

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie

Pleins feux sur : **L'Alliance de l'arthrite du Canada**

Éditorial

- Le sondage a dit

Prix, nominations et accolades

- Des honneurs pour M. Paul Adam, Dre Linda Li et Dr Robert Inman

Que fait la SCR pour vous?

- Un regard sur l'avenir de la rhumatologie...

Des nouvelles de l'ICORA

- L'ICORA : mise à jour à propos de la recherche

Hommage boréal

- À propos de l'Alliance de l'arthrite du Canada
- Nouvelles directions de recherche en arthrose
- Vers un cadre de mesure de la performance pour les soins de l'AI au Canada
- Un ensemble pancanadien de données cliniques pour la rhumatologie

Arthroscopie

- Mise à jour sur les récentes initiatives de CanVasc
- Mise à jour sur les récentes initiatives du CCRS
- La bourse de recherche de la SURC
- L'imminente pénurie de rhumatologues est préoccupante

Nouvelles régionales

- Extraits et instantanés de l'Ontario

In Memoriam

- Réflexions sur les mains rhumatoïdes

Articulons nos pensées

- Dis-jointes?



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}



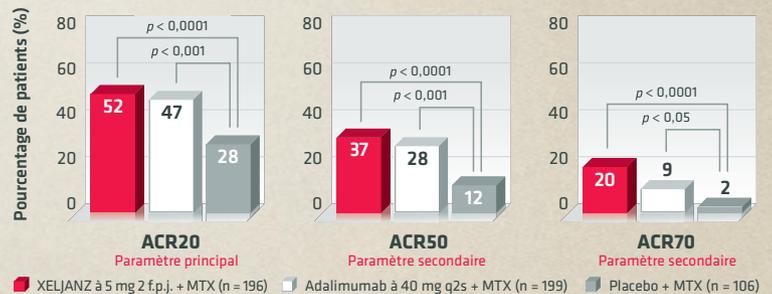
La simplicité d'un schéma posologique biquotidien par voie orale

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

Veillez 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

CA0115T0F004F



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

Le sondage a dit

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« *L'opinion est quelque chose d'intermédiaire entre l'ignorance et la connaissance.* »

Platon, *La République* (titre original : Πολιτεία), ~ 80 av. J.-C.

Tout le monde connaît bien cette expression du populaire jeu télévisé « La Guerre des Clans ». Et un autre adage populaire dit « Le temps, c'est de l'argent ». Depuis quelque temps, je constate qu'un nombre croissant de personnes sont prêtes à payer de l'argent pour mon temps. Pas des patients, pas des ministères de la santé, mais plutôt des spécialistes en études de marché. Des invitations s'insèrent régulièrement dans mes courriels, venant autant de personnes réelles qu'imaginaires. Laura Malett, chez Medefield, n'est pas une personne réelle, pas plus que Victoria chez Lead Physician (maintenant retraitée, il semblerait). Apparemment, fournir une femme fictive comme correspondante fait en sorte que vous êtes plus susceptible de répondre au sondage. Tout comme le fait de faire un don de charité entraîne des sollicitations d'autres œuvres, je constate que répondre à un sondage entraîne d'autres invitations à répondre à des sondages de partout à travers la planète. Malgré ma préférence pour recevoir de telles invitations exclusivement par courriel, je continue à recevoir des appels téléphoniques d'agents de recrutement; j'ai beau leur répéter systématiquement que les communications en ligne sont la seule forme acceptable à mes yeux, cela n'a aucun effet sur eux, comme c'est le cas avec la majorité des spécialistes en télémarketing.

Le recrutement pour certains sondages dépend des réponses à des questions de qualification. En général, on n'a aucune idée de ce qui nous qualifiera pour le véritable sondage. Toutefois, occasionnellement, il arrive que des agents de recrutement vous fassent parvenir par courriel les questions de qualifications dans un document qui indique aussi quelles réponses vous excluraient d'être envisagé comme candidat. D'après ce que j'ai pu voir, consacrer moins que 75 % de son temps à la pratique clinique et avoir été en pratique depuis moins de 3 ans ou plus de 35 ans sont des critères d'exclusion assez typiques. Une responsable du recrutement m'a fait part de leurs difficultés à trouver des candidats pour un sondage en particulier. Il s'est avéré qu'ils cherchaient des médecins qui essaient trois agents anti-TNF ou plus pour leurs patients atteints de PR avant de passer à un médicament avec un autre

mode d'action. Je lui ai dit que je ne pratiquais pas de cette façon et que j'étais assez certain qu'elle aurait effectivement de la difficulté à trouver de tels candidats.

Une autre situation relativement courante de nos jours est de recevoir des invitations à répondre au même sondage de plusieurs sources : Medefield, PSL Group, Glocalmind, M-panels, OMR Globus, MPI Research, MD Analytics, 42 Market Research, Innomar, HAB Community, SERMO, Consumer Vision, CRC Research, MNOW, MedePanel et Tandler Group sont tous des noms familiers dans ma boîte de courriels.

En général, l'un d'eux est effectivement le véritable initiateur du sondage. Les autres sont des agents de recrutement qui, de toute évidence, prélèvent leur part des honoraires offerts pour le sondage. Certains sont plus gourmands que d'autres. Par exemple, j'ai déjà reçu des offres pour répondre à un sondage pour 150 \$, et ensuite une invitation d'un agent de recrutement pour répondre au même sondage pour 75 \$. En général, sauter sur la première offre pour répondre à un sondage est une erreur puisque, au fil du temps, lorsque l'échéance de recrutement approche, les primes de sondage augmentent. Comme c'est le cas lors de l'achat d'un billet d'avion ou de concert, une fois que vous avez répondu au sondage Y pour le montant X, vous ne pouvez plus demander la prime plus élevée par la suite. Des remords de l'acheteur s'ensuivent. D'un autre côté, un sondage mal coté offrant une prime élevée devrait être accepté immédiatement : les rares offres de 150 \$ pour 15 minutes de travail ne durent pas longtemps.

Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas surprenant de voir que certains sondages terminent maintenant en demandant si vous croyez avoir répondu à ce sondage une ou plus qu'une fois récemment. Je n'ai pas la patience pour répondre au même sondage deux fois. Mais je me suis souvent demandé ce qui arriverait si quelqu'un admettait qu'il pensait avoir répondu au même sondage plus qu'une fois. Est-ce que cela les disqualifierait pour le paiement, même s'ils ont répondu au sondage en entier?

