

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Pleins feux sur : Les affaires en rhumatologie

Éditorial

- Avec un peu d'aide...

Prix, nominations et accolades

- Des honneurs pour les docteurs
Joan Wither et Regina Taylor-Gjevre

Que fait la SCR pour vous?

- Appairement, tout va très bien!

Hommage boréal

- Dure, dure, la réalité! La transition de stagiaire en médecine à l'emploi professionnel
- Le changement exige beaucoup d'efforts
- Les affaires en rhumatologie
- Préparation en vue de la transition vers la pratique
- L'AARP à l'Université de Calgary
- L'AARP de la rhumatologie à l'Université de l'Alberta
- Les dix conseils de Tangri pour lancer une pratique en rhumatologie

Revue de livre

- *Essential Imaging in Rheumatology*

Impression et opinion

- Douleur, compassion et communication motivationnelle

Des nouvelles de l'ICORA

- Prix de l'ICORA 2015

Arthroscopie

- Nous marchons tous dans la même direction
- Héritage en rhumatologie
- Cours d'enseignement aux enseignants : injections articulaires échoguidées
- À la conquête de Rome : EULAR 2015

Dix choses à savoir (que les rhumatologues ne savent peut-être pas) sur...

- L'inflammation et la maladie CV

Nouvelles régionales

- Extraits et instantanés de la Saskatchewan

Articulons nos pensées

- Que nous réserve l'avenir?

Balayez le code QR avec votre appareil mobile pour obtenir plus de détails.



MAINTENANT REMBOURSÉ PAR LA RAMQ

(en tant que médicament d'exception)



XELJANZ^{MC}
[citrate de tofacitinib]



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

XELJANZ, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada inc., licencié
M.D. de Pfizer Inc., utilisée sous licence
© 2015 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5
CA0115T0F006F

Membre
R&D

Avec un peu d'aide...

par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« *Oh, I get by with a little help from my friends / Mmm, going to try with a little help from my friends / Yes, I get by with a little help from my friends.* »

– The Beatles, « *With A Little Help (From My Friends)* » (paroles : Lennon/McCartney), *Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club Band*, 1967.

Chaque patient est différent, mais bien qu'il importe de tenir compte de ses différences, un cabinet de rhumatologie se doit aussi d'utiliser un système pour passer à travers sa journée de travail efficacement et dans des délais raisonnables. J'aime à penser que ceci découle en partie de règles que j'ai établies et affinées au fil des années.

Cependant, mes plus grandes sources d'efficacité me viennent de collègues et de la mise en œuvre de leurs pratiques exemplaires dans mon propre bureau. Mes pairs ont été nombreux à généreusement partager leurs idées et je les en remercie grandement. Trois d'entre eux en particulier se démarquent par la simple ubiquité et utilité de leurs contributions à la pratique de la rhumatologie au Canada.

Pour les médecins en pratique clinique, prescrire des médicaments est un défi de tous les jours, pour ne pas dire de toutes les heures. L'éducation à l'égard des traitements est essentielle pour réduire le risque de non-observance des patients et pour permettre aux patients de suivre adéquatement des régimes complexes de médication antirhumatismale. Avec des posologies variant de quatre fois par jour à une fois par six mois, et de multiples voies d'administration parfois pour un même médicament, cette tâche n'a rien de simple. Le traitement chronique peut être complètement différent du traitement aigu (p. ex. la goutte), donnant lieu à des issues thérapeutiques médiocres évitables même dans le cas d'une maladie bien comprise bénéficiant de multiples thérapies efficaces. Se fier sur le matériel remis par les pharmaciens en même temps que le médicament est insatisfaisant en raison d'un manque d'équilibre et d'une tendance à trop souvent mettre en évidence des interactions médicamenteuses non pertinentes. L'information posologique de l'industrie est limitée aux médicaments actuellement « sous brevet » et est associée à ses propres problèmes. Heureusement, notre cher Dr Andy Thompson a créé et continuellement amélioré le site [Web rheuminfo.com](http://Web.rheuminfo.com). Personnellement, je remets ces feuilles d'information avec chaque prescription et je les personnalise en griffonnant des notes additionnelles dans les marges.

Les agents biologiques et les traitements ciblés sont un élément clé de toute pratique en rhumatologie. L'accès au bon médicament au bon moment a toujours été problématique en raison des coûts de ces traitements et des fonds limités disponibles pour les payer dans les régimes d'assurance publics et privés. Toutefois, du moins en Ontario, l'accès a été considérablement amélioré. Pour chacune des trois principales maladies rhumatismales, j'ai maintenant un formulaire d'une seule page, fréquemment mis à jour, qui ne demande

que les données pertinentes pour permettre la prise d'une décision rationnelle à l'égard de l'admissibilité du patient à recevoir des agents biologiques. Rien de cela n'aurait été possible sans le leadership du Dr Carter Thorne et son comité pour le Programme d'accès exceptionnel (PAE) de l'ARO qui ont passé des années à établir une relation de confiance avec l'organisme responsable de la liste de médicaments publique de la province. Les rhumatologues font maintenant l'envie des autres spécialistes qui utilisent les mêmes traitements ciblés. Les efforts se poursuivent, sous la direction du Dr Thorne et de la Dre Jane Purvis, pour étendre ces formulaires et ces critères à tous les payeurs privés dans l'ensemble du Canada.

Enfin, le système des DME est devenu la pierre angulaire de mon bureau. Bien que je savais cette transition inévitable, je n'y voyais que des avantages limités jusqu'à l'avènement des DME enrichis pour la rhumatologie avec homonucle cliquable, calculateurs automatiques de mesures d'activité de la maladie regroupées et autres modèles de rhumatologie. Alors que des milliers d'omnipraticiens adoptaient volontairement les DME, le nombre limité de rhumatologues pratiquants refroidissait l'enthousiasme des vendeurs à créer des modules de rhumatologie enrichis. Heureusement, notre propre Dre Vandana Ahluwalia a pris cette mission en charge par le biais du comité DME de l'ARO et je la remercie silencieusement chaque jour d'avoir fait en sorte que je puisse travailler avec un système viable de DME en rhumatologie avec tous ses avantages à long terme.

En ma capacité de président de la division de la rhumatologie de l'Association médicale de l'Ontario (AMO), je participe régulièrement à des réunions avec les chefs de file d'autres domaines de spécialisation pour discuter de différents problèmes liés à la pratique médicale. J'en repars toujours avec un immense sentiment de satisfaction face à tout ce que les rhumatologues ont été en mesure de réaliser dans ces domaines comparativement à d'autres médecins spécialistes. Mais ces avantages ne sont pas apparus spontanément; ils sont le résultat d'un travail acharné. Utilisez ces créations au quotidien; laissez-vous même inspirer à créer d'autres outils à partager avec vos pairs rhumatologues canadiens Et n'oubliez jamais comment les efforts de quelques collègues dévoués ont fait une telle différence dans le déroulement et le succès de chaque journée de travail.

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR
Rédacteur en chef, JSCR
Scarborough, Ontario

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

Mission. La mission du *Journal de la SCR* est de promouvoir l'échange d'information et d'opinions au sein de la collectivité des rhumatologues du Canada.

RÉDACTEUR EN CHEF

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP

Président,
Section de rhumatologie de
l'Association médicale de
l'Ontario (AMO)
Scarborough, Ontario

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

Cory Baillie, M.D., FRCPC

Président,
Société canadienne de
rhumatologie
Professeur adjoint,
Université du Manitoba
Winnipeg, Manitoba

Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP

Président sortant,
Société canadienne de
rhumatologie
Directeur médical,
The Arthritis Program
Chef du service de
rhumatologie,
Centre régional de santé
Southlake
Newmarket, Ontario

MEMBRES

Cheryl Barnabe, M.D., FRCPC, M.Sc.

Professeure adjointe,
Université de Calgary
Calgary, Alberta

Shirley Chow, M.D., FRCPC

Professeure adjointe,
Division de rhumatologie,
Université de Toronto
Toronto, Ontario

Derek Haaland, M.D., M.Sc., FRCPC

Professeur adjoint
d'enseignement clinique,
Université McMaster
Divisions de l'immunologie
clinique, allergie et rhumatologie
Shanty Bay, Ontario

Stephanie Keeling, M.D., M.Sc., FRCPC

Professeure agrégée de
médecine,
Université de l'Alberta
Edmonton, Alberta

Diane Lacaille, M.D., M.H. l.cSc., FRCPC

Scientifique principale,
Centre de recherche sur
l'arthrite du Canada
Chaire de recherche sur
l'arthrite Mary Pack
Professeure de rhumatologie,
Division de rhumatologie,
Université de la Colombie-
Britannique
Vancouver, Colombie-Britannique

Deborah Levy, M.D., M.S., FRCPC

Professeure adjointe,
Université de Toronto
Chercheuse au sein de l'équipe
de recherche,
Child Health Evaluative Sciences
Research Institute
Toronto, Ontario

Bindu Nair, M.D., FRCPC

Professeure agrégée,
Division de rhumatologie,
Université de la Saskatchewan
Saskatoon, Saskatchewan

Sylvie Ouellette, M.D., FRCPC

Professeure adjointe,
Université Dalhousie
Professeure adjointe de
clinique,
Université Memorial
L'Hôpital de Moncton
Moncton, Nouveau-Brunswick

Rosie Scuccimarri, M.D., FRCPC

Professeure adjointe,
Université McGill
Directrice de programme,
Division de rhumatologie
pédiatrique
Hôpital de Montréal pour
enfants
Montréal, Québec

Jacqueline C. Stewart, B.Sc.

(Hons), B. Éd., M.D., FRCPC
Rhumatologue,
Hôpital régional de Penticton
Penticton,
Colombie-Britannique



Le comité de rédaction jouit d'une complète indépendance concernant l'examen des articles figurant dans cette publication et il est responsable de leur exactitude. Les annonceurs n'ont aucune influence sur la sélection ou le contenu du matériel publié.

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Paul F. Brand

Directeur de la publication

Russell Krackovitch

Directeur de la rédaction
Division des projets spéciaux

Katia Ostrowski

Rédactrice

Catherine de Grandmont

Rédactrice-révisseuse (français)

Donna Graham

Coordonnatrice de la production

Dan Oldfield

Directeur – Conception graphique

Jennifer Brennan

Services administratifs

Robert E. Passaretti

Éditeur

© STA HealthCare Communications, 2015. 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, photocopie, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. Poste-publication. Enregistrement n° 40063348. Port payé à Saint-Laurent, Québec. Date de publication : septembre 2015. Les auteurs sont choisis selon l'étendue de leur expertise dans une spécialité donnée. Les articles du *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE* n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Société canadienne de rhumatologie ou de STA HealthCare Communications inc. Il est recommandé que les médecins évaluent l'état de leurs patients avant de procéder à tout acte médical suggéré par les auteurs ou les membres du comité éditorial. De plus, les médecins devraient consulter les monographies de produit officiellement approuvées avant de prescrire tout médicament mentionné dans un article. Prière d'adresser toute correspondance au *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE*, 6500 Rte Transcanadienne, bureau 310, Pointe-Claire (Québec) H9R 0A5

PRIX, NOMINATIONS ET ACCOLADES



La Dre Joan Wither a été la récipiendaire d'un prix de l'EULAR (European League Against Rheumatism) en juin 2015 pour son résumé intitulé *Presence Of An Interferon Signature In Anti-Nuclear Antibody Positive Individuals Prior To The Onset Of Systemic Autoimmune Rheumatic Disease*. Ce résumé découlait d'une étude observationnelle multicentrique prospective où les chercheurs examinaient les patients qui présentaient des anticorps antinucléaires (ANA) sans symptômes cliniques de maladies rhumatismales auto-immunes systémiques (MRAS), ceux qui avaient un test positif pour les ANA et au moins un symptôme de MRAS et ceux qui avaient récemment reçu un diagnostic de MRAS. Un des principaux objectifs de cette enquête était de voir si l'évolution d'une auto-immunité asymptomatique à la maladie clinique peut amener les patients à développer des variations immunologiques qui pourraient aider à prédire l'apparition de la maladie. La Dre Wither occupe un poste de chercheuse principale à l'Institut de recherche Toronto Western, qui fait partie du réseau de santé de l'Université de Toronto. Ses travaux de recherche sont axés sur les mécanismes immunitaires au développement des maladies rhumatismales auto-immunes systémiques (p. ex. le lupus érythémateux disséminé [LED]).



La Dre Regina Taylor-Gjevrev a reçu le prix Provost de l'Université de la Saskatchewan pour l'excellence de son enseignement au sein du Collège de médecine en 2015. Les prix Provost de l'Université de la Saskatchewan sont décernés annuellement à des membres individuels de chaque Collège en reconnaissance de leur enseignement remarquable et de leur leadership en matière d'éducation.

Le choix de la Dre Taylor-Gjevrev pour ce prix reposait sur ses contributions à l'éducation tant sur le plan de l'éducation prédoctorale que postdoctorale. Ses contributions incluent notamment la direction du programme de rhumatologie postdoctoral de 2007 à 2014, l'éducation prédoctorale continue et l'administration éducationnelle. Elle est directrice du cours de rhumatologie/système musculosquelettique du programme de premier cycle et, depuis 2014, elle a également assumé la fonction de coprésidente pour les Foundations of Clinical Medicine I-III courses des deux premières années du programme de premier cycle en médecine. La Dre Taylor-Gjevrev a déjà reçu le prix Excellence en enseignement 2011 de la faculté de médecine. Elle est professeure de médecine et chef de la division de rhumatologie à l'Université de la Saskatchewan.

PRIX, NOMINATIONS ET ACCOLADES

Le JSCR tient à souligner les contributions de ses lecteurs dans le domaine médical et dans leurs communautés locales.

Pour annoncer des récompenses, distinctions ou nominations dans un prochain numéro, envoyez-nous les noms des récipiendaires, des détails pertinents et un bref compte rendu des honneurs à katiao@sta.ca. L'envoi de photos est fortement encouragé.

BIENVENUE PARMIS NOUS

La SCR aimerait souhaiter la bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Myriam Allen, Québec, Qc

Ibrahim Almaghlouth, Toronto, Ont.

Elvira Bangert, Hamilton, Ont.

Mollie Carruthers, Vancouver, C.-B.

Amieeleena Chhabra, Vancouver, C.-B.

Carson Chin, Vancouver, C.-B.

Isabelle Ferdinand, Sainte-Julie, Qc

Shannon Galway, Vancouver, C.-B.

Maeve Gamble, London, Ont.

Amit Ghelani, London, Ont.

Noémie Gionet-Landry,

Sherbrooke, Qc

Liane Heale, Toronto, Ont.

Meriem Kerbachi, Québec, Qc

Evelyn Kwok, Edmonton, Alb.

Karim Ladak, Brampton, Ont.

Madison Leitch, London, Ont.

