

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie

Pleins feux sur : L'ASA de la SCR

Éditorial

- La rhumatologie par voie électronique

Prix, nominations et accolades

- Des honneurs pour la Dre Heather McDonald-Blumer et le Dr Paul Davis

Que fait la SCR pour vous?

- Les lauréats de l'ASA 2016

Des nouvelles de l'ICORA

- Joyeux 10^e anniversaire, ICORA!

Hommage boréal

Entrevues avec les récipiendaires des prix de la SCR 2016

- Rhumatologue émérite :
le Dr Ronald Laxer
- Chercheur émérite :
le Dr Proton Rahman
- Formateur d'enseignants :
la Dre Lori Albert
- Jeune chercheur :
le Dr Nigil Haroon
- Les prix Réflexion sur la pratique 2016 :
 - Or : le Dr Henry Averbs
 - Argent : le Dr Philip A. Baer et le Dr J.P. Raynauld
 - Bronze : le Dr Robert Ferrari

Arthroscopie

- Passons le flambeau : mot du président
- *RheumJeopardy*
- Une étudiante en médecine de Queen's inspirée par sa vie avec l'arthrite
- Rhumato-clôture
- L'ADHA à Lake Louise

Consultation de couloir

- Chikung... quoi?

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

- L'amélioration de la qualité

Nouvelles régionales

- Extraits et instantanés du Québec

Articulons nos pensées

- Consultation sur les conseils consultatifs

Le JSCR est en ligne! Vous pouvez nous trouver à l'adresse : www.craj.ca



PROGRAMME BIOADVANCE® DE JANSSEN

Soins axés sur les patients – Simplicité pour vous.
LA PROMESSE DU PROGRAMME BIOADVANCE® DE JANSSEN



- Un modèle personnalisé de soins intégrés avec le coordonnateur BioAdvance® de votre localité
- Un engagement envers les patients BioAdvance® pour leur donner accès au médicament le plus rapidement possible
- L'accès à plus de 200 centres de traitement avec un personnel infirmier spécialisé
- Des services fiables, y compris la coordination de la livraison des médicaments, le dépistage de la TB et les analyses sanguines
- La coordination pour les patients en cas de voyage, y compris des lettres de voyage et de l'information sur les cliniques à l'extérieur de la province



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

© 2016 Janssen Inc. | Marque de commerce utilisée sous licence. | BABR160018F



La rhumatologie par voie électronique

Par Philip A. Baer, M.D., C.M., FRCPC, FACR

L'équilibre entre le travail et la vie personnelle est difficile à atteindre et exige l'établissement et la défense de nos limites. Apprendre à dire non est une de ces compétences essentielles qui ne m'a pas été enseignée en faculté de médecine ou en résidence, mais qui m'a semblée importante à maîtriser lorsque je suis devenu mon propre patron en pratique. J'ai touché un peu à tout au début, de la recherche de phase 2/3 au travail médico-légal, en passant par les quarts de garde en médecin interne. Au fil du temps, j'ai regroupé mes efforts autour de la rhumatologie clinique, de l'éducation médicale et des politiques médicales, un mélange beaucoup plus gérable. Même les limites de la rhumatologie clinique sont flexibles : j'ai une préférence pour l'arthrite inflammatoire (AI) et la maladie des tissus conjonctifs, mais j'accepte aussi des patients atteints d'ostéoporose, d'arthrose et d'affections rhumatologiques localisées. Beaucoup de mes collègues, même en milieux communautaires, ne le font pas.

L'introduction des dossiers médicaux électroniques (DME) a ouvert la porte à une nouvelle menace. Je peux maintenant accéder à mon bureau de la maison, durant un congrès ou même en vacances. D'un côté, les résultats de laboratoire anormaux et les renouvellements d'ordonnances sont traités beaucoup plus rapidement. Le retour au bureau après quelques semaines d'absence ne signifie plus qu'une montagne de formulaires de renvoi et de rapports de test m'y attend. Mais d'un autre côté, êtes-vous vraiment en vacances si vous vérifiez ce qui se passe au bureau quotidiennement?

Le prochain défi est imminent : la consultation électronique. L'Ontario mène un essai pilote en vertu duquel des médecins en soins primaires peuvent demander des conseils par ce moyen, en envoyant une question et les données pertinentes du patient à un consultant. Les

deux parties sont rémunérées pour leurs services. Apparemment, le projet pilote obtient beaucoup de succès, avec 30 % des interactions traitées exclusivement par voie électronique, éliminant ainsi la nécessité d'une consultation en personne.

Je ne me suis pas encore inscrit. Des services à but lucratif m'ont approché pour que je m'inscrive, promettant de tout traiter par le serveur de messagerie sécurisé exigé et d'acheminer les requêtes de consultation électronique vers moi si j'acceptais de leur céder une part des honoraires. L'idée de laisser le travail empiéter encore plus sur mon temps libre en soirée et durant la fin de semaine n'est pas très alléchante.

Par contre, les consultations électroniques *pro bono* sont autre chose. Étant entouré de médecins dans ma famille et dans ma vie professionnelle, il m'arrive parfois d'oublier que beaucoup de gens ne comptent pas de médecins dans leurs connaissances personnelles, ou peut-être juste un. Le fait de travailler aux sièges sociaux de compagnies d'assurance où je suis le seul médecin mène à de fréquentes requêtes pour examiner les résultats de test de collègues ou pour donner des conseils. Évidemment, je veille à ne fournir que des conseils généraux puisque ce ne sont pas des interactions cliniques complètes et que cela touche souvent à des aspects médicaux en dehors de la rhumatologie. L'Association canadienne de protection médicale (l'ACPM) incite à la prudence dans ce domaine, et je suis du même avis. De même, le Collège réglementaire en Ontario désapprouve le fait de traiter ou de conseiller des membres de notre famille et des amis proches, donc ces requêtes doivent aussi être redirigées avec tact.

Les médias sociaux ont également agrandi le cercle de ces personnes en quête de conseils. Au beau milieu d'un bureau achalandé récemment, LinkedIn m'a signalé que

j'avais reçu un message de quelqu'un dont le nom m'était familier, qui était en fait quelqu'un avec qui j'avais travaillé bien des années plus tôt. Le message était à propos d'un parent âgé souffrant de sténose spinale et de douleur chronique, inadéquatement soulagée après avoir consulté un chirurgien et une clinique de traitement de la douleur. Qu'est-ce que je lui recommanderais? Bon, j'avais quelques idées à lui suggérer. Je n'ai pas proposé de voir le patient, mais ma réponse a suscité des remerciements qui semblaient venir tout droit du cœur, ce qui est pour moi plus valorisant que de recevoir une somme dérisoire pour une consultation électronique. Je sais aussi sur quoi cette personne travaille actuellement et peut-être que cela nous amènera à renouveler nos liens sociaux.

La récente requête que m'a récemment fait suivre un de mes fils à propos d'une ancienne camarade de classe maintenant dans la mi-vingtaine a été beaucoup moins simple par contre : « Comme tu le sais, j'ai commencé à avoir mal au dos au secondaire, à 17 ans. J'ai des douleurs chroniques depuis ce temps, parfois un peu mieux, parfois pire. Ce qui aide le plus est de bouger; rester un certain temps dans la même position, peu importe laquelle, est difficile. Ce qui me préoccupe le plus est la progression de la douleur dans le haut de mon corps depuis environ un an. J'ai essayé la chiropractie, l'acupuncture, la physiothérapie (ce médecin là ne m'a vue qu'une fois, m'a donné deux exercices à faire et m'a dit qu'il ne pouvait rien faire de plus). »

Je pensais bien savoir de quoi il s'agissait : douleur dorsale inflammatoire.

J'ai poursuivi ma lecture : « Mon père et quelques-uns de ses frères et sœurs souffrent d'arthrite psoriasique; ma sœur s'est récemment fait dire qu'elle avait une colonne vertébrale arthritique (qui l'a confinée au lit pendant quelques semaines); puis il y a moi. Aussi, ma nièce, âgée de quatre ans, a récemment eu une chirurgie de la hanche. Cela a été très soudain; ils ont trouvé de l'inflammation et ils l'ont opéré par crainte que ce soit de l'arthrite septique causée par une infection bactérienne. »

Ah ha! Spondyloarthropathie séronégative, assurément!

« Je ne sais pas si je devrais investiguer plus loin avec d'autres médecins. Tout ce qu'on me dit, c'est que je suis trop jeune pour avoir des problèmes de mal de dos ou d'autres commentaires de ce genre. Je suis rendue au stade ou simplement essayer de plier du linge ou de laver la vaisselle pendant plus de 10 minutes peut me causer tellement de douleur que je dois m'arrêter. J'ai aussi beaucoup de douleurs aléatoires qui semblent se déplacer dans mon genou, ma hanche et ma cheville gauches et qui peuvent soudainement rendre très difficile le fait de monter ou descendre des marches. Pendant environ deux semaines, je partais travailler à 6 h 30 le matin pour éviter les bouchons de circulation parce que j'étais incapable de rester assise dans l'auto à l'heure de pointe sans être en douleur. » Je n'ai pas pu résister à la tentation de m'en mêler. J'ai composé une réponse pour lui dire : « Compte tenu de tes symptômes, de tes antécédents familiaux, etc., tu souffres presque assurément de spondylarthrite (SpA). Le délai typique pour un diagnostic est de cinq à sept ans... plus chez les femmes. Tu as besoin de voir un rhumatologue. »

Dénouement? Elle a eu un résultat positif pour l'HLA-B27, a vu un rhumatologue, a eu un examen des articulations sacro-iliaques par IRM qui s'est avéré négatif et s'est fait dire qu'elle ne souffrait pas de SpA.

Et maintenant, quoi? Je ne l'ai pas examinée. Je ne sais pas si son IRM a été lue correctement. Peut-être le résultat est-il vraiment négatif, mais un examen par IRM de la colonne entière montrerait peut-être autre chose (ce qui arrive dans 15 % des cas, dit-on). Des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) n'ont apparemment pas aidé.

Le débat se poursuit dans ma tête à propos de ce qu'il convient de faire, mais la pente glissante qu'est la rhumatologie par voie électronique m'apparaît maintenant beaucoup plus clairement.

Philip A. Baer, M.D., C.M., FRCPC, FACP

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, M.D., C.M., FRCPC, FACP

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

Joanne Homik, M.D., M.Sc., FRCPC

Présidente,
Société canadienne de
rhumatologie
Professeure agrégée de
médecine,
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC

Vice-présidente
Société canadienne de
rhumatologie
Chef, Service de rhumatologie,
Centre de santé William Osler
Brampton (Ontario)

Cory Baillie, M.D., FRCPC

Président sortant,
Société canadienne de
rhumatologie
Professeur adjoint,
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)
Newmarket (Ontario)

MEMBRES

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

Professeure adjointe,
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Shirley Chow, M.D., FRCPC, M.Sc. (QIPS)

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., FRCPC, M.Sc.S.

Professeure,
Université de la Colombie-
Britannique
Chercheuse principale,
Rhumatologie
Chaire de recherche en
rhumatologie Mary Pack
Centre de recherche sur l'arthrite
du Canada
Richmond (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., M.Sc., FRCPC

Doyen adjoint,
Collège de Médecine
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)

Jacqueline C. Stewart, B.Sc. (Hons), B.Éd., M.D., FRCPC

Rhumatologue
Hôpital régional de Penticton,
Penticton (Colombie-Britannique)

Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP

Directeur médical,
The Arthritis Program
Chef du service de
rhumatologie,
Centre régional de santé
Southlake
Newmarket (Ontario)



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-réviseure (français)

Donna Graham

Coordonnatrice de la production

Dan Oldfield

Directeur – Conception graphique

Jennifer Brennan

Services administratifs

Robert E. Passaretti

Éditeur

© STA HealthCare Communications, 2016. Tous droits réservés. Le *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE* est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. Poste-publication. Enregistrement n° 40063348. Port payé à Saint-Laurent, Québec. Date de publication : juin 2016. 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



C'est avec grand plaisir que je vous annonce la nomination de la Dre Heather McDonald-Blumer comme nouvelle directrice de la division de rhumatologie. Elle prendra la relève de la Dre Claire Bombardier dès le 1^{er} juillet 2016.

La Dre McDonald-Blumer est diplômée de l'Université de Toronto. Depuis 12 ans, elle est membre de la Division de rhumatologie du Réseau de santé universitaire/Hôpital du Mont-Sinaï. Ses intérêts cliniques comprennent l'ostéoporose et les arthropathies inflammatoires. La Dre McDonald-Blumer est une membre active de la communauté de rhumatologie à l'échelle locale et nationale, ayant notamment occupé les postes de directrice du Programme de rhumatologie à l'Université de Toronto, présidente du Comité de spécialité en rhumatologie, présidente du Conseil d'examen pour la rhumatologie auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, directrice associée du Programme d'ostéoporose au Réseau universitaire de santé, ainsi que membre du Comité consultatif scientifique et présidente du Comité pour les lignes directrices d'Ostéoporose Canada. Heather est bien connue pour son style de leadership collaboratif et pour son intérêt et son aptitude à soutenir et guider ses étudiants, autant que ses résidents et ses collègues. Elle appliquera ces qualités exceptionnelles à son nouveau rôle de directrice de la division de rhumatologie.



Le Dr Paul Davis a récemment été intronisé Maître en rhumatologie par la Ligue panaméricaine des associations de rhumatologie (PANLAR) lors de leur assemblée annuelle de 2016 dans la ville de Panama. Ce prix lui a été décerné en reconnaissance de ses 36 années de service en rhumatologie tant à l'échelle nationale qu'internationale. Le Dr Davis a notamment apporté des contributions cliniques, pédagogiques et scientifiques à la Division de rhumatologie de l'Université de l'Alberta depuis 1975. Sur la scène nationale, il a été honoré du prix du Rhumatologue émérite de la SCR et d'un prix d'excellence de la Société de l'arthrite du Canada. Sur la scène internationale, le Dr Davis a été le président du programme scientifique pour la PANLAR et le congrès mondial de rhumatologie de la Ligue internationale des associations de rhumatologie (ILAR). Antérieurement, il a été trésorier de l'ILAR et, plus récemment, éditeur en chef du journal parrainé par l'ILAR, *Clinical Rheumatology*. En collaboration avec ses collègues d'Edmonton, il a contribué à la formation de nombreux boursiers et étudiants et a été, jusqu'à récemment, l'examineur externe pour la Faculté de médecine de l'Université de Nairobi.

Le Dr Davis reconnaît que « l'occasion de travailler avec des collègues internationaux a été un des points saillants de sa carrière et que c'est pour lui un véritable honneur de recevoir ce prix examiné par les pairs pour avoir fait ce qu'il aime faire plus que tout. »

PRIX, NOMINATIONS ET ACCOLADES

Le JSCR tient à souligner les contributions de ses lecteurs dans le domaine médical et dans leurs communautés locales. Pour faire l'annonce de récompenses, de distinctions ou de nominations dans un prochain numéro, envoyez-nous les noms des récipiendaires, des détails pertinents et un bref compte rendu des honneurs à l'adresse katiao@sta.ca. L'envoi de photos est fortement encouragé.

BIENVENUE PARMI NOUS ET AU REVOIR À CEUX QUI NOUS QUITTENT

« *Leaves are falling all around / It's time I was on my way / Thanks to you, I'm much obliged / For such a pleasant stay* »

Depuis cinq ans, je suis fière de faire partie de la communauté de rhumatologie canadienne en tant que rédactrice en chef du JSCR. M'en allant vers de nouveaux horizons, je tiens à remercier sincèrement tous les membres de la SCR (actuels et anciens), en particulier tous ceux et celles qui ont fait partie du comité éditorial du JSCR; votre collaboration est la pierre angulaire de ce journal. Plus important encore, je voudrais dire un immense merci au Dr Philip Baer, sous la direction duquel ce journal a prospéré. Meilleurs vœux!

