoundation.ca/ciora](http://crafoundation.ca/ciora).

*Un remerciement spécial à nos commanditaires pour leur soutien constant :*



## L'ICORA lance un autre concours de bourses!

Le système de demande de subvention en ligne de l'ICORA va ouvrir le 27 janvier 2025.

La lettre d'intention doit être soumise au plus tard le 7 mars 2025.

La date limite de soumission de la demande en ligne pour une bourse de l'ICORA est le 4 avril 2025, à 17 h (heure du Pacifique).

Les avis de décision seront envoyées en juillet 2025.



# Perspective d'une patiente : Donna Neal

**J**e m'appelle Donna Neal et je suis atteinte de polyarthrite rhumatoïde. Une dénomination qui non seulement semble effrayante et intimidante, mais que je n'étais pas prête à entendre à l'âge de 51 ans.

Je suis certaine que mon histoire serait très différente si je n'avais pas eu un professionnel en soins de santé qui reconnaît la valeur d'une approche collaborative lorsqu'il s'agit de la situation d'un patient et des soins à lui procurer. Mon histoire a commencé simplement, et selon moi de manière anodine, par un doigt enflé. Au moment du diagnostic, j'étais la mère de deux adolescents très actifs, sujette aux accidents, et mon histoire de doigt enflé me contrariait. Je me suis dit qu'à un moment donné j'avais dû le coincer et le casser et qu'après quelques mois, c'était probablement le bon moment pour consulter, car je n'arrivais pas à fermer la main. Mon médecin généraliste l'a examiné et a immédiatement déterminé qu'il n'était pas cassé, mais enflammé. On m'a envoyé faire des analyses sanguines, et je ne me suis jamais posé de questions.

Dans les jours qui ont suivi, j'ai reçu un appel du cabinet de mon médecin généraliste m'informant que mes résultats étaient arrivés et que j'allais être orientée vers une clinique spécialisée dans le domaine de l'arthrite, The Arthritis Program (TAP), pour une évaluation la semaine suivante. Mon parcours vers la rémission a commencé ce jour-là, lorsque le D<sup>r</sup> Carter Thorne a découvert que ma quantité de marqueurs de maladie rhumatismale était extrêmement élevée et qu'il a exposé le plan qui allait me permettre de reprendre ma vie en main.

Faire partie du programme TAP permet d'accéder à un environnement offrant une multitude de ressources. Son approche holistique a permis de répondre non seulement à mes besoins émotionnels, mais aussi à toutes les premières choses qui allaient arriver. Il ne s'agissait pas seulement de moi, mais de l'importance de ce que cela signifiait pour mon mari et ma famille. Nous formons désormais une équipe.

Ayant l'impression de devoir reprendre en main ce que j'avais perdu de vue, j'ai participé à l'atelier sur l'inflammation du TAP, ce qui a changé la donne. J'ai acquis des connaissances et découvert des ressources telles que des pharmaciens, des physiothérapeutes et des spécialistes de la santé mentale qui allaient me guider tout au long de mon parcours, en plus de permettre à ma famille de comprendre ce à quoi je faisais face et de lui fournir les outils pour m'aider à réussir.

La route a été longue, mais après six ans, en juin 2022, j'ai reçu la nouvelle pour laquelle je me battais. « Vous êtes en rémission. » Je ne suis pas naïve au point de penser que c'est pour de bon; cependant, j'ai les outils, l'équipe médicale et la confiance nécessaires pour surmonter toutes les difficultés auxquelles je serai confrontée et me remettre sur la bonne voie.



Donna Neal au sommet du volcan Mauna Kea à Hawaï. Elle raconte son expédition : « J'ai eu l'impression que cela symbolisait mon voyage vers la rémission. Il y a eu des jours très difficiles, mais mon combat m'a permis d'admirer une telle beauté, à ma façon. »

Lorsqu'on me demande comment je définirais les soins interdisciplinaires, je contemple mon parcours vers la rémission pour donner la réponse :

1. Un réseau de médecins qui collaborent les uns avec les autres.
2. Des connaissances et des documents destinés aux patients conçus dans un langage compréhensible par les patients.
3. Un soutien aux patients à toutes les étapes de leur parcours.
4. De l'empathie. Les nouvelles qui changent la vie d'une personne ne sont pas toujours « assimilées » la première fois qu'elles sont entendues. Procurer l'information avec gentillesse et patience afin de créer un espace sûr où le patient peut poser les questions qu'il redoute le plus et/ou avoir le temps de retrouver son calme après un moment de faiblesse.

*Donna Neal,  
Défenseuse des patients,  
Newmarket (Ontario)*



# Plus fort ensemble : les possibilités offertes par les modèles interdisciplinaires de soins en rhumatologie

Par Lauren King, M.D., Ph. D., FRCPC

La valeur du travail d'équipe a été pleinement mise en évidence lors des Jeux olympiques de Paris cet été. Le parcours de Summer McIntosh, qui a remporté trois médailles d'or en natation, a mis en évidence l'effort collectif d'un « village » qui l'a soutenue dans sa réussite. L'équipe canadienne de soccer féminin a surmonté de nombreux défis, ensemble, pour se qualifier aux quarts de finale. En athlétisme, la médaille d'or remportée par l'équipe masculine en athlétisme (relais 4 x 100 m) a illustré la manière dont les performances d'une équipe peuvent dépasser la somme de ses parties. Aucun de ses coureurs n'a atteint la finale dans son épreuve individuelle, mais grâce à la complémentarité de leurs forces, ils ont remporté le relais! Maintenant que les Jeux sont terminés (oui, je m'ennuie des Jeux olympiques), c'est le moment idéal pour réfléchir à certains parallèles que nous pouvons appliquer à la rhumatologie alors que nous nous efforçons d'offrir les meilleurs soins et résultats pour les personnes vivant avec une maladie rhumatologique.

En tant que rhumatologues, nous sommes confrontés à des défis majeurs en matière de prestation de soins. Tout d'abord, nous ne sommes pas assez nombreux par rapport à l'augmentation rapide de la prévalence des maladies rhumatismales dans notre population croissante, et la main-d'œuvre n'est pas répartie uniformément dans toutes les régions du Canada. Par conséquent, les patients sont souvent confrontés à de longs délais d'attente avant d'être examinés. Deuxièmement, nous évaluons et traitons des personnes atteintes de maladies chroniques qui semblent de plus en plus complexes. Nous savons que les personnes atteintes de maladies rhumatismales (même celles qui souffrent d'arthrose) courent un risque plus élevé de problèmes de santé, notamment de mortalité toutes causes confondues. Ils ont besoin d'une prise en charge globale pour obtenir les meilleurs résultats en matière de santé. Cependant, face aux exigences des soins nécessaires, il arrive parfois que nous ayons l'impression de nous satisfaire du « assez bien ».

Puis, le modèle interdisciplinaire de soins rhumatologiques fait son apparition. Il s'agit d'une équipe collaborative composée d'un rhumatologue travaillant avec un ou plusieurs professionnels de santé interdisciplinaires (tels que des kinésithérapeutes, des infirmiers[ères], des ergothérapeutes, des pharmaciens[nes], etc.). Nous pouvons envisager cela non seulement comme un moyen d'ajouter plus de ressources pour élargir notre effectif (réduisant ainsi les délais d'attente), mais aussi comme une opportunité d'exploiter les compétences des professionnels de la santé interdisciplinaires pour élargir les soins que nous offrons et veiller à répondre pleinement aux besoins de soins. Grâce à la collaboration des différents membres de l'équipe, cette approche peut permettre, par exemple, de prolonger les visites des patients afin de répondre à leurs préoccupations, de leur fournir une éducation plus détaillée sur la maladie afin de favoriser l'autogestion et l'auto-efficacité, et de



La D<sup>re</sup> Lauren King, Gareth Sneath (Pht., ACPAC), Balraj Singh (Inf.) et Angelo Papachristos (Pht., ACPAC) travaillant ensemble

en juin 2024, dans le cadre du programme interdisciplinaire de rhumatologie et d'arthrose au St. Michael's Hospital.

leur donner des conseils plus approfondis en matière de médicaments. Ce n'est pas un concept nouveau. Une prise de position de la part de la Société canadienne de rhumatologie sur les « domaines prioritaires pour soutenir la viabilité des effectifs en rhumatologie au Canada », publiée en 2022, recommande de faire appel à des professionnels de la santé interdisciplinaires pour promouvoir et améliorer les effectifs en rhumatologie. Je constate directement ces avantages pour la prestation des soins, en travaillant à Toronto et à Thunder Bay avec des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et des infirmiers(ères).

Le concept de soins rhumatologiques dispensés par une équipe interdisciplinaire semble tout indiqué, n'est-ce pas? Pourquoi ces modèles ne sont-ils pas largement mis en œuvre? Que faut-il faire pour y parvenir? Quel type de financement est nécessaire pour soutenir ces modèles de manière réaliste afin que les rhumatologues les adoptent? Ce sont là quelques-unes des questions clés auxquelles il faut répondre pour que les modèles basés sur le travail en équipe puissent être mis en œuvre dans la pratique courante. L'équipe scientifique canadienne de mise en œuvre de la rhumatologie (CAN-RIST) est une vaste équipe pancanadienne qui s'efforce de produire des données probantes exploitables pour soutenir la mise en œuvre, la diffusion et l'extension des soins interdisciplinaires. Notre objectif est de fournir le modèle de soin en équipe hautement efficace, ainsi que les preuves nécessaires pour soutenir le raisonnement économique en santé, essentiel pour les décideurs politiques. Notre vision est de faire en sorte que les soins en équipe deviennent une pratique courante en rhumatologie, ce qui va permettre d'améliorer les expériences de soins et les résultats pour les personnes atteintes de maladies rhumatologiques, de réduire les coûts de santé, d'améliorer l'équité en santé, et d'optimiser le bien-être et la durabilité de la main-d'œuvre. D'ici les prochains Jeux olympiques d'été à Los Angeles, nous souhaitons mettre en place des solutions avancées et fondées sur des données probantes.

*Lauren King, M.D., Ph. D., FRCPC  
Rhumatologue et clinicienne-chercheuse,  
St. Michael's Hospital, Unity Health Toronto  
Professeure agrégée, Faculté de médecine,  
Université de Toronto,  
Toronto (Ontario)*

# Mise en œuvre de modèles cliniques interprofessionnels d'évaluation rapide en rhumatologie pour favoriser un accès aux soins rapide et équitable

Par Shawn Brady, vice-président du programme de réadaptation et d'éducation à l'arthrite et innovation, Société de l'arthrite du Canada

La meilleure chance pour un patient souffrant d'arthrite inflammatoire d'obtenir des résultats et une qualité de vie optimaux est de recevoir un diagnostic précis et une prise en charge médicale/pharmaceutique de la part d'un spécialiste en rhumatologie, sur recommandation d'un médecin de famille. Cependant, une crise des médecins au Canada empêche les patients de recevoir des recommandations rapides pour des soins primaires et des évaluations spécialisées en temps opportun. Environ 6,5 millions d'adultes canadiens (plus d'un sur cinq) déclarent ne pas avoir de médecin de famille<sup>1</sup>. Les patients qui n'ont pas de médecin en soins primaires risquent davantage de développer de graves complications de santé, ce qui accroît la pression sur d'autres secteurs de notre système de santé surchargé, notamment les hôpitaux, les services d'urgence et les maisons de soins de longue durée. Pour les personnes souffrant d'arthrite, ce défi est encore accentué par les difficultés d'accès à des soins spécialisés en temps opportun. Un article paru en 2022 fait état d'un déficit allant de 1 à 78 rhumatologues en équivalent temps plein (ETP) par province/territoire et de 194 rhumatologues en ETP au niveau national pour répondre aux critères de la SAC en matière de main-d'œuvre. La pénurie actuelle de rhumatologues devrait s'intensifier, car environ 28 % des rhumatologues prévoient de prendre leur retraite entre 2025 et 2030<sup>2</sup>.