Lillian Lim, Toronto, Ont.

Greg Marcotte, Vancouver, C.-B.

Mehveen Merchant, Halifax, N.-É.

Nazani Montazeri, Hamilton, Ont.

Vanessa Ocampo, Hamilton, Ont.

Geneviève Oligny Longpré,

Montréal, Qc

Paolo Pace, Hamilton, Ont.

Maria Parfenova, Sherbrooke, Qc

Natalia Pittman, Ancaster, Ont.

Nicolas Richard, Montréal, Qc

Raphael Rush, Toronto, Ont.

Jenny Shu, Toronto, Ont.

Janet Wilson, London, Ont.

Stephanie Yang, Toronto, Ont.

Appairemment, tout va très bien!

Messages clés à retenir des programmes de mentorat de la SCR

Travailler avec le Dr Silverman dans le cadre des programmes de bourse d'été de la SCR a été une expérience extraordinaire. Ses conseils et son appui tout au long de mon projet m'ont permis de développer des compétences essentielles en recherche clinique, en plus de m'encourager à poursuivre mon intérêt pour la rhumatologie. Il est certain que je m'efforcerai de soutenir les étudiants en médecine, de la même façon que l'a fait mon mentor pour moi, lorsque je serai devenue une clinicienne-chercheuse.



- Erika Lee, mentorée

Jamais plus je n'aurai une telle occasion de perfectionner mes compétences en matière de relevé de l'historique des patients et d'aptitudes cliniques qu'avec cette attention personnalisée juste pour moi d'un rhumatologue chevronné dont j'ai pu bénéficier dans le cadre de ce programme de mentorat. Le message clé que je retiendrai est que la rhumatologie permet au clinicien de pratiquer une médecine systémique, allant de la néphropathie lupique à la vascularite du SNC, nécessitant un vaste éventail de connaissances.



- Megan Himmel, mentorée

Ce que j'aime le plus du mentorat est de pouvoir être témoin de l'excitation des résidents à l'égard de la rhumatologie et d'assister à leur croissance et développement du début à la fin de l'expérience.



- Dre Shirley Chow, mentor

Le programme de mentorat de la SCR offert dans le cadre de l'assemblée annuelle de la SCR a été une précieuse expérience pour moi qui assistait à ma première assemblée. Le fait d'être associé à un mentor m'a permis de me familiariser avec le fonctionnement de l'assemblée, les conférences et débats à ne pas manquer et de nombreuses activités sociales. Mais le plus important, c'est que par le biais de discussions avec mon mentor, j'ai pu bénéficier d'un meilleur point de vue, mieux informé, sur les remarquables occasions de formation et de carrière qui existent en rhumatologie!



Je crois sincèrement que le programme de mentorat a contribué à faire de cet événement une expérience des plus agréables et j'espère que le programme sera maintenu pour les futurs résidents!

- Mark Warwas, mentoré

Les programmes de bourse d'été de la SCR

Il y a une forte demande pour de nouveaux rhumatologues au Canada. Les programmes de bourse d'été sont un excellent moyen pour les étudiants en médecine d'accroître leur expérience et leur intérêt pour notre important domaine de spécialisation.



www.rheum.ca

- Les mentors sont toujours encouragés à se porter volontaires! La SCR est heureuse d'accueillir tous les rhumatologues du milieu communautaire et universitaire qui, par leur expertise, souhaitent contribuer à nos programmes.
- Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter notre site sur www.rheum.ca/fr/students/summer_studentship ou communiquer avec Christine Charnock à christine@rheum.ca.

Dure, dure, la réalité!

La transition de stagiaire en médecine à l'emploi professionnel

par Karoon C. Danayan, M.D., FRCPC, FAAP

En tant que stagiaires en médecine, nos vies se résument à traiter des patients souffrant de problèmes médicaux complexes et à étudier intensivement la littérature médicale tout en essayant d'équilibrer nos vies en dehors de la médecine. En général, nos pensées ne s'attardent pas trop à notre futur emploi.

Ma décision d'étudier d'abord en pédiatrie, puis en rhumatologie pédiatrique à l'Université de Toronto, était basée sur une véritable passion pour ce domaine médical. En vérité, la possibilité de me retrouver sans emploi à la fin de mes études n'a jamais fait partie de l'équation. Cependant, dans la première année de ma formation postdoctorale, la réalité s'est rapidement imposée à moi. J'avais accumulé une dette étudiante importante, fait l'achat d'une première maison et accueilli la venue d'un deuxième enfant. Mon esprit pragmatique a donc pris la situation en charge et j'ai commencé à chercher activement les possibilités d'emploi en vue de la fin de mes études.

J'ai alors entrepris de faire du réseautage dynamique au sein de la communauté de rhumatologie, envisageant autant les postes en milieu universitaire qu'en milieu communautaire, de même qu'une combinaison de pratique en pédiatrie et en rhumatologie pédiatrique. J'ai concentré mon attention sur les régions où mon mari et moi pourrions tous deux trouver des emplois fructueux et vivre près des membres de nos familles. J'ai pris des dispositions pour des stages optionnels dans des centres universitaires disposant d'une bonne infrastructure, d'une population de base suffisamment importante pour bénéficier de ma sous-spécialité et d'un manque de rhumatologues pédiatriques. Les rhumatologues pour adultes dans ces centres m'ont accordé un soutien exceptionnel; de plus, les rhumatologues chevronnés au Hospital for Sick Children me faisaient participer au processus de triage, me permettant de voir d'où provenaient les patients adressés par le Grand



La Dre Karoon Danayan dirige la première clinique de rhumatologie pédiatrique du système de santé de Rouge Valley.

Toronto, ce qui m'a aidé à cerner les régions sous-desservies près de chez moi. Par la suite, j'ai communiqué avec les directeurs des services de pédiatrie dans les hôpitaux universitaires et de communautés spécifiques où les services de ma sous-spécialité étaient requis, et j'ai présenté des séances scientifiques sur des sujets d'intérêt pour leurs hospitalistes pédiatriques. En fin de compte, j'ai tenté de me préparer non pas juste une, mais plusieurs options d'emploi futur. La réalité est que plusieurs de ces options ne se sont pas concrétisées pour des raisons financières, pratiques ou politiques.

Au cours des deux années suivant l'obtention de mon diplôme, j'ai obtenu un poste de rhumatologue pédiatrique à temps partiel à l'Hôpital Rouge Valley Centenary, dans un secteur sous-desservi au sein de ma sous-spécialité, allégeant une partie de la charge de travail de notre centre de soins tertiaires, tout en bénéficiant de l'excellent soutien du personnel, en particulier l'équipe de rhumatologie pédiatrique au Hospital for Sick Children. Cependant, une clinique hebdomadaire en rhumatologie ne serait pas financièrement réaliste à elle seule. J'ai eu la chance de pouvoir me joindre à une pratique pédiatrique privée achalandée au centre-ville de Toronto d'où je tire le plus gros de mon revenu. Je participe également à la recherche médicale et à l'enseignement de base en pédiatrie aux résidents en médecine familiale de l'Université de Toronto.

Mon succès émane de ma persévérance, de ma concentration, de ma capacité d'adaptation et du mentorat reçu de certains individus qui ont grandement contribué au développement de ma carrière. J'avais une idée claire de mon objectif et j'ai créé mes propres occasions.

*Karoon C. Danayan, M.D., FRCPC, FAAP
Pédiatre et spécialiste en rhumatologie,
Hôpital Rouge Valley Centenary
Toronto, Ontario*

Le changement exige beaucoup d'efforts

par Jane Purvis, M.D., FRCPC

Billy Crystal serait certainement du même avis. Après avoir travaillé dans le même édifice pendant 20 ans et avec le même système de dossier médical électronique (DME) depuis 2005, j'ai décidé de déménager mon cabinet et de changer de fournisseur de DME par la même occasion. Le paysage des DME a grandement évolué depuis que j'ai commencé à en utiliser un. L'édifice où je travaillais antérieurement avait adopté très



Toutes les transitions ne se font pas en douceur...

tôt le modèle de soins de l'équipe de santé familiale de l'Ontario et la moitié des médecins qui y travaillaient étaient des médecins de famille. Nous partagions tous le même DME, de sorte que nous pouvions voir les notes, résultats de laboratoire et autres renseignements de l'un et de l'autre. Ceci était avantageux pour les patients qui étaient dirigés vers moi par un autre médecin de l'équipe, mais n'offrait cependant aucun avantage pour la majorité de mes patients qui arrivaient d'ailleurs. Mon ancien DME était utile pour entreposer les données de mes patients, mais avait souvent des problèmes techniques. Souvent, quand il y avait des mises à jour, il répondait en devenant non opérationnel. Il ne comportait aucun module de rhumatologie convivial. J'entendais de plus en plus parler des avantages de certains autres systèmes, alors j'ai décidé de faire le saut. Puisque cela signifiait également quitter mon édifice actuel pour un nouveau cabinet, j'ai signé un contrat et fait un plan pour être « officiellement opérationnelle » dans six mois avec mon nouveau DME dès le premier jour dans mon nouveau cabinet. Nous n'avions pris aucun rendez-vous avec des patients et nous avons pris des dispositions pour avoir une formatrice présente sur place pour les trois premiers jours. Cette formatrice avait été amenée pour faciliter la mise en œuvre de la transition, principalement (du moins, je le croyais) pour veiller à l'aspect logistique du déménagement (p. ex. le système téléphonique, la construction), mais elle avait également une connaissance approfondie du système de DME et des questions d'informatique au besoin.

Alors que le jour du déménagement approchait, le fournisseur du nouveau DME m'a informé qu'il voulait amorcer le

processus d'extraction de données, ce qui nécessitait que mon ancien fournisseur partage des données avec le nouveau. C'est là que nos problèmes ont commencé. J'ai dû verser un 2 000 \$ additionnel à mon ancien fournisseur pour qu'il remette lentement mes données à mon nouveau fournisseur, et pourtant, le jour du déménagement, il n'y avait toujours pas de données dans mon nouveau DME. Pendant les huit semaines qui suivirent, j'ai

donc dû continuer à utiliser mon ancien système pour revoir ce qui se trouvait dans le dossier de mes patients, tout en utilisant le nouveau DME pour aller de l'avant. La formation que nous avions prévue pour le jour du lancement a dû être annulée et la formation que nous avons reçue par la suite était fragmentée et frustrante. Heureusement, ma personne-ressource pour la mise en œuvre disposait des nombreuses heures requises pour régler tous les problèmes au téléphone et elle a également négocié quelques heures de formation additionnelle pour moi et mon personnel. Je dirais que nous étions pleinement fonctionnels avec le nouveau DME à la fin de février, huit semaines après notre « date de départ ».

Leçon apprise? Le changement exige beaucoup d'efforts! Engagez des gens qui savent ce qu'ils font. Si j'avais eu à faire tous les appels aux gens du DME moi-même, nous aurions été perdus. Je ne savais pas du tout de quoi j'avais besoin ou comment l'obtenir. Si je devais changer de DME de nouveau dans le futur, j'exigerais un échéancier signé avec des repères hebdomadaire fermes et des plans secondaires au cas où les objectifs ne pouvaient être atteints. Si mon transfert avait été amorcé huit semaines plus tôt, tout aurait été beaucoup plus simple. Mon nouveau DME est décidément mieux que mon ancien pour l'usage que j'en fais, mais le processus de transition aurait pu être mieux. N'oubliez pas, la patience est une vertu!

Jane Purvis, M.D., FRCPC

Ancienne présidente, Association de rhumatologie de l'Ontario
Rhumatologue, The Medical Arts Building
Peterborough, Ontario

Les affaires en rhumatologie

par James Henderson, M.D., FRCPC

Cet article s'adresse particulièrement aux personnes qui mettent en place une pratique fondée sur la rémunération à l'acte. Si vous optez pour un regroupement universitaire, un grand nombre des décisions que nous aborderons ici seront prises pour vous.

Lorsqu'un médecin entame une pratique à temps plein après sa résidence, cela entraîne généralement une hausse notable du revenu. Il est évidemment fort tentant alors de tout remplacer par mieux (maison, auto, vêtements, etc.). Mon premier conseil est de tempérer vos élans! La plupart des résidents que je rencontre terminent leur résidence avec une dette importante. Ils feront beaucoup mieux de réduire leur dette, en commençant par les cartes de crédit, suivies des marges de crédit et des prêts étudiants. Éviter les paiements d'intérêts mettra plus d'argent dans vos poches en fin de compte. Je prolongerais le « style de vie des résidents » pour une ou deux années de plus pour éliminer toutes mes dettes.

Certains ne sont peut-être pas prêts à avoir leur propre pratique pour le moment; une autre option serait d'offrir vos services comme remplaçant. Cela donne aux nouveaux praticiens l'occasion de voir différents modèles de pratique et de voir aussi plus de pays afin de se faire une idée du type de pratique qu'ils aimeraient éventuellement démarrer.

Lorsque vous serez prêt à lancer votre pratique, il faudra alors assembler une équipe. Je demanderais à des collègues de me recommander un avocat, un comptable et un conseiller financier qui ont de l'expérience avec les pratiques médicales. Ils vous fourniront un plan financier global, vous aideront avec les baux, la mise en place de procédures comptables pour le bureau et l'établissement d'objectifs financiers à long terme pour l'entreprise.

Je crois que la décision la plus importante que vous aurez à prendre dès le début est le choix de votre personnel de bureau. Je vous recommande de placer des annonces et de recueillir des curriculum vitae. Choisissez les cinq meilleurs et rencontrez chaque candidat en entrevue, faites-leur également passer un test d'écriture en leur dictant une courte lettre de rhumatologie. Ces personnes sont d'une importance cruciale pour le succès de votre pratique puisqu'elles seront les visages et les voix de votre bureau! Pour ma part, j'ai généralement partagé une secrétaire avec un autre rhumatologue. Au fil des années, j'ai eu la chance

de n'avoir à former que deux secrétaires. Ma clinique dispose maintenant d'un manuel de bureau avec tous les renseignements liés à l'entreprise, histoire de faciliter la transition à une nouvelle secrétaire si cela devenait nécessaire un jour.

L'emplacement de votre bureau a de l'importance. Idéalement, ce serait à proximité de l'hôpital auquel vous êtes affilié et de votre résidence, offrirait suffisamment d'espaces de stationnement pour les patients et serait bien disposé. Le bail peut être négocié pour le loyer, les améliorations locatives, les services d'entretien ménager et toute autre question pertinente. Je vous recommande de vous faire aider par votre avocat pour ces discussions. Idéalement, votre bureau serait accessible par transport public et serait facile d'accès pour les personnes invalides ou à mobilité réduite. Au cours de mes 30 années de pratique, j'ai eu quatre bureaux différents, chacun convenant à mes besoins du moment. Soyez conscients de vos besoins et ajustez-vous en conséquence.