Suite à la page 24.

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, FACR

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-révisure (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 : mars 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



M Paul Adam a reçu le Prix du président de 2015 de l'Association des professionnels de la santé en rhumatologie (ARHP). Le Prix du président de l'ARHP est décerné à un membre ou une équipe de l'ACR/ARHP pour sa contribution remarquable à l'avancement des objectifs, des idéaux et des normes de l'ARHP au cours de l'année. Ce prix reconnaissait ses contributions depuis plusieurs années dans le domaine de l'apprentissage en ligne. M. Adam a présidé au sous-comité de l'apprentissage en ligne pendant deux ans et faisait partie de l'équipe qui a créé le concept des modules d'apprentissage eBytes. En 2015, il a rédigé un énoncé de position sur l'apprentissage en ligne détaillant différentes stratégies et recommandations pour personnaliser l'expérience d'apprentissage en ligne sur le nouveau système de gestion de l'apprentissage de l'ACR/ARHP. M. Adam est agent de liaison en rhumatologie et coordinateur des services de sensibilisation du Mary Pack Arthritis Program à Vancouver, en Colombie-Britannique.



La Dre Linda Li a reçu le Prix du chercheur distingué 2015 de l'Association of Rheumatology Health Professional (ARHP), la division des professionnels de la santé de l'American College of Rheumatology (ACR). Il s'agit du plus prestigieux prix décerné en recherche par l'ARHP et il lui a été décerné en reconnaissance de ses contributions majeures à la compréhension des comportements de recherche d'aide chez les personnes atteintes d'arthrite et de son travail novateur fondé sur l'utilisation d'interventions médiatiques numériques pour améliorer la prise en charge de l'arthrite.

La Dre Li est professeure agrégée à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC), de même que titulaire de la Chaire de la Société de l'arthrite/Harold Robinson sur les maladies arthritiques et de la Chaire de recherche du Canada en traduction des connaissances axée sur les patients de l'UBC et Arthrite-recherche Canada. Son travail a aussi été reconnu dans le passé par plusieurs autres prix importants comme le Prix du nouveau chercheur de l'IALA, le Prix du nouveau chercheur de l'ARHP et un Prix du chercheur de carrière de la Michael Smith Foundation for Health Research.



Le Dr Robert Inman a récemment eu l'honneur d'être désigné « *Master* » par l'American College of Rheumatology (ACR). Cette reconnaissance est un des plus grands honneurs que l'ACR peut décerner à ses membres distingués. Cette distinction honorifique est conférée aux membres de l'ACR pour leurs contributions exceptionnelles au domaine de la rhumatologie par leurs réalisations en recherche et leurs services à leurs patients, à leurs étudiants et à la profession de la rhumatologie. Les lauréats sont des gens qui ont voué leur carrière à l'avancement de la recherche en rhumatologie et à l'amélioration des normes cliniques dans le traitement des maladies rhumatismales. Le « *Master* » doit se distinguer par l'excellence et l'importance de ses contributions à la science et à l'art de la rhumatologie. « C'est un honneur d'être ainsi reconnu pour mon engagement envers l'avancement de la santé des patients atteints de maladies rhumatismales », a déclaré le Dr Inman. « Je suis très ému par cette distinction et cette invitation à joindre les rangs de nombreux autres rhumatologues distingués. »

Les domaines d'intérêt en recherche du Dr Inman se sont concentrés sur l'interaction entre l'infection et l'auto-immunité et sur les aspects cliniques et fondamentaux de la spondylarthrite (SpA). Il a publié plus de 350 textes et chapitres. Le Dr Inman est directeur du Centre d'excellence en rhumatologie du Réseau universitaire de santé, directeur du programme sur la spondylite au Toronto Western Hospital et médecin-chef adjoint de la recherche pour le Réseau universitaire de santé à Toronto.

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 katiiao@sta.ca. L'envoi de photos est fortement encouragé.

Un regard sur l'avenir de la rhumatologie...

Par Christine Charnock, PDG de la SCR

En êtes-vous à vos premiers pas en rhumatologie? Êtes-vous au courant des dernières nouvelles?

NRRW

La SCR a pris le *National Rheumatology Residents' Weekend* (NRRW) sous son aile. L'événement s'est tenu du 22 au 24 janvier 2016. Le NRRW est un événement collaboratif qui rassemble des résidents en rhumatologie de l'ensemble du Canada pour des séances axées sur le perfectionnement professionnel englobant plusieurs rôles différents. Les rhumatologues pédiatriques et pour adultes peuvent profiter de cette occasion de réseautage avec leurs collègues de partout au pays et participer à un examen clinique objectif structuré (ECOS) officiel et un examen écrit. Pour de plus amples renseignements, visitez le site www.rheum.ca/fr/students/nrrw_presentations.

FLIRT

Le programme de mentorat FLIRT (*Future Leaders in Rheumatology Training*) est conçu pour les rhumatologues en début de carrière qui sont appelés à devenir des chefs de file de la recherche, de la formation ou de la défense des intérêts au Canada. La date limite pour soumettre une demande pour le programme de mentorat FLIRT était le 1^{er} avril 2016; il s'agissait d'un processus de demande conjoint, les formulaires devant être remplis par le candidat et un supporteur). Pour en savoir plus, visitez le site www.rheum.ca/fr/members/flirt.

TROT

Le programme TROT (*Training Rheumatologists for Tomorrow*) est axé sur le désir de faire connaître la rhumatologie et de susciter l'intérêt des étudiants en médecine, des résidents en médecine interne et des résidents en pédiatrie... Comment faire passer le message? N'hésitez pas à communiquer avec le Dr Alfred Cividino à l'adresse civi@cogeco.ca pour plus d'information.



Comité 2025

Que nous réserve l'avenir? Le comité explore ce à quoi les soins de santé, les soins en rhumatologie, les rhumatologues et les patients pourraient ressembler en 2025. La première séance de remue-ménages a eu lieu le 22 janvier 2016

avec 20 rhumatologues assez nouveaux, très nouveaux ou en formation, de même qu'un physiothérapeute, une infirmière et un patient partageant leur vision du futur. Nous vous demandons : « Que peut faire la SCR pour aider à préparer ses membres en vue de ce futur? » N'hésitez pas à communiquer avec moi à l'adresse christine@rheum.ca pour plus d'information ou pour faire part de vos commentaires et suggestions.