Le développement des cliniques d'accès rapide en rhumatologie (Rheum-RAC) est une approche innovante pour offrir un triage rapide et précis et des recommandations aux rhumatologues pour les personnes souffrant d'arthrite, en utilisant des professionnels en soins de santé existants, mais sous-utilisés.

Le Rheum-RAC est un modèle de pratique en amont et de soins partagés dans lequel les patients bénéficient d'une évaluation conjointe rapide et d'un triage, d'une éducation et de plans d'autogestion fondés sur des données probantes, qui peuvent inclure une orientation vers des services locaux. Il est conçu pour permettre aux patients atteints d'arthrite inflammatoire active d'être dirigés rapidement vers des spécialistes et des services de diagnostic lorsque cela est nécessaire, afin de commencer plus tôt le traitement pour un meilleur contrôle de la maladie, et ainsi prévenir les dommages articulaires irréversibles et des handicaps. Les patients sont évalués par un professionnel à rôle élargi (PRE) dans les soins de l'arthrite (physiothérapeute ou ergothérapeute) qui travaillera avec eux pour déterminer le parcours de soins approprié et faciliter un accès simplifié.

Le Rheum-RAC soutient les médecins de famille en fournissant des soins rhumatologiques en personne, un triage et/ou une consultation virtuelle en partenariat avec des rhumatologues as-

soyés, soit localement, soit à travers chaque province. Cela permet de réduire le temps d'attente pour consulter un rhumatologue spécialisé. Il permet également aux médecins de consacrer plus de temps à la prise en charge d'un plus grand nombre de patients de manière plus efficace. Ce modèle présente également des avantages supplémentaires tels que la diminution des visites aux urgences, la réduction des examens d'imagerie diagnostique et des consultations spécialisées non nécessaires, une meilleure satisfaction des patients, et une relation médecin-patient améliorée grâce à des soins holistiques efficaces. Des études ont démontré qu'un PRE bien formé et expérimenté peut raccourcir le délai d'évaluation par le rhumatologue et le délai de décision de traitement pour les patients suspectés d'arthrite inflammatoire (AI) avec une très grande précision de diagnostic entre le rhumatologue et le PRE<sup>3</sup>. Le programme de réhabilitation et d'éducation de l'arthrite (AREP) de la Société de l'arthrite du Canada, a commencé à mettre en œuvre ce modèle dans des zones géographiques clés où il y a un manque de soutien de la part des spécialistes, et un article récemment publié dans le *Journal of Rheumatology* a démontré le succès de ce modèle concernant la diminution du délais avant d'accéder à un rhumatologue et des frais de déplacement pour les patients tout en améliorant l'expérience des patients<sup>4</sup>. Il existe actuellement des lacunes en terme de soutien gouvernementale pour ces types de modèles, ce qui rend les efforts de défense essentiels pour permettre et étendre la mise en œuvre. Face à la crise imminente des médecins, tant pour les soins primaires que pour les soins spécialisés, le moment est venu d'introduire et de mettre en œuvre des modèles de soins plus interprofessionnels. Le modèle Rheum-RAC constitue une solution viable pour apporter des soins efficaces, opportuns et équitables aux 6 millions de Canadiens souffrant d'arthrite.

#### Références :

1. Kiran T, Daneshvarfard M, Wang R, et coll. Public experiences and perspectives of primary care in Canada: results from a cross-sectional survey. *CMAJ*. 2024;196(19) : E646-E656.
2. Kulhawy-Wibe S, Widdifield J, Lee Jennifer JY, et coll. Results from the 2020 Canadian Rheumatology Association's Workforce and Wellness Survey. *J Rheumatol*. 2022; 49(6): 635-643.
3. Ahluwalia V, Larsen TLH, Kennedy CA, et coll. An advanced clinician practitioner in arthritis care can improve access to rheumatology care in community-based practice. *J Multidiscip Healthc*. 2019; 12: 63-71.
4. Steiman A, Inrig T, London K, et coll. Telerheumatology Shared-Care Model: Leveraging the Expertise of an Advanced Clinician Practitioner in Arthritis (ACPAC)-Trained Extended Role Practitioner in Rural-Remote Ontario. *J Rheumatol*. Sep 2024; 51(9):913-919.

Shawn Brady,  
Vice-président du programme de réadaptation  
et d'éducation à l'arthrite et innovation,  
Société de l'arthrite du Canada

# Perspective d'une patiente : Carrie Barnes

À l'âge de 32 ans, je suis devenue incapable de m'occuper de moi-même ou de ma famille. Mes articulations étaient gonflées et douloureuses, et cela avait des répercussions sur tous les aspects de ma vie. Réaliser des tâches simples comme préparer à manger ou m'habiller n'étaient plus possibles sans l'aide d'autrui, et même ma capacité à mâcher variait. Je me sentais perdue et effrayée; j'avais du mal à reconnaître la personne qui me regardait dans le miroir.

Au moment où mes symptômes ont commencé à se manifester, nous avons récemment déménagé à l'autre bout de la province, me laissant sans médecin de famille. Le fait de dépendre exclusivement de cliniques sans rendez-vous a rendu presque impossible la continuité de mes soins ou une régularité. Mon corps continuait de se modifier à un rythme alarmant, me rendant de plus en plus inapte chaque jour. Après avoir eu du mal à répondre aux exigences de mon travail, j'ai été mise en contact avec une clinique interdisciplinaire locale spécialisée dans les maladies rhumatismales. C'est à partir de ce moment-là que les choses ont commencé à changer.

C'est toute une expérience que de recevoir un diagnostic de maladie chronique. Je n'oublierai jamais le jour où l'on a établi le mien. D'une certaine manière, c'est un soulagement lorsqu'il est possible de donner un nom aux symptômes plutôt que de parler de « douleur » ou de « maladie », mais les seuls mots que j'entendais étaient « chronique, injections, médicaments, rendez-vous... ». Je suis passée de « Enfin! Un diagnostic! » à « S'il vous plaît, non. Je ne suis plus capable. » J'étais accablée, je me sentais seule et vraiment incapable de faire un pas dans la bonne direction (jeu de mots).

À la clinique, j'ai été évaluée, orientée et vue en temps voulu par plusieurs membres de l'équipe soignante. On ne m'a jamais demandé de refaire le même test, la même scanographie, le même examen ou la même évaluation; on ne m'a jamais posé la même série de questions et j'ai toujours participé aux discussions à propos de mes soins. Un changement bienvenu après les situations répétées que j'avais connues auparavant et l'objet brisé que j'avais l'impression d'être devenue.

Je me souviens d'avoir été assise dans une pièce entourée de divers professionnels de la santé : assistant social, ergothérapeute, pharmacien, physiothérapeute et rhumatologue, tous discutant de mes soins, tous lisant un dossier, mon dossier. La façon dont ils communiquaient et interagissaient m'a permis de constater qu'ils respectaient le rôle et la contribution de chacun. Le fait de voir un groupe de professionnels en soins de santé se réunir, de donner le meilleur d'eux-mêmes, de faire part de leur expertise, puis de créer un plan d'une seule et



même voix m'a donné la confiance dont j'avais désespérément besoin pour faire MA part... le suivi.

Peu après le diagnostic, j'ai assisté à une séance d'information à la clinique, dispensée par les différentes disciplines de soins de santé. On m'a donné des informations sur ma maladie, mes médicaments et la façon de commencer à comprendre ce qui se passait dans mon corps. On m'a appris à reconnaître les changements subtils et les symptômes avant qu'ils ne s'aggravent; ce sont des compétences que j'utilise encore aujourd'hui et qui m'ont permis d'éviter les salles d'urgences pendant près de quinze ans. Enfin, on m'a montré comment

contacter les différents membres de l'équipe lorsque j'avais besoin d'aide.

Ma prise en charge ne s'est pas arrêtée au diagnostic. Il y a eu des hauts et des bas, mais j'ai pu accéder aux soins spécifiques dont j'avais besoin avec le membre de l'équipe approprié à chaque fois. Qu'il s'agisse d'ajuster mes orthèses, de commander des médicaments spécifiques en vue de voyages, de traiter une articulation avant une nouvelle poussée ou de recevoir des injections en passant par tout le reste, mon équipe est disponible et prête à m'aider en cas de besoin.

Grâce à cela, j'ai conservé mon emploi, j'ai vécu des événements marquants et je profite de la vie au maximum de mes capacités. Je ne serais pas là où je suis rendue aujourd'hui sans les soins interdisciplinaires que j'ai reçus et que je continue de recevoir.

*Carrie Barnes,  
Défenseuse des patients (Ontario)*



L'auteure sur le sentier côtier du lac Supérieur.



# Prise de décision partagée interprofessionnelle pour atteindre l'équité en matière de santé

Par Karine Toupin-April, Ph. D.; et Cheryl Barnabe, M.D., M. Sc., FRCPC

Au nom de Natasha Trehan, fondatrice de Take a Pain Check; Elizabeth Stringer, M.D., M. Sc., FRCPC; Laurie Proulx, Alliance canadienne des arthritiques (ACA); Linda Li, physiothérapeute, Ph. D.; Glen Hazlewood, M.D., Ph. D., FRCPC; Claire Barber, M.D., Ph. D., FRCPC; et Chance McDougall, M.D., FRCPC

## La prise de décision partagée interprofessionnelle

La prise de décision partagée (PDP) est considérée comme un moyen optimal de prendre des décisions médicales complexes. Il s'agit d'un processus de collaboration entre les patients (et/ou leurs mandataires) et les professionnels en soins de santé, fondé sur les meilleures données disponibles et sur les valeurs et les préférences du patient<sup>1,2</sup>. Il existe différents modèles de PDP, dont certains incluent des membres de l'équipe interprofessionnelle<sup>3</sup>, ce qui est très pertinent en matière de rhumatologie. La PDP n'est pas toujours utilisée dans la pratique clinique, principalement en raison du point de vue des professionnels en soins de santé – ils estiment souvent que sa mise en œuvre prend trop de temps, qu'elle n'est pas applicable à leurs patients ou que la décision prise par le patient n'est pas conforme aux lignes directrices et aux recommandations de la pratique clinique<sup>4,5</sup>. Toutefois, la PDP peut être plus efficace dans le cas des maladies chroniques. Les choix qui correspondent aux valeurs et aux préférences du patient sont plus susceptibles d'entraîner l'adhésion au plan de traitement sélectionné.

## Éléments importants de la PDP

La PDP n'est pas une solution unique et elle doit être centrée sur les besoins de chaque patient. Les patients soulignent la nécessité pour les professionnels de la santé d'écouter leurs questions et leurs préoccupations et de leur fournir les informations nécessaires pour prendre des décisions autonomes (voir l'infographie contenant des conseils donnés par des patients : <https://choiceresearchlab.ca/tools-and-resources-to-facilitate-the-use-of-shared-decision-making-sdm/>). Une vidéo met également en évidence les éléments essentiels à une mise en œuvre de qualité de la PDP : [www.youtube.com/watch?v=4OxXIXMfJAo](http://www.youtube.com/watch?v=4OxXIXMfJAo)). Les aides à la décision pour les patients (ADP) et le coaching décisionnel sont des interventions qui facilitent la PDP (<https://decisionaid.ohri.ca/>). Ils permettent d'accroître les connaissances et de jouer un rôle plus actif dans la prise de décision<sup>6,7</sup>. Toutefois, des efforts supplémentaires en matière de mobilisation des connaissances sont nécessaires pour que les professionnels de la santé se familiarisent avec les

rôles uniques des ADP par rapport à d'autres types de matériel pédagogique pour les patients utilisés dans la pratique clinique<sup>8</sup>.

## Utilisation de la PDP dans la pratique de la rhumatologie

Une revue exploratoire des applications de la PDP en rhumatologie est disponible<sup>9</sup>. Il existe plusieurs ADP en rhumatologie s'adressant aux adultes et aux enfants (<https://choiceresearchlab.ca/tools-and-resources-to-facilitate-the-use-of-shared-decision-making-sdm/>). La PDP est particulièrement importante lors de décisions tenant davantage compte des préférences, c'est-à-dire lorsqu'il n'existe pas de meilleure option de traitement en fonction des données disponibles et que la décision dépendra des valeurs et des préférences du patient, comme c'est souvent le cas en rhumatologie.