- Katia

Lake Louise sous les feux de la rampe



SCR : Appel de résumés

Vous êtes invité à soumettre des résumés destinés à être présentés lors de l'Assemblée scientifique annuelle de 2017 de la SCR et l'Assemblée annuelle de l'APSA!

La date limite pour les soumissions est le **17 octobre 2016**. Les détails sont disponibles à l'adresse www.rheum.ca.

Prix pour les résumés de la SCR : Assemblée scientifique annuelle de 2016 de la SCR

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

Dr Nicholas Richard
Université McGill

Superviseurs : Dr Ariel Masetto et
Dre Marie Hudon

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

Stephanie Nantes
Université de Toronto
Superviseur : Dr Zahi Touma

Meilleur résumé de recherche en sciences fondamentales présenté par un stagiaire

Dr Liam O'Neil
Université du Manitoba
Superviseur : Dr Hani El-Gabalawy

Meilleur résumé présenté par un résident en rhumatologie

Dre Valérie Leclair
Université McGill
Superviseure : Dre Marie Hudson

Meilleur résumé présenté par un étudiant de médecine

Matthew Jessome
Université McMaster
Superviseur : Dr Jonathan Adachi

Meilleur résumé présenté par un résident de niveau postdoctoral

Dr Hyein Kim
Université Western
Superviseure : Dre Lillian Barra

Prix SCR/FRA d'excellence en recherche pour jeune professeur : Assemblée scientifique annuelle de 2016 de la SCR

Meilleur résumé de recherche en épidémiologie/ services de santé présenté par un jeune professeur

Dre Cheryl Barnabe
Université de Calgary

Meilleur résumé de recherche clinique présenté par un jeune professeur

Dr Zahi Touma
Université de Toronto

Meilleur résumé de recherche fondamentale présenté par un jeune professeur

Dr Nigil Haroon
Université de Toronto

Meilleur résumé de recherche pédiatrique présenté par un jeune professeur

Dre Lily Lim
Université du Manitoba
Superviseurs : Dr Earl Silverman et Dr Brian Feldman

Joyeux 10^e anniversaire, ICORA!

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

L'ICORA, c'est l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques; c'est un organisme subventionnaire unique qui se veut avant tout un catalyseur de l'amélioration des soins aux Canadiens vivant avec des maladies rhumatismales.

Le programme de bourses de l'ICORA soutient des projets durables liés aux maladies rhumatismales qui sont axés sur un de nos trois principaux thèmes : sensibilisation/défense des intérêts/enseignement, accès rapide pour les patients souffrant de maladies rhumatismales et équipes de soins multidisciplinaires. Cet organisme subventionnaire, qui fait partie de la SCR, permet de répondre à des questions d'intérêt pour les rhumatologues qui ne seraient souvent pas admissibles pour d'autres sources de financement revues par

les pairs et n'auraient pas accès à un financement de démarrage pour des projets pilotes. Comme l'ICORA tient à savoir où les boursiers dépensent leur argent, une retenue de 10 % est applicable jusqu'à la réception du rapport final, ce qui nous permet d'évaluer le succès du programme globalement et de chaque bourse individuellement. Les présentations et publications résultant de chaque subvention reconnaissent la contribution de l'ICORA, ce qui aide à promouvoir le succès du programme. Nous disposons d'évaluateurs dévoués (dont plusieurs qui sont eux-mêmes d'anciens boursiers) et chaque chef de division recommande quelqu'un pour aider au processus de revue. Le comité de revue des bourses fonctionne comme le comité des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) où chaque individu assigne une note à chaque bourse et un consensus est établi après discussions au sein du comité. Le Dr John Esdaile et le Dr Paul Fortin président à ce comité depuis des années et nous leur en sommes très reconnaissants.

La revue pour le concours de 2016 vient de prendre fin et les candidats seront bientôt avisés de leurs résultats. En 2015, neuf bourses ont été financées (trois pour une durée d'un an et six pour deux ans), pour un total d'environ 740 000 \$. L'ICORA est une des trois plus importantes sources de bourses revues par les pairs en recherche canadienne au Canada (après les IRSC et la Société de l'arthrite). Il y a également eu des concours pour le financement aux cliniciens-chercheurs.

Ce qui retient particulièrement l'attention avec le programme de l'ICORA, c'est l'étendue et la nouveauté des projets. L'année dernière, la gamme des projets était très variée, avec le financement de bourses liées à la pédiatrie, la vascularite, la polyarthrite rhumatoïde (PR), le lupus érythémateux disséminé (LED), la maladie cardiovasculaire (MCV), les interventions pour l'arthrite inflammatoire (AI) par les pharmaciens et l'évaluation de systèmes pour les mesures de l'AI. Il nous serait impossible de tenir ce concours pour les bourses sans nos nombreux commanditaires et nous les remercions chaleureusement pour leurs contributions continues.

Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC

Professeure de médecine,

Chef, Division de rhumatologie,

Département de médecine, Centre de santé St. Joseph,

Université Western

London (Ontario)

Remise de bourse 2016 de l'ICORA

Improving the Care of Patients With Systemic Vasculitis Through the Development of Management Recommendations and Educational Materials¹

Investigateur principal : Dr Christian Pagnoux **Prix :** 89 170 \$

Supporting Patient Care with Electronic Resource (SuPER): Efficacy of an Online Decision Aid for Patients Considering Biologic Therapy for RA¹

Investigatrices principales :

Dre Linda Li et Dre Diane Lacaille **Prix :** 89 170 \$

The Economic Challenges of SLE: Measuring and Mitigating the Impact¹

Investigatrice principale : Dre Ann Clarke **Prix :** 111 800 \$

Translating Research into Practice: Identifying Factors that Influence the Uptake of Canadian Research Findings into the Clinical Care of Children with Arthritis¹

Investigatrice principale : Dre Elizabeth Stringer **Prix :** 74 990 \$

Understanding the Effects of Creating and Viewing Art and Digital Stories with Pediatric Rheumatology Patients, Healthcare Teams, and in Educating the Community¹

Investigatrice principale : Dre Paivi Miettunen **Prix :** 52 841 \$

Do Persons With Rheumatic Diseases Have Timely Access to Chronic Pain Services?²

Investigatrice principale : Dre Kadja Perreault **Prix :** 68 540 \$

Preventing Rheumatoid Arthritis (Pre-RA): Perspectives of People at Risk and of Rheumatologists on Selected Interventions²

Investigateurs principaux :

Dr Mark Harrison et Dre Marie Hudson **Prix :** 82 933 \$

Testing of System-level Performance Measures for Inflammatory Arthritis²

Investigatrice principale : Dre Claire Barber **Prix :** 110 000 \$

Pharmacist-led CVD Intervention for Inflammatory Arthritis Patients³

Investigateur principal : Dr Carlo Marra **Prix :** 99 627 \$

Thèmes : 1. sensibilisation/défense des intérêts/enseignement; 2. accès rapide pour les patients atteints de maladies rhumatismales; 3. équipes de soins multidisciplinaires.

Rhumatologue émérite : Dr Ronald Laxer

Pourquoi avez-vous choisi de devenir rhumatologue? Quels événements ou personnes vous ont influencé en cours de route?

C'est principalement dû à Arthur, un garçon de cinq ans à qui j'avais été affecté vers la fin de ma première année de résidence pédiatrique à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Il souffrait d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) systémique et était très malade. Nous n'avions pas de rhumatologue dans notre équipe et soigner Arthur n'était pas simple. C'est à ce moment-là que j'ai décidé que je deviendrais un rhumatologue pédiatrique et que je reviendrais à Montréal pour fournir d'excellents soins aux patients. Je me suis rendu à Vancouver pour ma formation postdoctorale, mais on ne m'a jamais offert de poste à Montréal.

Qu'est-ce qui capte autant votre intérêt dans la maladie auto-inflammatoire? Quels changements avez-vous observés dans le domaine au fil du temps depuis vos débuts en recherche?

Lorsque j'ai quitté mon « purgatoire » administratif pour me remettre à la rhumatologie à temps plein en 2009, je voulais relever un nouveau défi clinique et j'ai donc décidé d'ouvrir une clinique pour les patients présentant des maladies auto-inflammatoires. Ces affections sont particulièrement intéressantes parce que, dans la plupart des cas décrits jusqu'à présent, la biologie a du sens sur le plan clinique (c.-à-d. qu'une mutation génétique modifie la réponse inflammatoire). Pour de nombreux patients, il existe maintenant des traitements efficaces qui peuvent changer leur vie. Notre équipe a contribué à la découverte génétique pour quatre nouvelles maladies auto-inflammatoires. Avec les possibilités actuelles de séquençage de nouvelle génération, de plus en plus de maladies pourront



être découvertes, leurs voies pourront être décrites et comprises et, espérons-le, des traitements seront développés. Beaucoup d'anciennes maladies, comme la goutte et la péri-cardite récidivante, sont maintenant considérées avoir une importante composante auto-inflammatoire et le traitement pour les maladies auto-inflammatoires traditionnelles pourrait être applicable à certaines de ces maladies plus courantes aussi. J'aime aussi beaucoup le défi clinique de pouvoir véritablement établir un diagnostic chez des patients présentant une maladie multisystémique.

Certaines sources près de nous affirment que vous faites l'allée-retour jusqu'au travail à pied et que vous êtes un fervent adepte de Fitbit. Pourquoi est-ce aussi important pour vous de faire autant de pas chaque jour?

Nous avons déménagé plus près de l'hôpital et de nos enfants il y a six ans; mon trajet quotidien d'au moins 45 minutes en auto est alors devenu un trajet de 15-20 minutes. Mais j'habite à 16 minutes de marche du métro, alors j'ai commencé à voyager en métro et j'ai éventuellement pu me départir d'une de nos autos. Par une belle journée ensoleillée, j'ai décidé de marcher de l'hôpital jusqu'à la maison, puis j'ai eu l'idée de marcher jusqu'au travail chaque matin (près de 8 km). Lorsque je finis de travailler à une heure raisonnable (rare), je marche aussi pour revenir à la maison, ce que je fais plus souvent l'été. Je suis conscient de l'importance de faire de l'exercice, même si je n'aime vraiment pas en faire; mais j'adore marcher, surtout avec les nombreux excellents balados que je peux écouter en chemin.

En 2009, vous étiez le deuxième Canadien à recevoir le prix du « Clinicien-chercheur distingué » de l'American

College of Rheumatology (ACR). À votre avis, pourquoi la recherche pédiatrique passe-t-elle si souvent inaperçue? Qu'est-ce que cet honneur représentait en termes de validation de votre intérêt pédiatrique?

D'abord, nous sommes très peu nombreux comparativement à nos collègues pour les adultes. Deuxièmement, nous commençons tout juste à acquérir une certaine maturité en tant que domaine de spécialisation. Je crois qu'être oubliés parce que nous sommes des rhumatologues pédiatriques est maintenant chose du passé. Tout travail d'excellence conforme à un ou l'autre des piliers académiques (créativité, activité professionnelle, recherche, enseignement et éducation) devrait être, et a récemment été, reconnu, peu importe sa provenance.

En deux phrases, qu'est-il arrivé à l'équipe des Canadiens cette année?

Meilleur gardien de but au monde.

Blessure catastrophique.

Saison des Canadiens démolie.

On a proclamé que vous étiez « la force motrice qui a lancé, soutenu et encouragé la croissance de la Division de rhumatologie » à l'Université de Toronto. Que pensez-vous de cette distinction?

Je suis très fier de la Division, mais je ne peux pas revendiquer tout le mérite pour son développement. Elle a commencé avec la Division de l'immunologie sous la direction du Dr Erwin Gelfand. Le Dr Len Stein avait reçu sa formation en rhumatologie pédiatrique à Ann Arbor et est ensuite venu à Toronto pour faire de la recherche avec Erwin. Je me suis joint à Len en juillet 1984 et le Dr Earl Silverman s'est joint à nous deux en novembre 1984.

D'abord Len, puis Erwin, sont repartis au cours des



Entouré par les amis et les collègues.

années qui suivirent, laissant Earl et moi-même travailler avec le Dr Abe Shore, un rhumatologue pédiatrique dûment formé qui était aussi membre du personnel de l'hôpital pour enfants de Toronto (SickKids). Nous avons constitué une division distincte en 1990. Tragiquement, Abe est décédé en 1991. Notre équipe compte maintenant 10 rhumatologues, tous (à part Earl et moi) diplômés de notre programme de formation postdoctorale, dont deux, le Dr Rayfel Schneider et le Dr Brian Feldman, qui sont devenus mes patrons en tant que chefs de division. Tous ont apporté de remarquables contributions, faisant du programme SickKids un des meilleurs programmes en rhumatologie pédiatrique au monde.

Quelle a été votre première pensée en apprenant que vous alliez recevoir ce prix?

J'ai été submergé par une forte réaction émotionnelle, avec des sentiments de fierté et d'humilité. J'étais fier des progrès réalisés par notre équipe et notre domaine de spécialisation et aussi de voir que mes efforts pour faire avancer le domaine étaient reconnus par mes pairs. Ce prix a été décerné aux géants de la rhumatologie canadienne et de me joindre aujourd'hui à ce groupe d'élite est très touchant.



Un moment poétique avec la Dre Claire Bombardier, le Dr Ron Laxer et le Dr Cory Baillie.



D'un grand éducateur à l'autre.

Quel est le plus grand défi professionnel que vous avez rencontré et comment l'avez-vous relevé?

J'ai passé plus de six années comme vice-président d'un hôpital responsable d'un énorme dossier incluant l'ensemble du personnel médical. Diriger des domaines dans lesquels je n'avais aucune expérience (p. ex. les laboratoires d'hôpital, la qualité et la gestion des risques, entre autres) s'est avéré être un défi de taille. Lorsque j'ai été en mesure de reconnaître qui dans les différents groupes étaient les meilleures personnes pour assurer un leadership, j'ai senti que la situation était sous contrôle. Reconnaître le talent, traiter les gens avec respect, assumer un solide rôle de supervision, n'intervenir que lorsque cela était nécessaire et permettre aux gens de mettre leurs talents à profit sont quelques-uns des moyens qui ont assuré mon succès dans cette fonction.

Nous avons entendu dire que votre mémoire était phénoménale et une source fréquente d'émerveillement pour vos stagiaires. Qu'est-ce que cela a représenté pour votre carrière d'avoir une capacité de rappel aussi précise et détaillée? D'un autre côté, y a-t-il déjà eu un moment où vous auriez souhaité pouvoir oublier quelque chose?

J'ai effectivement été béni (et peut-être maudit) d'une excellente mémoire. Cela m'a souvent permis de citer des passages d'articles lus longtemps auparavant et de me rappeler de ce qui était arrivé à des patients. Je me souviens de patients que nous n'avions pas pu diagnostiquer et j'ai fait revenir certains d'entre eux des années plus tard pour confirmer un diagnostic soupçonné. Y a-t-il des choses que je voudrais oublier? Oh que oui! Ces années comme vice-président d'un hôpital en font partie! Mais avec le temps, je commence à oublier de plus en plus.

Au cours de votre vie, dans combien de villes avez-vous vécu et quelle a été votre favorite?

J'ai vécu à Montréal, à Vancouver et à Toronto. Ce sont toutes mes villes favorites. J'ai grandi, étudié et été formé à Montréal, une ville avec une joie de vivre comme nulle autre au Canada à cette époque. C'est là que je me suis marié et que nous avons eu notre première fille. J'ai vu les Canadiens remporter 10 Coupes Stanley, assisté au match d'ouverture des Expos de Montréal et assisté à de nombreux événements des Jeux olympiques d'été en 1976. Pour ma formation postdoctorale, je suis allé à Vancouver

qui offre la splendeur naturelle des montagnes et de l'océan. Nous y avons trouvé des amis pour la vie dont nous sommes encore proches et notre deuxième fille y est née. Toronto est maintenant notre lieu de résidence; une ville dynamique et culturellement diversifiée qui m'a ouvert la porte à d'incroyables occasions universitaires et qui est la ville où est née notre troisième fille. Nous ne bougerons plus puisque nous ne prévoyons pas avoir d'autres enfants!