Dilemme en rhumato

Dilemme en rhumato (*Dilemma Rheum*) est une série de téléconférences didactiques conçue pour les rhumatologues récemment certifiés et en formation. Chaque séance présentera une discussion menée par un expert sur un sujet particulier ainsi qu'une séance de questions et réponses sur des cas concrets.

Les sujets abordés dans le cadre de ces téléconférences éducatives varieront et vos suggestions de sujets futurs sont les bienvenues. La première séance a eu lieu le 9 mars dernier, portant sur des cas complexe de PR. Il y a eu une excellente discussion sur de très bons cas. Les prochaines séances comprendront un cas complexe de sclérodermie et un cas complexe de vasculite. Veuillez visiter le site Web au www.rheum.ca/en/education/dilemma_rheum pour les dates et les détails sur le processus d'inscription.

Nous encourageons tous les participants à contribuer aux téléconférences en soumettant un cas, un sujet chaud à discuter ou un dilemme thérapeutique au moment de leur inscription à la séance. Pour plus d'information, visitez le site www.rheum.ca/fr/education/dilemma_rheum.

Christine Charnock, PDG,
Société canadienne de rhumatologie, Newmarket (Ontario)

L'ICORA : mise à jour à propos de la recherche

Le comité pour la recherche de la SCR a lancé le 9^e concours de bourse de l'ICORA. La date limite pour soumettre une demande de bourse est le 31 mars 2016 et les candidats retenus seront avisés à la fin de mai.

Nous remercions spécialement le Dr Paul Haraoui pour sa contribution en tant que président de l'ICORA et du Comité pour la recherche. Le Dr Haraoui a assumé la présidence depuis 2006 et a fourni un précieux leadership et un grand dévouement à l'organisation, amenant l'ICORA à devenir la troisième plus importante agence de financement de la recherche en rhumatologie au Canada. Nous sommes heureux d'accueillir la Dre Janet Pope comme nouvelle présidente du comité pour la recherche.



Les études subventionnées par l'ICORA se démarquent dans le monde entier, avec notamment plusieurs affiches et présentations orales aux récentes assemblées annuelles de l'ACR (American College of Rheumatology) et de la SCR.

À l'ACR en 2015

- *A Comparison of Maternal Outcomes in Women With and Without JIA* (orale).
- *Creating New Rheumatologists: The Canadian Experience* (orale).
- *Enhancing Comparative Effectiveness Research by Combining Observational and Randomized Trial Data to Personalize the Choice Between Methotrexate and Triple Therapy for Methotrexate-naïve Patients with Early RA* (orale).
- *Quantifying the Delays to Rheumatologist Consultation and Treatment Among Patients with Systemic Inflammatory Rheumatic Diseases* (orale).
- *A Comparison of Prenatal Care in Mothers With and Without JIA: Association with Outcomes* (affiche).
- *Inflammatory Arthritis Patient Perspectives on Strategies to*

Support Medication Adherence: A Qualitative Study Using a Novel Group Exercise (affiche).

- *Primary Care Management of Patients with Rheumatic Diseases Prior to Rheumatologist Consultation* (affiche).
- *Proof of Concept Study of the Arthritis Health Journal: An Online Tool to Promote Self-Monitoring in People with RA* (affiche).
- *Scoring Medication Requirements and Side-Effects in JIA: Perspectives of Patients, Parents and Clinicians* (affiche).
- *Test-Retest Reliability of the 5-Item Compliance Questionnaire Rheumatology and Factors Influencing its Assessment of Adherence in Patients with RA* (affiche).
- *Using Patient-Relevant Variables to Describe the Disease Course in Children with JIA* (affiche).

À l'ASA de la SCR en 2016

- *Reliability Analysis of Two Short Medication Adherence Questionnaires in Patients with RA* (orale).
- *Characterizing Referrals to Rheumatologists to Better Understand Care Management of Patients with Rheumatic Diseases* (affiche).
- *CMA Rheumatology Wait Time Benchmarks: The Need to Tame the Queue Across the Continuum of Care* (affiche).
- *"Honestly, I'm very scared of the side effects so I don't, I won't take it:" A Qualitative Study of Adherence to DMARDs in Inflammatory Arthritis Patients* (affiche).
- *Participant Recruitment for Rural RA Care Delivery Model Trial* (affiche).
- *Patient's Experience of the Diagnosis and Management of Psoriatic Disease* (affiche).
- *Proof of Concept Study of the Arthritis Health Journal: An Online Tool to Promote Self-Monitoring in People with RA* (affiche).
- *The Early Arthritis Screening and Treatment (EAST) Program for Eastern Quebec Improves Inflammatory Arthritis Care* (affiche).
- *The Quality and Continuity of Information Between Primary Care Physicians and Rheumatologists* (affiche).

La contribution de l'ICORA à l'avancement de la recherche en rhumatologie au Canada est rendue possible grâce aux contributions financières sans restrictions de nombreux partenaires de l'industrie. Nous tenons à remercier nos commanditaires de 2016 pour leur soutien continu.

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

Par Janet Yale, présidente de l'Alliance de l'arthrite du Canada

L'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) a été constituée en 2002 en vue d'un objectif fort simple : améliorer la qualité de vie des quelque 4,6 millions de Canadiens souffrant d'arthrite.

Avec plus de 30 organisations membres, l'AAC réunit les professionnels de santé du domaine de l'arthrite, les chercheurs, les organismes de financement, les gouvernements, les organismes du secteur bénévole et de l'industrie, et de manière plus importante, les représentants des organisations de patients provenant de partout au Canada.

Les membres de l'AAC contribuent à un vaste réseau d'expertise et de capacités à travers le Canada, œuvrant pour fournir de l'information fondée sur les données probantes pour orienter et appuyer des politiques publiques qui font mieux connaître l'arthrite. Des efforts continus, en tant qu'organisations individuelles et en collaboration avec les autres intervenants du domaine de l'arthrite, sont essentiels pour atteindre les objectifs globaux d'atténuer le fardeau associé à plus de 100 types d'arthrite, la principale cause d'invalidité au Canada.