La PDP est incluse dans les lignes directrices relatives aux pratiques cliniques en rhumatologie, telles que les lignes directrices en matière de vie de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) pour la polyarthrite rhumatoïde (PR) (<https://rheum.ca/resources/publications>) et un outil de prise de décision a été élaboré aux fins de vaccination contre la COVID-19 chez les patients souffrant de maladies rhumatismales auto-immunes ([www.rheum.ca/decision-tool/](http://www.rheum.ca/decision-tool/)). Dans un exemple récent d'application pratique de la PDP, une aide à la décision de la SCR sur la réduction progressive des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) de synthèse biologiques/ciblés pour le traitement de la PR a été envoyée aux patients un mois avant leur visite annuelle<sup>10</sup>. L'aide à la décision a été bien accueillie, a suscité des discussions sur la réduction progressive des médicaments et a amené de nombreuses personnes à décider d'essayer de réduire leur traitement après en avoir discuté avec leur rhumatologue. Cette recherche fournit des données préliminaires montrant que l'utilisation d'une aide à la décision cohérente avec les lignes directrices relatives aux pratiques cliniques associée à la réflexion du patient et aux discussions avec les rhumatologues peut appuyer une prise de décision rentable et centrée sur le patient en ce qui concerne la diminution progressive des médicaments.





Quelques-uns des membres du panel d'un des ateliers de l'ASA 2024 de la SCR intitulé *Lignes directrices pour la pratique clinique et prise de décision partagée interprofessionnelle : un voyage vers l'équité en santé*. De gauche à droite : les docteurs Karine Toupin-April, Cheryl Barnabe, Chance McDougall, Natasha Trehan et Elizabeth Stringer.

### Équité en matière de santé et PDP

L'équité en matière de santé est un droit humain fondamental. Comme le décrit l'Organisation mondiale de la santé, « l'équité est l'absence de différences injustes, évitables ou rectifiables entre des groupes de personnes, que ces groupes soient définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement ou par d'autres dimensions de l'inégalité... » ([https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1)). Le fait pour les patients de participer à la prise de décisions concernant leur santé au moyen de la PDP relativement à leur propre situation peut les aider à atteindre leur plein potentiel de santé et de bien-être et à renforcer l'équité en matière de santé. La PDP rééquilibre les pouvoirs entre les patients et les professionnels en soins de santé, en augmentant l'autonomie, en réduisant le paternalisme et en améliorant la confiance dans les professionnels en soins de santé. Elle peut également réduire les variations injustifiées dans les soins en dissipant les préjugés, car les suppositions du prestataire au sujet des valeurs du patient peuvent influencer les options de traitement présentées<sup>11,12,13</sup>.

### La PDP pour les femmes autochtones

La PDP peut être particulièrement utile pour les populations autochtones. Pour établir un lien de confiance avec les patients autochtones, les soins doivent être empreints d'empathie et culturellement sécurisants et intégrer tous les aspects de la santé en plus de respecter les connaissances et l'expérience des visions du monde autochtone. La prise de décision doit être collaborative et le patient doit y participer activement. Les professionnels doivent être bien informés et honnêtes et ils doivent employer des techniques de communication efficace, y compris des techniques d'écoute active. Selon une étude menée auprès de femmes autochtones atteintes de PR dans la ville de Calgary, les priorités étaient d'utiliser des décisions de traitement éclairées par les données de la population autochtone, d'inclure des options de traitement traditionnelles et culturelles dans les plans de soins et de tenir compte des coûts des médicaments disponibles et des options de couverture<sup>14,15</sup>. En plus des aides

à la décision adaptés pour les patients, le coaching décisionnel pourrait être préférable, avec des infirmières, des membres de la famille ou un aîné servant de source d'information et de soutien de confiance, l'accent étant mis sur le dialogue et l'aide à la décision et à la consultation au sein de la communauté<sup>14,15</sup>.

### Implications

La PDP a un fort potentiel en ce qui concerne l'amélioration de l'implication et l'autodétermination dans la prise de décisions, ce qui pourrait aplanir les obstacles à l'équité en matière de santé. L'adaptation des outils et des approches en matière de PDP pourrait se révéler nécessaire pour qu'ils soient efficaces auprès de diverses populations.

### Références :

1. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006 Mar;60(3):301-12.
2. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA*. 2014 Oct 1;312:1295-6.
3. Légaré F, Stacey D, Gagnon S, et coll. Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(4):554-64.
4. Légaré F, Ratté S, Gravel K, et coll. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns*. 2008 Dec;73(3):526-35.
5. Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns*. 2014;96(3):281-6. doi: 10.1016/j.pec.2014.06.014.
6. Stacey D, Lewis KB, Smith M, Carley M, Volk RJ, Douglas EE, Pacheco-Brousseau L, Funderup J, Gunderson J, Barry M, et coll. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024 Jan 29;1(1):CD001431.
7. Jull J, Köpke S, Smith M, et coll. Decision coaching for people making healthcare decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Nov 8;11(11):CD013385.
8. Zong JY, Leese J, Klemm A, et coll. Rheumatologists' views and perceived barriers to using patient decision aids in clinical practice. *Arthritis Care Res*. 2015;67(10):1463-1470.
9. Morrison T, Foster E, Dougherty J, et coll. Shared decision making in rheumatology: A scoping review. *Semin Arthritis Rheum*. 2022 Oct;56:152041. doi: 10.1016/j.semarthrit.2022.152041.
10. Lee J, Barber C, Jung M, Kaminska E, et coll. Decision aid-led tapering of biologic and targeted synthetic DMARDs in rheumatoid arthritis: a qualitative study. *J Rheumatol*. 2024 Aug 15;jrheum.2024-0383.
11. Pianarosa E, Hazlewood GS, Thomas M, et coll. Supporting equity in rheumatoid arthritis outcomes in Canada: population-specific factors in patient-centered Care. *J Rheumatol*. 2021 Dec;48(12):1793-1802.
12. Barnabe C. Towards attainment of Indigenous health through empowerment: resetting health systems, services and provider approaches. *BMJ Glob Health*. 2021 Feb;6(2):e004052.
13. Grabinski VF, Myckatyn TM, Lee CN, Philpott-Streff SE, Politi MC. Importance of shared decision-making for vulnerable populations: examples from postmastectomy breast reconstruction. *Health Equity*. 2018 Sep 1;2(1):234-238.
14. Umaefulam V, Fox T, Barnabe C. Decision needs and preferred strategies for shared decision making in rheumatoid arthritis: perspectives of Canadian urban indigenous women. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2021;20:10-13.
15. Umaefulam V, Fox TL, Hazlewood G, et coll. Adaptation of a Shared Decision-Making Tool for Early Rheumatoid Arthritis Treatment Decisions with Indigenous Patients. *Patient*. 2022 Mar;15(2):233-243.

*Karine Toupin-April, Ph. D.  
École des sciences de la réadaptation,  
Faculté des sciences de la santé,  
Département de pédiatrie, Faculté de médecine,  
Université d'Ottawa  
Institut de recherche du Centre hospitalier  
pour enfants de l'est de l'Ontario,  
Institut du savoir Montfort*

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

## Bienvenue en rhumatologie

Nous souhaitons la bienvenue aux nouveaux membres de la SCR :

- |  |  |
|--|--|
| Anwar Alkandri, Toronto, Ont.              | Hsin Yen Liu, Toronto, Ont.                      |
| Wafaa Alsamadani, Vancouver, C.-B.         | Zechen Ma, Burlington, Ont.                      |
| Rana Alsulami, Toronto, Ont.               | Sonali Mitra, Toronto, Ont.                      |
| Abdullah Azab, Kingston, Ont.              | Patricia Morassut, Ottawa, Ont.                  |
| Madelaine Beckett, Vancouver, C.-B.        | Njood Nazer, Toronto, Ont.                       |
| Frederik Bouchard, Québec, Qc              | Minh-Duc Ngo, Montréal, Qc                       |
| Ricardo Cartagena, Brandon, Man.           | Nam Nguyen, Toronto, Ont.                        |
| Chelsea Cheng, Toronto, Ont.               | Christopher Otu, Penticton, C.-B.                |
| Kayla Chubbs, Halifax, N.-É.               | Sagar Patel, Brampton, Ont.                      |
| Gleice Clemente Souza Russo, Toronto, Ont. | Amy Qi, Montréal, Qc                             |
| Jean Jacques De Bruycker, Montréal, Qc     | Rebecca Quilty, Toronto, Ont.                    |
| Henrique De Sa Ellwanger, Vancouver, C.-B. | Emma Reesor, London, Ont.                        |
| Ait ouarab Djamilia, Longueuil, Qc         | Ian Reinhorn, Montréal, Qc                       |
| Ciarán Duffy, Ottawa, Ont.                 | Shreya Sathaye, Saskatoon, Sask.                 |
| Cathy Flanagan, New Westminster, C.-B.     | Walter Silecky, Oshawa, Ont.                     |
| Nathan Hitchman, London, Ont.              | Vivian Szeto, Mississauga, Ont.                  |
| Whitney Hung, Edmonton, Alb.               | Julia Tan, Victoria, C.-B.                       |
| Ahmed Ibrahim, Calgary, Alb.               | Sirikarn Tangcheewinsirikul, Bangkok (Thaïlande) |
| Darya Jalaledin, Saint-Lambert, Qc         | Hyman Tannenbaum, Montréal, Qc                   |
| Kaitlyn Kaltenberger, Calgary, Alb.        | Michal Vinker Shuster, Toronto, Ont.             |
| Natasha Le Blanc, Montréal, Qc             | Jagdeep Walia, Saskatoon, Sask.                  |
| Frederique Lefrancois, Amherstview, Ont.   | Nikola Wilk, Ottawa, Ont.                        |
| Felix Lessard, Sherbrooke, Qc              | Chu Ming Yu, Vancouver, C.-B.                    |

CRA<sup>+</sup>SCR

2025  
ANNUAL  
SCIENTIFIC  
MEETING



2025  
ASSEMBLÉE  
SCIENTIFIQUE  
ANNUELLE

26 FEB - 1 MAR CALGARY, AB 26 FÉV - 1 MARS

## ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE ANNUELLE (ASA) DE LA SCR, DU 28 FÉVRIER AU 1ER MARS 2025



EN PERSONNE SEULEMENT | Inscriptions dès le 1er NOV 2024

**L'ASA 2025 de la SCR, une assemblée de PERSONNES,  
vous accueille à Calgary, du 26 février au 1er mars 2025!**

Volets formation inédits, offre scientifique de pointe, programmes interactifs, maillage au sein de la plus grande communauté rhumato du Canada... cette édition vous réserve de belles découvertes.

Placée sous le thème « **Vers de nouveaux sommets : les innovations phares en rhumatologie** », l'édition 2025 mettra à l'honneur les dernières avancées et percées dans la discipline, et ce, au sein d'une communauté qui repousse les limites du possible en fait de diagnostic, de traitement et de prise en charge des maladies rhumatologiques.

En apprendre plus et s'inscrire sur [asm.rheum.ca](https://asm.rheum.ca)

Inscription : Tarif lève-tôt valable jusqu'au 12 décembre 2024  
Date limite des inscriptions : 31 janvier 2025, à 23:59 HE



VIRTUAL | VIRTUELLE

# RheumReview



**21 février 2025**

Inscription dès le 1er novembre 2024

Rafraîchissez votre socle de connaissances dans le cadre d'un programme d'études à haut rendement axé sur des sujets cliniquement pertinents!

**RheumReview de la SCR : Mises à jour cliniques canadiennes**, un cours virtuel d'une journée, s'adresse aux rhumatologues en exercice souhaitant s'attaquer à des sujets de l'heure en rhumatologie, actualisant par là même le socle de connaissances indispensables.