Assurez-vous d'avoir toutes les assurances nécessaires, y compris pour la responsabilité civile, l'invalidité, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), les frais de bureau et les soins de santé de votre famille. Par ailleurs, votre famille pourrait même jouer un rôle dans votre pratique; votre conjoint ou conjointe pourrait tenir un rôle dans le bureau pour vous permettre un fractionnement du revenu. Les conjoints/conjointes des rhumatologues contribuent souvent aux tâches de facturation et de planification des cliniques itinérantes. De plus, si cette personne a aussi une formation pour conseiller les patients, c'est bien tant mieux.

Il y a un livre du *Medical Post*, intitulé *Succeed at Everything in Your Practice*, disponible sur Kobo, Amazon et iBooks : je le recommande fortement pour tout praticien qui envisage d'avoir sa propre pratique!

Bonne chance et savourez chaque moment!

*James Henderson, M.D., FRCPC
Chef, médecine interne,
Hôpital régional Dr Everett Chalmers
Professeur, Université Dalhousie
Fredericton, Nouveau-Brunswick*

Préparation en vue de la transition vers la pratique

par Thanu Ruban, M.D., FRCPC

Avec seulement deux années de formation en rhumatologie encore devant eux, les résidents seniors en rhumatologie doivent adopter une approche aussi proactive pour la planification de leur carrière que pour l'apprentissage de la profession qu'ils ont choisie. La planification de votre carrière exige un investissement de temps et de ressources pour vous assurer d'être bien positionné à la fin de vos études. Dans cet article, je vous présente mon propre cheminement personnel vers la pratique et je partage quelques judicieux conseils pour les résidents actuels.

Pour choisir le type de pratique en rhumatologie qui vous convient, il vous faudra d'abord déterminer si vous voulez privilégier la pratique en milieu universitaire ou en milieu communautaire. C'est une conversation qui pourra commencer avec vos mentors à la faculté de médecine et durant votre formation en médecine interne et qui se précisera durant votre spécialisation. Pour ma part, les deux sphères de pratique m'attiraient : le milieu universitaire permet d'explorer des questions de recherche tout en enseignant et en inspirant les nouveaux résidents, alors que la pratique communautaire permet une plus grande indépendance et est principalement axée sur la pratique clinique. Ce qui m'a le plus aidé à définir mes projets de carrière est le réseautage avec d'autres rhumatologues et la participation à des stages facultatifs en milieu communautaire pendant ma formation. J'ai notamment eu la chance de travailler avec des praticiens en milieu communautaire qui m'ont fait voir que même en pratique privée, on retrouve de nombreuses occasions de travailler avec les résidents grâce à la croissance de l'éducation médicale décentralisée et de participer à des projets de recherche clinique et de défense des intérêts.

Le réseautage est une étape d'importance cruciale dans le processus de planification de votre carrière. Au cours de ma première année de formation en rhumatologie à l'Université de Toronto, j'ai eu l'occasion de participer à l'Assemblée générale annuelle (AGA) de l'Association de rhumatologie de l'Ontario (ARO), pendant laquelle j'ai discuté avec de nombreux praticiens du marché du travail et des secteurs perçus comme étant sous-desservis. Après cette assemblée, j'ai communiqué avec plusieurs rhumatologues dans les régions qui m'intéressaient pour discuter avec eux des occasions cliniques et des affiliations possibles avec les hôpitaux. Durant ma deuxième année de

formation en rhumatologie, j'ai pu faire des rotations communautaires à plusieurs de ces sites, ce qui m'a donné une chance de voir comment fonctionnait la pratique privée, le rôle des professionnels paramédicaux dans la pratique de la rhumatologie et les occasions de recherche disponibles pour les rhumatologues en milieu communautaire. Il a aussi été fort utile d'en apprendre plus sur la technologie de bureau et les problèmes de personnel. Ces occasions m'ont donné un bref aperçu de ce à quoi je pouvais m'attendre dans ma future pratique.

Avec l'appui des rhumatologues locaux, j'ai finalement décidé d'installer ma pratique à Markham, en Ontario, une ville en expansion rapide dans la région du Grand Toronto. J'ai communiqué avec le chef du service de médecine pour discuter des conditions d'affiliation avec l'hôpital. J'ai constaté qu'il était très utile de bénéficier de la perspective des rhumatologues déjà installés dans la région pour négocier les occasions cliniques à l'hôpital et les obligations de temps de garde. Par ailleurs, j'ai aussi commencé à faire du temps de garde en médecine interne à la suite de l'obtention de ma certification en médecine interne, ce qui s'est avéré un excellent moyen d'apprendre à mieux connaître l'hôpital et son personnel médical et de soutien. Le contact avec cet environnement accueillant durant mes périodes de garde en médecine interne est un autre facteur positif qui a influencé ma décision à ce tournant de ma carrière.

Après ma formation en rhumatologie, et tout en étudiant pour l'examen de rhumatologie du Collège royal, j'ai eu l'occasion de faire un remplacement en milieu clinique pour un congé de maternité. Ce fut une excellente occasion de me plonger dans la pratique privée sans le souci d'ouvrir ma propre clinique dès le départ. J'ai eu la chance de travailler avec un groupe de rhumatologues encourageants, ce qui a grandement facilité ma transition de la formation à la pratique. Je vous recommande fortement de chercher des occasions de remplacement et de travailler avec des rhumatologues chevronnés lorsque vous débuterez dans le domaine.

Pour ceux d'entre vous qui suivent présentement leur formation en rhumatologie et qui prévoient entreprendre une carrière en rhumatologie, voici quelques recommandations utiles pour votre future recherche d'emploi :

1. Faites preuve d'engagement. Devenez membre de l'association professionnelle de rhumatologie de votre

région et assistez à leurs assemblées annuelles. C'est une excellente occasion de réseautage qui vous permet d'obtenir des renseignements à jour sur le marché de l'emploi. Vous pourriez découvrir qu'il existe des programmes spécifiquement conçus pour aider à planifier votre carrière. Par exemple, l'ARO a mis sur pied une excellente initiative (rheumcareers.ca) qui aide les résidents en rhumatologie à explorer les occasions d'emploi dans les régions sous-desservies de l'Ontario. Ce programme permet aux résidents de visiter une région avec laquelle ils ne sont peut-être pas familiers et d'en apprendre plus sur ce que cette communauté aurait à offrir.

2. Participez aux stages facultatifs en milieu communautaire. Communiquez avec un rhumatologue de la région où vous souhaitez travailler. Les rotations communautaires pendant votre résidence vous permettent de vous faire une idée du type de pratique qui vous conviendrait, incluant la pratique solo ou en groupe, l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) et la contribution des professionnels paramédicaux dans la pratique.

3. Apprenez à connaître votre entreprise. De nombreuses ressources sont à la disposition des médecins qui terminent leur résidence et veulent installer leur pratique. L'Association médicale canadienne (AMC) offre des séminaires d'une journée en matière de gestion de pratique médicale¹, avec des discussions à propos des négociations de contrat, de la santé financière et de l'évaluation des options de pratique. N'oubliez pas aussi de consulter le guide de l'AMC sur la mise en place de votre pratique médicale ou clinique². Si vous êtes en Ontario, l'Association de rhumatologie de l'Ontario (ARO) a un document semblable³ qui est une excellente ressource de transition vers la pratique.

Installer une pratique après votre formation de spécialisation peut sembler être une tâche insurmontable, surtout avec, en plus, vos tâches cliniques, vos projets de recherche et l'examen imminent du Collège royal; toutefois, il y a beaucoup de soutien disponible pour vous aider à bâtir votre pratique idéale. La clé est de vous y mettre, d'explorer les

différentes ressources et de tirer parti des occasions qui se présentent.

Lectures suggérées :

1. Association médicale canadienne. Séminaires à l'intention des médecins résidents. Liste complète disponible à l'adresse : www.cma.ca/fr/Pages/seminars-family.aspx.
2. Association médicale canadienne. Module 14 : Mise sur pied d'une clinique ou d'un cabinet médical. Disponible à l'adresse : https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/practice-management-and-wellness/MEDED-12-00307_PMC_Module_14-f.pdf.
3. Association médicale de l'Ontario. Starting a Practice: A Guide for New Physicians. Disponible à l'adresse : www.oma.org/Resources/Documents/1_StartingPractice.pdf.

Thanu Ruban, M.D., FRCPC

*Rhumatologue, Centre des sciences de la santé Sunnybrook
Toronto, Ontario*

*Hôpital de Markham-Souffville
Markham, Ontario*

CRA/SCR
CANADIAN RHEUMATOLOGY ASSOCIATION | SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE

AHPA
ARTHRITIS HEALTH PROFESSIONS ASSOCIATION

LAKE/LAC LOUISE

FEBRUARY / FEVRIER
17 - 20 2016

L'AARP à l'Université de Calgary

par Liam Martin, M.B., MRCPI, FRCPC

L'AARP (*Academic Alternate Relationship Plan*), ou plan de relation différent du département de médecine de l'Université de Calgary a été mis en œuvre en 2004. Ce plan avait été développé en réponse à la reconnaissance par les dirigeants du département d'un besoin de changer notre façon de pratiquer la médecine. Parmi toutes les sous-spécialités, la rhumatologie avait été identifiée comme ayant un nombre croissant de patients présentant des profils médicaux complexes qui bénéficieraient d'une approche d'équipe dans la prise en charge de leurs maladies. On estimait qu'une approche novatrice était requise pour la prestation des soins requis. Le département réalisait également qu'il nous fallait recruter plus de consultants pour faire face au profil démographique changeant de nos membres et de la communauté que nous desservions. Nos voisins du nord disposaient d'un plan de financement différent et il nous semblait qu'un tel plan nous permettrait d'apporter les changements qui s'imposaient à nos pratiques. Un comité organisateur rassemblant les chefs de division de toutes les sous-spécialités fut donc formé, puis divisé en quatre sous-comités pour étudier les questions de la main-d'œuvre, de l'évaluation, de l'innovation et de la rémunération. De nombreuses réunions eurent lieu avec les représentants du gouvernement et les autorités sanitaires locales, de même qu'avec les membres du département tout au long des 18 mois qui suivirent, culminant avec le lancement du plan final en avril 2004.

Tous les membres du département, tant cliniques qu'universitaires, ont été invités à participer à l'AARP. Ceux qui ont accepté de s'y joindre reçoivent une allocation mensuelle basée sur leur sous-spécialité et leurs années de service. Ces allocations sont générées par des fonds provenant du budget des services de médecins du régime de santé provincial, d'une subvention conditionnelle du ministère provincial de l'Enseignement supérieur et, le cas échéant, du salaire universitaire des membres. Les membres du milieu clinique dont le bureau n'est pas situé dans un centre hospitalier reçoivent une allocation annuelle pour compenser leurs frais de bureau. Les membres non universitaires reçoivent également une allocation annuelle équivalente au coût des avantages sociaux que reçoivent les membres universitaires.

Le plan est supervisé par le comité de gestion de l'AARP,

qui comprend un membre de chaque sous-spécialité du département de médecine et un président qui est élu par le comité. Le chef du département siège au comité à titre de membre d'office n'ayant aucun droit de vote. Nous avons également un gestionnaire d'entreprise et un gestionnaire de budget qui sont employés par l'AARP. Chaque membre a un Accord de service indépendant (ASI) qui définit ses responsabilités sur le plan des tâches cliniques, de la recherche, de l'administration et de l'enseignement. Chaque membre détermine quelle proportion de son temps il consacrerà à chaque secteur d'activité; il est évalué annuellement par son chef de division qui utilise son ASI comme cadre de référence pour l'évaluation de ses activités. Le suivi de toutes les activités cliniques se fait par l'entremise d'un système de facturation *pro forma*. Ce processus est obligatoire puisqu'il permet au plan de démontrer au gouvernement que les membres travaillent véritablement. C'est malheureusement un processus plutôt fastidieux, surtout pour les membres qui n'ont jamais travaillé dans un environnement de rémunération à l'acte.

L'AARP a obtenu beaucoup de succès jusqu'à maintenant dans toutes les sous-spécialités. En rhumatologie, cela nous a permis de développer un certain nombre d'initiatives pour améliorer les soins aux patients, notamment notre programme de triage central et les cliniques axées sur l'arthrite inflammatoire précoce (AIP), les jeunes adultes atteints de maladies rhumatismales (en anglais : *young adults with rheumatic diseases* ou YARD), la spondyloarthropathie et les agents biologiques. Nous avons également été en mesure d'embaucher un certain nombre de rhumatologues pour remédier aux pénuries de spécialistes dans les milieux communautaires et universitaires. Nous avons aussi recruté du personnel additionnel pour faciliter la livraison des programmes et cliniques ci-dessus, incluant notamment une infirmière praticienne, quatre infirmières pour nos cliniques générales et deux infirmières pour notre clinique pour les agents biologiques, un pharmacien à temps partiel, un travailleur social et un physiothérapeute.

Le programme de triage central nous a permis de prioriser les rendez-vous des patients et a initialement réduit les temps d'attente de 30 %. Même si les temps d'attente ont augmenté depuis l'introduction du triage central,

nous sommes toujours en mesure de traiter les patients acheminés d'urgence de façon plus efficace qu'avant. Nous avons développé des programmes éducatifs pour les patients nouvellement diagnostiqués de polyarthrite rhumatoïde (PR) qui sont livrés sur une base bihebdomadaire par notre pharmacien et notre physiothérapeute dans un environnement de classe interactive à la clinique. Ces classes ont aidé les patients et leurs conjoints à mieux comprendre la maladie et son traitement.

Le développement de la clinique d'AIP nous a permis d'évaluer nos soins aux patients atteints de maladie précoce et a donné à nos résidents l'occasion d'entreprendre des études d'amélioration de la qualité et d'autres études cliniques chez ses patients, ce qui a par la suite donné lieu à plusieurs publications. La clinique sur les agents biologiques nous a permis de faire un suivi très assidu des patients. Les infirmières qui gèrent ces cliniques sont une ressource formidable pour les patients traités par des agents biologiques. La clinique d'AIP nous a également fourni d'importantes occasions de recherche; les données recueillies ont grandement contribué à la publication de données relatives aux résultats, en collaboration avec nos collègues de l'Université de l'Alberta, sur les traitements biologiques chez les patients atteints de PR grave.

L'éducation a toujours été un aspect important des activités de l'Université de Calgary et l'AARP a augmenté les possibilités pour les membres cliniques de contribuer à l'enseignement aux étudiants de premier cycle et aux médecins diplômés en formation postdoctorale. Auparavant, les membres cliniques n'étaient pas rémunérés pour leur importante contribution à l'enseignement. Grâce à l'AARP, ce problème a été réglé, de sorte qu'il est maintenant beaucoup plus facile d'inclure nos membres cliniques dans nos activités éducatives.