*Ronald M. Laxer, MDCM, FRCPC
Professeur, départements de pédiatrie et de médecine,
Université de Toronto
Rhumatologue titulaire,
The Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)*

Chercheur émérite : le Dr Proton Rahman

Nos sources nous indiquent que Proton n'est en fait pas votre nom de naissance. Quelle est l'origine de ce sobriquet?

Finalement, il s'est avéré que mon surnom a été ma caractéristique la plus distinctive. Je ne suis pas absolument certain de l'origine exacte de « Proton », car j'ai entendu différentes versions de cette histoire de mes parents. Ce qui est toutefois très clair, c'est que ma mère a commencé à m'appeler ainsi alors que je n'étais qu'un bébé. Je suis né à Toronto, un an après l'arrivée de mes parents au Canada du Bangladesh. Ma mère ne parlait que très peu l'anglais à ma naissance. Apparemment, elle a aimé comment ce mot sonnait à l'oreille lorsqu'elle a entendu mon père, un ingénieur en électricité, le lire à haute voix un jour. Mon père en a été amusé, alors ma mère a continué à m'appeler Proton. (Je tiens à préciser que le nom de ma sœur est Diana et celui de mon frère est Adam.)

Vous avez passé les quelques dernières années à étudier l'épigénétique de la spondylarthrite et l'identification de gènes par le biais des approches de séquençage de nouvelle génération. Quelles sont les principales percées que vous avez eues dans vos recherches?

Pour être parfaitement honnête, je ne suis pas tout à fait à l'aise avec le mot « percée » pour parler de mon travail. Ce que j'ai fait, c'est que j'ai systématiquement évalué certaines technologies génomiques émergentes en contexte de maladies rhumatismales. Ce faisant, j'ai été en mesure de contribuer à une meilleure compréhension de la façon dont des variantes génétiques courantes et rares et des modifications post-traductionnelles (c.-à-d. des variations épigénétiques) peuvent avoir des répercussions potentielles sur nos maladies. Ce sont des concepts en évolu-



tion dont la véritable pertinence et l'impact se révéleront dans les prochaines années.

Quelle a été votre première pensée en apprenant que vous alliez recevoir ce prix?

Je me dépêchais pour me rendre à une réunion sur une rue achalandée lorsqu'on m'a annoncé la nouvelle. J'ai poliment dit « merci » et j'ai poursuivi mon chemin. Il a fallu quelques secondes pour que l'ampleur de ce qui venait de se produire atteigne mon cerveau, mais alors un grand sourire s'est affiché sur ma mon-

visage. Une fois arrivé à destination, j'ai commencé à vraiment réfléchir à la situation. J'étais, et je suis toujours, très honoré et touché de recevoir ce prix. Je suis très conscient du calibre de chercheurs exceptionnels qu'on retrouve au Canada et des grandes réalisations des gagnants antérieurs. À un certain stade de ma carrière, être considéré parmi les plus grands chercheurs aurait été très satisfaisant. En réalité, gagner ce prix a dépassé toutes mes attentes.

En 2002, vous étiez le « Jeune chercheur » de la SCR. À l'époque, vous aviez mentionné une certaine appréhension à propos de plus grandes choses encore à venir dans le futur. Que dites-vous de cet énoncé aujourd'hui? Quels changements sont venus avec le passage des années et quels changements restent encore à venir?

Le début de tout projet de recherche peut être très intimidant. J'ai été chanceux de recevoir le prix du Jeune chercheur de la SCR après trois années comme chercheur indépendant. Même si le potentiel pour une carrière réussie pouvait être là, il y avait un certain degré d'incertitude à l'égard de la progression des choses. Le plus

grand facteur de stress pour un chercheur est la nécessité de se tracer un chemin qui lui permettra de soutenir le financement de ses recherches. C'est particulièrement vrai pour la recherche en génétique où entreprendre des études est intrinsèquement coûteux, compte tenu du coût élevé de la collecte de données sur les familles, l'achat de puces et l'achat de plateformes génomiques à haut débit. J'ai été très chanceux de bénéficier d'un salaire opportun et d'un soutien fonctionnel de la Société de l'arthrite et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour établir mon programme et développer des partenariats stratégiques. Cela m'a permis d'atteindre mes objectifs initiaux et de mettre mon pied dans la porte en tant que chercheur établi. Même si le financement demeure mon plus grand défi, 15 années d'expérience en recherche active sont maintenant là pour me rassurer et m'apaiser. Je suis maintenant beaucoup plus confiant à propos de ma contribution et de la meilleure façon de procéder.

Comment vos recherches influencent-elles les soins cliniques aux patients? Qu'êtes-vous en mesure de

traduire du laboratoire de recherche à la salle d'examen?

Une caractéristique très particulière de notre laboratoire est la création d'un laboratoire de recherche translationnelle. Cela est possiblement une première au Canada; notre laboratoire clinique, Eastern Health, et notre laboratoire de recherche se partagent des plateformes et ressources communes. Ainsi, les résultats de notre laboratoire de recherche sont obtenus conformément à une norme telle qu'ils peuvent ensuite être introduits sur le plan clinique.

Maintenant, avec l'avènement du séquençage de l'exome, nous identifions régulièrement des mutations privées rares chez nos familles présentant une maladie auto-immune qui ont été importantes pour diagnostiquer, établir un pronostic et mettre en œuvre des stratégies de traitement. Cela fut très gratifiant. J'ai également participé au développement d'un nouveau test de dépistage pour la spondylarthrite axiale que j'espère voir surpasser le test conventionnel de l'allèle HLA-B27 en termes de coûts et de spécificité.

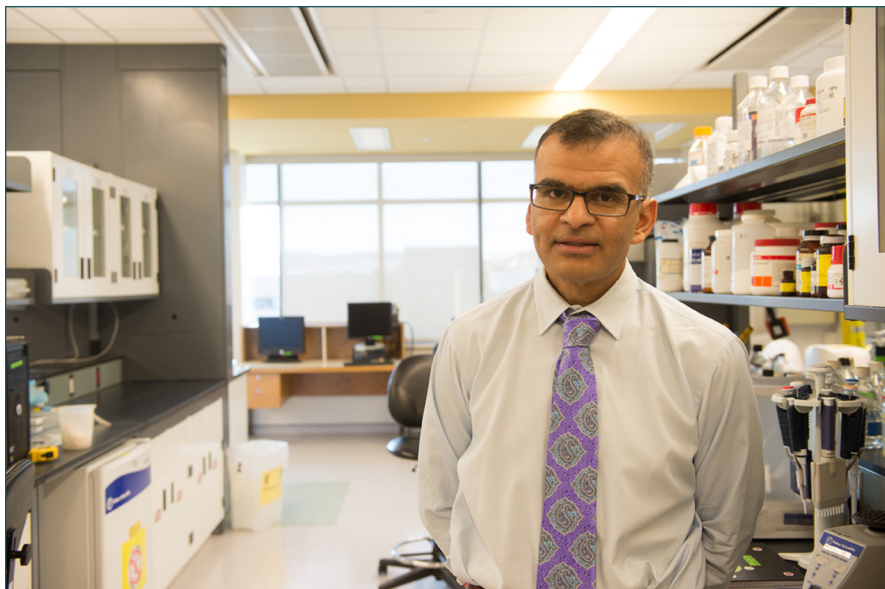


Nul besoin de poursuivre les recherches : le Dr Proton Rahman a reçu son prix du Dr Vinod Chandran et du Dr Cory Baillie.

Y a-t-il d'autres domaines d'intérêt que vous aimeriez explorer dans le futur? Quels projets prévoyez-vous entreprendre cette année?

C'est une période excitante pour mon laboratoire, maintenant que nous avons établi des installations génomiques de pointe dotées de multiples technologies « omiques », une infrastructure computationnelle haute performance de type IBM et un solide soutien bio-informatique. Cela nous a ouvert la porte à une approche inter-omique incluant des interrogations génomiques, transcriptomiques et épigénomiques. Je tente également d'entreprendre la liaison de ces données à des banques de données de patients dépersonnalisés.

À l'heure actuelle, nous mettons l'emphasis sur la préparation de la communauté de rhumatologie en vue du changement de paradigme qui surviendra sans doute en conséquence de la médecine de précision et de la santé publique de précision. J'espère contribuer à redéfinir la maladie rhumatismale auto-immune avec l'inclusion de variantes génomiques aux caractéristiques cliniques et sérologiques. Utilisation des technologies génomiques pour l'identification précoce, l'établissement du pronostic de la maladie et un meilleur ciblage thérapeutique basé sur les profils



Le Dr Rahman dans son laboratoire de l'Université Memorial. Source :Jennifer Armstrong.

génétiques des patients est d'une grande importance. Je veux aussi aider à cibler certaines populations à risque pour le développement d'une maladie auto-immune et tenter de prévenir ou de modifier l'évolution naturelle de la maladie en changeant le déclencheur environnemental potentiel.

Si vous pouviez choisir un âge auquel vous pourriez rester pour toujours, quel âge choisiriez-vous?

J'arrêteraient le temps maintenant. Je ne pourrais espérer être plus heureux qu'en ce moment. J'ai la chance d'avoir une femme incroyable et de merveilleux enfants qui sont toujours à la maison. Tous nos parents, les miens et ceux de ma femme, vivent dans la même ville que nous et sont des septuagénaires en bonne santé. Tout va bien pour mon frère et ma sœur. J'ai enfin un sentiment de sécurité financière et de fierté à l'égard de mon travail. Dommage que tout finisse toujours par changer...

Vous êtes la cinquième personne à recevoir les prix du Jeune chercheur et du Chercheur émérite de la SCR. Quels traits communs voyez-vous chez les chercheurs qui réussissent bien?

Tout d'abord, un amour de la science! Cela étant dit, la curiosité scientifique ne suffit pas. Un feu doit brûler dans vos entrailles et vous devez être prêt à faire tout un sacrifice. La recherche envahit définitivement votre vie

personnelle et vos tâches cliniques. Pour cette raison, il vous faut aussi le soutien de votre famille et des collègues enthousiastes qui appuieront vos projets. Je suis très chanceux d'avoir les deux.

Il y a également un autre aspect, qui n'est évidemment que mon opinion : le succès antérieur mène au succès futur. Dans l'environnement actuel du financement, un historique de financement soutenu et de productivité est essentiel. La recherche indépendante nécessite du financement et c'est là le plus gros défi à relever pour maintenir un programme de recherche à long terme. Pour cette raison, malheureusement, vous avez moins de chance de voir émerger des cliniciens chercheurs

en mi-carrière. Je m'attends donc à ce que cette tendance selon laquelle on retrouve les gagnants du prix du jeune chercheur en nomination pour le prix du chercheur émérite (surtout compte tenu de la performance des jeunes chercheurs de nos jours) se maintienne.

Vos efforts pour établir la Base de données généalogiques de Terre-Neuve ont façonné le paysage de la recherche en santé. Quel rôle joue Terre-Neuve dans votre succès? Auriez-vous pu envisager d'entreprendre ce projet de recherche ailleurs au Canada?

La population fondatrice de Terre-Neuve a grandement contribué à mon succès. J'ai délibérément investi temps et ressources pour mieux caractériser l'architecture génétique de notre population et ses avantages potentiels pour les études génétiques sur la maladie rhumatismale ainsi que d'autres maladies complexes. Cela nous a permis de recueillir stratégiquement des échantillons informatifs qui ont contribué à l'identification de variantes génétiques dans de multiples maladies rhumatismales auto-immunes. Je suis par ailleurs déterminé à faire croître la réputation de Terre-Neuve pour l'innovation et à apporter des contributions significatives au succès de la province en ce qui a trait à la Recherche et au développement et au rendement économique.

Nos recherches pourraient se faire ailleurs, mais l'emphasis sur la population fondatrice en serait alors exclue.

Si j'étais basé dans un grand centre urbain, l'emphasis aurait été sur la collecte d'un échantillon d'envergure et l'étude de l'impact de la diversité ethnique sur l'association génétique. D'une façon ou d'une autre, je crois qu'il est très important de comprendre l'architecture d'une population.

Que croyez-vous être les qualités d'un chercheur émérite? Et comment croyez-vous qu'elles s'appliquent à vous?

Leurs qualités comprennent notamment la curiosité scientifique, la détermination, l'adaptabilité et les compétences de gestion. Vous devez avoir une bonne compréhension de la médecine en générale et une connaissance approfondie de votre domaine scientifique. Comme de nouveaux renseignements font constamment surface, il est essentiel d'évaluer rigoureusement ces études. Avoir de bonnes connaissances de fond n'est pas nécessairement suffisant. Pour générer de nouvelles données, l'étape suivante est de remettre en question les théories ou perceptions existantes. Vous devez faire preuve de patience envers votre personnel et vos étudiants, puisqu'une forte part du travail reposera en fait sur eux. Des erreurs sont inévitables, mais vous devez leur inspirer suffisamment de confiance pour qu'ils n'hésitent pas à vous en faire part le cas échéant afin de préserver l'intégrité des données. Vous devez alors vous adapter à ces erreurs sans perdre votre concentration. Et enfin, vous devez avoir d'excellentes aptitudes en gestion, en affaires et en communication. À de nombreux égards, lorsque 20 à 30 employés/étudiants travaillent pour vous, vous êtes essentiellement à la tête d'une entreprise. Vous devez avoir une vision claire, bien interagir avec les gens, être juste et accommodant et communiquer vos messages de façon limpide et uniforme, tout en vous abstenant d'être intimidant. Je ne suis pas certain de posséder tous les traits recherchés, mais j'ai appris à compenser ce qui manque par une grande transparence et un travail acharné.

Vous avez été le mentor de certains des nouveaux noms qui se font maintenant connaître en rhumatologie au Canada. Comment vos propres mentors ont-ils influencé votre cheminement de carrière et vos intérêts en recherche?

Mes mentors continuent à jouer un rôle important dans



Un moment jovial au souper gala de l'ASA de la SCR.



Un discours passionné sur l'importance de la recherche d'enquête.

ma carrière. Le Dr David Murray, un néphrologue à l'Université Memorial, a toujours soutenu mon potentiel, de sorte que mon expérience en faculté de médecine et en résidence a été très positive. La Dre Dafna Gladman m'a fait découvrir la recherche, m'a aidé avec le financement (incluant une brève période où je n'avais aucun finance-

ment en tant que boursier et, comme par magie, de l'argent est apparu par sa main) et m'a appris la patience, la rigueur scientifique et l'importance de compléter tout projet entrepris, indépendamment de son potentiel de publication. Le mentorat, les liens de confiance et les amitiés ont certainement fait progresser ma carrière plus rapidement. Peu de temps après, j'ai croisé le Dr Robert Inman grâce à un intérêt commun pour la spondylarthrite et il a été une influence calmante et motivante sur ma carrière. J'ai également eu la chance de recevoir des conseils opportuns de la Dre Janet Pope, du Dr Ed Keystone et du Dr Art Bookman, tous des personnes que j'admire et respecte immensément.

Des expériences personnelles avec l'arthrite ont mené à votre intérêt pour la rhumatologie. Avec le recul, quels ont été les aspects les plus gratifiants de votre choix d'aller vers la rhumatologie et quels ont été quelques-uns des aspects les plus difficiles?