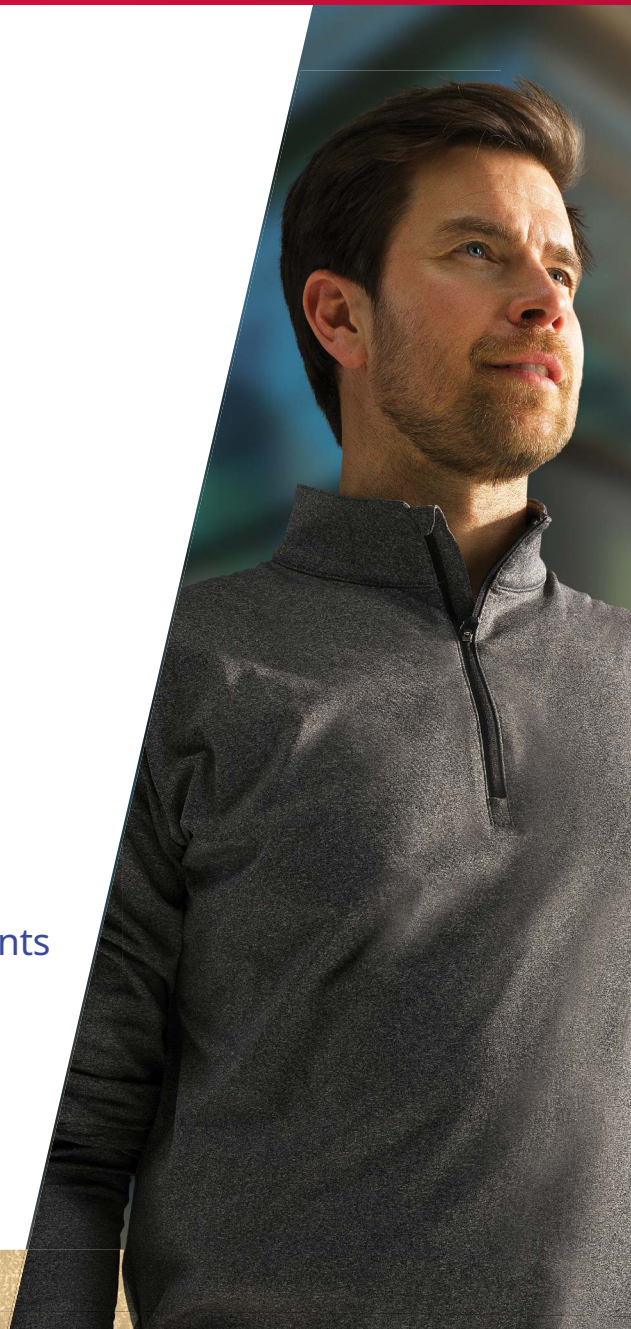


Programme de soutien aux patients

# PfizerFlex

Une équipe expérimentée et dévouée

Inscrivez vos patients en composant le  
**1-855-935-3539**, ou invitez-les à visiter le site  
[PfizerFlex.ca/fr](https://PfizerFlex.ca/fr) pour obtenir des renseignements  
sur les services offerts par le programme.



## **POLYARTHRITE RHUMATOÏDE**

PrXELJANZ<sup>MD</sup>/PrXELJANZ<sup>MD</sup> 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 et à un traitement par au moins un antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM). En cas d'intolérance au MTX ou à d'autres ARMM, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ/XELJANZ XR (tofacitinib) en monothérapie.

## **LIMITES DE L'UTILISATION**

Il ne faut pas utiliser XELJANZ en association avec d'autres inhibiteurs de Janus kinases (JAK) ni avec des immunomodulateurs biologiques (p. ex., des ARMM biologiques) ou des immunosuppresseurs puissants, comme l'azathioprine et la cyclosporine.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié  
PFIZERFLEX, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié  
© 2023 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5







## LE PROGRAMME PFIZERFLEX ACCOMPAGNE VOS PATIENTS

atteints de polyarthrite rhumatoïde  
utilisant **XELJANZ/XELJANZ XR\***

### **Pour de plus amples renseignements :**

Veuillez consulter la monographie au <https://www.pfizer.ca/fr/nos-produits/xeljanz-tofacitinib-0> ainsi qu'un avis comportant des renseignements importants en matière d'innocuité accessible à l'adresse <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/xeljanzxeljanz-xr-tofacitinib-risque-evenements-cardiovasculaires-majeurs-cancer> pour obtenir des renseignements importants sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions relatives à l'usage clinique. Vous pouvez également vous procurer la monographie en composant le 1-800-463-6001.

\* Il se peut que le programme ne soit pas disponible au Québec.

Pr **XELJANZ**<sup>MD</sup>   
[citrate de tofacitinib]

Pr **XELJANZ XR**<sup>MD</sup>   
[citrate de tofacitinib]

# Plus qu'une simple affaire de peau : voir plus loin que l'épiderme

Par Nadia Luca, M.D., FRCPC, M. Sc.

## Étude de cas

Une fillette de 4 ans, originaire de Jordanie, a été orientée vers la clinique de rhumatologie pédiatrique avec une histoire d'épaississement et de resserrement progressifs de la peau, de raideur articulaire généralisée et de gonflement douloureux bilatéral des mains et des pieds depuis 2 mois. Quelques semaines avant l'apparition des symptômes, elle a eu de la fièvre, de la diarrhée et des ulcères buccaux, et avait été traitée avec de l'amoxicilline. Ses antécédents sont significatifs : retard du langage expressif, polydactylie des mains et des pieds et syndactylie des orteils. Elle ne prenait pas de médicaments sur une base régulière. À l'examen physique, elle présentait une induration diffuse de la peau, plus prononcée sur les extrémités que sur le tronc, le visage étant épargné. Elle présentait également une lésion hyperpigmentée linéaire s'étendant sur la partie postérieure du membre inférieur droit (Figure 1). Elle ne présentait ni dépressions digitales ni ulcères, ni télangiectasies ni capillaires anormaux au niveau des cuticules. Cependant, elle présentait un gonflement de plusieurs articulations, y compris les articulations interphalangiennes proximales bilatérales, les articulations métacarpophalangiennes, les coudes, les poignets, les genoux et les chevilles. De nombreuses articulations étaient maintenues dans une contracture fixe, ce qui limitait considérablement la mobilité. Ses tests laboratoire ont révélé une formule sanguine complète normale, à l'exception d'un nombre d'éosinophiles de  $0,9 \times 10^9/L$  ( $0,0-0,6 \times 10^9/L$ ). La vitesse de sédimentation des érythrocytes (ESR) était de 62 mm/H (normale < 37 mm/H) et la protéine C-réactive était de 54 mg/L (normale < 10,0 mg/L). La créatine kinase et l'immunoglobuline G étaient élevées à 436 U/L (normale 35-180 U/L) et 19,2 g/L (normale 6,4-14,4 g/L), respectivement. Le facteur rhumatoïde était négatif, l'anticorps anti-nucléaire était positif à un taux de 1:160, et l'anticorps anti-RNP/Sm était également positif. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) des extrémités a montré une augmentation du signal T2 dans les fascias sous-cutanés et profonds avec rehaussement au gadolinium. La biopsie du fascia musculaire profond de la jambe inférieure droite a révélé une inflammation pérимыsiale et endomysiale parcellaire composée de lymphocytes et de plasmocytes sans éosinophiles. Le fascia présentait une inflammation diffuse composée de lymphocytes et de plasmocytes avec une augmentation parcellaire des éosinophiles.

## Épidémiologie

La fasciite éosinophile (FE) a été reconnue pour la première fois par Shulman, en 1975, comme une maladie diffuse de type sclérodermie caractérisée par une peau ferme et attachée associée à une éosinophilie périphérique et à une hypergammaglobulinémie<sup>1</sup>. Depuis ce temps, environ 300 cas ont été rapportés et une étude cite une prévalence de 14 par million<sup>2</sup>. La FE affecte principalement les adultes au cours de la quatrième ou de la cinquième décennie, mais tous les âges peuvent être touchés. La plupart des patients sont de race blanche<sup>3</sup>.

L'étiologie et la pathogénie de la FE restent inconnues. Les déclencheurs potentiels signalés comprennent un effort physique intense ou un traumatisme (davantage chez les adultes que chez les enfants), divers médicaments (par exemple le natalizumab, le vaccin contre la grippe,

la simvastatine, la phénytion, le ramipril), la radiothérapie et *Borrelia burgdorferi*<sup>4</sup>. Des maladies auto-immunes et des troubles hématologiques coexistants (par exemple l'anémie aplasique, moins fréquemment des tumeurs malignes) peuvent être présents. Notamment, environ 29 à 50 % des patients atteints de FE présentent simultanément une sclérodermie localisée (SL)<sup>5,6</sup>. La FE a été décrite tout au long du spectre de la maladie sclérodermique, peut-être à l'extrémité la plus sévère; cependant, son association avec la SL reste à élucider. La plupart des types de SL présentent une sclérose cutanée asymétrique superficielle et discontinue. Cependant, les variantes profondes de la SL peuvent être difficiles à distinguer de la FE. Heureusement, les schémas thérapeutiques pour les deux entités sont assez similaires, ce qui rend la distinction absolue non essentielle.

### Caractéristiques cliniques

La FE se caractérise par un œdème symétrique et douloureux des extrémités, suivi d'une sclérose progressive du derme moyen et profond, de la graisse sous-cutanée et du fascia. L'épiderme et le derme superficiel sont largement épargnés. L'aspect caractéristique de la peau d'orange résulte de l'attachement du derme profond aux couches aponévrotiques et musculaires. Le signe du sillon est caractérisé par des dépressions linéaires traversant le trajet des veines superficielles et est mieux visible avec l'élévation du membre (Figure 2). Outre les caractéristiques cutanées, jusqu'à 50 % des patients atteints de la FE peuvent également développer une arthrite inflammatoire et parfois érosive, touchant le plus souvent les mains, les genoux et les poignets. L'induration progressive de la FE peut entraîner des contractures articulaires (par exemple, le billot de prière dans 50 à 67 % des cas), une diminution de la mobilité et un coincement des nerfs<sup>4</sup>. Des symptômes constitutionnels tels que la fatigue, l'arthralgie, la myalgie et la perte de poids peuvent également être présents. L'atteinte des organes internes est généralement absente dans la FE, ce qui la distingue de la sclérodémie systémique.

### Diagnostic

Des critères diagnostiques ont été proposés par Pinal-Fernandez<sup>7</sup>, mais n'ont pas été validés (Tableau 1). Le standard de référence pour le diagnostic reste une biopsie en coin de l'épaisseur complète montrant une fascia épaissie, comprenant des lymphocytes et des macrophages, avec ou sans éosinophiles. L'IRM peut identifier un fascia hyperintense sur les images pondérées en T2 et est de plus en plus utilisée pour le diagnostic et le suivi. Les caractéristiques de laboratoire complémentaires comprennent une éosinophilie périphérique présente chez 63 à 93 % des patients (non obligatoire pour le diagnostic), une hypergammaglobulinémie et une ESR élevée. Alors que la biopsie de la peau n'est pas nécessaire dans la majorité des cas de SL, les études histopathologiques d'une biopsie de la peau de pleine épaisseur avec les tissus aponévrotiques et musculaires sont nécessaires pour le diagnostic de la FE.