En résumé, l'AARP a fourni à la division de la rhumatologie, et au département de médecine en général, d'importantes occasions d'améliorer notre prise en charge des patients présentant des conditions médicales complexes. Il nous a également permis de recruter des rhumatologues et des professionnels paramédicaux pour mieux répondre aux besoins de notre communauté.

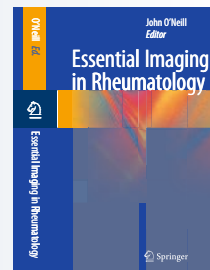
Lecture suggérée :

Pour de plus amples renseignements sur l'AARP, veuillez visiter le site : www.ucalgary.ca/albertaparp/faqs.

Liam Martin, M.B., MRCPI, FRCPC
Rhumatologue,
Professeur,
Faculté de médecine,
Université de Calgary
Calgary, Alberta

Revue de livre

Essential Imaging in Rheumatology



Éditeur : John O'Neil
Maison d'édition : Springer
Date : 2015

L'imagerie est un outil essentiel tant pour le diagnostic que pour la prise en charge de la maladie rhumatismale; l'interprétation de l'imagerie est une compétence que tout rhumatologue s'efforce de maîtriser. À l'époque où j'étais titulaire d'une bourse en rhumatologie, l'imagerie était un des domaines les plus redoutables et complexes de notre spécialisation. Les ressources pratiques et complètes étaient, et sont toujours, bienvenues et grandement appréciées.

Un nouveau livre de rhumatologie, *Essential Imaging in Rheumatology*, se révèle une précieuse ressource pour notre domaine. L'éditeur est le Dr John O'Neill, un professeur agrégé de radiologie à l'Université McMaster à Hamilton, en Ontario. Tous les autres collaborateurs sont également des rhumatologues de McMaster, ce qui en fait une publication décidément canadienne!

Essential Imaging in Rheumatology explore toutes les méthodes actuelles d'imagerie et les techniques d'imagerie associées à des maladies rhumatismales communes et à des maladies rhumatismales particulières. C'est une ressource bien rédigée et très complète dans sa couverture des maladies rhumatismales et dans sa description de multiples modes d'imagerie, notamment la radiographie, l'échographie, la scintigraphie osseuse, la tomodensitométrie et l'IRM. Chaque section commence par un survol des aspects cliniques de la maladie suivi d'une discussion approfondie des modes d'imagerie, incluant des exemples d'images à haute résolution, utilisés pour le diagnostic et la prise en charge.

Les auteurs ont très bien réussi à établir le lien entre les aspects cliniques des maladies rhumatismales et les résultats radiographiques, ce qui est très important pour les nouveaux résidents qui cherchent à comprendre la relation entre les résultats cliniques et radiographiques. Les résidents plus avancés apprécieront la possibilité d'explorer certaines maladies plus rares ou les résultats radiographiques plus étonnants.

Ce livre devrait être recommandé comme lecture essentielle à tous les résidents de 4^e et 5^e année en rhumatologie. C'est, pour les radiologistes et les rhumatologues, une source de référence concise qui présente des renseignements à jour et complets sur l'imagerie en contexte de maladie rhumatismale.

Andy Thompson, M.D., FRCPC, MHPE
Professeur agrégé de médecine, Division de rhumatologie
Département de médecine, Schulich School of Medicine
Université de Western, London, Ontario

L'AARP de la rhumatologie à l'Université de l'Alberta

par Stephen Aaron, M.D., ABIM, FRCPC

L'AARP (*Academic Alternate Relationship Plan*), ou plan de relation différent, du département de médecine a été la première entente de la sorte prise en Alberta, plusieurs années après l'établissement du plan de pratique dans les années 1990 par le Dr Garner King qui était alors président. Il avait été négocié avec le gouvernement de l'Alberta pour assurer un financement prévisible et durable pour les activités universitaires et pour les soins cliniques plus complexes dispensés dans un milieu universitaire.

À ce jour, cela demeure toujours un plan universitaire, en particulier au sein de notre division où tous les membres ont une prétéritularisation conditionnelle au sein de la faculté. Avec le récent départ à la retraite du Dr Paul Davis, notre division ne compte que sept membres, même si nous sommes en processus de recrutement actif pour plusieurs postes, y compris un nouveau directeur de division.

Le plan a atteint, avec beaucoup de succès, son but de fournir une certaine souplesse dans le domaine de l'éducation et de la recherche.

L'AARP est financé par le gouvernement de l'Alberta par le biais de deux budgets : un qui fournit le financement de base pour les activités cliniques et l'autre, une « subvention conditionnelle », qui couvre les activités universitaires et les coûts indirects. À Edmonton, notre plan est administré par l'Université de l'Alberta. Une composante salariale est canalisée par le biais de l'Université, nous assurant les avantages sociaux et de pension d'un poste universitaire. La composante clinique est administrée par un comité du département et a été conçue de façon à nous fournir un revenu professionnel indépendant permettant un traitement fiscal favorable et l'incorporation.

Chaque membre de l'AARP reçoit une description de poste, mais son revenu annuel total, englobant son salaire universitaire et une composante clinique, dépend de son ancienneté et des échelons universitaires fondés sur le mérite. Ce revenu, qui comprend les avantages sociaux de l'Université, est hautement concurrentiel. Nous bénéficions d'installations cliniques, d'espace de bureau et de personnel. La stabilité de nos revenus individuels fait en sorte qu'il est très facile pour nous de prendre des décisions à l'égard de nos cheminements de carrière et des bourses d'études uniquement en fonction de nos domaines d'intérêt et de succès. Par exemple, un

éducateur peut passer d'un poste de directeur de programme à un poste de coordinateur de compétences cliniques de premier cycle sans se soucier du financement de ces postes.

Les pourcentages de temps que chaque membre doit consacrer aux soins cliniques, à l'enseignement, à la recherche et aux tâches administratives sont négociés avec le président du département de médecine et ne peuvent changer que d'un commun accord. Cela pourrait se produire, par exemple, lorsqu'un poste majeur comme celui de directeur de programme change. Toutefois, en vertu de notre contrat avec Alberta Health, le nombre total d'heures consacrées aux tâches cliniques engagées par notre division ne doit pas descendre en dessous de ce qui a été négocié. Le suivi est assuré par un système détaillé de « facturation *pro forma* » ; il relève du directeur de la division d'assurer l'imputabilité.

Ce système de « facturation *pro forma* » a entraîné certains défis sur le plan de la prestation de soins de façon plus novatrice, bien que certaines concessions aient été accordées, notamment pour les services de télésanté. Par ailleurs, bien que nous nous efforcions de fournir des soins d'équipe intégrés, il n'y a toujours pas, à l'heure actuelle, de programme dédié, dans le cadre des services de santé de l'Alberta, pour financer les autres intervenants de la santé.

Nous avons la chance de bénéficier du soutien d'une équipe d'infirmières, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et d'un pharmacien, et nous avons bon espoir qu'avec ce noyau, nous serons en mesure d'étendre nos programmes intégrés pour inclure une plus grande partie du Nord de l'Alberta.

En résumé, l'AARP de notre département de médecine s'est avéré fort attrayant pour la rhumatologie, nous laissant une grande flexibilité en tant qu'individus pour suivre nos cheminements de carrière clinique et universitaire. Ce que nous reprochons au plan est l'importance qu'il accorde aux mesures traditionnelles basées sur les services plutôt qu'aux résultats cliniques. Le suivi de ces résultats sur une base régionale étendue est un important objectif stratégique de notre division.

Stephen Aaron, M.D., ABIM, FRCPC
 Professeur de médecine, Division de rhumatologie
 Président associé, Département de médecine
 Université de l'Alberta
 Edmonton, Alberta

Les dix conseils de Tangri pour lancer une pratique en rhumatologie

par Vikram Tangri, M.D., FRCPC

- 1. Trouvez un avocat et incorporez-vous.** Au début, cela vous semblera peut-être un processus onéreux, mais l'incorporation est primordiale et il est toujours préférable de le faire dès le début. Vous épargnerez ainsi amplement à plus long terme. Votre avocat pourra vous aider à naviguer dans le processus d'incorporation et aussi vous aider à négocier votre entente de bail plus tard. L'Association médicale de l'Ontario (AMO) dispose de ressources qui pourraient vous être utiles. D'autres associations médicales provinciales pourraient aussi vous assister à cet égard.
- 2. Trouvez un comptable.** Il deviendra votre nouveau meilleur ami. N'oubliez pas que plus vous confierez de tâches à votre comptable, plus la facture grimpera. Les comptables, comme les avocats, travaillent à l'heure. L'idéal est probablement de demander leur aide au début pour le processus d'incorporation, puis annuellement pour vos impôts de société et vos états de fin d'exercice.
- 3. Choisissez un emplacement.** C'est un des choix les plus difficiles à faire... Votre style de vie et votre famille sont évidemment des considérations importantes, mais pensez aussi à l'envergure de votre communauté et au bassin démographique pour les référencement. Ces facteurs influenceront la rapidité à laquelle votre pratique deviendra une pratique « à temps plein ».
- 4. Décidez si vous voulez faire du remplacement ou non.** Les remplacements peuvent être une source de revenus initiale importante. Demandez-vous si vous êtes prêt à faire des remplacements en médecine interne (MI) ou en rhumatologie. Le travail en MI pourrait être plus facile à trouver et de nombreux hôpitaux exigeront un certain pourcentage de travail en MI pour maintenir vos privilèges; cependant, le travail en MI peut aussi nécessiter des quarts de nuit parfois fastidieux! Les remplacements en rhumatologie pourraient vous fournir un aperçu de ce qui est à venir.
- 5. En milieu universitaire ou communautaire?** C'est là un gros point d'interrogation qui plane au-dessus de la tête de nombreux résidents durant leurs années de formation. Demeurer dans un grand centre universitaire signifie généralement plus d'éducation et de formation à venir, mais assure aussi une transition plus facile vers la pratique, souvent avec les hôpitaux/départements pour vous aider à mettre votre pratique sur pied. Un centre universitaire offre plus d'occasions de formation et de recherche, mais une pratique communautaire peut offrir un important rôle d'enseignement (vous pourriez vous affilier à une université en tant que professeur auxiliaire) et de recherche en milieu communautaire.
- 6. Partenariat.** Voulez-vous un partenaire? La réponse est généralement « oui »! Partager votre bureau avec un autre médecin divise les coûts en deux et fournit aussi une interaction sociale très précieuse durant vos journées de travail. Par contre, vous devez avoir une entente efficace avec votre partenaire puisque les décisions devront se prendre en collaboration.
- 7. Dressez l'inventaire.** Peu importe où vous travaillez à l'heure actuelle, allez à votre bureau et suivez mentalement toutes les étapes concernant les patients, de la prise de rendez-vous à l'évaluation par le médecin. Notez tout ce dont vous aurez besoin en termes d'équipement, de fournitures et de personnel en cours de route. Les coûts initiaux pour mettre une pratique sur pied ne sont pas négligeables. N'oubliez pas de vous procurer des cartes professionnelles et des cartes de rendez-vous!
- 8. Tenue de dossiers.** Si vous en avez la chance, essayez d'utiliser et de comprendre différents systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME). Familiarisez-vous avec les différentes options avant d'en choisir une. Évaluez bien chaque option. Les modèles sont un excellent outil; pouvoir créer une feuille qui enregistre facilement tous les renseignements importants du patient sur une seule page vous fera gagner du temps!
- 9. Élaborez vos politiques.** Dans certaines provinces, les rhumatologues ont une affiche indiquant qu'il y a des frais obligatoires à payer, par exemple pour un rendez-vous manqué. Si cela est votre cas, déterminez vos politiques dès le début et affichez-les dans votre salle d'attente.
- 10. Profitez-en bien!** Maintenant que tous les maux de tête associés au lancement d'une nouvelle pratique sont derrière vous, il est temps de récolter le fruit de vos efforts.

Vikram Tangri, M.D., FRCPC
Rhumatologie, Département de médecine
Centre hospitalier régional Royal Victoria
Professeur auxiliaire, Université de Toronto, Barrie, Ontario

Il n'y a
QU'UN SEUL
REMICADE®

SI VOUS VOULEZ
QUE VOS PATIENTS
REÇOIVENT REMICADE®,

— écrivez —

Remicade®
aucune
substitution



Plus de **2** millions de patients traités dans le monde pour toutes les indications confondues¹

REMICADE® :

- Le médicament biologique qui compte **le plus grand nombre d'indications** : PR, SA, RP, PsO, MC chez l'adulte, MC chez l'enfant, MC avec fistulisation, CU chez l'adulte et CU chez l'enfant^{1,2}
- Plus de **20 ans d'expérience clinique dans le monde**¹
- Un élément du **programme BioAdvance® de Janssen**

 **Remicade**[®]
INFLIXIMAB
Vous et vos patients pouvez compter sur nous

REMICADE® est indiqué :

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

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.ca/fr/product/231> pour obtenir des renseignements importants concernant les conditions d'usage clinique, les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans ce document.

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

Références : 1. Données internes, Janssen Inc. 2. Monographie de REMICADE®, Janssen Inc., 26 septembre 2014.

Marques de commerce utilisées sous licence.
© 2015 Janssen Inc.
19 Green Belt Drive
Toronto (Ontario) M3C 1L9
www.janssen.ca



Douleur, compassion et communication motivationnelle

par Monique Camerlain, M.D., FRCPC, May Shawi, Ph.D. et Denis Faucher, M.Sc.

« Nous parlons davantage aux autres avec nos caractéristiques et notre corps que nous le faisons avec notre bouche... Si quelqu'un est dans un état extrême, comme la peur et l'anxiété, vous comprenez ce qu'elle ressent, même si vous avez un visage et un corps, vous saisissez toute une gamme de subtilités... Vous pouvez faire la différence entre quelqu'un qui ment ou qui exagère, quelqu'un qui s'ennuie et quelqu'un qui veut coucher avec vous. »

– Robert Wilson, *Les assassins de l'ombre*, 2006.

Le 6 février 2015, lors de l'Assemblée de la SCR à Québec, la Dre Monique Camerlain et la Dre Kim Lavoie ont présenté un symposium sur la communication motivationnelle illustrant comment de telles compétences peuvent améliorer l'observance des patients, leur satisfaction et l'issue du traitement¹.

L'expérience de la douleur est accablante pour la personne entière²; la communication motivationnelle basée sur la compassion (du latin *com* et *pati*, qui signifie « souffrir avec ») est fondamentale pour trouver des solutions selon une approche gagnant-gagnant pour améliorer les soins au patient³. Les publications scientifiques démontrent que de 50 % à 80 % de l'information transmise par un professionnel de la santé durant une consultation médicale est immédiatement oubliée par le patient et que la moitié de l'information retenue est déformée. Le problème est encore plus important chez les personnes âgées, les personnes anxieuses et celles qui ont peur de recevoir de mauvaises nouvelles. De 30 % à 80 % des attentes des patients ne sont pas satisfaites lors des consultations en soins primaires alors que les différences sur le plan des priorités et des attentes ne sont souvent pas réconciliées⁴.