Le regretté Dr David Hawkins (ancien doyen de la Faculté de médecine de l'Université Memorial et confrère rhumatologue) m'a encouragé à étudier en rhumatologie. Avec le recul, je réalise que c'est le meilleur des conseils qui m'ont été donnés. La rhumatologie a été une carrière très satis-

faisante et je ne peux m'imaginer pratiquer aucune autre discipline. Mon lien particulier avec cette discipline vient de mon combat avec une affection rhumatismale inflammatoire chronique depuis l'âge de 16 ans. Les précieuses connaissances que j'ai acquises en tant que patient sont, dans une certaine mesure, impossibles à enseigner et m'inspirent une détermination à aider ceux qui souffrent de douleurs musculosquelettiques. Cela m'a poussé à toujours mettre mes patients en premier quand cela était possible, sacrifiant parfois même mes ambitions sur le plan de la recherche. Depuis que je suis arrivé à Terre-Neuve, les gens me demandent souvent pourquoi je reste dans cette province, suggérant que « c'est beaucoup trop occupé, surtout compte tenu de vos recherches. » Je leur réponds que c'est exactement pour cette raison que je reste. Je commence la plupart de mes jours de clinique avec des patients qui me demandent « Docteur Proton, comment allez-vous aujourd'hui? »

*Proton Rahman, M.D., FRCPC
Doyen associé, Recherche clinique,
Professeur de médecine (rhumatologie),
Université Memorial
St. John's (Terre-Neuve)*

Formateur d'enseignants : la Dre Lori Albert

Selon vous, quelles sont les qualités d'un bon éducateur? Et comment s'appliquent-elles à vous?

Je crois que de nombreuses qualités caractérisent les bons éducateurs; j'ai été très impressionnée de voir de combien de façons différentes les excellents enseignants pensent à ce qu'ils font, et comment ils parviennent à établir un rapport avec les apprenants et à communiquer avec eux. Je dirais que quelques-unes des plus importantes qualités, en espérant qu'elles sont apparentes chez moi, sont un véritable enthousiasme pour l'enseignement, la patience envers les apprenants (la capacité à ralentir et à aider l'apprenant à résoudre un problème) et un désir de voir les étudiants croître et progresser dans leurs aptitudes et compétences.

Vous avez récemment travaillé sur la nouvelle édition du *Canadian Clinician's Rheumatology Handbook*. Comment a été cette expérience et quel était le plus important message à retenir des connaissances recueillies?

Entreprendre un projet de collaboration nationale est toujours intimidant; toutefois, mes collègues de partout au pays forment un groupe extraordinaire et ce qui devait être fait a été accompli. De certaines façons, c'était plus simple pour ce deuxième mandat. Je suis aussi beaucoup plus satisfaite de notre deuxième édition que de la première. Je crois qu'après avoir observé la première édition en usage pendant quelques années, le corps enseignant pouvait mieux voir comment améliorer et présenter plus clairement l'information de façon utile. Je crois que revoir et réviser un ouvrage est toujours une expérience éducative.



Quelle a été votre source d'inspiration pour le développement de la plateforme en ligne *RheumExam Atlas*?

De nombreuses caractéristiques cliniques de maladies rhumatismales sont visibles à l'œil du médecin traitant, mais ils ne sont pas toujours évidents à moins de savoir exactement ce qu'on recherche. Anciennement, je devais trimballer cinq atlas différents jusqu'au chevet des patients pour enseigner, avec des notes autocollantes pour marquer les pages montrant des éruptions cutanées d'origine vasculitique ou

des changements capillaires au niveau du repli cutané de l'ongle. Après un certain temps, j'ai dû admettre que mon sac n'était pas assez gros pour tous les contenir! J'ai aussi réalisé qu'il n'y avait pas d'images de choses simples évidentes pour moi, mais que les jeunes étudiants n'avaient jamais eu l'occasion de voir, comme des articulations enflées au niveau des mains. J'ai donc commencé à prendre mes propres photos de patients présentant des signes d'arthrite précoce et les photos de cas classiques de patients-partenaires pour pouvoir comparer et différencier les signes. Autour de cette même période, un de mes vénérables collègues m'a fait cadeau d'une énorme collection de diapositives qu'il avait accumulées au fil de ses années de pratique, et j'ai soudainement réalisé que je devrais tout simplement faire mon propre livre avec ce que je voulais voir dedans. Ce fut le point de départ pour mon atlas.

Le premier atlas imprimé s'est avéré plutôt encombrant, et un peu difficile à utiliser pour toute personne autre que moi-même. J'avais en tête de faire quelque chose en format électronique depuis longtemps. Je me disais qu'un atlas électronique serait beaucoup plus simple d'accès et beaucoup plus facile à amener au chevet d'un patient sur

une tablette. Toutefois, ce n'est que cette année que j'ai soumis une demande à un concours pour les services d'une étudiante d'été du programme de communication biomédicale de l'Université de Toronto qui a travaillé avec moi pour développer la plateforme en ligne (www.rheumexamatlas.com/index.php/atlas/).

On fait constamment l'éloge de votre compassion en tant qu'éducatrice. Y a-t-il un éducateur de votre propre passé qui a inspiré votre cheminement vers l'enseignement?

J'ai croisé de merveilleux résidents qui ont guidé la stagiaire clinique terrorisée que j'étais tout au long de ses stages en médecine cardiovasculaire, en chirurgie et en obstétrique. Ils m'ont beaucoup appris à propos de la compassion et de l'importance d'une approche axée sur l'apprenant. De nombreux autres, surtout mes professeurs lorsque je suis devenue boursière en rhumatologie, étaient des enseignants si remarquables qu'ils m'ont inspiré à penser à comment être une enseignante efficace et à l'impact considérable que cela peut avoir sur l'expérience des stagiaires. Je me souviens aussi particulièrement d'un moment au cours de ma deuxième année en faculté de médecine : durant une séance d'enseignement des habilités cliniques avec notre groupe de six, mon tuteur, qui était nul autre que le Dr Robert Inman, s'est détourné du patient qu'il examinait pour regarder par la fenêtre de notre chambre au 11^e étage et a fait remarquer au patient la beauté de ce coucher de soleil hivernal. Cet instant a eu un impact énorme sur moi en me donnant la permission de laisser entrer l'aspect humain dans l'enseignement, alors que mon expérience comme étudiante avait toujours été que tout devait être très approprié et réglementé. Même si Robert espérait plutôt me voir devenir une scientifique, son talent et son enthousiasme en tant qu'enseignant, en plus de sa capacité à établir un rapport avec ses patients et ses étudiants, ont probablement contribué beaucoup plus à mon désir de me tourner vers l'enseignement!

Quel talent avez-vous qui n'est pas utilisé avec succès dans votre milieu de travail?

Mon talent pour faire des arrangements floraux.

Compte tenu de votre travail considérable dans le domaine de l'éducation en rhumatologie, quelle direction anticipez-vous pour la formation médicale



: La Dre Claire Bombardier et le Dr Cory Baillie présentent son prix à la Dre Albert.

continue (FMC) au cours de la prochaine décennie? Selon vous, comment l'ère de l'Internet et des médias sociaux a-t-elle changé l'approche des rhumatologues à l'égard des programmes de FMC et de la documentation scientifique en général?

Le paysage de l'éducation a évolué de façon telle que nous sommes maintenant plus fortement axés sur les données probantes dans ce que nous faisons. Nous sommes plus axés sur les apprenants, surtout en ce qui a trait au respect de la diversité des individus et leurs façons d'apprendre. Nous pensons à comment l'apprentissage se fait, et non pas seulement à l'enseignement. Je crois que cela a, et continuera à avoir, une incidence sur la FMC en rhumatologie. Une compréhension croissante de comment nous apprenons habilitera les médecins à mieux choisir le mode d'apprentissage qui leur convient le mieux. Certains continueront simplement à faire ce qu'ils ont toujours fait, mais j'espère que la recherche en éducation sera mieux diffusée dans la communauté de la rhumatologie et inspirera les gens à explorer de nouveaux moyens de parfaire leur éducation. On accorde également plus d'attention maintenant au « continuum de l'apprentissage » et à une vision holistique de nos carrières; cela



D'une grande éducatrice à une autre.

aussi pourrait nous permettre de mieux planifier et optimiser la FMC pour répondre aux besoins de différents médecins à différents moments. Il est difficile d'imaginer qu'on puisse avoir un meilleur accès à l'information que maintenant, mais peut-être y aura-t-il de meilleurs outils pour gérer, traiter et évaluer la masse de données à notre disposition. Je suppose qu'il continuera à y avoir des dinosaures comme moi qui n'adopteront pas les modes des médias sociaux, mais nous verrons bien quelle sera la prochaine grande révolution. J'ai entendu dire que les disques en vinyle revenaient en force...

Si vous aviez une heure libre par jour, comment la passeriez-vous?

J'aimerais pouvoir vous dire que je ferais de l'exercice, que j'écrirais un roman ou que je ferais plus de bénévolat, mais en fait, je crois que je dormirais probablement!

L'année dernière, vous avez reçu le prix du Mentor d'étudiants d'été de la SCR. Qu'est-ce que cet honneur représentait pour vous?

Et bien d'abord, j'étais très surprise de recevoir ce prix; il n'avait jamais existé auparavant et personne n'en avait



La Dre Albert nous montre la voie!

encore entendu parler, alors j'ai vraiment été prise au dépourvu. Deuxièmement, je me suis sentie incroyablement honorée. L'étudiante avec qui j'avais travaillé au cours de l'été était exceptionnellement brillante et nous avons passé un excellent été ensemble. À la fin de l'été, elle m'a fait des petits gâteaux pour me remercier et cela me suffisait amplement! Le fait qu'elle se soit donné la peine de soumettre mon nom pour ce prix était vraiment très touchant et significatif. Ce fut un grand moment.

Quels projets en cours vous excitent en ce moment et quels projets aimeriez-vous entreprendre dans le futur?

À l'heure actuelle, mon plus gros projet est le renouvellement du curriculum à l'Université de Toronto. Cela me prend beaucoup d'énergie; quand nous aurons passé à travers la première année, je pourrai commencer à envisager d'autres projets. J'ai découvert que je m'intéresse beaucoup au perfectionnement professoral et j'aimerais apprendre et pratiquer davantage dans ce domaine.

Il y a environ 15 ans de cela, vous avez convoqué la première assemblée de CanREAL (Canadian Rheumatology Education and Learning). Comment le paysage

éducatif en pratique de la rhumatologie a-t-il évolué au cours des années écoulées?

La rhumatologie a été soumise aux mêmes pressions externes que toutes les autres spécialités; nous avons dû traiter avec la réforme et le renouvellement des curricula des facultés de médecine (souvent plus qu'une fois), l'introduction de CanMEDS, puis de CanMEDS 2015, et l'imminente formation basée sur les compétences. Nous, les rhumatologues, en sommes encore à essayer de voir comment obtenir plus de temps dans le curriculum et comment enseigner les examens physiques efficacement! Mais d'un autre côté, nous comptons aussi plus de personnes qui sont des éducateurs dévoués et qui participent à plus grande échelle au développement du curriculum. Plusieurs sont actifs dans la recherche en éducation et occupent des postes importants dans des universités, au

Collège royal et au sein d'associations nationales d'éducation médicale. Je reviens justement de la Conférence canadienne sur l'éducation médicale (CCEM) et de nombreux rhumatologues s'y trouvaient avec leurs travaux scientifiques. Je dirais donc que les rhumatologues ont largement adopté l'étude et la pratique de l'éducation de qualité supérieure, ce qui n'est guère surprenant, mais tout de même un changement par rapport à 15 ans plus tôt.

Lori Albert, M.D., FRCPC

Professeure agrégée de médecine,

Université de Toronto

Rhumatologue titulaire, Réseau universitaire de santé,

Toronto Western Hospital

Toronto (Ontario)

Jeune chercheur 2016 : Dr Nigil Haroon

Vous avez accumulé toute une collection de prix de la SCR au fil des années, en gagnant notamment pour le meilleur résumé, meilleur article, excellence en recherche en sciences fondamentales et maintenant : jeune chercheur. Comment la SCR a-t-elle influencé votre cheminement de carrière?

Les reconnaissances à l'échelle nationale sont des indicateurs de succès utilisés dans les revues par les pairs pour accorder des promotions, des subventions, des bourses de carrière, etc. La SCR a mis en place une plate-forme permettant aux jeunes chercheurs de présenter leurs travaux, de recevoir une importante rétroaction et d'être reconnus. J'estime que la SCR a immensément contribué non seulement à ma carrière, mais à celle de nombreux autres chercheurs à travers le pays. C'est extrêmement gratifiant de recevoir autant de soutien de votre famille.

Votre capacité à obtenir du financement de recherche est fort louable, avec plus d'un million de dollars reçus comme chercheur principal, en plus d'autres subventions comme cochercheur principal. Quels conseils pourriez-vous nous donner sur la préparation d'une solide demande de subvention?

J'ai eu le grand avantage de commencer ma carrière avec de l'expérience en matière de préparation de demandes de subventions. Durant ma formation en recherche avec le Dr Robert Inman, j'ai participé à la préparation de plusieurs demandes, ce qui m'a donné une bonne idée du langage, du contenu et du style de présentation requis pour rédiger une bonne demande de subvention. Je n'ai pas encore l'impression d'avoir parfaitement maîtrisé la chose, mais c'est un bon début! Vous continuerez à vous



améliorer, non seulement avec la pratique, mais aussi avec la quantité de données préliminaires produites, le nombre de collaborateurs dans votre équipe et la preuve de productivité et de succès.

Êtes-vous une personne matinale ou un oiseau de nuit?

Les deux. Et pas grand-chose entre les deux, malheureusement.

Pourquoi avez-vous décidé de concentrer vos recherches sur la spondylarthrite? Quels liens avez-vous observés entre la spondylite

ankylosante (SA) et le domaine plus large des maladies rhumatismales?

Ma fascination pour l'immunologie m'a mené vers la rhumatologie. Pendant ma résidence, j'ai exploré plusieurs voies, y compris une évaluation de la possibilité de prédire l'efficacité du méthotrexate dans le traitement des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) en utilisant un essai *ex vivo* de référence qui a été publié dans le *Journal of Rheumatology (JRheum)*. Après m'être joint à l'équipe du Dr Inman, il était naturel de travailler dans le domaine de la SA et j'étais particulièrement intéressé par la pathogenèse liée au HLA-B27. N'est-ce pas incroyable que même après 40 années de recherche, nous ne connaissons toujours pas le rôle pathogénique que joue le HLA-B27 dans la SA?

Y a-t-il d'autres domaines d'intérêt que vous aimeriez explorer dans le futur? Quels projets prévoyez-vous entreprendre cette année?

Je travaille actuellement sur les liens inconnus entre l'inflammation et la néoformation osseuse dans la SA. Nous avons quelques pistes très excitantes sur lesquelles

travaille ma boursière en recherches post-doctorales, la Dre Vidya Ranganathan. Dans mon laboratoire, le Dr Michael Zeng travaille sur les anomalies de la circulation intracellulaire et leur lien avec la SA.

Quelle a été votre première pensée en apprenant que vous alliez recevoir ce prix?
Merci pour toutes les grâces.

Au cours de votre vie, dans combien de villes avez-vous vécu et quelle a été votre favorite?
J'ai vécu dans huit villes et Toronto est définitivement ma favorite.

Vous étiez l'auteur principal d'une étude repère qui a signalé un taux plus élevé de mortalité cardiovasculaire et cérébrovasculaire chez les patients atteints de SA. L'article a considérablement changé le discours entourant les comorbidités associées à la SA et pourrait transformer les soins cliniques pour cette maladie. Quel a été l'élément déterminant de ce projet et quand avez-vous su que vous touchiez à quelque chose de gros?