Bien que chaque organisation membre poursuive ses propres travaux, l'Alliance offre un objectif central et un forum pour des initiatives de collaboration plus larges. Un principe fondamental sous-jacent aux efforts de l'AAC est de mettre les connaissances fondées sur les données probantes au travail. En partenariat et collaboration, nous avons élaboré une stratégie nationale basée sur trois piliers fondamentaux : améliorer les connaissances et la sensibilisation à l'arthrite; améliorer la prévention et les soins et appuyer la collaboration continue entre les parties prenantes. Vous trouverez plus de détails à ce propos sur le site à www.arthritisalliance.ca/fr/action-collective-pour-l-arthrite.

Ce cadre de travail stratégique établit les priorités de recherche, identifie des principes devant guider l'organisation



Mme Janet Yale.

et la prestation des soins et propose un mécanisme pour impliquer les gouvernements et la communauté de la santé en général au sein de la communauté de l'arthrite. Mais avant tout, l'AAC entend mettre la personne atteinte d'arthrite au tout premier plan et, à cette fin, nous veillons à ce qu'il y ait une représentation du client à un poste de direction dans toutes nos initiatives.

Depuis la publication de notre cadre de travail à l'automne 2012, de grands progrès ont été réalisés. Depuis l'automne 2013, nous présentons notre Conférence annuelle et symposium sur la recherche pour partager les découvertes scientifiques, mener des séances de travail dans

nos secteurs prioritaires, sensibiliser les gouvernements et les auditoires extérieurs à l'arthrite et célébrer nos succès par un souper gala annuel. Nous avons intégré la remise du prix Qualman-Davies en leadership communautaire en matière d'arthrite à notre gala en reconnaissance du rôle essentiel qui incombe au leadership communautaire efficace et à la défense des intérêts.

Au cours des trois dernières années, nous avons également concentré nos efforts sur l'amélioration de l'accès aux soins pour les patients souffrant d'arthrite auto-immune et d'arthrose. Nous avons développé des outils pour favoriser l'amélioration des résultats par des modèles de soins basés sur les données probantes pouvant être adaptés et mis en œuvre dans des environnements locaux. Cela a constitué la base de nos efforts de défense des intérêts auprès du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux à travers le pays.

En ce qui concerne l'avenir, les décisions que le gouvernement prend aujourd'hui se répercuteront sur l'accès des patients à des soins de qualité pour l'arthrite pour les années à venir. Cependant, nous demeurons confrontés à un défi d'envergure, soit celui de faire reconnaître l'arthrite comme

un problème de santé majeur et une priorité pour les investissements gouvernementaux. Notre rapport sur l'impact de l'arthrite documente le fardeau économique croissant que représente l'arthrite, tant sur le plan des soins de santé que des coûts en productivité, et souligne des stratégies d'atténuation des risques. L'AAC a décidé de tirer profit de ce travail de base pour développer et mettre en œuvre un plan de défense des intérêts complet pour argumenter en faveur d'une stratégie nationale relative à l'arthrite.

Nous vous invitons à lire attentivement ce numéro du JSCR pour en apprendre plus sur les initiatives en cours de l'AAC en

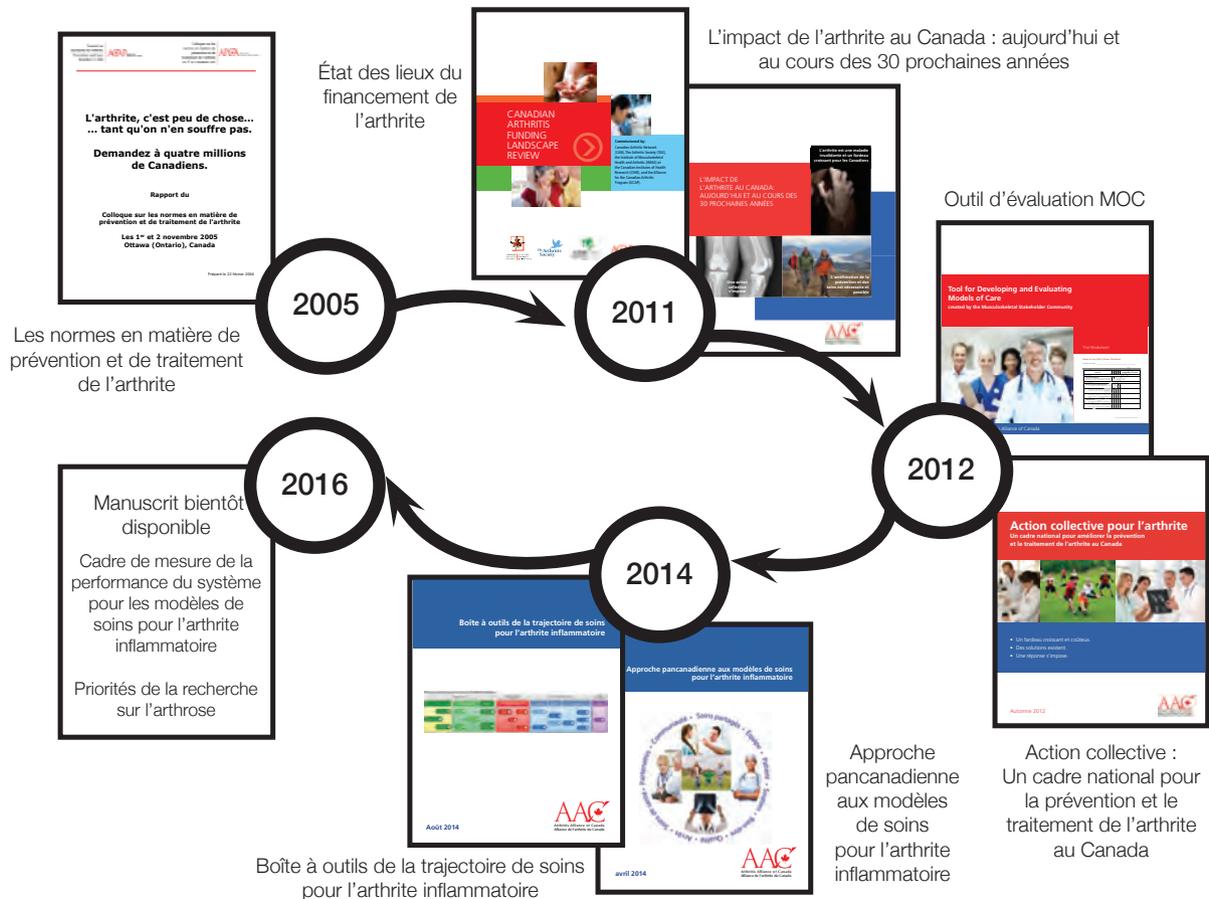
vue d'améliorer la prévention et les soins de l'arthrite au Canada.