Comme le mentionnait Doheny en 2014 lors d'une conférence sur la compassion dans les soins de la santé, différentes études suggèrent que la compassion aide les patients à ressentir moins de douleur et d'anxiété⁵; pourtant, seulement 12 % des patients disent que leurs médecins leur ont donné une raison d'espérer⁶. Il serait important d'améliorer la communication entre médecin et patient pour cerner et enrayer les problèmes qui nuisent aux communications afin de combler

cet écart et d'établir une relation Je-Tu telle que décrite par Martin Buber⁷.

Les médecins, en tant que communicateurs, ont généralement une culture d'école supérieure et d'apprentissage, utilisent la terminologie réglementaire et un langage abstrait, accordant par le fait même une haute importance au modèle hypothético-déductif de raisonnement et à l'utilisation de matériel imprimé et de technologie. Les personnes moins scolarisées ont une éducation de base et apprennent par leurs expériences de vie. Ces personnes recherchent des preuves de sollicitude et préfèrent un langage pratique, simple et concret ainsi que l'information verbale et visuelle. Ce dépareillement du cadre d'information peut être la cause d'une défaillance des communications médecin-patient et devrait être une source de préoccupation pour tous ceux qui favorisent une approche humaniste dans les soins de la santé. Notre objectif et défi est d'atteindre un équilibre entre l'art de la communication compatissante et la déduction fondée sur les données probantes. Le but de la communication motivationnelle est d'ouvrir la porte à une « conversation sur le changement » afin de résoudre l'ambivalence du patient à l'égard du changement. Ce n'est pas une tentative de déception et ce n'est pas non plus une technique unique.

La communication basée sur la compassion : comment elle aide

Selon un sondage mené en 1996, 90 millions d'Américains ont des problèmes d'alphabétisation significatifs⁸; au Canada, on parle d'environ 48 % de la population. L'incapacité à détecter

les faibles niveaux de littératie en santé coûte 93 milliards de dollars par année au système de santé américain, mettant la santé d'une personne sur trois à risque⁸. La littératie en santé fait référence à la capacité à lire et comprendre l'information médicale et à agir en conséquence⁹.

Les personnes qui ont une faible littératie en santé ne sont pas en mesure de bien lire les formulaires de consentement, les étiquettes de médicaments, l'information insérée dans les emballages ou les renseignements relatifs aux rendez-vous. Elles peuvent avoir de la difficulté à comprendre l'information relative à la santé pour des raisons variées, notamment l'alphabétisation, l'âge, l'invalidité, la langue et l'émotion.

Les problèmes d'alphabétisation sont difficiles à détecter parce que les patients qui peinent à comprendre l'information écrite et verbale ont souvent honte de ce problème et le cache à tout le monde, y compris leur médecin. Les faibles niveaux de littératie en santé peuvent toucher les gens de tous les milieux, mais les personnes âgées, les minorités et les personnes à faibles revenus sont plus à risque. Ces personnes sont plus à risque de souffrir de maladies chroniques et ont moins de chances d'obtenir les soins dont elles ont besoin. De nombreuses études ont démontré qu'il est plus probable qu'elles soient hospitalisées et aient besoin de soins d'urgence. Elles ont de moins bonnes habitudes en matière de santé et sont moins susceptibles d'adopter des stratégies préventives pour éviter la maladie¹⁰.

Pour améliorer les communications et motiver les patients dans la prise en charge de maladies chroniques, il convient d'insister sur l'importance de la compassion⁷. L'adoption du rôle de communication doit respecter les schémas motivationnels et les stades du changement. Il se doit d'être flexible et de tenir compte du patient globalement, de ses attentes et de son niveau de littératie en santé, car il n'y a pas qu'une seule bonne façon d'approcher les patients.

La motivation est une force énergisante qui maintient et contrôle le comportement humain. Pour provoquer un changement d'attitude et de comportement, il convient de considérer l'existence d'un continuum entre les motivateurs internes qui créent une force derrière le comportement

humain selon un locus de contrôle interne et les motivateurs externes basés sur un locus de contrôle externe¹¹. Deci et Ryan suggèrent que le procédé interne de motivation serait plus susceptible de produire un effet durable que le procédé externe. Selon eux, le sentiment d'être capable d'accomplir des tâches pour atteindre un but et la capacité d'auto-réguler son propre comportement sont le fondement de l'autonomie et de l'autodétermination. Ce sentiment d'autodétermination pousserait les individus à faire les efforts nécessaires pour atteindre un but, même dans des situations où les interventions externes sont minimales, voire inexistantes¹².

Prochaska et ses collègues ont aussi décrit différents stades susceptibles d'influencer les conditions du changement dans leur modèle transthéorique. Selon leur vision des choses, les gens doivent traverser plusieurs phases, notamment : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien¹³. Ceci a été documenté chez 103 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) et 74 patients atteints d'ostéoarthrite (OA) : 44 % étaient en phase de pré-contemplation, 11 % en phase de contemplation, 22 % en phase de préparation, 6 % en phase d'action et 17 % en phase de maintien¹⁴.

Il importe toutefois de se rappeler que nos patients sont de la génération des émissions d'infovariétés et des livres d'autoréalisation. Ils veulent « prendre le micro » et ils estiment que ce qu'ils ont à dire est très important⁹. Une étude antérieure provenant d'un centre de recours tertiaire, caractérisée par la sélection de patients difficiles présentant des antécédents complexes, a démontré que si les patients sont invités à s'exprimer spontanément sur leurs maux et à indiquer quand ils ont terminé, la durée d'expression spontanée est en moyenne de 92 secondes. Cependant, les médecins ont tendance à les interrompre en commençant à poser des questions précises après seulement 22 secondes. Certains recommandent une règle de 80/20 : écouter 80 % du temps et parler 20 % du temps⁹. Il est également bon de tenir compte du langage corporel, qui représente 55 % de la communication⁴.

Accorder au patient une zone de confort où il est libre d'exprimer ce dont il souffre est un signe de compassion et de respect. Cela pourrait prendre moins de deux minutes, mais il

reste que cela améliore la collecte d'information et augmente le degré de satisfaction du médecin et du patient. Puisque la satisfaction influence l'issue, c'est un bon investissement¹⁴.

Comme le disait Maya Angelou : « J'ai appris que les gens vont oublier ce que vous avez dit, les gens vont oublier ce que vous avez fait, mais les gens n'oublieront jamais comment ils se sont sentis grâce à vous. » Farley considère aussi que le fait de « rencontrer une personne dans la douleur et de demeurer à ses côtés devient une expérience spirituelle »¹⁰.

En conclusion, nous postulons qu'il conviendrait d'utiliser la revue traditionnelle des systèmes et l'historique normal du patient comme filet de sécurité. Une rencontre devrait servir trois ou quatre fonctions : recueillir de l'information, développer une relation, communiquer de l'information, négocier des plans et faciliter la participation active du patient à ses propres soins. Cela ayant été accompli, dans les plus récents cadres de soins globaux, l'accent devrait être placé sur l'amélioration des communications entre médecin et patient pour assurer la responsabilisation du patient et sur la création d'une relation Je-Tu basée sur la compassion telle que décrite par Martin Buber⁷.

La communication motivationnelle est devenue un sujet populaire dans l'éducation médicale à tous les niveaux, du premier cycle à la formation professionnelle continue, et dans de nombreux milieux de pratique médicale différents. Si vous avez l'occasion de participer à une formation en communication motivationnelle, je vous le recommande fortement. Vos patients vous en remercieront.

Références :

1. Thompson A. Use of Motivational Communication to Better Patient Outcomes. 6 février 2015. Disponible à l'adresse : www.rheumreports.com/?report=163&title=Using_Motivational_Communication_to_Better_Patient_Outcomes.&c=2015_CRA_AHPA&f=%2F%3F%3D2015_CRA_AHPA.
2. Ferrell B. Ethical perspective in pain and suffering. *Pain Manag Nurs* 2005; 6(3):83-90.
3. Covey SR, Merrill AR, Merrill RR. *Priorité aux priorités*. New York, New York: Simon and Shuster. 1995.
4. Camerlain M, Richard N, Trasler T. L'art de la Science: communiquer aux patients. *Perspectives du Collège Royal* 2005; 2(3):12-4.
5. Doheny K. Rx for Better Health Care: Kindness and Compassion. *Health Day: News for Healthier Living*. 24 novembre 2014. Disponible à l'adresse : www.consumer.healthday.com/mental-health-information-25/emotional-disorder-news-228/rx-for-better-health-care-kindness-and-compassion-693888.html.

6. Camerlain M. Communiquer l'espoir. *L'Actualité Médicale* 2006; 24:25-7.
7. Buber M. *I and Thou*. New York, New York: Free Press. 1971.
8. Camerlain M, Myhal G. Health Literacy: Bridging the Gap. *The Canadian Journal of CME* 2004; 68-73.
9. Kirby MJL. *The Health of Canadians: The Federal Role. Final Report. Volume Six: Recommendations for Reform*. Octobre 2002. isponible à l'adresse : www.parl.gc.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoc02vol6-e.htm.
10. Farley M. *Compassionate Respect. A feminist Approach to Medical Ethics and Other Questions*. 2002 Madeleva Lecture on Spirituality. Mahwah, New Jersey: Paulist Press. 2002.
11. Long LW. *Communication and Motivation*. Normal, Illinois: Illinois State University. 2000.
12. Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York, New York: Plenum Press. 1985.
13. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Changing for Good: The Revolutionary Program That Explains the Six Stages...Six Stages of Change and Teaches You How to Free Yourself from Bad Habits*. New York, New York: William Morrow. 1994.
14. Keele FJ, Lefevre JC, Kerns RD, et al. Understanding the adoption of arthritis self-management: stages of change profiles among arthritis patients. *Pain* 2000; 87(3):303-13.

*Monique Camerlain, M.D., FRCPC,
Membre-conseil,
Service de rhumatologie,
Centre médical de l'Université de Sherbrooke
Rhumatologue en milieu communautaire,
Clinique Médicale Belvédère
Sherbrooke, Québec*

*May Shawi, Ph.D.
Responsable nationale de l'éducation médicale,
Janssen inc.
Toronto, Ontario*

*Denis Faucher, M.Sc.
Responsable de l'éducation médicale,
Janssen inc.,
Montréal, Québec*

Prix de l'ICORA 2015

La lauréate 2015-2016 de la Bourse salariale pour investigateur clinicien de la SCR (ICORA) Société de l'arthrite est la Dre Bindee Kuriya, pour ses recherches visant à déterminer si la polyarthrite rhumatoïde (PR) est associée à une hausse de l'incidence de dépression comparativement au diabète et à la population générale. Ces recherches seront soutenues par une étude de grande envergure utilisant des dossiers médicaux électroniques (DME) provenant de l'ensemble de l'Ontario.

Les efforts de recherche de la Dre Kuriya viseront également l'identification de facteurs de risque pour le développement de la dépression après un diagnostic de PR. Des analyses complémentaires évalueront le recours à des services en santé mentale pour la dépression, comme les consultations professionnelles ou les soins psychiatriques, tout en cherchant à approfondir notre compréhension de toute conséquence grave de la dépression sur la santé mentale comme les visites à l'urgence, les hospitalisations ou les tentatives d'auto-mutilation chez les personnes atteintes de PR.



La Bourse salariale pour clinicien chercheur vise à fournir à un jeune chercheur l'occasion de démontrer sa capacité à démarrer et mener à bien une recherche indépendante clairement pertinente pour le domaine de l'arthrite, avant de s'attaquer à l'ensemble des tâches de clinicien, professeur et chercheur dévolues aux membres du corps professoral universitaire. Cette bourse de deux ans est décernée à une personne à la fin de son cycle d'études supérieures dans les quatre années qui suivent sa nomination à titre de professeur d'enseignement clinique à temps plein.

On s'attend des lauréats à ce qu'ils mènent à bien un projet de recherche pendant la durée de cette bourse salariale. Le projet proposé doit être clairement pertinent pour le domaine des maladies rhumatismales et concorder avec un ou plusieurs des volets de la recherche soutenus par le programme de l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) :

- Sensibilisation/Défense des droits/Éducation
- Accès rapide pour les patients souffrant de maladies rhumatismales
- Équipes de soins multidisciplinaires

Pour de plus amples renseignements sur ce prix et pour savoir comment soumettre une candidature, veuillez visiter le site www.rheum.ca/fr/ciora/cra_ciora_tas_clinician_investigator_award.

L'ICORA : Remise de bourse 2015

Supporting Patient Care with Electronic Resource (SuPER): Efficacy of an Online Decision Aid for Patients Considering Biologic Therapy for Rheumatoid Arthritis

Investigateur principaux : Linda Li et Diane Lacaille
Prix : 51 130 \$

Testing of System-Level Performance Measures for Inflammatory Arthritis

Investigateur principal : Claire Barber
Prix : 110 000 \$

Do Persons with Rheumatic Diseases Have Timely Access to Chronic Pain Services?

Investigateur principal : Kadija Perreault
Prix : 68 540 \$

Understanding the Effects of Creating and Viewing Art and Digital Stories with Pediatric Rheumatology Patients, Healthcare Teams and in Educating the Community

Investigateur principal : Paivi Miettunen
Prix : 52 841 \$

The Economic Challenges of SLE: Measuring and Mitigating the Impact

Investigateur principal : Ann Clarke
Prix : 111 800 \$

Preventing Rheumatoid Arthritis (Pre-RA): Perspectives of People at Risk and of Rheumatologists on Selected Interventions

Investigateur principaux : Mark Harrison et Marie Hudson
Prix : 82 933 \$

Translating Research into Practice: Identifying Factors that Influence the Uptake of Canadian Research Findings into the Clinical Care of Children with Arthritis

Investigateur principal : Elizabeth Stringer
Prix : 74 990 \$

Pharmacist-led CVD Intervention for Inflammatory Arthritis Patients

Investigateur principal : Carlo Marra
Prix : 99 627 \$

Improving the Care of Patients with Systemic Vasculitis Through the Development of Management Recommendations and Educational Materials: A Canadian Vasculitis

Investigateur principal : Christian Pagnoux
Prix : 89 170 \$

Nous marchons tous dans la même direction

L'une des priorités de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) et de l'Association ontarienne de rhumatologie (AOR), un organisme affilié, est de remédier au manque imminent de rhumatologues d'un bout à l'autre du pays.

Au cours des cinq dernières années, les membres de l'AOR ont uni leurs forces en vue de soutenir cette cause importante en participant à la **Marche contre la douleur** de la Société de l'arthrite, la plus importante journée de collecte de fonds et de sensibilisation à l'arthrite au Canada.