Les données étaient assez impressionnantes et le nombre même de patients que nous avons pu examiner, grâce aux fichiers de données administratives relatives à la santé de l'Ontario, a été un avantage majeur. Nos données ont été validées dans une certaine mesure par les observations anticipées, y compris la forte prévalence de la maladie intestinale inflammatoire (MII) chez les patients atteints de SA, ainsi que les effets cardioprotecteurs des statines dans le traitement de la maladie cardiovasculaire. Si la réduction de l'ordre de 90 % du risque d'événements cardiaques avec l'utilisation de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) était très excitante, elle n'était toutefois pas, pour être parfaitement honnête, une surprise totale. Cette constatation était d'une grande importance parce qu'elle venait corroborer des rapports antérieurs de réduction de la mortalité avec les AINS chez les patients atteints de PR.

Si vous pouviez être n'importe quelle articulation du corps, laquelle seriez-vous et pourquoi?

L'articulation temporo-mandibulaire (ATM), parce que je pourrais continuer à manger!



Le Dr Haroon reçoit son plus récent prix du Dr Inman et du Dr Cory Baillie.



Croqué sur le vif par la caméra de Lake Louise.

Quel talent avez-vous qui n'est pas utilisé avec succès dans votre milieu de travail?
Mes capacités de leadership.

Vous avez été un des seuls quatre rhumatologues non américains invités à être coauteurs des lignes directrices pour la prise en charge de la spondylarthrite de l'American College of Rheumatology (ACR) récemment publiées. Comment a été votre expérience de travail avec ce prestigieux collectif international? Y a-t-il quelque chose de particulier que vous avez retenu de cette expérience qui guidera vos propres pratiques d'auteur?

Travailler avec une telle équipe d'experts a été une expérience extraordinaire. La productivité et la qualité du travail sont élevées lorsque vous avez des équipes bâties autour d'individus possédant une expertise complémentaire. L'intensité et le niveau d'engagement requis pour compléter le processus du GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) sont tout simplement incroyables tant qu'on ne l'a pas vécu.

Si vous aviez une « chanson thème » qui jouait chaque fois que vous entrez dans une salle pleine de gens, de quelle chanson s'agirait-il?

The Final Countdown. Mais s'il vous plaît, sans escalier roulant.

Nos sources affirment que vous êtes également un photographe de la nature accompli. Comment voyez-vous l'interaction entre votre art et votre recherche?

La recherche est intense et établir un équilibre dans la vie d'un clinicien et dans la vie d'un chercheur est de la plus haute importance. Les journées sont souvent longues et les nuits sans sommeil. Le niveau de stress peut, à certains moments, grimper et vous devez alors avoir un moyen de laisser sortir la pression. Pour moi, c'est la photographie. J'ai tendance à tout oublier quand je regarde le monde à travers ma lentille. Ce sont mes moments privés de méditation. C'est ce qui me garde sain d'esprit.

Si vous aviez une heure libre par jour, comment la passeriez-vous?

À faire du rattrapage!



Un véritable point culminant dans sa carrière.

Quelle est la réalisation dont vous êtes le plus fier dans votre carrière de chercheur à ce jour?

Recevoir le prix Jeune chercheur de la SCR.

Que conseillerez-vous à ceux qui s'intéressent à la rhumatologie et visent une carrière en recherche?

Allez-y! Les possibilités sont illimitées. Il n'y a jamais de journée ennuyeuse dans la vie d'un clinicien-chercheur.

Nigil Haroon, M.D., Ph.D., D.M.

Professeur adjoint de médecine et rhumatologie,

Université de Toronto

Clinicien-chercheur,

Réseau universitaire de santé

Chercheur,

Institut de recherche Krembil

Toronto (Ontario)



QUAND LE MÉTHOTREXATE SEUL NE SUFFIT PLUS, ENVISAGEZ ^{PR} XELJANZ^{MD}.



La simplicité d'un schéma posologique biquotidien par voie orale

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

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

Mises en garde et précautions les plus importantes :

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

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

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

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

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

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

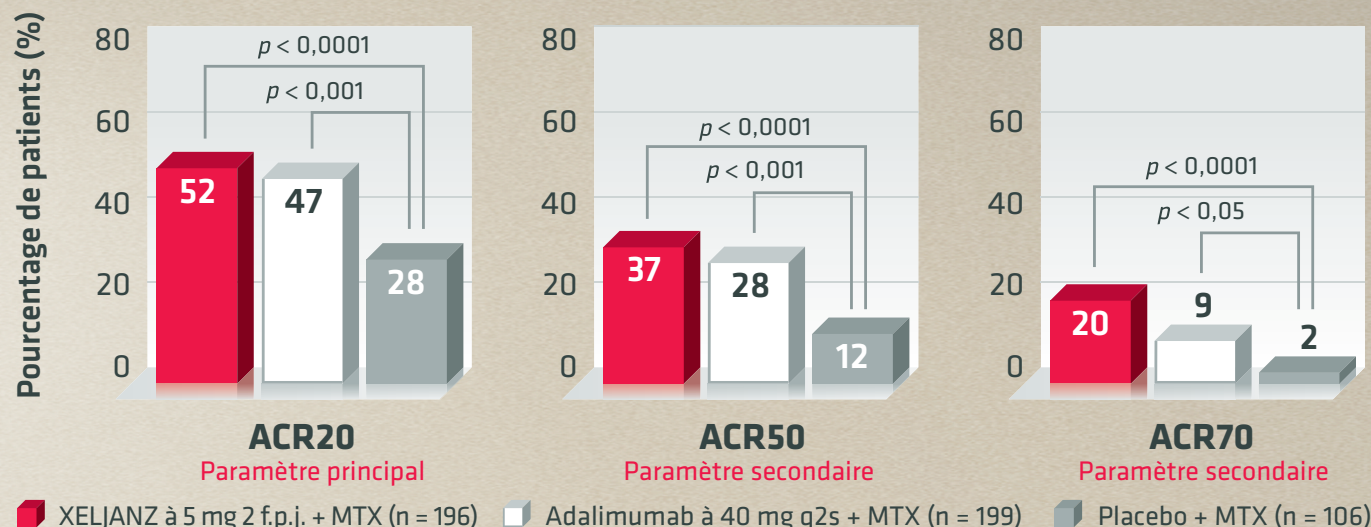


Puissante efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

Atténuation significative des symptômes démontrée chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX après 6 mois, comparativement au groupe placebo + MTX^{1*}.

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

Taux de réponse ACR après 6 mois



Une amélioration significative de la fonction physique a été obtenue après 3 mois chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX, comparativement au groupe placebo + MTX^{1*}.

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

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

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

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse http://www.pfizer.ca/fr/our_products/products/monograph/342 pour obtenir des renseignements importants au sujet des effets indésirables, des interactions médicamenteuses et de la posologie qui ne figurent pas dans le présent document. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.



La Société de l'arthrite a attribué à XELJANZ une mention pour la facilité d'emploi du capuchon de son flacon^{2†}.



Un programme de soutien complet qui aide vos patients à prendre en charge leur traitement par XELJANZ

Pour obtenir plus d'information, composez le 1-855-XEL-EXEL (1-855-935-3935)

Références : 1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ, 16 avril 2014. 2. La Société de l'arthrite. Bulletin Impact (juin 2014) – La facilité d'emploi. En ligne au : <http://www.arthrite.ca/page.aspx?pid=7660>. Consulté le 22 juillet 2014.

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

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

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

Les prix Réflexion sur la pratique 2016

Prix Or

Henry Avern, M.D., FRCPC

La vérification de dossiers cliniques est un processus qui vise à améliorer les soins aux patients, les procédés et les résultats en mesurant les soins que nous dispensons par rapport à des critères explicites. Ce type de réflexion sur la pratique est un pilier essentiel de la pratique clinique; des exemples de questions à se poser pourraient inclure celles-ci :

- « Est-ce que j'inscris clairement les résultats essentiels de la spondylarthrite dans le dossier? »
- « Est-ce que je questionne mes patients à propos de leur statut de vaccination? »
- « Puis-je retracer ces données dans le dossier médical électronique (DME)? »
- « Envisageons-nous un traitement épargnant la masse osseuse pour nos patients traités par des glucocorticoïdes? »

Le cycle de vérification

1. Se préparer en vue de la vérification :

« Quel est notre objectif? »

5. Maintenir les améliorations

2. Choisir les critères de revue

4. Apporter des améliorations à la pratique

3. Mesurer le niveau de performance

Au Royaume-Uni, la vérification des dossiers des services de santé nationaux est devenue obligatoire en 1989. Je ne me souviens que trop bien de l'époque où, à titre de médecin en formation, cette vérification annuelle de la qualité des dossiers médicaux nous apprenait malheureusement que nos notes cliniques étaient souvent incomplètes, illisibles et inférieures à la norme établie. Se faire rappeler nos manques professionnels

est souvent toute une leçon d'humilité. Au fil du développement d'une culture de réflexion et de vérification clinique, la British Society for Rheumatology (BSR) s'est impliquée activement, encourageant ses membres à choisir parmi un éventail de vérifications possibles et consacrant du temps lors des rencontres universitaires à la présentation des résultats des vérifications en vue de promouvoir le partage des pratiques exemplaires.

Au cours des dernières années, la SCR a reconnu qu'une profession autoréglementée doit démontrer clairement sa volonté de réflexion et d'évolution. La vérification des dossiers cliniques n'est pas simplement un processus de collecte de données, ni juste un sondage sur notre pratique. C'est un processus beaucoup plus profond qui implique une réflexion honnête sur notre façon de faire menant à une occasion d'apporter des changements à nos pratiques en vue d'améliorer les soins globaux aux patients.

La SCR entend développer une « bibliothèque » de projets de vérification potentiels, incluant les données contextuelles qui informent la norme de la vérification choisie et des formulaires de collectes de données pour aider les cliniciens très occupés à intégrer rapidement cette procédure dans leur pratique. Au fil de l'évolution du processus, nous explorerons les supports électroniques comme outil pour améliorer l'efficacité de la collecte et de l'examen des données. Pour le moment, nous avons besoin de votre aide. Nous sommes à la recherche de champions (incluant des stagiaires) pour faire avancer ce processus. Il n'y a pas de coups de bâton... juste des carottes! Des crédits de la section 3 pourront être réclamés pour cette activité. Il reste à voir si le Collège royal rendra cette activité obligatoire dans le futur, mais je suis d'avis que si nous pouvons démontrer à toutes les parties concernées qu'il s'agit là d'une activité que nous accueillons à bras ouverts et que nous effectuons, les avantages deviendront évidents. Le prix Réflexion sur la pratique est un moyen adopté par la SCR pour encourager chacun de nous à faire de la vérification des dossiers cliniques non pas un simple à-côté, mais une composante fondamentale de notre pratique.

Prix Argent

Philip Baer, M.D., C.M., FRCPC, FACP et
J.P. Raynauld, M.D., FRCPC

Il y a 40 ans de cela, fumer en public était tout à fait acceptable et les dangers associés à la fumée secondaire étaient généralement inconnus. Philip se souvient avoir joint l'Association pour les droits des non-fumeurs dans l'espoir de faire changer les choses. La situation de nos jours s'est grandement améliorée, mais 20 % des Canadiens fument encore. Les dangers sont

maintenant bien connus, mais les répercussions sur les maladies rhumatismales commencent tout juste à se faire connaître.

Fait intéressant, une étude pionnière sur les répercussions négatives du tabagisme sur les issues de la spondylite ankylosante (SA)¹ a été publiée il y a 20 ans par notre propre Dr Henry Aaverns. Ce dernier se distingue pour avoir été le premier récipiendaire du prix Réflexion sur la pratique de la SCR en 2015 et pour avoir de nouveau obtenu le prix Or cette année. Ses efforts ont en partie inspiré notre contribution à la Réflexion sur la pratique.

En nous appuyant sur de multiples études illustrant les répercussions négatives du tabagisme sur le risque de développement, la progression et la réponse au traitement des maladies rhumatismales inflammatoires présentées à l'European League Against Rheumatism (EULAR) et à l'American College of Radiology (ACR) en 2014, nous avons participé au développement d'un programme de FMC sur ce sujet. Compte tenu du besoin croissant pour des ressources en examen des dossiers pour aider les rhumatologues à respecter les exigences pour les crédits de MDC de la section 3 du Collège royal, nous avons décidé de transposer ce programme de FMC ENVISION en un programme d'examen de dossiers. Notre équipe incluait la Dre Shelly Dunne et la Dre Marie-Anais Rémillard, ainsi que May Shawi, Ph.D., Mme Alana Lamb et Mme Lise Troyer.

Le produit final comprend un questionnaire démographique en ligne pour le médecin, suivi d'un examen des dossiers de 10 patients atteints de PR qui sont des fumeurs actuels. Les participants examinent alors le programme de FMC ENVISION, soit en ligne ou dans le cadre d'un événement de FMC. Un ou deux mois plus tard, ils reprennent l'examen de dossiers de 10 autres patients et les résultats sont comparés. Nous nous intéressons à la fréquence à laquelle le statut du patient relativement au tabagisme est noté, si les répercussions négatives du tabagisme sur la PR sont abordées et si les outils et ressources nécessaires pour cesser de fumer ont été fournis.

Les participants reçoivent trois crédits de la Section 3, équivalents à neuf heures de crédit, soit une fraction considérable des 25 heures requises par période de cinq ans. Notre objectif est de recruter 50 rhumatologues et d'examiner les dossiers de 1 000 patients. Une affiche préliminaire couvrant 11 rhumatologues et 70 patients a été présentée à la SCR 2016. Nos projets futurs comprennent des résumés mis à jour aux assemblées de l'EULAR et de l'ACR 2016, une soumission pour publication et une expansion possible de l'examen des dossiers pour inclure les patients atteints d'AS et d'arthrite psoriasique (APs).

Notre équipe tient à remercier la SCR et le comité de sélection des prix pour leur reconnaissance de notre projet. Ceux qui souhaiteraient participer à l'examen sont invités à visiter le site www.envisionchartaudit.com.

Référence :

1. Aaverns HL, Oxtoby J, Taylor HG, et coll. Smoking and outcome in ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol* 1996; 25(3):138-42.

Prix Bronze

Robert Ferrari, M.D., M.Sc., FRCPC, FACP

J'aimerais d'abord remercier la SCR, et en particulier le comité de l'éducation, pour cette grande idée qui reconnaît l'importance de la réflexion sur la pratique. Il est clair que les examens de la pratique sont utiles. Ils améliorent l'efficacité et l'efficacité de la pratique, réduisent les erreurs cliniques, démontrent la qualité des soins aux intervenants, encouragent des normes de pratique élevées, réduisent les risques de responsabilité et favorisent le changement des pratiques. Dans ma soumission pour le prix Réflexion sur la pratique 2016, toutefois, je soulignais aussi l'importance additionnelle des examens de la pratique comme sources de publications. Préparer des publications a considérablement amélioré mes compétences dans de nombreux domaines, soit sur le plan de la conception d'étude (universitaire), de la rédaction (communicateur), de la pratique clinique (professionnel) et du travail d'équipe (collaborateur). Ma soumission pour ce prix était une explication de la façon dont j'aborde les examens de la pratique, avec l'idée de départ que je pourrais publier les résultats. À mon avis, un bon chercheur est aussi un bon examinateur de la pratique. J'ai passé en revue le processus étape par étape de la planification d'un examen de la pratique comme s'il s'agissait de la planification d'un projet de recherche. J'ai donné deux exemples dans ma soumission : la conception d'un examen de la pratique qui a mené à une publication sur l'ostéoporose chez les hommes¹ et un autre examen qui portait sur la prévalence de l'hyperparathyroïdie en contexte de fibromyalgie². J'ai beaucoup appris de ces examens et les publications résultantes m'ont permis de partager ces connaissances.