Pour recevoir notre bulletin de nouvelles mensuel afin de vous tenir informés ou de participer, veuillez communiquer avec Mme Jaime Coish, directrice administrative de l'AAC, à l'adresse jcoish@arthritissalliance.ca.

Janet Yale
Présidente et chef de la direction, La Société de l'arthrite
Présidente, Alliance de l'arthrite du Canada
Toronto (Ontario)



Un bref historique de nos publications



Nouvelles directions de recherche en arthrose

Par Deborah Marshall, Ph.D., Kelsey H. Collins, candidate au doctorat et S. Jeffrey Dixon, DDS, Ph.D.

Le 22 octobre 2015, l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC), en partenariat avec l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IALA) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a rassemblé plus de 200 intervenants en matière d'arthrite et experts reconnus en arthrose, y compris des scientifiques, des ingénieurs, des fournisseurs de soins de santé, des stagiaires, des spécialistes et des personnes vivant avec l'arthrite. Un symposium sur les nouvelles directions pour la recherche en arthrose a identifié les lacunes sur le plan des connaissances, soulignant les occasions de recherche en arthrose et les approches prometteuses pour de futures études. Les présentateurs incluaient un groupe de consommateurs engagés (Mme Alison Hoens, M. John Coderre, Mme Anne Fouillard et la Dre Jean Miller) et des universitaires spécialisés (la Dre Gillian Hawker, le Dr Frank Beier, le Dr Nicholas Mohtadi, la Dre Carolyn Emery, la Dre Linda Li et la Dre Ewa Roos).

Un thème clé reflété dans toutes les présentations est le besoin essentiel pour un changement de paradigme tant en recherche fondamentale qu'appliquée; l'arthrose n'est pas « juste » la dégénération passive du cartilage découlant de l'usure normale, mais bien une maladie complexe touchant de multiples tissus et attribuable à la participation active de

multiples types de cellules. La recherche a reconnu l'arthrose comme un état hétérogène comportant de multiples mécanismes pathogènes et manifestations cliniques définissant des « phénotypes d'arthrose » nécessitant potentiellement différents diagnostics et différentes approches thérapeutiques. Une approche de recherche fondée sur une équipe transdisciplinaire provenant des différents piliers de soins de la santé est essentielle pour décrire, évaluer et développer des interventions adéquates pour ces sous-groupes d'arthrose.

Des données probantes appuient l'efficacité d'un traitement conservateur non chirurgical pour l'arthrose du genou, plus précisément par l'alimentation et l'exercice¹. Nous ne disposons toujours pas de médicaments modifiant l'évolution de la maladie pour l'arthrose comparables aux agents biologiques pour l'arthrite inflammatoire (AI); cela demeure une occasion clé de recherche et de recherche translationnelle. Plus de recherche est également requise pour explorer le potentiel des approches de médecine régénérative pour la prévention et le traitement de l'arthrose.

Un passionnant exemple de traitement personnalisé a été décrit par la Dre Roos, qui a étudié le traitement par un régime d'exercice personnalisé chez des patients atteints d'arthrose pour améliorer leur fonction articulaire et réduire leurs symp-



Présentation de Mme Alison Hoens et du Dr Jeff Dixon lors de l'Assemblée annuelle de l'AAC.



Linda Wilhelm, lauréate du prix Qualman-Davies en leadership communautaire en matière d'arthrite, au côté de son affiche à la séance de présentation par affiches de l'AAC.

tômes d'arthrose. Ce programme, « Mieux vivre avec l'arthrose au Danemark (GLA:D)² », a été testé avec succès dans le cadre d'un programme d'agrément pour physiothérapeutes.

La Dre Li a décrit comment la mise en œuvre des connaissances en recherche continue à traîner derrière la découverte, précisant que plus d'efforts doivent être déployés pour traduire nos résultats. Cela pourrait nécessiter un renforcement des capacités dans les domaines de la traduction des connaissances, de la mise en œuvre de l'innovation scientifique et de l'engagement des patients. Un exemple présenté par la Dre Emery était la recommandation de mettre en place des stratégies de prévention ciblée des blessures dans les sports et loisirs chez les jeunes, où les études ont démontré une réduction significative des blessures avec un réchauffement avant l'entraînement neuromusculaire.

Le groupe de consommateurs a mis en évidence le besoin continu de changer la culture entourant l'engagement des patients et souligné les rôles des patients, notamment pour identifier les questions de recherche pertinentes, contribuer à la conception des études, interpréter les résultats et traduire les connaissances, ainsi que collaborer avec d'autres membres de la communauté de l'arthrose pour faire campagne en faveur d'un financement adéquat des efforts de recherche.

Le lendemain du symposium, les membres, partenaires et intervenants de l'AAC se sont réunis pour une rencontre de type atelier. Sur la base des résultats du symposium, les objectifs de l'atelier étaient d'identifier les lacunes dans les connaissances sur l'arthrose, résumer et prioriser les principales questions de recherche et identifier des programmes et des stratégies pour aborder les plus importantes questions en matière de recherche sur l'arthrose. Un rapport détaillant les conclusions du symposium et de l'atelier est en cours de préparation.

Les présentations PowerPoint du symposium de recherche et de l'atelier sont disponibles sur le site Web de l'AAC; veuillez vous rendre sur <http://www.arthritisalliance.ca/en/aacannual/14-data-articles/173-2015-annual-conference-ppt> pour accéder à ce contenu.



(De gauche à droite) : Dre Deborah Marshall, Mme Alison Hoens, Mme Anne Fouillard, M. John Coderre et Dre Jean Miller.

Références :

1. Osteoarthritis Research Society International (OARSI). Physician Summary: Non-Surgical Treatment of Osteoarthritis of the Knee. 2014. Disponible à l'adresse : www.oarsi.org/sites/default/files/library/2014/pdf/physiciansumfinal.pdf.
2. Roos EM, Skou ST. English Summary: GLA:D Annual Report 2014. Disponible à l'adresse : www.glaiddk/pdf/english%20summary%20annual%20report%202014%20GLAD.pdf.

Deborah Marshall, Ph.D.