Trois semaines avant l'événement national, l'AOR organise sa propre marche dans le cadre de son assemblée générale annuelle, donnant ainsi à ses membres et à leurs familles une occasion de s'engager pour cette cause ensemble, de façon positive et amusante.

Cette année, la marche de l'AOR, qui s'est déroulée à Muskoka, a vu plus de 125 rhumatologues, ainsi que les membres de leur famille, amasser plus de 17 000 \$ dans un élan de solidarité avec les patients auxquels ils prodiguent des soins tout au long de l'année.

« Je pense qu'il est important de reconnaître le rôle essentiel joué par la Société de l'arthrite dans notre profession, a déclaré Art Karasik, président de l'AOR. Qu'il s'agisse de fournir les physiothérapeutes, ergothérapeutes et travailleurs sociaux qui aident nos patients à s'adapter à la vie avec une maladie chronique, d'élaborer avec nous une nouvelle stratégie en matière de modèles de soins, de nous soutenir dans notre développement au début de notre carrière de cliniciens ou de chercheurs, la Société a toujours été un allié et un partenaire précieux pour l'AOR et ses membres. Nous sommes fiers de travailler avec elle pour favoriser l'arrivée de la nouvelle génération de rhumatologues qui appuiera nos communautés de patients. »

Selon Joanne Simons, directrice générale de la mission à la Société de l'arthrite, les rhumatologues remplissent un rôle crucial.

« Le soutien de l'AOR, de la SCR et de leurs membres est essentiel à l'avancement des soins de l'arthrite. Au-delà du travail que vous accomplissez tous les jours afin d'améliorer la qualité de vie des Canadiens atteints d'arthrite, vous contribuez à l'amélioration de l'accès aux soins, aujourd'hui et demain. Que ce soit par l'intermédiaire de la Marche ou de la Campagne des membres, votre contribution nous permet d'attirer encore plus de jeunes et brillants cerveaux vers la profession de rhumatologue et d'établir les bases pour les soins futurs. Nous ne saurions vous remercier assez. »



Le président de l'AOR, Art Karasik (au centre) en compagnie du vice-président, Éducation, programmes et services de la Société de l'arthrite, Ed Ziesmann (à gauche) et de la directrice générale de la mission, Joanne Simons (à droite) lors de la marche de l'AOR à Muskoka.

Cette année, la **Marche contre la douleur** s'est tenue le 7 juin et a permis de recueillir 1,1 million de dollars (dont 28 000 \$ amassés par les rhumatologues), ce qui amène le total récolté par la Marche au cours de ses six ans d'existence à 8 millions de dollars au profit de programmes liés à l'arthrite, de perfectionnement professionnel et de la recherche.

En 2016, la Marche aura lieu le 5 juin, et une fois de plus, les membres de l'AOR seront sur les blocs de départ trois semaines plus tôt afin de donner le coup d'envoi à une autre édition réussie de la marche annuelle.

Pour de plus amples renseignements sur la Marche ou la **Campagne des membres**, ou pour faire un don, veuillez communiquer avec Sandra

Dow à sdow@arthritis.ca ou au 416 979-7228, poste 3343.



**La Société
de l'arthrite**

Héritage en rhumatologie

par Claire Bombardier, M.D., FRCPC

En 2012 et 2014, deux grands noms de la rhumatologie nous ont quittés et un Prix de conférences a été établi au nom de chacun d'eux pour rendre hommage à leur mémoire.

Chaire Hugh Smythe de professeur invité en fibromyalgie

- La Dre Mary-Ann Fitzcharles, professeure agrégée de médecine au Centre universitaire de santé McGill (Division de rhumatologie et Unité de gestion de la douleur Alan Edwards) à Montréal, Québec, a été choisie comme première récipiendaire de la Chaire Hugh Smythe de professeur invité en fibromyalgie en mars 2014.



Cette chaire de professeur invité a été fondée en 2013 pour rendre hommage au domaine de recherche du Dr Hugh Arthur Smythe.

Le Dr Smythe avait terminé ses études en médecine à l'Université de Toronto en 1950 pour ensuite se spécialiser en rhumatologie. Il a soigné des patients souffrant de maladies rhumatismales pendant près d'un demi-siècle. En matière de recherche clinique, le Dr Smythe a été un des premiers à parler de la fibromyalgie comme étant une entité clinique valide, étudiant la douleur qui lui était associée et les mécanismes liés au sommeil pour devenir un grand spécialiste de la fibromyalgie. Longtemps directeur de La Société de l'arthrite, il a grandement contribué à l'éducation et à la sensibilisation en matière d'arthrite, ainsi qu'au développement de programmes d'auto-prise en charge de l'arthrite à travers le Canada. Le Dr Smythe a aidé des centaines de médecins à établir une solide base de connaissances en rhumatologie. Il a été chef de l'Unité de rhumatologie à l'Hôpital Wellesley, puis ensuite à l'Hôpital Toronto Western. Il a été cofondateur et coéditeur du *Journal of Rheumatology*. Le Dr Smythe s'est éteint en octobre 2012.

Claire Bombardier, M.D., FRCPC
Professeure de médecine,
Université de Toronto
Directrice, Division de rhumatologie,
Université de Toronto

Chaire Peter Lee de professeur invité en sclérodémie

- Le Dr Daniel Furst, professeur de rhumatologie et directeur de recherche clinique à la Faculté de médecine David Geffen de l'UCLA à Los Angeles, en Californie, a été le premier récipiendaire de la Chaire Peter Lee de professeur invité en sclérodémie en juin 2013.
- Le Dr Thomas Medsger, de l'Université de Pittsburgh, sera le nouveau titulaire de la Chaire Peter Lee de professeur invité en sclérodémie à partir de juin 2015.



Le Dr Peter Lee s'est éteint en juin 2014 au terme d'une longue maladie. Le Dr Lee pratiquait depuis les années 1970; il a passé plus de trois décennies à étudier la sclérodémie et à aider des patients par le biais de sa clinique. Une grande partie de la carrière du Dr Lee a été passée au poste de directeur de la clinique de sclérodémie de l'Hôpital du Mont Sinai. C'était un ancien membre du Conseil médical consultatif de la Scleroderma Research Foundation (É.-U.) et un conseiller auprès de la Société de sclérodémie de l'Ontario. Il était reconnu comme spécialiste international en la matière et jouait un rôle majeur dans le domaine de la rhumatologie au Canada. Avant son décès, une Chaire de professeur invité avait été fondée en son honneur.

Ces deux chaires de professeur invité, en fibromyalgie et en sclérodémie respectivement, sont décernées à toutes les années ou deux années. Ces événements attirent de nombreux participants et bénéficient d'une notoriété grandissante en tant qu'élément prestigieux des tournées hospitalières en rhumatologie dans la ville entière offertes par l'Université de Toronto.

Réseau universitaire de santé, Chaire de recherche du Canada en transfert des connaissances pour les soins musculosquelettiques
Ancienne codirectrice scientifique, Réseau canadien de l'arthrite
Toronto, Ontario

Cours d'enseignement aux enseignants : injections articulaires échoguidées

par Maria Bagovich, M.D., FRCPC, RhMSUS

Salutations, membres de la SCR. Nous souhaitons aujourd'hui vous parler d'une récente occasion d'apprentissage avancé qui a été offerte à la Société pour l'ultrasonographie en rhumatologie au Canada (SURC) au Collège de médecine de l'Université de la Floride les 13 et 14 mars 2015. Cette formation de deux jours sur l'ultrasonographie musculosquelettique interventionnelle s'est déroulée sous la

direction du spécialiste de la région, le Dr Gurjit Kaeley, au Jacksonville Simulation Centre. Le financement a été gracieusement fourni par une subvention à l'éducation de Janssen Canada. Le cours était offert exclusivement pour les membres de la SURC, avec la Dre Diane Wilson, le Dr Abe Chaiton, la Dre Maggie Larché et moi-même au nombre des participants.

Malgré quelques difficultés avec la compagnie aérienne et les annulations de vols, notre groupe a persévéré et est arrivé à temps à Jacksonville, en Floride; la pluie nous y attendait, mais la chaleur aussi. Notre objectif était d'apprendre les techniques d'injection échoguidées du maître en la matière, le Dr Kaeley. Après une brève séance didactique sur les principes de visualisation des principaux repères anatomiques et les techniques d'injection, nous nous sommes rendus au centre de simulation, une salle d'opération convertie équipée de matériel d'injection, d'appareils ultrason Sonosite portables et de spécimens cadavériques disposés pour des injections à l'épaule, la main, le poignet et le coude tout au long de la journée. À raison de deux participants par spécimen, nous avons pu pratiquer les injections échoguidées en temps réel sur des sections de cadavre jusqu'à la maîtrise de l'anatomie et de la technique. J'ai maintenant une toute nouvelle appréciation pour le concept de la « poche à eau avec gel » et la visualisation de l'aiguille à travers les différents plans tissulaires. C'est impressionnant de voir la précision de l'image qu'on peut obtenir avec l'ultrasonographie, même sur des spécimens cadavériques! La deuxième journée a été



L'équipe de la SURC pratiquant les injections échoguidées.

consacrée à la hanche, le genou, la cheville, le pied et quelques autres régions particulières, notamment l'articulation sacro-iliaque et, grâce à la Dre Wilson, le bloc du nerf supra-scapulaire.

Le Dr Kaeley nous a fourni un environnement d'apprentissage extraordinaire, enrichi de musique classique et de rétroactions magistrales. Nos trajets pour aller et revenir de l'hôtel dans le Honda Pilot « fun wagon » ont été mémorables. Nous avons éga-

lement profité de l'hospitalité de Jacksonville au Crowne Plaza Steakhouse et avons été accompagnés d'un conférencier-motivateur local pour notre balade en soirée le long de la rivière. Dans l'ensemble, ce fut un voyage très réussi avec une excellente occasion d'apprentissage en petit groupe et d'expérience concrète avec les injections échoguidées.

De plus, nous sommes emballés par la croissance de l'ultrasonographie musculosquelettique en rhumatologie et serions ravis de vous voir rejoindre la famille de la SURC! Heureusement, de nombreuses occasions de formation sont offertes au Canada. Le prochain cours de base de la SURC se donnera les 19 et 20 septembre 2015 à Hamilton, en Ontario. Vous trouverez tous les détails relatifs aux inscriptions sur le site www.crus-surc.ca. Inscrivez-vous d'avance pour vous assurer d'avoir une place! Le prochain cours intermédiaire sera offert conjointement avec l'assemblée de la SCR à Lake Louise, en Alberta, en février 2016. En 2017, le cours intermédiaire de la SURC aura lieu à Montréal dans le cadre de l'assemblée annuelle de la SCR. Le cours sera consacré aux procédures échoguidées. Les places seront limitées alors, inscrivez-vous tôt! Restez à l'affût pour de plus amples renseignements à venir. Si vous avez d'autres questions, veuillez les adresser à info@ecrus.ca.

Maria Bagovich, M.D., FRCPC, RhMSUS
Maître de conférences auxiliaire, Université de Toronto
Rhumatologue, North York General
Toronto, Ontario

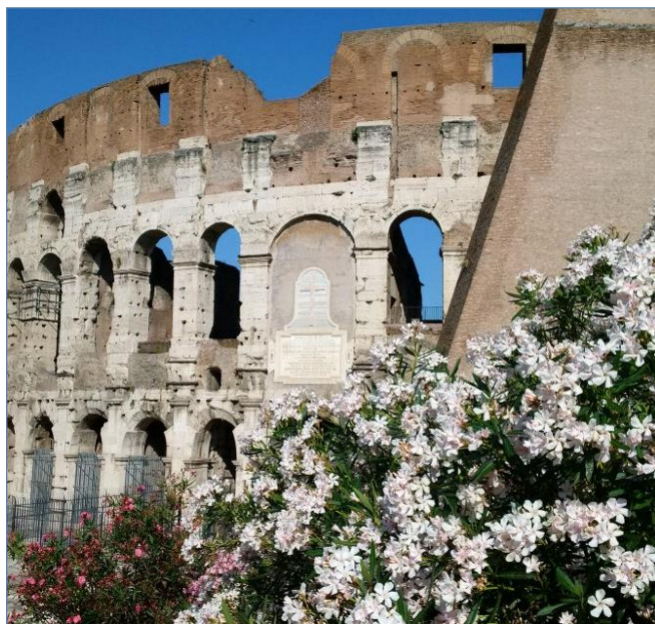
À la conquête de Rome : EULAR 2015

par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Le 16^e congrès annuel de l'European League Against Rheumatism (EULAR) se tenait à Rome en 2015, soit le même site qu'en 2010. Avec la croissance constante de cet événement qui attire maintenant plus de 14 000 participants, les choix d'emplacement pour l'EULAR sont limités. Certaines appréhensions subsistaient à propos de la proximité du centre de congrès à l'aéroport, mais de sa distance du centre-ville de Rome, avec des services de transport limités. Il y avait même des rumeurs suggérant que le congrès pourrait être ailleurs, peut-être à Milan. Mais malgré ces préoccupations, pour ma part, j'avais grandement apprécié mon expérience à l'EULAR 2010. Je m'étais installé avec un groupe au centre-ville de Rome, près du Vatican. Le tout premier jour, je me souviens avoir suivi les consignes reçues qui m'indiquaient de prendre le métro jusqu'en périphérie de la ville où je devais pouvoir trouver une navette EULAR qui me mènerait jusqu'au centre de congrès. En émergeant à la surface, j'ai fait le tour de la station de métro au grand complet sans trouver la fameuse navette ni la moindre enseigne EULAR. Après 10 minutes, j'ai compris qu'il me fallait traverser la rue et descendre jusqu'à un stationnement à un niveau plus bas où les navettes attendaient. Le transfert par ce chemin prenait plus d'une heure dans chaque direction. Bien que les activités du congrès couvrent environ 10 heures par jour, je n'aime vraiment pas y être bloqué toute la journée sans aucune autre option possible, en particulier quand le tout se déroule dans une ville touristique aussi merveilleuse que Rome. Notre groupe a fini par prendre des dispositions pour une navette privée pour nous transporter de l'hôtel au centre des congrès chaque jour, ce qui a réduit notre temps de voyage à 45 minutes dans le confort d'une navette climatisée. Beaucoup plus raisonnable!