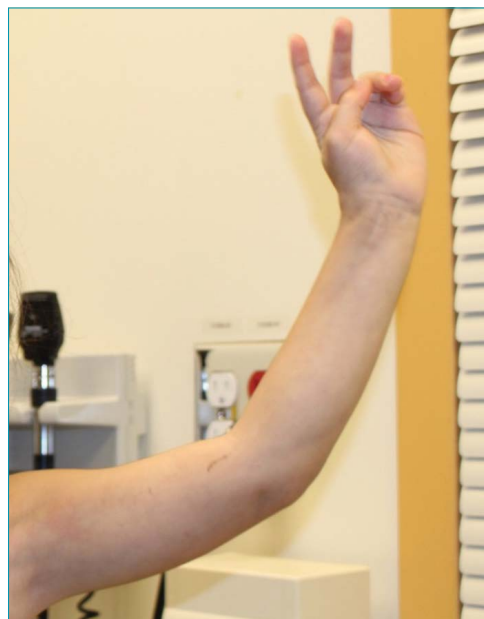
### Approche thérapeutique

Compte tenu de la rareté de la FE, il n'existe pas d'études contrôlées à répartition aléatoire concernant le traitement, et les recommandations actuelles en matière de traitement sont basées sur des études d'observation. Dans son rapport



Photographie reproduite avec l'autorisation des D<sup>r</sup> Nadia Luca et Vimal H. Prajapati. Autorisation du patient obtenue.

Figure 1. Index patient, montrant une lésion sclérodermique linéaire localisée à la partie postérieure du membre inférieur droit.



Photographie reproduite avec l'autorisation des D<sup>r</sup> Nadia Luca et Vimal H. Prajapati. Autorisation du patient obtenue.

Figure 2. Patient de l'index, présentant un « signe du sillon » au niveau du membre supérieur gauche.



Tableau 1 : Critères proposés pour le diagnostic de la fasciite éosinophile<sup>7</sup>

Critères majeurs	Critères mineurs
1. Gonflement, induration et épaississement de la peau et du tissu sous-cutané, symétrique ou non, diffus (extrémités, tronc, abdomen) ou localisé (extrémités)	1. Éosinophilie > 0,5 x 10 <sup>9</sup> /L
2. Épaississement du fascia avec accumulation de lymphocytes et de macrophages avec ou sans infiltration éosinophile (biopsie en coin de pleine épaisseur de la peau cliniquement affectée)	2. Hypogammaglobulinémie > 1,5 g/L
	3. Faiblesse musculaire et/ou taux d'aldolase élevé
<i>Critères d'exclusion : diagnostic de sclérose systémique</i>	4. Signe de rainure et/ou peau d'orange
	5. Aponévrose hyperintense sur les images MR pondérées en T2

Les deux critères majeurs, ou un critère majeur plus deux critères mineurs, permettent de poser le diagnostic de fasciite éosinophile.

original, Shulman a fait état d'une réponse clinique de la fasciite à la prednisone sur une période de 15 mois chez un patient atteint<sup>1</sup>, et plusieurs études ultérieures décrivent la FE comme répondant aux stéroïdes. On utilise généralement de la prednisone par voie orale à raison de 1 mg/kg/jour, avec une réduction progressive sur plusieurs semaines ou mois. Des impulsions de méthylprednisolone intraveineuse (MP IV) peuvent être utilisées à l'induction pour les cas les plus graves. Une réponse complète est plus probable avec l'ajout d'un deuxième médicament immunosuppresseur, l'agent préféré étant le méthotrexate à raison de 15 à 25 mg par semaine<sup>8</sup>. Les autres alternatives comprennent le mycophénolate mofétil (MMF) ou l'hydroxychloroquine. Des succès ont également été rapportés avec l'immunoglobuline IV (IVIg)<sup>9</sup>. Dans les cas réfractaires de FE, divers agents biologiques ont été essayés, les inhibiteurs de l'IL-6 présentant la plus grande fréquence de cas d'amélioration, suivis par les agents anti-TNF $\alpha$ <sup>10</sup>. Des cas récents de réponse aux inhibiteurs de la Janus kinase ont été publiés.

Le patient de référence a été traité avec des stéroïdes systémiques (d'abord des impulsions IV MP suivies d'une réduction progressive de la prednisone par voie orale), des IgIV mensuelles et du méthotrexate sous-cutané. Elle a constaté une réduction de la douleur, des gonflements de la peau et des articulations, ainsi qu'une amélioration de la mobilité. Cependant, comme elle présentait toujours un resserrement important de la peau et une contracture dans les extrémités, le MMF a été ajouté. Elle a rencontré des difficultés à suivre le traitement par MMF, et une IRM de contrôle a montré une inflammation fasciale persistante.

Par conséquent, le tocilizumab a été essayé.

Après plusieurs mois sans amélioration clinique, le traitement a été remplacé par le tofacitinib, qui a conduit à une amélioration modeste supplémentaire.

#### Références :

- Shulman LE. Diffuse fasciitis with hypergammaglobulinemia and eosinophilia: a new syndrome? *J Rheumatol*. Octobre 1984;11(5):569-70. PMID: 6542592.
- Spielmann L, Arnaud L, Severac F, et coll. Population-based prevalence of eosinophilic fasciitis (Shulman syndrome): a capture-recapture study. *Br J Dermatol*. Août 2018;179(2):516-517. doi: 10.1111/bjd.16535. Epub 2018 Jun 7. PMID: 29526049.
- Bischoff, L. and Derk, C.T. Eosinophilic fasciitis: demographics, disease pattern and response to treatment: report of 12 cases and review of the literature. *Int J Dermatology*. 2008; 47: 29-35. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2007.03544.x>
- Fett N, Arthur M. Eosinophilic fasciitis: Current concepts. *Clin Dermatol*. Juillet-août 2018;36(4):487-497. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.04.006. Epub 2018 Apr 10. PMID: 30047432.
- Mazilu D, Bolta iu T, taru LA, Mardale DA, et coll. Eosinophilic Fasciitis: Current and Remaining Challenges. *Int J Mol Sci*. 2023 Janvier 2024;24(3):1982. doi: 10.3390/ijms24031982. PMID: 36768300; PMCID: PMC9916848.
- Stubbs, L.A., Ogunbona, O., Beil, E. et coll. Juvenile eosinophilic fasciitis: a single center case series. *Pediatr Rheumatol* 22, 29 (2024). <https://doi-org.ezproxy.lib.ualgary.ca/10.1186/s12969-024-00960-w>.
- Pinal-Fernandez I, Selva-O' Callaghan A, Grau JM. Diagnosis and classification of eosinophilic fasciitis. *Autoimmun Rev*. 2014 Apr-May;13(4-5):379-82. doi: 10.1016/j.autrev.2014.01.019. Epub 11 Janvier 2014. PMID: 24424187.
- Wright NA, Mazori DR, Patel M, et coll. Epidemiology and Treatment of Eosinophilic Fasciitis: An Analysis of 63 Patients From 3 Tertiary Care Centers. *JAMA Dermatol*. Janvier 2016;152(1):97-99. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.3648. PMID: 26559760.
- Obiakor B, Fan W, Jacobson R, Gandelman J, Haemel A. Functional and Cutaneous Treatment Outcomes with Intravenous Immunoglobulin for Eosinophilic Fasciitis: A Retrospective Study. *J Drugs Dermatol*. 1er avril 2024;23(4): e107-e109. doi: 10.36849/JDD.8017. PMID: 38564381.
- Mufti A, Kashetsky N, Abduelmula A, et coll. Biologic treatment outcomes in refractory eosinophilic fasciitis: A systematic review of published reports. *J Am Acad Dermatol*. Avril 2022;86(4):951-953. doi: 10.1016/j.jaad.2021.03.089. Epub 2 avril 2021. PMID: 33812957.

Par Nadia Luca, M.D., FRCPC, M. Sc.  
Rhumatologue pédiatrique et professeure agrégée,  
Université d'Ottawa,  
Ottawa (Ontario)





### **Le D<sup>r</sup> Nigil Haroon – Bourse pilote de collaboration du Schroeder Arthritis Institute**

Le D<sup>r</sup> Nigil Haroon est chef du Département de rhumatologie au sein du Réseau universitaire de santé et de Sinai Health, scientifique principal au Schroeder Arthritis Institute et professeur agrégé au Département de médecine à l'Institut des sciences médicales de l'Université de Toronto.

Il a reçu la bourse pilote de collaboration du Schroeder Arthritis Institute en 2024, en même temps que le D<sup>r</sup> Jason Rockel. L'objectif principal de cette bourse est de soutenir la recherche innovante et collaborative dans le domaine de l'arthrite. L'étude proposée va permettre de découvrir des biomarqueurs qui prédisent la probabilité de réponse aux inhibiteurs de l'IL-17A chez les patients atteints de spondylarthrite, ce qui pourrait guider de manière éclairée le choix de stratégies de traitement ciblées personnalisées et améliorer les soins aux patients.



### **Le D<sup>r</sup> Allan Kagal – Prix d'excellence en rhumatologie de la communauté de la région du Grand Toronto**

Le D<sup>r</sup> Kagal a reçu le prix d'excellence en rhumatologie de la communauté de la région du Grand Toronto décerné par l'Université de Toronto.

En tant que directeur du service de rhumatologie au Mackenzie Health, le D<sup>r</sup> Kagal a recruté de jeunes rhumatologues talentueux pour faire du Mackenzie Health un hôpital communautaire doté d'une forte présence en rhumatologie. Il est également cofondateur du programme Early Arthritis au Mackenzie Health (anciennement connu sous le nom de York Central Hospital). Il a également reçu le prix Kiani Compassionate Care Award, décerné au personnel hospitalier et aux médecins qui font preuve d'une compassion exemplaire à l'égard des patients.

Tout au long de sa carrière, il a reçu les éloges de ses confrères en rhumatologie pour ses excellentes compétences pédagogiques. Il est également le fondateur du York Region Rheumatology Journal Club, le plus grand club de lecture communautaire en rhumatologie de la région du Grand Toronto. En plus d'avoir un cabinet très achalandé à Vaughan, le D<sup>r</sup> Kagal travaille en étroite collaboration avec la Société de l'arthrite de Sudbury pour aider à fournir des soins de nature rhumatologique dans le nord de l'Ontario. Pendant son temps libre, le D<sup>r</sup> Kagal aime voyager avec sa famille et s'entraîne en vue du prochain marathon de New York.



### **La D<sup>re</sup> Suzanne Morin – Prix Jeffrey Shiroky 2024**

J'ai été très honorée de recevoir le prix Jeffrey Shiroky 2024 lors de la dernière Conférence Laurentienne de rhumatologie qui s'est tenue dans la magnifique ville d'Estérel, au Québec.

J'ai connu le D<sup>r</sup> Shiroky au début de ma carrière, alors qu'il était encore à McGill, où il a développé son expertise et apporté des contributions remarquables à la recherche clinique en rhumatologie.

Au fil des ans, j'ai eu le grand privilège de travailler en étroite collaboration avec d'éminents rhumatologues; ces collaborations ont façonné mon travail clinique et de recherche et ont conduit à une pollinisation croisée favorable entre les spécialités médicales.

# DPC pour rhumatologues occupés

## Relever la barre en matière de vérification clinique : comparaison entre le modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) et d'autres types de vérifications cliniques

Par Douglas L. Wooster, M.D., FRCSC, FACS, DFSVS, FSVU, RVT, RPVI; Elizabeth M. Wooster, M. Éd., Ph. D(c).; et Raheem B. Kherani, B. Pharm, M.D., FRCPC, MHPE

« Le Collège royal a déclaré que les vérifications des dossiers cliniques sont importantes pour les crédits obligatoires de la section 3 du programme de MDC... J'ai fait des recherches et il en existe différents types... Certains semblent plus faciles que d'autres », s'exclame la D<sup>re</sup> AKI Joint, rhumatologue et membre de la Société canadienne de rhumatologie (SCR). « Je sais que des changements ont été apportés récemment aux lignes directrices sur le maintien de la certification – que dois-je faire? ».

Une vérification clinique est un examen systématique de la pratique d'un individu ou d'un groupe par rapport à des normes établies de « meilleures pratiques ». Le cycle de vérification permet d'identifier les lacunes, de promouvoir le changement et de confirmer l'amélioration des pratiques. Il doit être directe et axé sur la pratique réelle de manière à permettre une intervention et un changement discrets. Il ne s'agit pas d'un inventaire des pratiques ni d'un projet de recherche visant à identifier les « meilleures pratiques ». Il s'agit plutôt d'une vérification destinée à améliorer la qualité des pratiques actuelles. Idéalement, il faut repérer les lacunes et fournir des retours pour proposer des solutions applicables dans la pratique. Une nouvelle vérification de suivi peut être effectuée pour confirmer le changement de pratique.