La réalité est que nos pratiques regorgent de données; si l'on pense à l'examen de la pratique comme étant un effort pour publier les résultats d'une analyse de données, il est alors possible de planifier l'examen de la pratique en suivant toutes les étapes décrites et nécessaires pour une publication de recherche. Imaginer un rapport de recherche avec une question, une introduction et une méthodologie clairement établies est un bon test pour déterminer dans quelle mesure un clinicien est prêt à entreprendre un examen de la pratique qui mènera à des résultats significatifs. En considérant les examens de la pratique comme des projets de recherche en vue d'une publication, le clinicien devient un chercheur et a de bien meilleures chances d'effectuer un examen utile.

Références :

1. Ferrari R. Prevalence of osteoporosis in men aged 65-75 in a primary care setting. A practice audit after application of the Canadian 2010 guidelines for osteoporosis screening. *Clin Rheumatol* 2015; 34(3):523-7.
2. Ferrari R, Russell AS. Prevalence of primary hyperparathyroidism in a referred sample of fibromyalgia patients. *Clin Rheumatol* 2015; 34(7):1279-83.

Passons le flambeau : mot du président

Par Joanne Homik, M.D., M.Sc., FRCPC et Cory Baillie, M.D., FRCPC

L'année 2016 est celle où il nous faut dire adieu au président actuel de la SCR pour accueillir une nouvelle présidente. Le Dr Cory Baillie a œuvré au service de la SCR dans de nombreuses fonctions, y compris secrétaire-trésorier, vice-président et enfin, président. J'ai demandé à Cory de nous partager ses réflexions sur les deux dernières années; au cours de son mandat comme président, il a mené la réorganisation du conseil de la SCR, définissant plus clairement les rôles et responsabilités des membres du conseil, du personnel et des bénévoles.

La SCR a un nouveau point de mire axé sur l'engagement des membres et la réactivité au changement. Notre Assemblée scientifique annuelle (ASA) bénéficie d'un succès continu et s'efforce de répondre aux besoins variés de nos membres. La SCR a pris plusieurs initiatives sous son aile, incluant celle de la fin de semaine des résidents en rhumatologie et le programme de mentorat FLIRT (« *Future Leaders in Rheumatology Training* »). Il y a eu un renouvellement de l'énergie investie dans les activités visant à mesurer (« *Levez-vous pour être compté* ») et accroître (« *Former les rhumatologues de demain* ») le nombre de rhumatologues pratiquants.

Notre organisation demeure financièrement solide. Nous avons été en mesure d'élargir le programme de subventions de l'ICORA et d'appuyer les efforts de l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC). Notre investissement dans le *Journal of Rheumatology (JRheum)* s'est avéré judicieux, tant sur le plan académique que financier, puisqu'il versera bientôt des dividendes à la SCR.

La Dre Joanne Homik prendra maintenant la relève en tant que nouvelle présidente de la SCR. Comme la Dre Dianne Mosher se plaît à nous le rappeler, Joanne est la toute première femme à occuper cette fonction dans l'histoire de la SCR. Joanne a servi les objectifs de la SCR dans le passé



comme vice-présidente, comme présidente du comité scientifique et comme agente de liaison auprès de La Société de l'arthrite. Ses objectifs pour les deux prochaines années comprennent l'organisation d'une réunion scientifique conjointe avec le Mexican College of Rheumatology (MCR) et la Ligue panaméricaine des associations de rhumatologie (PANLAR) en 2018, le maintien de la santé financière de l'organisation ainsi que la planification pour la future source de revenus des dividendes du *JRheum*. Quant au conseil, la SCR continuera à explorer les moyens de soutenir le succès de ses membres par le biais de l'engagement continu des membres. En plus de la planification régulière pour l'année à venir, la retraite annuelle du conseil de la SCR et des présidents de comités inclura une séance d'exploration

du comportement éthique et de la prévention des conflits d'intérêts pour l'organisation. Nous anticipons également le maintien des solides partenariats que nous entretenons avec d'autres intervenants du domaine de l'arthrite, notamment La Société de l'arthrite, l'AAC et l'Arthritis Health Professions Association (AHPA).

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

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

RheumJeopardy

Par Philip A. Baer, M.D., C.M., FRCPC, FACR

Plus de 100 concurrents enthousiastes ont participé à la compétition inaugurale de *RheumJeopardy* de la SCR l'après-midi du 19 février à Lake Louise.

La fierté des deux équipes était en jeu : « Dr Geezer » contre « Dr Young », avec une ligne séparatrice fixée à 45 ans. Les capitaines d'équipe, tous deux de l'Alberta, étaient le Dr Marv Fritzler et le Dr Dax Rumsey, qui sont arrivés en culottes courtes avec leur casquette de base-ball à l'envers. Le chahutage et les interpellations ne se sont pas fait attendre. J'ai eu le plaisir d'animer cet événement et de créer la plupart des questions, avec des contributions de la Dre Shirley Chow (catégorie « Choisir avec soin ») et du Dr Ron Laxer et de la Dre Deb Levy (catégorie « Légendes de la rhumatologie pédiatrique »). Le Dr Christopher Penney était responsable de tenir le pointage, sous la surveillance assidue de l'auditoire compte tenu de son allégeance à l'équipe Geezer. La Dre Evelyn Sutton a présidé à l'événement. Nous avons profité de la technologie Sli.do pour permettre à tout le monde de voter sur chaque question, transformant l'événement en un jeu en ligne massivement multijoueurs (MMOG).

Les questions ont porté sur des sujets comme le secrétome, les gagnants de prix de la SCR, les scandales de la rhumatologie et les rhumatologues qui tricotent (Dre Joanne Homik) ou qui souffrent du mal des transports (Dr Ed Keystone). Très peu de questions ont mystifié les deux équipes. En arrivant à la question finale, l'équipe Young menait dans un combat serré. Sagement, les deux équipes ont tout misé sur une seule question dans la catégorie « Où est Charlie? ». Avec la bonne réponse du Dr John Thomson comme choix premier des deux équipes, l'équipe Young l'a emporté sur l'équipe Geezer avec un pointage de 15 600 contre 13 800. Bien joué, tout le monde!

Selon les évaluations et la demande populaire, *RheumJeopardy* pourrait revenir à la SCR 2017 à Ottawa. Pour ma part, je l'espère fortement.

Philip A. Baer, M.D., C.M., FRCPC, FACR
Rédacteur en chef, JSCR
Scarborough (Ontario)

RheumJeopardy					
Qu'y a-t-il dans un nom?	La SCR	Les nouvelles de 2015 en rhumato	Choisir avec soin	La rhumato au Canada	La rhumato en pédiatrie
100	100	100	100	100	100

Une étudiante en médecine de Queen's inspirée par sa vie avec l'arthrite

Molly Dushnicky, une étudiante en médecine de l'Université Queen's, n'a pas connu la vie sans arthrite. Quand Molly informe les gens qu'elle est atteinte d'arthrite, on lui répond : « C'est pas possible. L'arthrite, c'est pour les gens de 60 ou 80 ans. »



Crédit photo : Queen's Gazette / University Communications

Son expérience de patiente atteinte d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) aura sûrement une incidence sur sa pratique en tant que médecin de premier ordre : Molly aspire à faire partie de la solution à l'arthrite en embrassant une carrière en rhumatologie. Parallèlement, elle fait activement la promotion de la formation continue, de la collecte de fonds pour la recherche et de l'importance de sensibiliser les gens.

Son ambition attire l'attention. La *Queen's Gazette* a récemment publié son histoire, et elle a obtenu le soutien d'un mentor en rhumatologie qui la conseillera pendant ses études.

La SCR et la Société de l'arthrite font équipe pour ouvrir la voie à Molly et à tous les autres étudiants qui envisagent une carrière en rhumatologie. Si vous avez déjà contribué à la **Campagne des membres** de la SCR, merci! Si vous ne l'avez pas encore fait, c'est une occasion de redonner à la communauté de la rhumatologie et de voir à ce que vos patients jouissent d'une continuité des soins dans les années à venir.

Pour donner à la **Campagne des membres** de la SCR, inscrivez-vous à la **Marche contre la douleur** du 5 juin (www.marchecontreladouleur.ca), ou communiquez avec Sandra Dow (sdow@arthrite.ca ou 416-979-7228, p. 3343) pour faire votre promesse de don sur cinq ans.

Lecture suggérée :

1. Carroll A. Arthritis can't stop medical student. *Queen's Gazette*, avril 2016. Disponible à l'adresse : www.queensu.ca/gazette/stories/arthritis-cant-stop-medical-student.



La Société
de l'arthrite

Rhumato-clôture

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

L'assemblée de la SCR à Lake Louise en février 2016 a été un énorme succès avec notamment 255 affiches, 14 présentations orales et plus de 20 ateliers portant autant sur des maladies spécifiques (syndrome des antiphospholipides, maladie associée aux IgG4, spondylarthrite, maladie de Lyme, maladie inflammatoire du système nerveux central, vascularite, syndrome de Sjögren, sclérodémie systémique) que des scénarios particuliers (imagerie, grossesse et maladies rhumatismales, préoccupations médico-légales, sommeil, dépression, comorbidités cardiovasculaires, innocuité des anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], capacité de recherche, revues de Cochrane, nutrition et gestion de la pratique). Les opinions dont je vous fais part ici ne sont que les miennes propres. Il m'était impossible d'assister à tous les ateliers en raison de conflits d'horaire, de sorte que d'importantes nouvelles connaissances pourraient ne pas être mentionnées ici.

Il y a eu une excellente revue de la qualité et quantité de sommeil, incluant des points de gros bon sens comme éviter de trop manger ou boire (alcool ou caféine) avant d'aller se coucher et s'efforcer de dormir suffisamment pour ne pas passer à côté d'importants cycles de sommeil réparateur. Nous avons également appris que ceux qui ne dorment pas bien vivent moins longtemps¹. Quel dommage que le sommeil ne soit pas une de ces choses que nous pouvons confier à des ressources externes, contrairement à l'entretien ménager, la garde d'enfants, etc.!

Les points forts sont trop nombreux pour pouvoir les mentionner tous, mais quelques excellentes études par des stagiaires incluaient des travaux sur la base de données de réclamations de la Colombie-Britannique

pour des patients atteints de PR démontrant que si l'utilisation de stéroïdes augmente (évidemment) l'incidence de diabète de type 2, l'hydroxychloroquine, le méthotrexate et les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF) réduisent l'incidence du diabète².

La maladie associée aux IgG4 a fait l'objet d'un atelier. Cette maladie peut être considérée comme un imitateur de différentes présentations; par exemple, une présentation



courante pourrait être un patient atteint de lymphadénopathie, avec hypertrophie de la glande sous-maxillaire et pancréatite auto-immune. Des perles ont été présentées. La moitié des patients atteints d'une maladie associée aux IgG4 ne présentent pas d'élévations sériques des IgG4. La norme de référence diagnostique est la biopsie. Le pathologiste doit être informé de ce qui est recherché dans la biopsie pour pouvoir procéder à une coloration adéquate pour établir un diagnostic.

Il y avait des résumés portant sur les disparités sur le plan de la réponse ou des issues. Il y a notamment différents taux de néphropathie lupique dans la cohorte canadienne des 1 000 visages du lupus. Par exemple, on note une plus forte incidence de néphrite chez les Canadiens d'origine asiatique que chez ceux de races blanches, noires ou autochtones, mais les Asiatiques présentent des taux relativement plus faibles de dommages rénaux. On note également des différences quant aux caractéristiques cliniques et des anticorps entre les Sud-Asiatiques et les Asiatiques des pays côtiers du Pacifique³. Une étude sur la différence minimale importante (DMI) pour l'indice d'activité du LED (SLEDAI-2K RI-50) a été présentée⁴. L'accès aux soins des Canadiens d'origine autochtone atteints de PR peut être retardé, ce qui signifie qu'ils reçoivent une prescription pour des agents biologiques seulement lorsqu'ils se trouvent à des taux plus élevés d'activité de la maladie; toutefois, nous avons aussi appris que les peuples autochtones ont une plus forte incidence d'événements indésirables graves comme des infections avec les agents biologiques. Ce phénomène s'explique probablement par de multiples raisons (p. ex. un niveau de maladie plus élevé est associé à plus d'infections; plus de comorbidités; faible statut socio-économique; vivre en région éloignée peut se traduire par plus de problèmes pour le suivi des complications). Un des importants messages à retenir est l'importance d'avertir les populations à risque des signes/symptômes d'infections graves et de les inciter à consulter un professionnel de la santé avant d'être trop malade⁵.

Il y a eu des études sur l'amélioration de l'accès rapide aux soins. Le Dr Paul Fortin a un outil de renvoi qui permet d'identifier l'arthrite inflammatoire précoce pour que les patients soient vus plus rapidement, tandis que le Dr Walter Maksymowych a tenté d'identifier les patients qui présentent une douleur dorsale chronique à un plus jeune âge dans des cliniques clés (dermatologie, ophtalmologie et gastroentérologie) où on signale une plus forte prévalence de spondyloarthropathie séronégative.

Il pourrait y avoir de l'espoir pour les patients souffrant de fibromyalgie; la clinique de traitement de la douleur de l'Université McGill a signalé des issues plus favorables lorsque les caractéristiques de base des patients étaient prises en considération et des résultats suggérant que la principale différence pourrait être plus d'exercice pour les patients au fil du temps⁶.

Il y a également eu des débats scientifiques dans des domaines comme l'utilisation de la marijuana médicinale pour traiter la douleur chronique et le recours aux médias sociaux dans nos pratiques^{7,8}.

L'assemblée a été un succès grâce à l'ampleur et à la profondeur des sujets abordés et grâce aux efforts acharnés du comité scientifique, sous la direction de la Dre Evelyn Sutton.

Références

1. Maas J. Conférence de pointe : Tout ce que vous devez savoir sur le sommeil, mais êtes trop fatigué pour le demander! Présentée à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta).
2. Schmidt T. Risque de diabète de type 2 associé aux médicaments pour traiter la polyarthrite rhumatoïde : Étude de cohorte basée dans la population. Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta). Résumé n° 6.
3. Nguyen M. Comparaison du lupus érythémateux disséminé dans trois groupes ethniques asiatiques : Résultats de la cohorte sur les 1 000 visages canadiens du lupus. Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta). Résumé n° 4.
4. Touma Z. Détermination de la différence minimale cliniquement importante pour l'indice S2K RI-50 (pour Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index-2000 Responder Index-50). Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta). Résumé n° 14.
5. Barnabe C. Complications de la biothérapie dans la population autochtone albertaine atteinte de polyarthrite rhumatoïde. Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta). Résumé n° 8.
6. Karelis A. Assessment of the Temporal Variation of the Fibromyalgia Patient Profile between 2005 and 2013: Do Guidelines Inform Clinical Care? Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta). Résumé n° 35.
7. Controverses en rhumatologie – Un panel fumant. Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta).
8. Grand débat : Il est résolu que les rhumatologues devraient être à jour : Utilisation des médias sociaux pour communiquer avec les patients et pour la recherche. Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta).

Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC

Professeure de médecine, chef de division,

Division de la rhumatologie, Département de médecine,

Centre de santé St. Joseph, Université Western

London (Ontario)

L'ADPA à Lake Louise

Par Leslie Soever, B.Sc. (PT), M.Sc., ACPAC

L'Arthritis Health Professions Association (ADPA) a eu le plaisir de se joindre à la SCR pour son Assemblée scientifique annuelle (ASA) à Lake Louise, en Alberta. Cette année marquait notre 8^e cours pré-conférence pour les professionnels de la santé œuvrant dans le domaine de l'arthrite avec 101 participants. Notre excellente série de conférenciers incluait notamment le Dr Joel Rubenstein (« Le point sur l'imagerie pour la spondylarthropathie »), la Dre Jessica Weiser (« Manifestations dermatologiques de l'arthrite inflammatoire »), la Dre Jennifer Stinson (« En avant pour la transition : impliquer et soutenir les jeunes atteints de maladies rhumatismales »), la Dre Shahin Jamal (« Biothérapie et petites molécules : retour sur 2015 »), la Dre Dawn Richards (« Alliance canadienne des arthritiques : passé, présent et avenir ») et le Dr Dharini Mahendira (« Le point sur le lupus érythémateux disséminé »). Nous avons également présenté un panel de discussion intitulé « Recherche interrelationnelle – le pouvoir de la diversité des points de vue ». Les panélistes incluaient la Dre Mary Bell, la Dre Dawn Richards, la Dre Jennifer Boyle et la Dre Sydney Brooks. La Dre Gaya Embuldeniya, anthropologue, et la Dre Joanna Sale, chercheuse en sciences qualitatives, ont également contribué au panel. Toujours dans l'esprit du thème de la « qualité », la journée s'est terminée sur une présentation interactive dynamique de l'infirmière Leah Gitterman (« Approche fondée sur la science de la complexité pour l'amélioration de la qualité »).