Pour 2015, les organisateurs ont opté pour une approche différente. Le même centre de congrès, Fiera di Roma, qui ressemble à une série de 10 hangars d'avions, a été retenu. Des navettes devaient être fournies pour l'allée-retour entre les hôtels officiels et le centre de congrès, comme c'est généralement le cas pour l'American College of Rheumatology (ACR). Toutefois, cela signifiait qu'il y aurait encore moins d'hôtels officiels que d'habitude. L'EULAR commence à accepter les réservations d'hôtel à partir de septembre pour le mois de juin suivant; en général, quand je suis enfin prêt à faire mes réservations, en décembre ou janvier, tout est déjà complet. Cette fois-ci, je n'ai même

pas essayé. J'avais aussi remarqué que le laissez-passer EULAR pour les transports en commun inclus dans les frais d'inscription au congrès n'était plus offert, puisque les navettes étaient fournies. Mon principal critère de choix d'hôtel était d'en trouver un qui offrait un aller-retour facile jusqu'au centre de congrès. Avec l'aide de mon fils, qui semble être devenu un genre d'expert en la matière malgré le fait qu'il n'a jamais visité la plupart des villes de congrès, j'ai finalement choisi l'hôtel IQ Roma, situé à la fois au centre de toutes les principales attractions et tout près des deux lignes de métro et d'une ligne de train de banlieue donnant un accès facile au centre de congrès. Mes seules autres exigences étaient pour une chambre tranquille, un bon accès Wi-Fi et le petit-déjeuner servi sur place. Tous mes besoins étant satisfaits, tout était en place pour un congrès réussi. L'hôtel présentait des énigmes de type « test de QI » à résoudre sur les murs et les napperons au petit-déjeuner. J'ai réussi à résoudre la plupart d'entre elles; la plus grande énigme que je n'ai toutefois pas réussi à comprendre est pourquoi les préposés à l'entretien ménager sentaient le besoin de remplacer mes serviettes chaque jour en dépit de ma bonne volonté à les réutiliser en tant que consommateur « vert ».



Un peu de tourisme pré-congrès au Colisée romain.



Aucune preuve d'arthrose dans cette représentation classique du repos.

Air Canada n'offre qu'un seul vol direct par jour en partance pour Rome; j'ai donc pris la précaution de réserver cela aussi un bon six mois d'avance. Arriver deux jours avant le début du congrès m'a permis de m'ajuster au décalage horaire et de voir quelques sites touristiques, notamment le Panthéon et le Colisée.

Le congrès a occupé la majeure partie du reste de mon temps. Une bonne pré-planification est essentielle; j'ai utilisé l'application EULAR en ligne pour personnaliser mon itinéraire, choisissant de mettre l'accent sur l'ostéoporose et la polyarthrite rhumatoïde (PR), puisque c'était là les sujets sur lesquels on m'avait demandé de présenter une revue dans le cadre des présentations post-EULAR pour mes collègues. L'ostéoporose est un sujet gérable à ce congrès; la PR, pas tellement... En limitant ma recherche aux présentations orales et aux affiches choisies pour les tournées, j'ai pu restreindre le champ à un nombre raisonnable. À la dernière minute, on m'a demandé de présenter une affiche pour laquelle j'étais le 7^e auteur, mais autrement, j'ai eu le temps de me promener à loisir parmi les milliers d'affiches présentées.

Il y avait de nombreux participants canadiens, incluant un groupe d'excellents chroniqueurs de *RheumReports* qui fournissaient des mises à jour en temps réel en formats plus aisément gérables. Une fois de plus, bravo à Marlene, au Dr Andy Thompson et à toute leur équipe pour cet excellent travail. Ne manquez pas en particulier l'excellent article de la Dre Shahin Jamal sur l'histoire des gelatos : www.rheumreports.com/?report=203&title=The_Gelaterias_of_Rome&c=EULAR_2015&r=%2F%3F%3DEULAR_2015.

Le contenu canadien était aussi fortement représenté dans tous les aspects du congrès, des présentations orales



Seulement deux pièces de monnaie dans la fontaine, en espérant un éventuel retour à Rome.

aux affiches. Trois des six lauréats pour les résumés de recherche fondamentale étaient des Canadiens. Mauricio Cutolo, président de l'EULAR, a mentionné que l'EULAR 2015 avait reçu plus de 4 300 résumés de la plus haute qualité et en avait accepté 3 500 (82 %) pour présentation. Le programme comprenait 150 séances distinctes, 300 présentations orales, 350 conférenciers, 400 conférences, 40 tournées d'affiche et 2 000 affiches.

L'édition de 2015 comprenait également un congrès commun pour l'EULAR et la Pediatric Rheumatology European Society (PREs), comme c'est le cas tous les trois ans, avec un programme complémentaire en rhumatologie pédiatrique et différentes activités proposées par la PREs.

Les thèmes dominants dans les présentations scientifiques incluait les nouveaux inhibiteurs JAK et IL-6 pour le traitement de la PR, la désescalade du traitement en contexte de PR, les inhibiteurs IL-17 dans le traitement des spondylarthropathies (SpA), les comorbidités associées aux maladies rhumatismales (tabagisme, obésité, facteurs de risque cardiovasculaire) et le domaine émergent des biosimilaires.

Les nouvelles recommandations de l'EULAR et les « points à considérer » ont été mis en évidence, couvrant la maladie cardiovasculaire associée à la PR, la prise en charge des comorbidités associées aux maladies rhumatismales et la prise en charge de l'arthrite psoriasique (APs).

À l'égard du traitement par les stéroïdes de la PR au stade précoce, le traitement inductif à forte dose par le régime COBRA avait signalé d'excellents résultats, mais n'a jamais été largement accepté. Cela a mené au régime

COBRA-Light en 2013 et maintenant, à l'EULAR 2015, nous avons vu les résultats de l'étude CareRA comparant COBRA-Classic, COBRA-Slim (anciennement COBRA-Light) et le nouveau COBRA Avant-Garde. Il est pratiquement impossible de distinguer les régimes l'un de l'autre sans un programme, mais COBRA-Slim a semblé être le grand gagnant (résumé OP0180).

Parmi les autres initiatives dignes de mention, notons une nouvelle revue à accès libre en rhumatologie, le *RMD Open*, lancée par l'EULAR et le *British Medical Journal*; le réseau EMEUNET (*Emerging EULAR Network*), une plateforme pour jeunes rhumatologues; et une autre pour les jeunes patients nommée YOUNG PARE.

Ce qu'il faut retenir de Rome : un bon plan voix/texte/données est essentiel pour partir « à la conquête de Rome », et la concurrence entre les fournisseurs de services sans fil canadiens a certainement aidé à cet égard, tout comme le nouveau Code de conduite à l'intention des fournisseurs de services sans fil qui les empêche de facturer des milliers de dollars pour les données utilisées par les GPS et les applications.

Un nouvel agent au nom très approprié, le romo (romosozumab), semble vouloir devenir un futur traitement gagnant pour l'ostéoporose (résumé OP0251).

Le nouveau centre de congrès de Rome, le Nuvola (qui signifie « nuage » en français), sera plus près du centre de Rome dans le district EUR. Les travaux pour le Nuvola ont été amorcés en 2007 en prévision d'une ouverture en 2013, mais les rumeurs laissent maintenant prévoir une ouverture en 2017, avec déjà quelques années de retard et un dépassement du budget. Rien à voir avec l'Italie toutefois, puisque les projets d'expansion du métro de Toronto souffrent des mêmes problèmes. Je me souviens aussi avoir planifié d'arriver à l'EULAR 2012 à Berlin à leur nouvel aéroport Brandenburg, dont l'ouverture est maintenant prévue peut-être pour 2018.

L'organisation des hôtels et des navettes pour l'EULAR a beaucoup mieux fonctionné cette fois-ci, avec de bonnes enseignes et plusieurs personnes portant des chandails « Ask Me » autour. L'EULAR s'est même débrouillée pour

offrir d'excellentes navettes à partir de plusieurs sites à travers Rome durant la grève des transports de quatre heures le jour de l'ouverture du congrès.

Je ne serai pas à l'EULAR 2016 à Londres puisque mon fils se marie cette même fin de semaine. Toute personne souhaitant se porter volontaire pour rédiger une revue de l'EULAR 2016 pour le JSCR peut soumettre son application à mon attention.

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR
Rédacteur en chef, JSCR, Scarborough, Ontario



Fantastique : La Nuvola, le nouveau centre de conférence romain proposé.



Réaliste : Une vue aérienne de la Fiera di Roma, lieu actuel de la conférence EULAR.



Regan Arendse @drreganarendse

Saskatoon ne compte maintenant plus que sept rhumatologues pour adultes à la suite du décès inattendu de notre chère collègue, la regrettée Dre Janet Markland, en 2013. Notre groupe collabore avec le ministère de la Santé de la Saskatchewan pour créer un système de triage et d'aiguillage regroupé afin de réduire les longs temps d'attente pour la plupart des rhumatologues. Nous attendons avec impatience l'arrivée de deux nouvelles rhumatologues, la Dre Keltie Anderson et la Dre Jodie Reis, en juillet 2015, lorsqu'elles auront complété leur formation postdoctorale.



W.P. Olszynski @drwpolszynski
#drwpolszynski #drkeltieanderson #drjodiereis

W.P. Olszynski @drwpolszynski

Quoi de neuf à Saskatoon? Et bien en premier lieu, deux de nos futurs rhumatologues ont complété avec succès leur programme postdoctoral et font maintenant face aux joies d'un examen en rhumatologie cet automne. En tant que directeur de programme, je sais que tous deux sont bien préparés, mais la tension pré-examen est toujours là.



W.P. Olszynski @drwpolszynski
#rheumatologyassociatesofsaskatoon

Keltie Anderson @drkeltieanderson

Saskatoon profite d'une infusion bien nécessaire de nouveaux rhumatologues. Avec deux récentes diplômées formées localement, la Dre Jodie Reis et moi-même, nous joignant au Dr Wojciech Olszynski dans sa pratique bien établie au centre-ville, nous sommes fiers d'annoncer l'ouverture de Rheumatology Associates of Saskatoon! Ce nouvel espace a suffisamment de place pour accueillir encore plus de médecins dans le futur et nous gardons l'œil sur quelques résidents fort prometteurs. Espérons que nous assisterons bientôt à une chute drastique des temps d'attente pour les patients!



W.P. Olszynski @drwpolszynski
#rheumatologyassociatesofsaskatoon

W.P. Olszynski @drwpolszynski

Avec l'expansion de notre clinique sur l'étage principal, nous avons également étendu nos installations jusqu'au deuxième étage. En plus de sept lits dans le centre de perfusion, le centre d'ostéoporose compte deux machines de densitométrie osseuse (DXA) et une machine d'échographie osseuse. Nous avons également créé un nouvel espace pour notre centre de recherche en ostéoporose.

W.P. Olszynski @drwpolszynski

Savourant notre succès à Saskatoon, nous promettons de continuer à offrir un service remarquable à nos patients en gardant à l'esprit qu'il convient de « juger notre succès par le degré de paix, de santé et d'amour dont nous bénéficions. »

Dix choses à savoir (que les rhumatologues ne savent peut-être pas) sur l'inflammation et la maladie CV

par Michael C. Hartleib, M.Sc., M.D., FRCPC et Melinda Gooderham, M.Sc., M.D., FRCPC

Des récentes données ont démontré un lien de plus en plus évident entre les affections inflammatoires chroniques comme la polyarthrite rhumatoïde (PR), le lupus érythémateux disséminé (LED), l'arthrite psoriasique (APs)/psoriasis et la spondylite ankylosante (SA) et les événements vasculaires^{1,2}. De plus, on ne considère plus l'athérosclérose comme une maladie passive de séquestration de lipides dans les artères, mais plutôt comme un procédé inflammatoire actif qui semble partager les mêmes voies inflammatoires et immunitaires que d'autres affections inflammatoires chroniques. Cet article met en évidence quelques données pertinentes à propos de l'association entre la maladie inflammatoire chronique et l'athérosclérose et les issues cardiovasculaires (CV).

1. **La maladie CV est une cause principale de morbidité et de mortalité chez les patients atteints d'arthrite inflammatoire comme la PR et l'APs¹⁻⁵.** Les lignes directrices de l'EULAR (European League Against Rheumatism) suggèrent que la PR, la SA et l'APs devraient être considérées comme des affections associées à un plus haut risque de maladie CV, non seulement en raison des facteurs de risque traditionnels, mais également à cause du fardeau de la maladie inflammatoire².
2. **Le risque d'événements CV** chez les patients présentant une maladie inflammatoire (p. ex. la PR) ne s'explique pas entièrement par les facteurs de risque CV traditionnels à eux seuls^{6,7}.
3. **Les patients atteints d'arthrite inflammatoire ont un fardeau plus élevé d'anomalies sur le plan des marqueurs de substitution de l'athérosclérose**, incluant l'épaisseur intima-média carotidienne, le taux de calcium coronaire et l'indice cheville/bras, ainsi que les anomalies au niveau de la fonction endothéliale comme la dilatation dépendante du flux sanguin, l'analyse d'onde pulsatile et la réserve du flux coronaire⁸⁻¹⁰.

4. **La pathogenèse de l'arthrite inflammatoire et de l'athérosclérose ont de nombreuses similitudes**, notamment l'activation des cellules T et des mastocytes, la production de cytokines pro-inflammatoires comme le facteur de nécrose tumorale (TNF) alpha et IL-6, l'expression accrue de molécules d'adhésion leucocytes et l'expression accrue de marqueurs inflammatoires en aval comme la protéine C-réactive (PCR)^{11,12}.

5. **Le lien entre l'inflammation et le risque vasculaire** est de plus renforcé par le fait que les patients qui présentent un fardeau supérieur d'activité de la maladie semblent être plus à risque pour les événements cardiaques indésirables par rapport aux patients qui présentent une activité modérée ou aucune activité de la maladie^{13,14}.

6. **Le paradoxe lipidique observé avec l'arthrite inflammatoire**, où le taux de cholestérol semble être inversement lié au risque CV, pourrait avoir un lien avec l'influence de l'inflammation chronique sur les taux de lipide semblable à ce qu'on voit avec différentes maladies inflammatoires chroniques de même qu'avec les affections plus aiguës comme la septicémie, le cancer et après un infarctus du myocarde (IM). Notamment, la suppression de l'inflammation en contexte de PR a été associée à une hausse des taux de lipides, mais à une baisse du risque vasculaire^{15,16}.

7. **L'évaluation traditionnelle des facteurs de risque** (p. ex. le score du risque de Framingham) pourrait sous-évaluer le risque vasculaire global puisque l'impact de l'inflammation systémique n'est pas adéquatement pris en considération dans les algorithmes traditionnels. Par exemple dans le cas de la PR, les scores de risque devraient être multipliés par un facteur de 1,5 lorsque les patients présentent deux des caractéristiques suivantes :

- maladie qui dure depuis plus de 10 ans;
- test positif pour le facteur rhumatoïde (FR) ou anti-peptides cycliques citrullinés (anti-PCC); ou

- présence de certaines manifestations extra-articulaires.

Même avec cette modification, il est reconnu que le risque pourrait être sous-estimé. Les techniques d'imagerie non invasives comme l'échographie carotidienne pourraient être un outil précieux dans ce contexte; avoir une association avec une bonne clinique cardiaque ou de réduction du risque vasculaire pourrait être très utiles¹⁷⁻¹⁹.