Bien que les vérifications administratives et hiérarchiques ainsi que les évaluations à 360° aient été encouragées pour identifier les forces et les faiblesses dans l'utilisation des lignes directrices par les médecins, ces méthodes sont souvent volumineuses, coûteuses et rarement réalisées. Les lignes directrices choisies peuvent être incompatible à la pratique réelle. La sélection des patients peut manquer de spécificité et de pertinence, et exige souvent un grand nombre de patients ou des vérifications « à l'aveugle » de bases de données étendues. Les renseignements sont souvent généraux et ne ciblent pas la pratique spécifique d'un individu. L'analyse peut être effectuée par des « experts » sur le site et le retour d'information peut prendre la forme d'un « plan d'action » du comité. Cela peut conduire à des comparaisons inappropriées, entraînant ainsi des conclu-

sions et des recommandations de changement peu applicables. En conséquence, la mise en œuvre et la réévaluation peuvent ne pas être pratiques.

En revanche, le modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) (voir Tableau 1) se base sur des domaines et des éléments directement liés aux lignes directrices, normes ou protocoles de pratique individuels. Un nombre limité de patients (10 à 20) est souvent suffisant pour échantillonner les pratiques. Les données peuvent être mises en corrélation directe avec les lignes directrices et les lacunes peuvent être facilement identifiées. Il a été démontré qu'il permettait d'informer directement les médecins sur les stratégies d'amélioration et leur mise en œuvre spécifique. Il est fiable et se rapporte clairement à des interventions réalisables, y compris l'éducation et la revérification, et la mise en œuvre de l'amélioration des pratiques (Wooster, 2007).

Le cycle de vérification, d'analyse, d'éducation/intervention, d'application, de revérification et de ré-application utilisé dans le mPAM peut être utilisé pour l'amélioration personnelle ou dans le cadre d'une stratégie de groupe. Cela peut être documenté comme un projet d'apprentissage personnel ou comme une activité d'amélioration de la qualité pour obtenir des crédits de développement professionnel continu (DPC) reconnus. Les résultats et le processus peuvent également être utilisés pour l'apprentissage en groupe, des sessions de formation ciblées ou des cours, ainsi que pour des revues de littérature ou la recherche de définitions et de lignes directrices appropriées. Les lacunes identifiées peuvent également guider des investigations cliniques supplémentaires, des examens des normes et des stratégies d'amélioration de la qualité dans des domaines connexes.

« Le modèle mPAM est un format que je pourrais réellement utiliser... », déclare la D<sup>re</sup> AKI Joint. « Je peux choisir la meilleure approche tous les six mois pour suivre activement les dossiers de mes propres patients dans mon cabinet (et pour obtenir des crédits de la section 3 du programme de MDC). »

Tableau 1 : avantages et inconvénients des vérifications de pratique clinique (VPC) et du processus mPAM

	VPC	mPAM
Considérations administratives	Large, diffuse	Personne
	Durée	Efficacité
	Une gouvernance complexe	Éthique et gouvernance locales
	Autorités, coûteux	Spécifique et rentable
Sélection des lignes directrices	Sélection standard	Spécifique à la pratique individuelle
Population de patients	Grandes dimensions	Focalisé, limité
	Groupe général	Spécifique à la pratique
Analyse des données	Autorité à distance	Autonome
	Entre pairs	
Identification des lacunes	Comparer avec la norme	Pertinent pour la pratique
Recommandation de modifications	Ressources non disponibles ou coûteuses	Modélisation de la pratique
	Basé sur le système	Basé sur les processus et les systèmes
Mise en œuvre	Durée	Efficacité
	Coûteux	Économique
Réévaluation	Général	Spécifique, ciblée
	Durée	Efficacité
	Coûteux	Rentabilité

Références :

- Rose N, Pang SJ. A practical guide to implementing clinical audit. *Can Vet J.* 2021; 62:145–156.
- Pasquale E, Dal Canton A. « Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: General methodology and applications in nephrology ». *World J Nephrol.* 2014 Nov 6; 3(4):249-55. doi:10.5527/wjn.v3.i4.249
- Wooster D. A Structured Audit Tool of Vascular Ultrasound Interpretation Reports: A Quality Initiative. *JVU.* 2007; 31(4):207-10.
- Fasih N, Mason A. The Canadian Association of Radiologists. A Step by Step Guide: Maximizing The Effectiveness Of Clinical Audits. 2011.
- Pereira VC, Silva SN, Carvalho VKS, et coll. Strategies for the implementation of clinical practice guidelines in public health: an overview of systematic reviews. *Health Res Policy Syst [Internet].* 2022; 20(1). Disponible à l'adresse suivante : <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-022-00815-4>. Consulté le 13 août. Consulté le 13 août 2024.
- Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. Crédits de la section 3 du programme de MDC : ça peut se relever facile. *Journal de la Société canadienne de rhumatologie.* Automne 2023; 33(3).
- Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. Application des connaissances : qu'est-ce que j'y gagne? *Journal de la Société canadienne de rhumatologie.* Hiver 2023; 33(4).
- Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. DPC pour des rhumatologues bien occupés : modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) : surmonter la « peur » des vérifications de dossiers. *Journal de la Société canadienne de rhumatologie.* Printemps 2024 : 26-27.

Douglas L. Wooster, M.D., FRCSC, FACS,  
DFSVS, FSVU, RVT, RPVI  
Professeur de chirurgie,  
Temerty Faculty of Medicine,  
Université de Toronto

Elizabeth M. Wooster, B. Comm, M. Éd., Ph.D(c)  
OISE/Université de Toronto  
Associée de recherche,  
École de médecine,  
Université métropolitaine de Toronto

Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE  
Ancien président du Comité d'éducation de la SRC,  
Directeur de programme et professeur agrégé de clinique,  
Université de Colombie-Britannique  
Directeur, Programme intensif de collaboration sur l'arthrite,  
Mary Pack Arthritis Program,  
Clinicien-chercheur, Arthritis Research Canada  
Chef de division en rhumatologie,  
Hôpital de Richmond  
Rhumatologue, West Coast Rheumatology Associates  
Richmond (Colombie-Britannique)



# Rhumatologue émérite de la SCR en 2024 : le Dr John Esdaile

Pourquoi êtes-vous devenu rhumatologue? Quels sont les facteurs ou quelles sont les personnes qui vous ont inspiré à entreprendre cette carrière? Comment votre travail à McGill et à Yale a-t-il influencé votre carrière?

J'ai eu la chance de recevoir une excellente éducation qui m'a permis d'être admis à l'école de médecine de McGill dès le secondaire. Au début de mes études en médecine, j'ai été encadré par le meilleur groupe d'immunologie de l'époque – Samuel O. Freedman, Phil Gold, Joe Shuster et David Hawkins. Ils étaient tous des leaders de la recherche (l'un d'entre eux a d'ailleurs été nommé pour un prix Nobel) et des cliniciens de renom. La division d'immunologie a été élargie pour inclure la rhumatologie. En se basant sur les cas que j'ai trouvés les plus intéressants en tant que stagiaire, ils pensaient que cet aspect du domaine me plairait.

À l'Université de Yale, j'ai participé au Robert Wood Johnson Clinical Scholars Program, dirigé par le pionnier de l'épidémiologie clinique, le Dr Alvan R. Feinstein. Au cours de ma deuxième année à Yale, Alvan m'a intégré au corps professoral pendant que je poursuivais une maîtrise en santé publique et continuais à collaborer avec lui. J'ai eu l'honneur de pouvoir animer certaines des conférences d'Alvan. Il a fait de moi un épidémiologiste.

Dévoué à élargir le rôle du Canada dans la recherche sur l'arthrite centrée sur les patients, vous avez participé à la création d'Arthrite-recherche Canada et avez été nommé directeur scientifique fondateur.

Vous avez donné la priorité à l'investissement dans les personnes et créé une culture axée sur la supervision des stagiaires et le mentorat des jeunes scientifiques dans un large éventail de disciplines. En 23 ans, l'organisation s'est développée et compte aujourd'hui plus de 100 scientifiques et employés, répartis au sein de 7 universités à travers le Canada : UBC, Simon Fraser, Calgary, McGill, Laval, Dalhousie et l'Université de Montréal.

Qu'est-ce qui vous a incité à créer Arthrite-recherche Canada?

J'avais informé le comité de recrutement chargé de trouver un nouveau directeur de division à l'Université de la Colombie-Britannique de mon intention de créer un centre de recherche. Le doyen de l'époque a souligné que ni la Faculté de médecine ni l'Université dans son ensemble n'avaient un grand intérêt pour la recherche en rhumatologie et m'a conseillé de procéder de manière indépendante. Heureusement, un groupe de pionniers (Don Elington, John Hurst, Jack Kowarsky [président], Peter-Paul Saunders) s'est porté volontaire pour former un conseil d'administration d'Arthrite-recherche Canada et recruter de nouveaux membres. Au fil des ans, le conseil d'administration a accueilli des géants de



l'industrie, du marketing, de la finance, du droit, de la comptabilité et de la politique provinciale et nationale, notamment Colin Hansen et Joy McPhail au niveau provincial, ainsi que deux sénateurs, Pat Carney et Nancy Greene Raine. Le premier président, Jack Kowarsky, a demandé qu'une perspective nationale soit adoptée dès le départ.

J'ai pu recueillir des fonds pour la toute première chaire de biostatistique liée à l'arthrite et aux maladies musculo-squelettiques. D'importantes contributions ont été apportées par les philanthropes Maureen et Milan Ilich, Merck Frosst Canada, la Fondation Lohn et l'Université Simon Fraser elle-même (Michael Stevenson, président). Avec la création de la chaire à Simon Fraser, il y avait soudainement deux centres. Les troisième et quatrième centres ont suivi, avec le soutien de la famille McCaig, de l'Université de Calgary et de l'Université Laval.

La nouvelle directrice scientifique, la D<sup>re</sup> Diane Lacaille, a été chargée de mettre en place les nouveaux centres les plus récents à l'Université McGill, à l'Université Dalhousie et à l'Université de Montréal.

Arthrite-recherche Canada bénéficie d'une grande expertise dans de nombreux domaines liés à la recherche sur l'arthrite dans différents centres au pays. Cela a permis de soutenir une approche de recherche collaborative nationale et un incroyable programme de formation pour plus de trois douzaines d'étudiants diplômés à tous les niveaux, jusqu'au niveau post-doctoral.

Quel est le défi organisationnel et professionnel le plus important auquel vous avez été confronté, et comment êtes-vous parvenu à le surmonter?

Il n'y a eu qu'un seul défi important. Une organisation nationale de lutte contre l'arthrite a tenté d'arrêter le développement d'Arthrite-recherche Canada. Heureusement, cette situation a pu être évitée grâce à l'intervention juridique d'un membre du conseil d'administration et de ses collègues. Comme pour de nombreux défis dans la vie, si vous y survivez, vous en ressortirez plus fort et plus sage.

Vous avez rédigé plus de 280 publications dans des revues à comité de lecture. Vos principaux domaines de recherche sont le lupus érythémateux disséminé, la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose. Vous avez mis l'accent sur le diagnostic et l'intervention précoces, éléments essentiels pour réduire les handicaps et sauver des vies. Pouvez-vous nous en dire plus sur vos recherches et leurs implications?

À l'époque où j'étais ce qu'on appellerait aujourd'hui un PGY2, mes collègues étaient étonnés que je manifeste un intérêt pour l'arthrite. Ils ont estimé qu'il n'y avait pratiquement rien à faire pour les patients atteints de maladies arthritiques et que je risquais de gâcher



Le Dr John Esdaile recevant son prix des mains du président sortant de la SCR, le Dr Nigil Haroon, lors de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR à Winnipeg, qui a eu lieu en février 2024.

ma vie. Il m'a semblé que les énormes lacunes qui existaient en matière de connaissances constituaient un terrain fertile pour la recherche. En effet, comme vous le suggérez, le diagnostic précoce, un diagnostic plus précis et une intervention précoce et agressive, en particulier pour les nombreux types d'arthrite inflammatoire, ont été des objectifs principaux de ma recherche.