Par ailleurs, Rashmi Mandhane a reçu le prix Service extraordinaire qui est décerné en reconnaissance des contributions d'un membre du conseil de l'ADPA pour faire prévaloir la mission, la vision et les objectifs de notre organisation. Rashmi siège au conseil d'administration de l'ADPA depuis 2012, initialement à titre de représentante pour les provinces des Prairies, puis comme membre consultante pour l'ouest du Canada. Depuis notre assemblée générale annuelle (AGA) en 2016, elle a ajouté les responsabilités de trésorière à la liste de ses tâches. Ses nombreuses réalisations comprennent son excellent leadership ainsi que le développement et la mise en œuvre de nouveau site Web de l'ADPA qui a été lancé avec succès à la date prévue du 1^{er} novembre 2016 et en respectant le budget. De plus, Rashmi a joué un rôle



Mme Leslie Soever, présidente de l'ADPA, présente le prix Service extraordinaire à Mme Rashmi Mandhane.

déterminant sur le plan de la défense générale des intérêts de notre organisation à travers l'ouest du Canada.

Le prix Innovation clinique de l'ADPA est décerné en reconnaissance de membres de l'ADPA ayant conçu et mis en œuvre un projet clinique novateur ou une initiative connexe améliorant la vie de Canadiens aux prises avec l'arthrite. Cette année, cet honneur a été remporté par la Dre Marie Westby pour son projet de recherche « Total Joint Arthroplasty Outcome Measure (TJAOM) Toolkit ».

Le prix en recherche de la Société de l'arthrite a été présenté à la Dre Lucie Brosseau pour son

projet de recherche « Are Popular Structured Physical Activity Programs Promising for the Pain Management of Juvenile Idiopathic Arthritis? A Pilot Randomized Controlled Trial ».

Le prix Carolyn Thomas, décerné au premier auteur du meilleur résumé scientifique de l'année, a été établi en l'honneur d'une membre fondatrice de l'ADPA qui appuyait la recherche. Cette année, il a été décerné à la Dre Raquel Sweezie pour son projet de recherche « Reliability Analysis of Two Short Medication Adherence Questionnaires in Patients with Rheumatoid Arthritis ». Le prix commémoratif Barbara-Hanes a été établi pour rendre hommage à l'œuvre de cette dernière en tant que directrice du service de l'ergothérapie au sein de la Société de l'arthrite, division de l'Ontario, et à ses contributions en tant qu'éducatrice et auteure collaboratrice au manuel de rhumatologie intitulé « Physical Therapy in Arthritis ». Ce prix a été décerné à la Dre Karine Toupin-April pour son projet de recherche « A Decision-making Needs Assessment of Youth with Juvenile Idiopathic Arthritis and their Caregivers: Preliminary Results from a Narrative Review ».

Félicitations à toutes les lauréates et merci pour votre excellent travail qui contribue à l'amélioration des soins offerts aux personnes souffrant d'arthrite! Je tiens également à remercier tous les membres du conseil d'administration de l'ADPA pour leur dévouement et leurs efforts dans le travail continu de l'ADPA.

Leslie Soever, B.Sc. (PT), M.Sc., ACPAC
Présidente,
Arthritis Health Professions Association
Bolton (Ontario)

Chikung... quoi?

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

Cas : Le patient était un triathlonien de 46 ans en bonne santé, sans antécédents d'arthrite, qui après un séjour d'une semaine en Dominique républicaine est revenu atteint de polyarthrite fébrile. Étant donné son historique de fièvre chez un voyageur qui revient au pays, son médecin de famille a fourni un excellent dossier d'examen médicaux. En considération du différentiel, le dossier incluait des tests de dépistage pour le virus de la dengue, le virus Chikungunya (CHIKV; anticorps IgM au Centre pour le contrôle des maladies de Winnipeg), le virus d'Epstein-Barr, le paludisme, la leptospirose, la rougeole, les oreillons et la rubéole, ainsi qu'une hémoculture pour les infections bactériennes (p. ex. la méningococcémie), la rickettsie, le VIH, la chlamydia et la gonorrhée. En dedans d'une semaine durant laquelle il a été traité par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), son test d'IgM anti-Chikungunya est revenu avec un résultat positif confirmant le diagnostic clinique soupçonné : ce patient présentait un cas typique de CHIKV.

Quand j'ai rencontré ce patient en clinique, il était affaibli et misérable. Il présentait une polyarthrite significative des mains, des pieds, des chevilles et des genoux avec œdème péri-articulaire superposé et ténosynovite. Il avait un résultat négatif pour toutes les sérologies rhumatismales, des marqueurs inflammatoires élevés et des radiographies de départ normales. Comme un premier essai avec des AINS avait déjà échoué et qu'il recevait de la prednisone (20 mg par jour) lorsqu'il s'est initialement présenté en clinique de rhumatologie, nous l'avons traité comme s'il s'agissait d'un cas de polyarthrite rhumatoïde (PR) grave. Sur une période de quatre mois, il a reçu un traitement par association (25 mg de méthotrexate par voie sous-cutanée par semaine avec 400 mg d'hydroxy-chloroquine par jour et un gramme de sulfasalazine deux fois par jour) qui n'a suscité qu'une réponse partielle. Récemment, l'ajout de léflunomide au régime susmentionné a également échoué. Il est maintenant sous évaluation pour un agent inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (TNF).

A lors que la menace du virus Zika figure systématiquement aux nouvelles du soir, un autre virus apparenté transmis par des arthropodes, le virus Chikungunya, devrait être présent à l'esprit des rhumatologues. Initialement décrit lors d'une épidémie en Tanzanie en 1952, l'alphavirus à ARN monocaténaire (appartenant à la famille des *Togaviridae*) s'est propagé à près de 40 pays en Asie, en Afrique, en Europe (spécifiquement l'Italie) et plus récemment, dans les Amériques. Cette maladie largement répandue n'est plus considérée comme une simple « maladie tropicale », principalement à cause de la répartition géographique des deux principaux moustiques vecteurs (*Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*).

Les premiers cas dans les Amériques ont été signalés en décembre 2013 sur l'île antillaise de Saint-Martin, avec une éventuelle transmission locale signalée dans la zone continentale des États-Unis, en Floride, à la mi-juillet 2014. Alors que *Ae. aegypti* se retrouve dans le sud-est des États-Unis, dans certaines parties du sud-ouest et en Californie, *Ae. albopictus* a un potentiel plus étendu de transmission de la maladie en raison de sa présence dans les états du sud-est et de la région du centre du littoral de l'Atlantique, ainsi que dans le sud-ouest, le nord-est et le bas du Midwest américain. Par ailleurs, la forte propension humaine à

voyager entre les Amériques pour profiter du soleil ou pour affaires, combinée aux moustiques qui en profitent pour se dissimuler à bord des cargos commerciaux et des avions, favorise l'inévitable propagation de cette maladie de façon semblable à la future distribution projetée pour le virus Zika.

Les symptômes cliniques d'une infection par le CHIKV se manifestent rapidement, avec une période d'incubation moyenne de deux à quatre jours (intervalle de un à quatorze jours). Les symptômes typiques comprennent une forte fièvre pendant trois à cinq jours, des douleurs articulaires après quelques jours de fièvre et une éruption maculeuse ou maculopapuleuse chez de nombreux patients. Certains présentent aussi de terribles maux de tête, de la myalgie et des symptômes gastrointestinaux. Plus rarement, les patients peuvent développer une insuffisance respiratoire, une décompensation cardiovasculaire, une myocardite, une hépatite aiguë, une insuffisance rénale et une atteinte neurologique (p. ex. méningo-encéphalite, syndrome de Guillain-Barré).

L'atteinte articulaire typique comprend les mains, les poignets et les chevilles; toutefois, de nombreux patients signalent aussi d'autres douleurs articulaires et une atteinte squelettique axiale. De nombreux patients présentent de l'œdème péri-

articulaire, de l'enflure ou des épanchements articulaires importants. Au fil du temps, les caractéristiques du CHIKV chronique comprennent les douleurs articulaires/arthritis, la polyarthrite œdémateuse des doigts et des orteils et une ténosynovite grave. « *Chikungunya* » en swahili signifie « celui qui marche courbé », reflétant bien la posture que les patients adoptent souvent en raison de la forte douleur associée à cette maladie.

Le problème avec le CHIKV est qu'il est associé à un risque important de rhumatisme inflammatoire chronique (RIC) post-CHIKV, avec développement d'arthrite post-virale non spécifique, de PR, de spondylite séronégative et d'autres troubles musculosquelettiques non inflammatoires, incluant les douleurs articulaires persistantes. Une récente revue systématique des publications scientifiques a révélé que 25 % des cas de CHIKV entraîneraient le développement de RIC post-CHIKV et 14 % développeraient de l'arthrite chronique. La durée de ces symptômes peut varier considérablement. Dans la majorité des cas, des AINS et des stéroïdes sont utilisés en première intention avec de la physiothérapie sur les articulations touchées. Pour les cas plus persistants et incapacitants, des antirhumatismes modifiant l'évolution de la maladie (ARMM), comme le méthotrexate, et des agents biologiques, comme les inhibiteurs du TNF, ont été utilisés avec un degré de succès variable.

Même si les agents antiviraux comme la ribavirine et l'interféron- α ont un effet *in vitro*, ils ne combattent pas l'infection chez les humains. De même, les antipaludiques sont inefficaces, malgré le fait que certains cliniciens postulent qu'ils ont un effet anti-inflammatoire. Des questions ont été soulevées à propos de la persistance du CHIKV chez les patients atteints d'une maladie chronique et de la possibilité d'un dérèglement immunitaire chez les personnes concernées. Malheureusement, il n'existe actuellement aucun vaccin contre le CHIKV. Les recommandations sont principalement de nature préventive, c'est-à-dire éviter les piqûres de moustiques. Les méthodes préventives efficaces comprennent l'utilisation de moustiquaires et de moustiquaires de lit, éviter les eaux stagnantes et utiliser des produits insectifuges, y compris ceux à base de DEET ou de picaridine.

Le cas présenté ci-dessus a été ma première expérience avec un patient atteint d'arthrite liée au CHIKV. Bien que cet homme représente probablement une minorité des patients atteints de RIC post-CHIKV, sa profonde douleur et déficience fonctionnelle sont difficiles à oublier. Certains patients se présentant avec des signes de RIC post-CHIKV présentent aussi d'autres affections musculosquelettiques préexistantes (p. ex. de l'arthrose) et ces symptômes peuvent également être amplifiés. Les cohortes signalant des cas de RIC post-CHIKV dans différentes parties du monde peuvent varier sur le plan du degré d'affection musculosquelettique, reflétant possiblement des différences quant aux souches virales et aux effets articulaires dans la population locale.



Même si les patients atteints de RIC post-CHIKV ne représentent actuellement qu'une faible proportion des patients atteints d'arthrite inflammatoire (AI) dans notre pratique, la question demeure à savoir si nous pouvons véritablement les regrouper dans un même groupe inflammatoire. Il est important de garder à l'esprit le CHIKV pour ces patients ayant voyagé dans des pays plus à risque. Confirmer le diagnostic pourrait avoir une incidence sur le pronostic pour le patient et la rapidité à laquelle le paradigme de traitement pour l'AI sera envisagé. De plus, l'état d'un pourcentage significatif de patients pourrait s'améliorer simplement avec des AINS de soutien et du temps, sans recours aux ARMM. Toutefois, à titre de mise en garde, notons que la prévalence des cas de RIC post-CHIKV pourrait s'accroître grâce à la contribution des moustiques vecteurs et des changements climatiques.

Lectures suggérées :

1. Wilson ME. UpToDate: Chikungunya fever. 13 avril 2016. Accessible à l'adresse : www.uptodate.com/contents/chikungunya-fever.
2. Rodriguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Fernanda Urban-Garzon S, et coll. Prevalence of post-Chikungunya Chronic Inflammatory Rheumatism: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 25 mars 2016. [Diffusion en ligne avant l'impression].
3. Zeana C, Kelly P, Heredia W, et coll. Post-chikungunya rheumatic disorders in travelers after return from the Caribbean. *Travel Med Infect Dis* 2016; 14(1):21-5.

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

Dix choses à savoir (que les rhumatologues ne savent peut-être pas) sur l'amélioration de la qualité

Par Shirley Chow, M.D., FRCPC, M.Sc. (QIPS) et Kaveh G. Shojania, M.D.

Cette année, le thème de l'assemblée annuelle de la SCR portait sur l'optimisation de la qualité. Avec plusieurs innovations et changements récemment apportés aux pratiques exemplaires, ainsi que des appels à la responsabilisation de plus en plus pressants, les rhumatologues se doivent de savoir comment aborder les problèmes de qualité dans leur pratique. La liste ci-dessous aidera les rhumatologues à comprendre l'amélioration de la qualité et comment il convient de procéder.

1. Travaillez plus intelligemment, pas plus fort : changez le système.

La plupart des problèmes nécessitent d'améliorer le système dans lequel nous travaillons, non pas de demander aux gens de travailler plus fort ou de « faire plus attention ». Il nous faut reformuler les procédés de façon à ce que la bonne façon de faire quelque chose devienne la façon facile de le faire¹.

2. Ne courez pas trop vite vers une solution : cherchez d'abord à comprendre le problème.

Trop souvent, les gens s'empressent de créer des listes de vérification, des lignes directrices, de nouvelles procédures ou du matériel éducatif. Chacune de ces stratégies présume d'un certain type de problème ou de levier de changement qui ne s'applique pas nécessairement à votre problème². Utiliser un rappel suppose que tous s'entendent pour dire qu'une chose ou l'autre est la bonne chose à faire, mais qu'ils oublient de le faire. C'est parfois vrai. Mais dans d'autres cas, il se peut que vous « rappeliez » aux gens de faire quelque chose avec laquelle ils ne sont tout simplement pas d'accord ou qu'ils n'aiment pas faire.

3. Réaliser une amélioration nécessite un objectif clair et concret.

« Je veux améliorer les soins aux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) » est un énoncé tellement vague

qu'il en devient futile. Un énoncé précis, comme de vouloir abaisser les scores à l'indice clinique d'activité de la maladie (CDAI) en un an, est mieux. Idéalement, on voudrait formuler une amélioration mesurable comme une hausse de X % du nombre de patients atteints de PR atteignant un faible score CDAI en un an.

4. Visez des cibles appropriées.

Choisissez vos combats. Ne considérez pas seulement l'importance du problème, mais aussi la probabilité de succès. Des facteurs clés contribuant à un problème peuvent être hors de votre contrôle ou les solutions essayées par d'autres soit n'ont pas encore fonctionné à ce jour ou ont produit des conséquences imprévues. Avant de perdre des heures de votre temps dans un effort vaillant, mais voué à l'échec pour, par exemple, vous assurer que vos patients ne développeront jamais d'infections, envisagez un objectif plus modeste, mais réalisable, comme veiller à ce que tout patient atteint d'une affection inflammatoire ait ses vaccins à jour.