Chaire Arthur J.E. Child, Recherche sur les issues en rhumatologie
Professeure, Département des sciences de la santé communautaire,
Université de Calgary

Directrice, Évaluation de la technologie en santé,
Alberta Bone & Joint Health Institute, Calgary (Alberta)

Kelsey H. Collins, candidate au doctorat

Boursière Killam et IRSC

Candidate au doctorat en ingénierie biomédicale,
Laboratoire de performance humaine, Université de Calgary
Calgary (Alberta)

S. Jeffrey Dixon, DDS, Ph.D.

Professeur émérite, Codirecteur, Bone & Joint Institute
Université Western, London (Ontario)




Arthritis Alliance of Canada (AAC)
Annual Meeting and Research Symposium

“Building Capacity for Sustainable Healthcare in Canada”

presented in partnership with
CIHR's Institute of Musculoskeletal Health and Arthritis
October 22-23, 2015
Delta Lodge Hotel at Kananaskis, Alberta

A Special Gala Tribute Dinner

“DR. CY FRANK AND THE ROCKY MOUNTAIN PIONEERS”

In honour of the accomplishments and legacy of Dr. Cy Frank



Dr. Cy Frank
August 3, 1949 – March 5, 2015

The Symposium, entitled “New Directions in Osteoarthritis Research”, will look ahead at promising approaches for future studies, and identify knowledge gaps and research opportunities. The AAC workshops will focus on building capacity in research and health care sustainability. The programme will bring together scientists, engineers, healthcare providers, trainees, specialists, key stakeholders and, most importantly, people living with arthritis.

<p>THURSDAY, OCTOBER 22, 2015</p> <p>8:00 am - 12:00 pm: CIHR - IMHA “Young Investigator Forum”</p> <p>Research Symposium: “New Directions in Osteoarthritis Research”</p> <p>12:45 pm - 1:00 pm: Arthritis Alliance of Canada: Welcoming Remarks</p> <p>1:00 pm - 5:00 pm: Research Symposium: “New Directions in Osteoarthritis Research”</p> <p>6:15 pm - 6:45 pm: Reception</p> <p>6:45 pm - 9:00 pm: Gala Tribute Dinner “Dr. Cy Frank and The Rocky Mountain Pioneers”</p>	<p>FRIDAY, OCTOBER 23, 2015</p> <p>8:30 am - 9:00 am: AAC Annual General Meeting</p> <p>9:00 am - 10:15 am: AAC Models of Care Workshop</p> <p>10:45 am - 12:00 pm: AAC Research Workshop</p> <p>12:30 pm - 1:45 pm: AAC Advocacy and Awareness Workshop</p> <p>8:00 am - 1:00 pm: CIHR - IMHA “Young Investigator Forum”</p> <p>8:00 am - 1:00 pm: The Arthritis Society Trainee Session</p> <p>1:00 pm - 3:00 pm: Joint Poster Session: IMHA “Young Investigators”, The Arthritis Society Trainees and Arthritis Consumer Organizations in Canada</p>
--	--

Register today: <http://arthritisalliance.ca/conference2015/>

Vers un cadre de mesure de la performance pour les soins de l'AI au Canada

Par Claire Barber, M.D., FRCPC, Ph.D., Diane Lacaille, M.D., FRCPC, M.Sc.S., Dianne Mosher, M.D., FRCPC et Deborah Marshall, Ph.D.

Il est estimé que l'arthrite inflammatoire (AI) auto-immune, incluant notamment la polyarthrite rhumatoïde (PR), la spondylarthrite (SpA) et l'arthrite juvénile idiopathique (AJI), touche plus d'un million de Canadiens; par ailleurs, dans de nombreuses régions, on constate une pénurie de fournisseurs de soins de santé pour l'arthrite. En réponse à ces pressions et dans un effort pour optimiser la prestation des soins, l'Alliance de l'Arthrite du Canada (ACC) a lancé l'approche pancanadienne du Modèle de soins pour l'arthrite inflammatoire en 2014. Le modèle décrit une approche de prestation des soins pouvant être appliquée en tout ou en partie dans différents milieux de soins de santé selon le contexte. Une boîte à outils de mise en œuvre accompagne le modèle.

Il existe, à travers le Canada, une variété de modèles de soins novateurs. Par exemple, pour assurer aux patients atteints d'AI un accès rapide aux soins, un certain nombre de centres ont mis en place des systèmes centralisés d'admission et de triage. D'autres centres ont augmenté leur capacité clinique par le recours à des cliniques supervisées par des infirmières ou des fournisseurs de soins primaires. Dans les régions rurales et éloignées, des programmes de télésanté et des cliniques mobiles ont également amélioré l'accès aux soins.

Cependant, comment savoir si la mise en œuvre d'un nouveau modèle de soins a amélioré la qualité des soins cliniques? Comment évaluons-nous notre prestation actuelle de soins pour nous assurer que nos patients reçoivent le plus haut niveau de soin et obtiennent les meilleurs résultats possible? Il importe de répondre à ces questions, non seulement dans le cadre de l'évaluation des lacunes potentielles dans les soins,



mais aussi lorsqu'il s'agit de plaider notre cause pour l'obtention de ressources en soins de santé.

La qualité des soins de santé fait référence au degré de correspondance entre les services de soins de santé clinique et les meilleures pratiques; la qualité est évaluée en fonction de six domaines fondamentaux reflétant la prestation de soins sûrs, effi-

caces, axés sur le patient, à propos, efficaces et équitables. Une mesure de performance est une mesure servant à évaluer la prestation des soins en fonction de ces aspects de qualité. L'AAC et ses intervenants ont commencé à travailler sur le développement de mesures de performance pour un cadre d'évaluation pour l'AI.

Pour la Phase I, en collaboration avec des intervenants du domaine de l'AI de partout au Canada, une série de six mesures de performance concernant le système a été développée en fonction des lignes directrices et harmonisée, là où cela était approprié, avec les mesures existantes d'autres pays. Les mesures englobent l'accès aux soins et aux traitements pour les patients atteints d'AI sur le plan du système de la santé (p. ex. à l'échelle clinique, régionale ou provinciale). Nos constatations seront publiées dans le numéro de mars 2016 du *Journal of Rheumatology*.