Il est important de noter que mes recherches ont été soutenues par un nombre croissant de jeunes scientifiques brillants et acharnés. Je pense que seule la recherche peut améliorer la vie des personnes atteintes d'arthrite. L'avenir sera différent et les scientifiques d'Arthrite-recherche Canada incluent désormais la prévention de l'arthrite dans leur palette de recherche, ce qui était difficile à imaginer il y a 45 ans.

### Selon vous, quels seront les défis que les rhumatologues canadiens devront affronter dans l'avenir, et qu'est-ce que la SCR et eux peuvent faire pour les surmonter?

La SCR a connu un énorme succès. Toutes les universités où nous avons des centres comptent des cliniciens exceptionnels qui sont actifs dans le soutien et l'orientation des activités de la SCR. Je crois que c'était Niels Bohr qui a dit : « La prédiction est très difficile, surtout lorsqu'il s'agit de l'avenir! » Je n'aurais pas pu prévoir la croissance d'Arthrite-recherche Canada en 1999, et j'hésite à prédire les défis futurs pour la SCR. Je suis certain qu'elle saura relever les inévitables défis qui se présenteront à elle.

### Vous avez reçu de nombreux prix et distinctions, dont le titre de « Kirkland Scholar » décerné par la Fondation Kirkland à New York. En 2007, vous avez été élu membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé et, en 2012, vous avez reçu l'American College of Rheumatology Masters award. Quelle est la réalisation dont vous êtes le plus fier?

Sans aucun doute, la création d'Arthrite-recherche Canada et le fait d'avoir pu encourager des stagiaires exceptionnels à s'engager dans une carrière de chercheurs, tout en soutenant les membres du corps professoral au début de leur carrière, ont été des réussites majeures. Je pense que toutes les personnes que j'ai personnellement embauchées sont plus intelligentes que moi et cela a très bien fonctionné pour moi, car elles m'accordent un crédit excessif.

### Selon vous, quelles sont les qualités d'un rhumatologue émérite?

On pourrait dresser une liste exhaustive. S'il n'y en avait qu'un seul, je suggérerais de toujours essayer de faire passer le patient en pre-

mier. Dans le système de santé actuel, on n'a pas toujours l'impression que le patient est l'aspect le plus important du système, mais je pense que les rhumatologues et ceux qui s'intéressent aux maladies musculo-squelettiques se distinguent par leur manière d'y croire. Cela devrait s'appliquer au monde clinique et à celui de la recherche.

### Dans votre vidéo d'acceptation de ce prix, en plaisantant, vous l'avez nommé le « Prix du rhumatologue éteint ». Vous êtes reconnu pour votre facilité à manier les mots et les jeux de mots. Comment avez-vous développé ce talent?

Mes parents m'ont encouragé à prendre la parole en public dès mon plus jeune âge et, à l'école secondaire, j'étais très impliqué dans les débats. Les mots et les jeux de mots peuvent rendre les idées intéressantes. En outre, le fait d'animer une réunion ou un public aide les gens à demeurer intéressés.

### Quelles sont vos autres passions en dehors de la rhumatologie et de l'enseignement en médecine?

Je suis incroyablement fier de James, William et Tara, mes enfants, et de leur capacité à devenir des personnes extrêmement performantes avec des intérêts différents. Ils font un travail remarquable pour améliorer le monde. J'ai trois petits-enfants qui sont tout simplement adorables. Maintenant que je suis à la retraite, je peux faire toutes sortes de choses que je n'avais jamais eu le temps de faire, comme cuisiner, lire des livres sur d'autres sujets que la médecine, jouer au tennis et faire du vélo. Ma femme, Jane Bern, tolère toutes mes mauvaises habitudes – enfin presque toutes. Elle me passionne.

### Vous êtes coincé sur une île déserte. Quel livre aimeriez-vous avoir avec vous?

Un livre sur la construction de bateaux.

### Quelle est votre nourriture ou cuisine préférée?

Je ne sais pas si j'aime un style de cuisine en particulier. Un plat cuisiné à la perfection, c'est tout ce qui m'importe!

### On vous offre un billet d'avion pour la destination de votre choix. Quelle serait-elle?

Je risquerais d'échanger mon billet d'avion contre une caravane et me rendre dans des endroits de l'Amérique du Nord que je n'ai jamais visités.

### Combien de tasses de café vous faut-il pour avoir une journée productive?

Cela dépend de la définition que vous donnez à une tasse de café. Une dose d'espresso contient 50 à 70 mg de caféine et une tasse de café filtré en contient au moins 200 mg. Je ne peux tout simplement pas fonctionner le matin sans un café au lait avec au moins deux doses d'espresso. J'avais l'habitude d'en boire davantage, mais je suis réticent à renoncer à mon espresso du matin.

*John M. Esdaile, M.D., MPH, FRCPC, FCAHS, MACR  
Professeur de médecine émérite,  
Université de Colombie-Britannique  
Directeur scientifique émérite,  
Arthrite-recherche Canada*

# Chronologie de l'évolution de l'équipe de soins rhumatologiques en Colombie-Britannique (2010-2024)

Par Jason Kur, M.D., FRCPC

Àu début des années 2000, la rhumatologie en Colombie-Britannique (C.-B.) était confrontée à une crise : l'accès aux soins dans le domaine de la rhumatologie était difficile, il y avait très peu de rhumatologues par habitant dans la province et le nombre de médecins diminuait. La situation était si critique que l'article en page couverture du *BC Medical Journal*, en avril 2011, laissait entendre de manière insolente que les rhumatologues étaient une « espèce en voie de disparition ». Cette conclusion accablante découlait des travaux entrepris par la British Columbia Society of Rheumatologists (BCSR) visant à déterminer la situation des effectifs dans le domaine de la rhumatologie en Colombie-Britannique<sup>1</sup>.

À peu près au même moment, le Comité des services spécialisés (CSS), un comité de collaboration entre les médecins et le ministère de la santé de la Colombie-Britannique, avait alloué des fonds dans le cadre d'un programme d'adaptation au marché du travail. Ce financement a été accordé dans le cadre du Physician Master Agreement, un accord-cadre conclu en 2011. Un fonds de 10 millions de dollars fut créé pour que le CSS puisse le distribuer aux spécialités médicales aux prises avec les défis les plus importants en matière de recrutement et de maintien en poste. J'ai réalisé qu'il était important pour la rhumatologie d'accéder à ces fonds afin de réduire les disparités et d'augmenter le maintien des effectifs.

Lors de ma formation postdoctorale à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC), j'ai été impressionné par la nature collaborative des employés de rhumatologie pédiatrique au BC Children's Hospital. Les rhumatologues pédiatriques travaillaient en étroite collaboration avec les infirmiers(ères) cliniciens(nes) afin de contribuer à l'enseignement concernant le méthotrexate, et ces infirmiers(ères) aidaient également à conseiller les patients et les parents. Simultanément, je remarquais également qu'en endocrinologie, les cliniques du diabète bénéficiaient de l'aide de professionnels paramédicaux qui aidaient les patients à prendre en charge les complications de la maladie chronique. À ce moment-là, je me suis demandé pourquoi cela ne pourrait pas être le cas en rhumatologie.

Au nom de notre service et en concertation avec d'autres rhumatologues, j'ai entrepris d'élaborer une proposition visant à modifier la prestation des soins dans la province. Il s'agissait de plusieurs initiatives clés, dont la pierre an-

gulaire était la modification du modèle de soins et l'élaboration d'un code d'honoraires pour soutenir le recours à des infirmiers(ères) dans la pratique externe rémunérée à l'acte. Ce code, facturable tous les six mois, était défini comme suit : « Conférence multidisciplinaire pour les patients vivant au sein de la communauté : comprend une évaluation, un plan de traitement écrit et tout autre conseil dont le patient a besoin pour la prise en charge de son diagnostic particulier. »

Les autres changements réussis dans le cadre de ce processus ont été la création (i) d'un code de soins complexes en fonction du temps et (ii) d'une liste de vérification concernant l'examen annuel des immunosuppresseurs pour les patients recevant des traitements avancés.

Au cours des années qui ont suivi, les rhumatologues de la Colombie-Britannique ont inclus des infirmières dans le personnel de leur cabinet, généralement à temps partiel, pour les aider à prendre en charge les patients atteints de maladies inflammatoires. La BCSR a rapidement démontré que ce modèle de soins présentait de nombreux avantages – notamment un meilleur accès en termes de visites de patients ainsi qu'une amélioration de la satisfaction des professionnels en soins de santé et des patients<sup>2,3,4</sup>. En outre, l'adoption de ce modèle de soins a été remarquable, puisque 80 % des rhumatologues ont eu accès au code d'honoraires. Le désir d'un changement de système, même dans un modèle traditionnel de rémunération à l'acte, était évident. Bien entendu, ces changements avaient été mis en place pour améliorer le recrutement et le maintien en poste. À cette fin, la rhumatologie en Colombie-Britannique a connu une croissance du nombre de professionnels en équivalents à temps plein (ETP), l'arrivée de nouveaux médecins correspondant désormais au nombre de départs à la retraite. En outre, des études spécifiques tenant compte de la période visée (2010-2018) ont démontré qu'après la mise en œuvre des codes d'adaptation au marché du travail en 2010 il y a eu une augmentation du nombre de rhumatologues ETP fournissant des services externes en Colombie-Britannique, passant de 30,0 ETP en 2010 à 58,4 ETP en 2018.

D'autres spécialistes ont pris note des succès remportés par la rhumatologie en Colombie-Britannique. En effet, le CSS a mené à bien un projet plus vaste, qui a soutenu neuf spécialités différentes (médicales et chirurgicales),



## Chronologie de l'équipe de soins rhumatologique en Colombie-Britannique :

La BCSR dénonce la crise des effectifs en rhumatologie	2009-2010
Le CSS crée le fonds d'adaptation au marché du travail	2011
La BCSR crée un code d'honoraires multidisciplinaire	2011
Impact du code d'honoraires publié	2014, 2020
Achèvement de l'article de synthèse sur l'adaptation au marché du travail	2019
Le CSS lance la première cohorte d'équipe de soins pour plusieurs spécialités	2022
Suppression du statut provisoire du code d'honoraires multidisciplinaire de la BCSR	2024
Le CSS lance la deuxième cohorte de l'équipe de soins pour plusieurs spécialités	2024 et au-delà

afin d'étendre les soins externes dispensés par l'équipe de spécialistes grâce à l'ajout de professionnels paramédicaux (notamment dans les domaines des soins infirmiers, de la diététique et de la thérapeutique). Les D<sup>rs</sup> Tommy Gerschman et Michelle Teo, tous deux membres de la Société canadienne de rhumatologie (SCR), ont orienté cette expansion initiale vers un modèle transformateur de soins en équipe pour les spécialistes en Colombie-Britannique. Grâce à leur rôle de premier plan, une boîte à outils a été créée, étape par étape, pour favoriser la réussite des spécialistes<sup>5</sup>. La première cohorte de chefs d'équipe de soins spécialisés s'est achevée en 2024. Afin de mettre ce succès à profit, le CSS a lancé une deuxième cohorte, plus importante. En tant que coprésident actuel de la CSS, je vois d'un très bon œil cette progression des soins en équipe prendre de l'ampleur.

Il n'est pas surprenant qu'un changement de pratique aussi important ait été associé à certains problèmes en cours de route. Certains de ces problèmes concernent le temps nécessaire à la formation des infirmières en rhumatologie et à la recherche de professionnels de la santé au sein d'une main-d'œuvre limitée, sans compter la logistique relative aux bureaux et même l'espace clinique permettant à ce modèle de soins en équipe de donner des résultats. Aucun de ces défis n'est insurmontable, mais ils nécessitent tous le soutien et l'attention continus des médecins.