8. Le traitement réussi de l'inflammation par des agents biologiques a été systématiquement associé à une baisse du risque de morbidité CV.

Les recommandations de l'EULAR pour la gestion du risque CV associé à l'arthrite inflammatoire² suggèrent qu'une maîtrise adéquate de la maladie est nécessaire pour réduire le risque vasculaire²⁰⁻²².

9. L'athérosclérose n'est plus considérée comme une maladie passive de séquestration de lipides dans l'endothélium, mais plutôt comme un procédé inflammatoire actif qui implique à la fois le système immunitaire inné et adaptatif et a de nombreuses similitudes avec différentes affections inflammatoires chroniques comme la PR et l'APs.

Les marqueurs d'inflammation en aval (p. ex. la PCR) peuvent révéler de l'information à propos du statut inflammatoire d'un individu et sont aussi efficace, sinon plus, que les facteurs de risque CV traditionnels pour prédire la maladie ainsi que quels patients sont susceptibles de bénéficier du traitement^{23,24}.

10. À l'heure actuelle, deux essais multicentriques d'envergure tentent de vérifier l'hypothèse voulant que la suppression de l'inflammation, soit par un anticorps monoclonal spécifique (IL-1)²⁵ ou une faible dose de méthotrexate²⁶,

chez les patients présentant un risque vasculaire élevé puisse réduire les issues CV chez les patients recevant déjà un traitement médical optimal.

Références :

1. Meune C, Touze E, Trinquart L, et coll. High risk of clinical cardiovascular events in rheumatoid arthritis: levels of associations of myocardial infarction and stroke through a systematic review and meta-analysis. *Arch Cardiovasc Dis* 2010; 103(4):253-61.
2. Peters MJ, Symmons DP, McCarey D, et coll. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2010; 69(2):325-31.
3. Wong D, Gladman DD, Husted J, et coll. Mortality studies in psoriatic arthritis: results from a single outpatient clinic. I. Causes and risk of death. *Arthritis Rheum* 1997; 40(10):1868-72.
4. Ogdie A, Yu Y, Haynes K, et coll. Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Ann Rheum Dis* 2015; 74(2):326-32.
5. Horreau C, Pouplard C, Brenaut E, et coll. Cardiovascular morbidity and mortality in psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27(Suppl 3):12-29.
6. Dessein PH, Joffe BI, Veller MG, et coll. Traditional and nontraditional cardiovascular risk factors are associated with atherosclerosis in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2005; 32(3):435-42.
7. Boyer JF, Gourraud PA, Cantagrel A, et coll. Traditional cardiovascular risk factors in rheumatoid arthritis: a meta-analysis. *Joint Bone Spine* 2011; 78(2):179-83.
8. Scarno A, Perrotta FM, Cardini F, et coll. Beyond the joint: Subclinical atherosclerosis in rheumatoid arthritis. *World J Orthoped* 2014; 5(3):328-35.
9. Tam LS, Shang Q, Li EK, et coll. Subclinical Carotid Atherosclerosis in Patients with Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheum* 2008; 59(9):1322-31.
10. Beinsberger J, Heemskerk J, Cosemans J. Chronic arthritis and cardiovascular disease: altered blood parameters give rise to a prothrombotic propensity. *Semin Arthritis Rheum* 2014; 44(3):345-52.
11. Pasceri V, Yeh ET. A tale of two diseases: atherosclerosis and rheumatoid arthritis. *Circulation* 1999; 100(21):2124-6.
12. Skeoch S, Bruce IN. Atherosclerosis in rheumatoid arthritis: is it all about inflammation? *Nat Rev Rheumatol* 2015; 11(7):390-400.
13. Libby P. Role of inflammation in atherosclerosis associated with rheumatoid arthritis. *Am J Med* 2008; 121(10 Suppl 1):S21-31.
14. Solomon DH, Reed GW, Kremer JM, et coll. Disease activity in rheumatoid arthritis and the risk of cardiovascular events. *Arthritis Rheum* 2015; 67(6):1449-55.
15. Myasoedova E, Crowson CS, Kremers HM, et coll. Lipid paradox in rheumatoid arthritis: the impact of serum lipid measures and systemic inflammation on the risk of cardiovascular disease. *Ann Rheum Dis* 2011; 70(3):482-7.
16. Schimmel EK, Yazici Y. Increased lipid levels but unchanged atherogenic index in rheumatoid arthritis patients treated with biologic disease modifying antirheumatic drugs: published experience. *Clin Exp Rheumatol* 2009; 27(3):446-51.
17. Arts EE, Popa C, Den Broeder AA, et coll. Performance of four current risk algorithms in predicting cardiovascular events in patients with early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015; 74(4):668-74.
18. Dessein PH, Semb AG. Could cardiovascular disease risk stratification and management in rheumatoid arthritis be enhanced? *Ann Rheum Dis* 2013; 72(11):1743-6.
19. Gomez-Vaquero C, Robustillo M, Narvaez J, et coll. Assessment of cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: impact of the new EULAR recommendations on the score cardiovascular risk index. *Clin Rheumatol* 2012; 31(1):35-9.
20. Westlake SL, Colebatch AN, Baird J, et coll. Tumour necrosis factor antagonists and the risk of cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Rheumatology* 2011; 50(3):518-31.
21. Barnabe C, Martin BJ, Ghali WA. Systematic review and meta-analysis: anti-tumour necrosis factor alpha therapy and cardiovascular events in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 2011; 63(4):522-9.
22. Roubille C, Richer V, Starnino T, et coll. The effects of tumour necrosis factor inhibitors, methotrexate, non-steroidal anti-inflammatory drugs and corticosteroids on cardiovascular events in rheumatoid arthritis, psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2015; 74(3):480-9.
23. Libby P, Okamoto Y, Rocha VZ, et coll. Inflammation and atherosclerosis: transition from theory to practice. *Circ J* 2010; 74(2):213-20.
24. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, et coll, for the JUPITER Study Group. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med* 2008; 359(21):2195-207.
25. Cardiovascular Risk Reduction Study (Reduction in Recurrent Major CV Disease Events) (CANTOS). A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Event Driven Trial of Quarterly Subcutaneous Canakinumab in the Prevention of Recurrent Cardiovascular Events Among Stable Post-Myocardial Infarction Patients With Elevated hsCRP Including Substudies to Evaluate the Effect of Canakinumab on Carotid Atherosclerosis, and on Glucose Control Following OGTT in T2DM. *Clinicaltrials.gov*; NCT01594333. Disponible à l'adresse : www.clinicaltrials.gov. Consulté le 6 juillet 2015.
26. Cardiovascular Inflammation Reduction Trial (CIRT). A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Event-driven Trial of Weekly Low-dose Methotrexate (LDM) in the Prevention of Cardiovascular Events Among Stable Coronary Artery Disease Patients With Type 2 Diabetes or Metabolic Syndrome. *Clinicaltrials.gov*; NCT01594333. Disponible à l'adresse : www.clinicaltrials.gov. Consulté le 6 juillet 2015.

*Michael C. Hartleib, M.Sc., M.D., FRCPC
Cardiologue, Clinique de cardiologie Kawartha
Chef et directeur de médecine, Département de médecine,
Centre de la santé régional de Peterborough
Probitry Medical Research, Peterborough, Ontario*

*Melinda Gooderham, M.Sc., M.D., FRCPC
Département de médecine,
Centre de la santé régional de Peterborough
Centre de dermatologie SKiN, Probitry Medical Research
Peterborough, Ontario*

Que nous réserve l'avenir?

par Christine Charnock, PDG

Pour ce numéro, la SCR a effectué un sondage auprès de ses membres pour voir ce qu'ils pensaient de la retraite : quels projets les attendent pour l'avenir et quels rôles ils pensent adopter lorsque leur pratique active ou leur travail de recherche ralentira.

Sur les 162 membres interrogés, 54 ont pris le temps de nous faire part de leurs réflexions. Trois quarts (74 %) des répondants ont indiqué avoir commencé à penser à leur retraite, avec un 17 % additionnel admettant avoir accordé quelques pensées, mais fort peu, à leur vie après la rhumatologie.

La communauté des patients du Canada serait certainement heureuse de savoir que le retrait graduel de la pratique était le plan le plus probable pour de nombreux rhumatologues (64 %) et que demeurer en pratique à temps partiel (42 %) était aussi une notion fréquente. Le quart des répondants prévoient demeurer actifs sur de nombreux autres plans, y compris une participation médicale continue d'une façon ou d'une autre (Tableau 1). La diversité des plans post-pratique était impressionnante à voir; l'avenir de la rhumatologie au Canada s'annonce bien si nous poursuivons dans cette direction!

Que ce soit un peu (27 %), modérément (40 %) ou beaucoup (25 %), les répondants admettent que la rhumatologie leur manquera le moment venu. Ils s'ennuieront de

plusieurs aspects de la pratique (Tableau 2), ce qui illustre bien le dévouement de nos membres pour le domaine. Le sentiment de réalisation associé aux besoins et défis médicaux que vous rencontrez figurait dans les premiers rangs (69 %) de ce qui leur manquera, de même que leurs patients (79 %), leurs collègues (66 %) et les occasions de collaboration (47 %).

La SCR est toujours ouverte à vos suggestions à propos de ce que nous pourrions offrir pour faciliter la transition vers la retraite. Les points d'intérêt souvent cités incluaient les occasions d'emploi (remplacements, enseignement à temps partiel, pratique partagée), l'assistance pour la fermeture d'une pratique et les aspects légaux/logistiques de l'entreposage des dossiers.

Pour ceux qui s'inquiétaient de savoir si cet appel était un moyen de « vous mettre au pâturage », il n'en est rien du tout! Le but de la SCR est de vous soutenir dans vos transitions le moment venu et pas avant. Si vous avez des questions ou des suggestions à propos de comment nous pourrions mieux vous soutenir, n'hésitez pas à communiquer avec Claire McGowan à claire@rheum.ca.

Christine Charnock, PDG

Tableau 1. Que vous voyez-vous faire au moment de prendre votre retraite? Veuillez choisir toutes les réponses applicables.

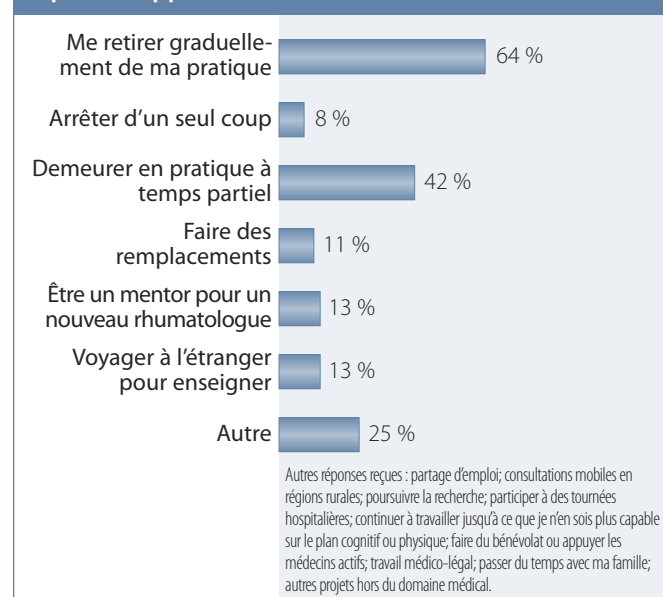
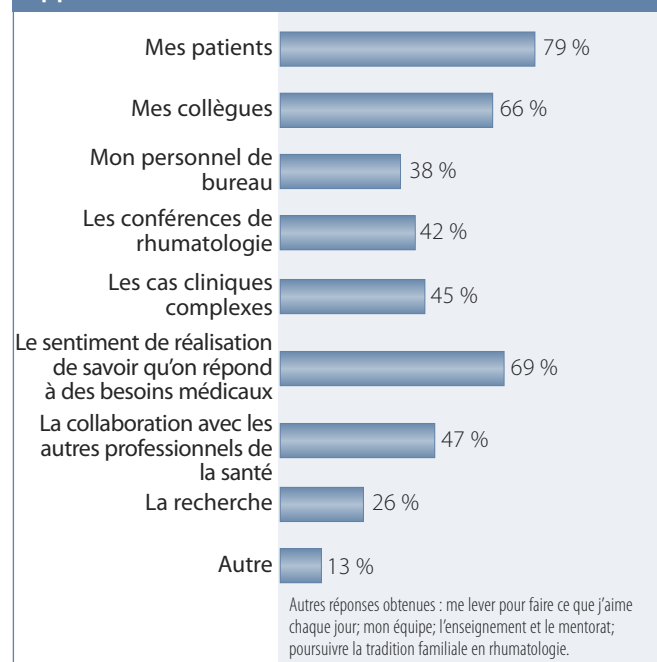


Tableau 2. Qu'est-ce qui vous manquera le plus de la rhumatologie? Veuillez choisir toutes les réponses applicables.





**Programme de soutien complet qui aide vos patients
à prendre en charge leur traitement par PrXELJANZ^{MD}**

Accès

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

Ressources

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

Polyarthrite
rhumatoïde

Soutien

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

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

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

XELJANZ (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou grave qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX.

En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ en monothérapie.

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

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse http://www.pfizer.ca/fr/our_products/products/monograph/342 pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions relatives à l'usage clinique. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

XELJANZ, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada inc., licencié
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada inc., licencié
M.D. de Pfizer Inc., utilisée sous licence
© 2015 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5
CA0114TOF010F

Membre



POUR CE QUI EST DE
L'ADMINISTRATION
DE MON TRAITEMENT
POUR LA POLYARTHRITE
RHUMATOÏDE
JE VEUX CE QUI

ME

CONVIENT

Je suis atteint de polyarthrite rhumatoïde. Mais cela ne m'empêche pas de mener une vie très occupée.

Pour ce qui est de la façon d'administrer un traitement pour la polyarthrite rhumatoïde, nous sommes tous différents. Certains préfèrent un traitement sous-cutané, et d'autres trouvent qu'un médicament intraveineux est un bon choix pour eux.

Dans mon cas, le choix a été fait avec mon médecin, en fonction de mon mode de vie et de mon horaire de travail. C'était bon de connaître toutes mes options et d'en parler, avant de choisir mon traitement.

– **Jim, opérateur de chariot élévateur***

Atteint de PR depuis 5 ans; actuellement traité par perfusions intraveineuses.

* Basé sur un cas réel. Peut ne pas être représentatif de tous les patients.

Marques de commerce utilisées sous licence.
© 2014 Janssen Inc.

Janssen Inc.
19 Green Belt Drive
Toronto (Ontario) M3C 1L9
www.janssen.ca

SIJA140528F



janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF JANSSEN-JOHNSON