Les mesures sont actuellement à l'essai dans cinq provinces canadiennes, dans 10 milieux de soins pour l'arthrite. Les mesures actuelles ne portent toutefois pas sur les meilleures pratiques en matière de patient-fournisseur ou des résultats pour le patient. Pour la Phase 2 du développement de son cadre d'évaluation, l'AAC développera et testera des mesures aptes à traverser le continuum des soins pour les patients

atteints d'AI. Le cadre de travail sera un outil clé pour les centres et les praticiens souhaitant évaluer les soins qu'ils offrent ainsi que pour l'évaluation de nouveaux modèles de soins.

Claire Barber, M.D., FRCPC, Ph.D.
Professeure adjointe, Division de rhumatologie,
Département de médecine, Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Diane Lacaille, M.D., FRCPC, M.Sc.S
Professeure, Division de rhumatologie,
Département de médecine,
Université de la Colombie-Britannique
Chercheuse scientifique principale, Rhumatologie
Chaire de recherche en rhumatologie Mary-Pack
Arthrite-recherche Canada
Richmond (Colombie-Britannique)

Dianne Mosher, M.D., FRCPC
Professeure de médecine,
Chef, Division de rhumatologie
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Deborah Marshall, Ph.D.
Chaire Arthur J.E. Child,
Recherche sur les issues en rhumatologie
Professeure,
Département des sciences de la santé communautaire,
Université de Calgary
Directrice,
Évaluation de la technologie en santé,
Alberta Bone & Joint Health Institute
Calgary (Alberta)

DIVISION OF RHEUMATOLOGY, TORONTO WESTERN HOSPITAL

in ASSOCIATION WITH



PRESENTS

Professional Education Day on Sjögren's Syndrome

April 29, 2016

0800 – 16:30

**Hilton Mississauga/Meadowvale Hotel
& Conference Centre**

6750 Mississauga Rd, Mississauga, ON

(Located 15 mins west of Toronto Pearson Airport, 25 mins to downtown Toronto)

La Division de rhumatologie du Toronto Western Hospital, en partenariat avec la Société de Sjögren du Canada, est heureuse de présenter une **Journée de formation professionnelle** sur le syndrome de Sjögren **le 29 avril 2016**.

Au nombre des conférenciers, le Dr Robert Fox, affilié au Scripps Institute à La Jolla, en Californie, et le Dr Julius Birnbaum, associé à l'Hôpital Johns Hopkins de Baltimore.

Nous vous invitons à réserver cette journée qui s'annonce fort intéressante et pleine de connaissances pratiques.

Inscription à partir du 22 février 2016. Pour de plus amples renseignements et pour vous inscrire, rendez-vous sur le site www.sjogrencanada.org/seminars-events/ProfEdDay/

Un ensemble pancanadien de données cliniques pour la rhumatologie

Par Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC, Claire Barber, M.D., FRCPC, Ph.D., Dianne Mosher, M.D., FRCPC, Michel Zimmer, M.D., FRCPC et Sandra Couto, B.Sc. Pharm

Les systèmes de santé à travers le monde sont en cours de transformation pour améliorer l'accès aux soins et leur qualité, la valeur obtenue pour le coût et l'expérience des patients. Au Canada, les efforts déployés en vue d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins médicaux se fondent sur un système de santé solide. La prise de mesures fait partie intégrante de ce processus et définir un ensemble commun de données pour les rhumatologues canadiens nous permettra de favoriser la progression vers l'amélioration visée. Les dossiers médicaux électroniques (DME) et d'autres bases de données sont les outils nécessaires pouvant potentiellement transformer la prestation des soins.

Au cours des huit dernières années au Canada, l'adoption des DME par les médecins en soins primaires a plus que doublé, passant de 23 % en 2006 à 75 % en 2014. L'adoption des DME par les spécialistes en milieu communautaire a également augmenté, passant de 28 % en 2007 à 70 % en 2014¹.

Le paysage des DME continue à évoluer tandis que les médecins réalisent de plus en plus la valeur de la mise en œuvre d'un système de DME dans leur pratique quotidienne. Initialement, les DME avaient été développés pour les médecins en soins primaires et la plus grande préoccupation pour les spécialistes était l'absence d'outils spécialisés spécifiques intégrés. Pour les spécialistes en milieu hospitalier ou universitaire, il n'y avait souvent aucun moyen d'influencer ou de modifier les modèles ou la collecte de données à l'intérieur des systèmes de DME. La récupération des données était également compliquée. Les rhumatologues canadiens ont assumé un rôle de leadership, non seulement en ce qui concerne leur adoption des DME, mais aussi par leur capacité à développer des outils basés sur les DME permettant une optimisation plus significative de ces plateformes. Les formulaires cliniques, les calculateurs d'activité de la maladie et la saisie des mesures de résultats signalées par les patients font partie des outils importants qui existent maintenant dans les DME grâce à des rhumatologues canadiens. Bien que les taux d'adoption continuent à augmenter, une forte variabilité interprovinciale persiste sur le plan de la façon dont les données cliniques sont saisies par les cliniciens ainsi qu'en termes de quelles données ils choisissent de recueillir. Dans

un effort pour qualifier et quantifier cette variabilité et atteindre un consensus pour l'harmonisation et l'uniformisation des données, l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) a organisé deux rencontres de planification stratégique rassemblant un petit groupe de travail composé de rhumatologues ayant un intérêt particulier pour la collecte de données en contexte de soins cliniques, d'assurance de la qualité et de recherche. La première rencontre a eu lieu en juin 2015 à l'Université de Calgary; les objectifs de travail étaient les suivants :

- établir un consensus sur l'importance d'un cadre de travail national pour stimuler l'harmonisation des ensembles de données entre les groupes provinciaux;
- identifier les barrières potentielles à surmonter pour amorcer la discussion autour d'une approche d'harmonisation nationale de la collecte de données;
- définir les données cliniques minimales en rhumatologie à recueillir à l'échelle interprovinciale;
- s'entendre sur les indicateurs de rhumatologie (pour les soins aux patients et les systèmes) pouvant aisément être saisis et déclarés dans les DME et d'autres plateformes de données;
- déterminer les ressources nécessaires pour appuyer ce travail.

Cette rencontre de planification stratégique initiale a été déterminante pour confirmer le besoin d'uniformisation d'une base de données centrale propre à la rhumatologie.