Depuis l'introduction du code d'honoraires pour les soins dispensés par les équipes multidisciplinaires en

Colombie-Britannique, des années de surveillance sur le plan financier se sont écoulées. La BCSR a joué un rôle de premier plan dans la création de ce modèle de soins durable. En 2024, le code d'honoraires a finalement été transféré vers les coffres du régime de soins médicaux et n'a plus d'appellation provisoire. Le modèle de soins de l'équipe de soins infirmiers est devenu, au cours des 14 dernières années en Colombie-Britannique, une norme de soins établie pour les patients atteints de maladies inflammatoires.

### Références :

1. Kur J and Koehler B. Rheumatologist Demographics in British Columbia: A Looming Crisis. *BCMJ* March 2011.
2. Sun M, Jamal S, Kur J. Analysis of rheumatology nursing interventions in out-patient practice settings. *CRAJ*. 2014; 24,3:18-22.
3. Duncan R, Cheng L, Law MR, et al. The impact of introducing multidisciplinary care assessments on access to rheumatology care in British Columbia: an interrupted time series analysis. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):327.
4. Connell J, Kur J, Gurmin JH. Assessing the impact of a nursing model of care on rheumatology practice patterns and patient satisfaction in British Columbia. *BCMJ*. 2020; 62(3):98-102.
5. Specialist Services Committee, "Consultant Specialist Team Care Toolkit". May 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://sscbc.ca/sites/default/files/DoBC%20CSTC%20Toolkit%20V3.pdf>. Consulté le 2 septembre 2024.

Jason Kur, M.D., FRCPC

Président,

British Columbia Society of Rheumatologists,

Coprésident,

Comité des services spécialisés de la Colombie-Britannique,

Summerland (Colombie-Britannique)

# Résultats du sondage sur l'amélioration de la qualité numérique

L'enquête *Articulons nos pensées* de cette édition a pour but de demander aux membres de la SCR leur point de vue sur l'amélioration de la qualité numérique. Quarante-sept questionnaires ont été remplis, ce qui correspond à un taux de réponse de 12 %.

La première question concernant les maladies/affections rhumatismales était la suivante : « Parmi les éléments suivants, lesquels devraient être prioritaires en ce qui concerne l'élaboration, l'approbation et la mise en œuvre de mesures de la qualité dans le cadre des soins en rhumatologie au Canada? Sélectionnez jusqu'à 3 réponses. » Les 5 réponses les plus populaires ont été (1) la polyarthrite rhumatoïde (54 %); (2) le lupus érythémateux disséminé (52 %); (3) la spondylarthrite (y compris l'arthrite psoriasique et la spondylarthrite ankylosante) (30 %); (4) l'ostéoporose (26 %); et (5) la vascularite (20 %).

La deuxième question portait sur les interventions sur le plan diagnostique, thérapeutique ou de prévention et demandait aux participants à l'enquête : « Parmi les éléments suivants, lesquels devraient être prioritaires en ce qui concerne l'élaboration, l'approbation et la mise en œuvre de mesures de la qualité dans le cadre des soins en rhumatologie au Canada? Sélectionnez jusqu'à 3 réponses. » Dans ce cas-ci, les 5 premières réponses ont été (1) le dépistage et la prise en charge des comorbidités lors de soins en rhumatologie (maladie cardiovasculaire, diabète, pneu-

mopathie interstitielle, ostéoporose, etc.) avec 52 % des votes; (2) à égalité en deuxième position, les vaccinations et l'utilisation appropriée ou excessive des examens d'imagerie et de laboratoire (avec 44 % des votes chacun); (3) la réduction et/ou l'utilisation appropriée des glucocorticoïdes (35 %); (4) l'utilisation appropriée des traitements de fond (30 %); et (5) les mesures des résultats rapportés par les patients (par exemple, l'état fonctionnel, la douleur, l'évaluation de la fatigue, etc.) (20 %).

Le sujet de la dernière question concernait l'optimisation de la prestation des services de santé, et la question était similaire aux précédentes : « Lesquels des éléments suivants devraient être prioritaires en ce qui concerne l'élaboration, l'approbation et la mise en œuvre de mesures de la qualité dans le cadre des soins en rhumatologie au Canada? Sélectionnez jusqu'à 3 réponses. » Les 5 premières réponses ont été (1) l'accès aux soins en rhumatologie (temps d'attente, efficacité de l'orientation, etc.) (72 %); (2) l'accès aux professionnels paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, etc.) (48 %); (3) les modèles de soins multidisciplinaires ou interdisciplinaires (35 %); (4) le bien-être des prestataires (satisfaction professionnelle et épuisement professionnel) (30 %); et (5) à égalité en cinquième position, l'expérience des patients/la satisfaction à l'égard des soins et les coûts du système de santé/l'affectation des ressources (avec 26 % des votes pour chacun de ces éléments).

## Graphique 1. Optimiser la prestation des services de santé : lequel des éléments suivants devrait être prioritaire en ce qui concerne l'élaboration, l'approbation et la mise en œuvre de mesures de la qualité dans le cadre des soins en rhumatologie au Canada? (Sélectionnez jusqu'à 3 réponses.)



Le sous-comité d'amélioration de la qualité numérique évalue actuellement ces résultats et travaille à la mise en place de mesures pour les membres de la SCR. Si vous avez des questions

ou des commentaires concernant l'enquête, veuillez envoyer un courriel à l'adresse [info@rheum.ca](mailto:info@rheum.ca).

# Hommage au D<sup>r</sup> Raymond M. Lewkonja

Par Gary Morris, M.D., Ph. D., FRCPC

Le D<sup>r</sup> Lewkonja de Calgary est décédé le 3 octobre 2023, à l'âge de 80 ans.

Le D<sup>r</sup> Lewkonja est né en 1944 en Angleterre. Après avoir obtenu son diplôme de médecine à l'Université de Liverpool en 1966, il a étudié l'immunologie, la rhumatologie et la génétique médicale à Édimbourg et à Londres. Il s'est ensuite installé au Canada et a commencé sa carrière de rhumatologue à Calgary, en 1976, atteignant le rang de professeur en 1995.

Le D<sup>r</sup> Lewkonja a joué un rôle déterminant dans la création de l'école de médecine de l'Université de Calgary. Il a été président, coordinateur d'externat et directeur de nombreux comités pour des facultés de médecine au cours des années 80 et 90, et a créé le Medical Skills Center en 1991. Il est demeuré un ardent défenseur de l'enseignement médical tout au long de sa carrière.

Le D<sup>r</sup> Lewkonja a écrit de nombreuses publications durant toute sa carrière et a combiné ses connaissances en génétique médicale et son expertise en matière de troubles héréditaires des tissus conjonctifs pour devenir un expert de premier plan dans ce domaine.

Le D<sup>r</sup> Lewkonja laisse dans le deuil sa femme Angela Jane et ses fils Peter et Michael. Les funérailles ont été organisées pour la famille uniquement. Au lieu de fleurs, la famille demande que des dons soient faits à l'INCA, un organisme auquel il tenait beaucoup. Le D<sup>r</sup> Lewkonja manquera cruellement à ses collègues de Calgary.

*Gary Morris, M.D., Ph. D., FRCPC  
Professeur agrégé de clinique  
Département de rhumatologie  
Faculté de médecine Cumming,  
Université de Calgary,  
Calgary (Alberta)*



## L'ARMM BIOLOGIQUE LE PLUS DÉLIVRÉ AU CANADA PRESCRIT PAR LES RHUMATOLOGUES\*



**15 ANS  
ET PLUS**  
D'EXPÉRIENCE EN  
RHUMATOLOGIE

NOUS NOUS ENGAGEONS À SOUTENIR  
LE PARCOURS DE VOS PATIENTS TOUT  
AU LONG DE LEUR TRAITEMENT.



PR



SA



RP



nr-Ax  
SpA

DISPONIBLE  
DEPUIS

2009

2016

SIMPONI<sup>®</sup>, en association avec le MTX, est indiqué pour : 1) 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; 2) 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<sup>®</sup> est indiqué pour : 1) la réduction des signes et des symptômes chez les patients adultes atteints de SA active dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante; 2) le traitement des adultes atteints de nr-Ax SpA active grave qui présentent des signes objectifs d'inflammation, tels qu'un taux élevé de CRP et/ou des signes visibles à l'IRM et dont la réponse aux AINS est inadéquate ou qui ne tolèrent pas ces médicaments; 3) 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 RP modérément à sévèrement actif. SIMPONI<sup>®</sup> peut être utilisé en association avec du MTX chez les patients qui ne répondent pas bien au MTX seul.

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse [janssen.com/canada/fr/nous-medicines](https://janssen.com/canada/fr/nous-medicines) pour connaître 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.

\* La portée clinique comparative est inconnue.

AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens; ARMM = antirhumatismal modificateur de la maladie; CRP = protéine C réactive; IRM = imagerie par résonance magnétique; MTX = méthotrexate; nr-Ax SpA = spondyloarthrite axiale non radiographique; PR = polyarthrite rhumatoïde; RP = rhumatisme psoriasique; SA = spondyloarthrite ankylosante.

Référence : Monographie de SIMPONI<sup>®</sup>, Janssen Inc., 5 janvier 2024.

© 2024 Janssen Inc. Marques de commerce utilisées sous licence.  
Janssen Inc. | 19 Green Belt Drive, Toronto (Ontario) M3C 1L9 | [janssen.com/canada/fr](https://janssen.com/canada/fr)  
CP-431662F



PHARMACEUTICAL COMPANIES OF  
**Johnson & Johnson**

# UN SEUL POINT DE CONTACT.

UN SOUTIEN SUR LEQUEL VOUS POUVEZ COMPTER.

**UN SEUL** coordonnateur BioAdvance® attiré vous soutient, vous et vos patients, pour :

- Vous aider à obtenir un remboursement et une aide financière;
- Vous aider à accéder aux médicaments le plus rapidement possible;
- Un processus d'inscription simple, initié par un seul appel ou courriel de votre part.



Visitez [BioAdvanceSupport.ca](https://BioAdvanceSupport.ca)

L'image présente des modèles et sert à des fins d'illustration seulement.

**Janssen Inc.**, 19 Green Belt Drive | Toronto (Ontario) | M3C 1L9 | [www.janssen.com/canada/fr](http://www.janssen.com/canada/fr)  
© 2022 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence. | CP-340708F



PLUS DE  
60 000

PATIENTS INSCRITS  
AU PROGRAMME  
PFIZERFLEX



Programme de soutien aux patients

**PfizerFlex**

Une équipe expérimentée et dévouée

Comptez sur l'engagement de Pfizer à l'égard  
des patients grâce au programme PfizerFlex\*

PfizerFlex est le programme de soutien destiné à vos patients traités par :

**XELJANZ**<sup>MD</sup>  
[citrates de tofacitinib]

**XELJANZ XR**<sup>MD</sup>  
[citrates de tofacitinib]

**Pr Abrilada**<sup>MD</sup>  
adalimumab

**Pr Inflectra**<sup>MD</sup>  
infliximab

**Pr Ruxience**<sup>MD</sup>  
rituximab



Pour en savoir plus,  
visitez le [PfizerFlex.ca/fr](https://PfizerFlex.ca/fr)

\* Il se peut que le programme ne  
soit pas disponible au Québec.



ABRILADA<sup>MD</sup> est une marque déposée de Pfizer Inc., utilisée sous licence | INFLECTRA<sup>MD</sup> est une marque déposée de Pfizer Inc., utilisée sous licence  
RUXIENC<sup>MD</sup> est une marque déposée de Pfizer Inc., utilisée sous licence | XELJANZ<sup>MD</sup> / XELJANZ XR sont des marques déposées de PF Prism CV, Pfizer Canada SRI, licencié  
PFIZERFLEX<sup>MD</sup> est une marque de commerce de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié | © 2024 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5



PP-XEL-CAN-1014-FR