5. Le changement par cycle rapide devrait se faire rapidement.

Vous n'avez pas besoin d'examiner 100 dossiers pour démontrer un problème ou pour voir les résultats de votre intervention. Vous avez besoin de juste assez d'information sur un procédé pour évaluer s'il y a un problème, apporter un changement, mesurer son effet et envisager s'il convient de raffiner ou rejeter votre procédé (un cycle de « planification-réalisation-examen-action »)³⁻⁵. Le Super Bowl ne se gagne pas en planifiant une première partie parfaite, mais en apportant constamment de petites améliorations. C'est la base même de l'amélioration continue de la qualité.

6. La réflexion est importante.

Prenez le temps de réfléchir à ce que vous avez appris avec chaque cycle et comment il convient de bâtir sur ce qui a été fait.

7. Anticipez ce qui pourrait mal tourner et prenez des mesures pour atténuer ces risques.

8. Toute amélioration est un changement, mais tout changement n'est pas nécessairement une amélioration.

Les médecins ont souvent été accusés de résistance au changement; cependant, personne ne résiste catégoriquement à toute forme de changement. Gagner à la loterie amène un changement, mais qui dirait jamais : « Non, gardez cet argent... je déteste le changement! » Les gens résistent au changement quand une perte est associée à ce changement : perte de contrôle, changement aux habitudes confortables, hausse de la charge de travail, baisse de ce qu'on obtient en retour et ainsi de suite. À la lumière de cette réalité, élaborer des changements qui tiennent compte des enjeux pour les personnes concernées par le changement et n'attribuez pas systématiquement toutes les plaintes à une résistance automatique au changement.

9. N'oubliez pas les parties concernées.

Les parties concernées sont toutes les personnes impliquées dans le changement ou affectées par ce changement. Cela pourrait inclure d'autres médecins, des équipes interdisciplinaires, les patients, le personnel administratif et d'autres départements. Il est essentiel de créer une culture de changement. Ainsi, faire appel à la participation des parties concernées tôt dans le processus de développement aidera à bien cerner le problème, à informer du changement et à développer l'engagement envers le changement. Avoir un champion dans une position de leadership qui reconnaît, par exemple, qu'il y a du gaspillage et une surutilisation des tests sérologiques aidera à faire tomber les barrières et encouragera les autres à s'attaquer au problème.

10. L'amélioration de la qualité diffère de la recherche traditionnelle.

Les universitaires pourraient vouloir publier les résultats d'un projet d'amélioration de la qualité réussi. C'est là un sujet complexe. Toutefois, ce n'est plus vrai que juste parce que vous pourriez publier quelque chose, vous devez obtenir l'approbation d'un comité d'éthique. Certains comités d'éthique institutionnels sont plus au fait de ce changement que d'autres. L'ARECCI (*Alberta Research Ethics Community Consensus Initiative*) propose un bon outil de référence avec des recommandations utiles et une approche permettant de déterminer s'il est nécessaire d'obtenir l'approbation d'un comité d'éthique pour un projet donné⁶.

Références :

1. Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ* 1996; 312(7031):619-22.



**The Future
In Your Hands**

Rejoignez-vous à la Journée mondiale de l'arthrite en partageant les histoires de ceux et celles qui ont posé de vraies actions pour vivre leur vie au maximum malgré les rhumatismes et les troubles musculosquelettiques.

Impliquez-vous et visitez le
www.worldarthritisday.org
Partagez et lisez des récits sur les médias sociaux #WADStory @ArthritisDay

2. Davidoff F, Dixon-Woods M, Leviton L, et coll. Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ Qual Saf* 2015; 24(3):228-38.
3. Etchells E, Ho M, Shojania KG. Value of small sample sizes in rapid-cycle quality improvement projects. *BMJ Qual Saf* 2016; 25(3):202-6.
4. Reed JE, Card AJ. The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *BMJ Qual Saf* 2016; 25(3):147-52.
5. Ogrinc G, Shojania KG. Building knowledge, asking questions. *BMJ Qual Saf* 2014; 23(4):265-7.
6. ARECCI Ethics Screening Tool. Disponible à l'adresse : www.aihealthsolutions.ca/arecci/screening/101210/fbde9974e6d96e14a9d5e1900e2d21c.

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

Kaveh G. Shojania, M.D.
Vice-président,
Qualité et innovation, Département de médecine
Directeur,
Centre pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients
Université de Toronto,
Centre des sciences de la santé Sunnybrook
Rédacteur en chef, *BMJ Quality & Safety*
Toronto (Ontario)



Laetitia Michou @drelaetitiamicou

La Division de rhumatologie de l'Université Laval est fière d'annoncer que la Dre Laetitia Michou succède au Dr Jacques Brown comme chef de la Division de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). De plus, le Dr Louis Bessette succède au Dr Jacques Brown à titre de chef du Service de rhumatologie du CHU de Québec-Université Laval. La direction du Programme de rhumatologie de l'Université Laval sera assumée dès juillet 2016 par la Dre Zeineb Mahjoub de l'Hôtel-Dieu de Lévis, qui sera assistée dans ses fonctions par la Dre Anne-Laure Chetaille du CHU de Québec-Université Laval.

Mark Hazeltine @drmarkhazeltine

Laval est une des premières villes urbaines à utiliser de manière quotidienne le modèle de soins de santé développé par l'Alliance de l'arthrite du Canada, un programme que nous appelons « PARLER » (Programme d'accès rapide lavallois en rhumatologie). Depuis son implantation, l'équipe s'est agrandie : nous comptons trois rhumatologues, une infirmière clinicienne et une physiothérapeute. L'infirmière est responsable de l'enseignement aux patients ainsi que des perfusions. Quant à la physiothérapeute, elle participe activement au suivi des patients en effectuant l'évaluation initiale. Nous sommes fiers de nos accomplissements!



#Laval

Christian Pineau @drchristianpineau

Le Département de rhumatologie de l'Université McGill maintient sa tradition d'excellence. En plus de nos initiatives proliques en recherche fondamentale et épidémiologique, nous continuons à développer nos cliniques multidisciplinaires, hautement spécialisées en lupus érythémateux disséminé (LED), en vascularite, en sclérodermie, en myosite, en polyarthrite rhumatoïde (PR), en spondylarthrite (SpA), en échographie musculosquelettique, en problèmes de reproduction en rhumatologie, ainsi que notre programme YARD. Nous

sommes également fiers de notre programme de formation qui compte six résidents dans le noyau rhumatologique et des programmes de bourses en sclérodermie, en LED et en vascularite.

Paul Fortin @drpaulfortin

& Nathalie Amiable @drenathalieamiable

L'étude des maladies rhumatismales autoimmunes systémiques (MRAS) dans un contexte clinique est souvent limitée par le manque de biospécimens complétés par une information clinique pertinente et longitudinale. Le Dr Paul R. Fortin du CHU de Québec-Université Laval a récemment mis sur pied une banque de données cliniques associée à une biobanque pour les MRAS, palliant ainsi le déficit en infrastructures pour ce type de recherche. Ce programme de recherche unique a permis à ce jour de démarrer de nombreuses collaborations avec les laboratoires du pavillon CHUL du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval et de générer de nombreux résultats très intéressants. Ainsi, cette plateforme clinique intégrée combine en un seul outil une approche multidimensionnelle et transdisciplinaire ainsi qu'une approche centrée sur les patients.

Alexandra Albert

@drealexandraalbert

C'est un immense plaisir pour notre équipe de vous annoncer l'arrivée de trois nouveaux rhumatologues au CHU de Québec-Université Laval. Il s'agit de la Dre Alena Ikic, spécialiste de la sclérodermie et de la capillaroscopie, de la Dre Marie-Claude Audet, spécialiste des maladies osseuses et de la prise en charge des chutes et le Dr Jean-Philippe Proulx-Gauthier qui, en plus de sa spécialité en rhumatologie pédiatrique, pratique l'échographie musculosquelettique. Nous avons la chance de pouvoir maintenant compter dans nos rangs neuf rhumatologues pour adultes et deux rhumatologues pour enfants. Notre service de rhumatologie demeure actif quant au recrutement de rhumatologues afin de combler les postes encore disponibles.



#nouvellesrecrues
#CHUdeQuébec-
UniversitéLaval

Consultation sur les conseils consultatifs

Par Christine Charnock, PDG

Pour ce numéro, la SCR a effectué un sondage auprès de ses membres afin de connaître leurs opinions à propos des réunions des conseils consultatifs; lisez la suite pour un aperçu des réponses obtenues. Le sondage a été envoyé à tous les membres, dont 194 (37 %) qui ont soumis leurs réponses. Cela étant dit, les résultats représentés ci-dessous reflètent les réponses des rhumatologues actuellement en pratique.

Plus de la moitié (59 %) des répondants ont indiqué qu'ils participent à des réunions de conseils consultatifs (Tableau 1); le Tableau 2 résume les raisons les plus souvent fournies, notamment les occasions d'apprentissage (25 %), l'occasion de rencontrer les leaders d'opinion clé (25 %) et une source de revenus en dehors de la pratique clinique (22 %).

À l'autre extrémité du spectre, les répondants qui ne participent pas aux conseils consultatifs (41 %) ont indiqué le manque de temps (39 %) comme principale raison (Tableau 3).

La SCR a demandé si une occasion différente pourrait être proposée pour mieux répondre aux besoins des membres au lieu des réunions de conseils consultatifs (Tableau 4); il est intéres-

sant de voir que la majorité a répondu que non (73 %). Sur les 41 % de répondants qui n'assistent pas aux réunions de conseils consultatifs, 27 % étaient d'avis que la SCR devrait offrir d'autres occasions axées sur certains des mêmes objectifs, tandis que sur les 59 % qui assistent aux réunions, 24 % étaient d'avis que la SCR devrait proposer d'autres occasions. Ceux qui ont répondu par l'affirmative ont suggéré que la SCR pourrait offrir de petites réunions régionales informelles, en personne ou en ligne, pour mettre en évidence les nouvelles publications cruciales, les résultats d'études ou les données émergentes. On a également suggéré de communiquer sur la manière dont les membres pourraient participer plus activement aux activités de la SCR dans leur région et d'offrir de la formation médicale continue (FMC) de pointe par des leaders d'opinion clé et approuvée par la SCR. De nombreuses réponses félicitaient la SCR pour l'excellente assemblée scientifique annuelle offerte.

Le dialogue se poursuivra au sein de la SCR. Toutefois, nous apprécions grandement l'opinion de nos membres sur cette importante question. Nous sommes toujours ouverts à recevoir des idées et rétroactions additionnelles, alors n'hésitez pas à communiquer avec moi à christine@rheum.ca le cas échéant.

Christine Charnock, PDG, Newmarket (Ontario)

Tableau 1. Participez-vous aux réunions de conseils consultatifs?



Tableau 2. Si oui, pourquoi participez-vous aux réunions de conseils consultatifs?

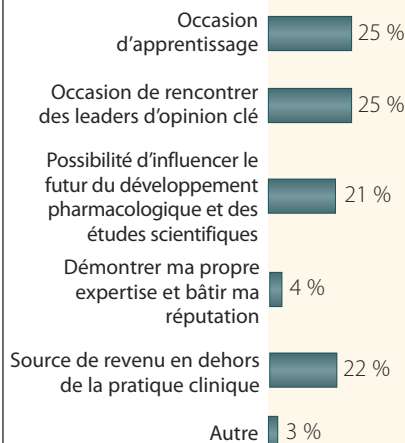


Tableau 3. Sinon, pourquoi ne participez-vous pas aux réunions de conseils consultatifs?

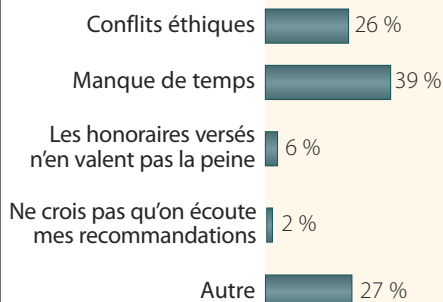
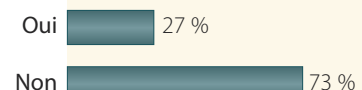


Tableau 4. La SCR pourrait-elle offrir une autre occasion qui répondrait mieux à vos besoins que d'assister à des réunions de conseils consultatifs?



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® 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.

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

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

Membre



janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF **johnson-johnson**



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 (tofacitinib) 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.

QUAND LE MÉTHOTREXATE SEUL NE SUFFIT PLUS, PENSEZ À

PR **XELJANZ^{MD}**



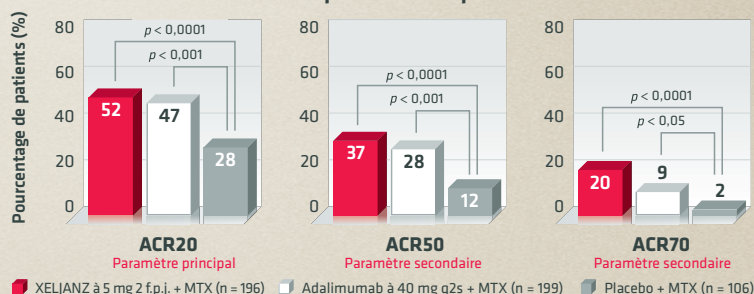
La simplicité d'un schéma posologique biquotidien par voie orale

Puissante efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

Atténuation significative des symptômes démontrée chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX après 6 mois, comparativement au groupe placebo + MTX¹.*

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

Taux de réponse ACR après 6 mois



Une amélioration significative de la fonction physique a été obtenue après 3 mois chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX, comparativement au groupe placebo + MTX¹.*

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

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

Mises en garde et précautions les plus importantes

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

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

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

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

Autres mises en garde et précautions pertinentes

- Risque de perforation du tube digestif. Utiliser avec prudence chez les patients qui peuvent être exposés à un risque accru de perforation du tube digestif.

- Risque de réactivation virale, comme la réactivation du virus responsable du zona.
- Risque de cancer, de trouble lymphoprolifératif et de cancer de la peau non mélanique.
- Risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques.
- Il faut éviter d'utiliser XELJANZ chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave ou chez les patients porteurs du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.
- Utiliser avec prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque.
- XELJANZ peut accroître le risque d'immunosuppression. L'administration concomitante avec des immunosuppresseurs puissants n'est pas recommandée.
- L'administration d'un vaccin vivant pendant le traitement par XELJANZ n'est pas recommandée.
- Administrer avec prudence chez les patients atteints d'insuffisance rénale (c.-à-d., ClCr < 40 mL/min).
- XELJANZ ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.
- Les femmes ne doivent pas allaiter pendant un traitement par XELJANZ.
- L'innocuité et l'efficacité de XELJANZ n'ont pas été établies chez les enfants.
- Il faut administrer ce médicament avec prudence aux personnes âgées en raison du risque accru d'infection grave.
- Administrer avec prudence aux patients d'origine asiatique en raison d'un risque accru de zona, d'infection opportuniste et de pneumopathie interstitielle.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une hausse des taux de créatine kinase.

- XELJANZ entraîne une réduction de la fréquence cardiaque et une prolongation de l'intervalle PR. La prudence est de mise chez les patients qui présentent au départ une faible fréquence cardiaque (< 60 battements par minute), des antécédents de syncope ou d'arythmies, une maladie du sinus, un bloc sino-auriculaire, un bloc auriculoventriculaire (AV), une cardiopathie ischémique ou une insuffisance cardiaque congestive.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une fréquence accrue d'élévations du taux d'enzymes hépatiques.

Pour de plus amples renseignements

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse http://www.pfizer.ca/fr/our_products/products/monograph/342 pour obtenir des renseignements importants au sujet des effets indésirables, des interactions médicamenteuses et de la posologie qui ne figurent pas dans le présent document. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.

Référence : 1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ, 16 avril 2014.

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

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



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

CA011570F004F



PR **XELJANZ^{MD}**
[citrate de tofacitinib]