Tirant parti de l'enthousiasme et de l'engagement généré par la rencontre de juin, le groupe de travail a immédiatement convenu de se réunir de nouveau en octobre 2015, lors de l'assemblée annuelle de l'AAC à Kananaskis, en Alberta. La seconde rencontre incluait un groupe plus étendu d'intervenants, contribuant à définir plus précisément l'approche vers un ensemble pancanadien de données cliniques en rhumatologie. En préparation de la rencontre d'octobre, un sondage a été mené auprès des principales initiatives de registres menées par des investigateurs au Canada afin de mieux comprendre les méthodes de collecte de données actuelles. Des données ont également été recueillies pour préciser le paysage des DME au Canada et la capacité de consultation et de récupération des données par le biais

des DME. La rencontre d'octobre a fait état de constatations clés découlant de ces évaluations et a identifié des occasions de maximiser les outils existants. De plus, la rencontre a également permis l'établissement d'un cadre de travail initial vers un ensemble pancanadien de données cliniques en rhumatologie, identifiant les éléments clés qu'il conviendra de considérer dans la formation de la base de données cliniques centrale.

Le cadre de travail initial présenté pour revue et développement tient compte de trois dimensions :

- **Base de données cliniques centrale pour les meilleures pratiques**

Une base de données cliniques centrale recommandée pour la collecte de données dans la pratique quotidienne par tous les rhumatologues canadiens. Cela comprend des données comme les nombres d'articulations enflées et douloureuses, les mesures calculées d'activité de la maladie et le statut fonctionnel. Cette base de données sera utilisée pour les nouveaux modèles de soins et sera basée sur les lignes directrices de pratique clinique en rhumatologie.

- **Base de données comparatives sur l'efficacité**

Une base de données cliniques élargie s'ajoutant à la base de données cliniques centrale pour utilisation dans les registres et les essais cliniques afin d'appuyer la recherche et d'améliorer la pratique clinique. Cela comprend des données comme un signalement amélioré des effets indésirables, des mesures de qualité de vie, les mesures d'issues et d'expériences signalées par les patients ainsi que les mesures de productivité au travail.

- **Base de données étendue**

Une base de données jumelée qui combine les données d'autres sources comme les données administratives qui reflètent l'utilisation des ressources en santé (p. ex. le nombre total de visites au médecin, les procédures, l'imagerie, les hospitalisations) et les coûts.

Les derniers efforts sont en cours pour une prochaine rencontre à l'assemblée scientifique annuelle (ASA) 2016 de la SCR. Le comité de travail initial sera étendu pour

élargir la participation des intervenants afin d'accroître la connaissance et la compréhension des variables qui sont recueillies dans les provinces et du consensus national pour l'uniformisation d'un ensemble de données central propre à la rhumatologie.

Référence :

1. Sondage national des médecins, 2014. Résultats nationaux par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, sexe, âge et pour l'ensemble des médecins. Disponible à l'adresse : <http://www.nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2014/11/2014-National-FR.pdf>.

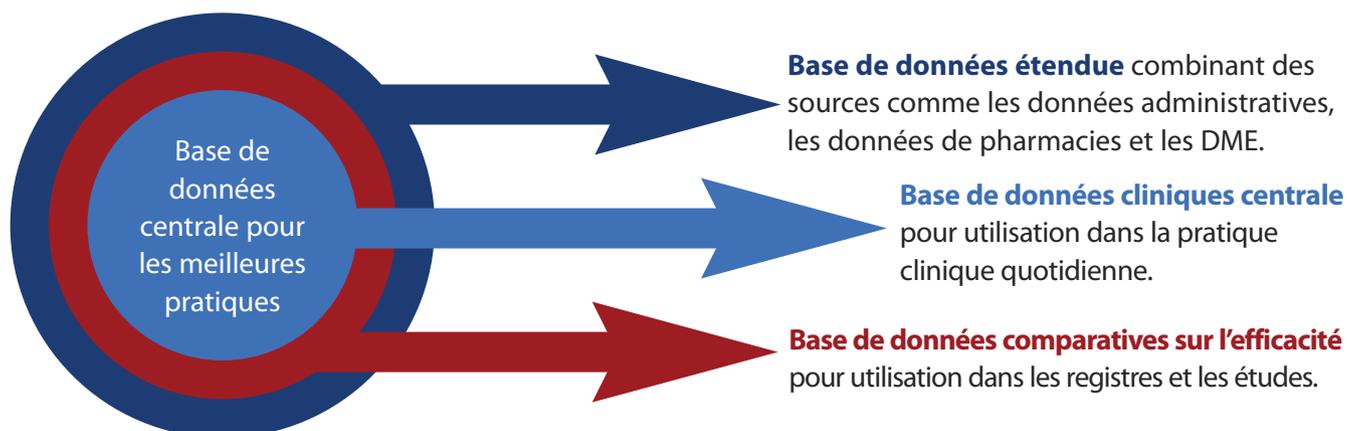
Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
Vice-présidente, Société canadienne de rhumatologie
Directrice générale de la rhumatologie,
William Osler Health System
Brampton (Ontario)

Claire Barber, M.D., FRCPC, Ph.D.
Professeure adjointe, Division de rhumatologie,
Département de médecine, Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Dianne Mosher, M.D., FRCPC
Professeure de médecine, Chef, Division de la rhumatologie
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Michel Zimmer, M.D., FRCPC
Chef de rhumatologie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Professeur agrégé, Université de Montréal
Montréal (Québec)

Sandra Couto, B.Sc. Pharm
Directrice, Ontario Best Practices Research Initiative
Partenariats et relations avec les intervenants,
Institut de recherche de l'hôpital général de Toronto
Toronto (Ontario)



Il n'y a QU'UN SEUL REMICADE®

SI VOUS VOULEZ
QUE VOS PATIENTS
REÇOIVENT REMICADE®,

— écrivez —

*Remicade®
aucune
substitution*



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

REMICADE® :

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

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

REMICADE® est indiqué :

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

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

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

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

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



Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF 

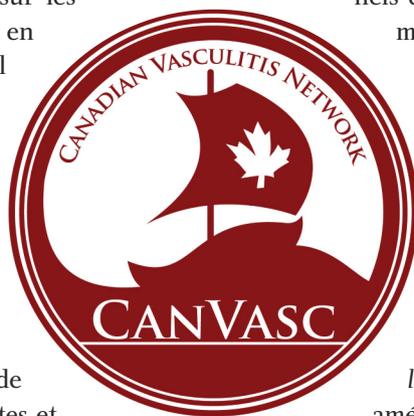
Mise à jour sur les récentes initiatives de CanVasc

Par Christian Pagnoux, M.D., M.Sc., MPH

Le Réseau canadien de recherche sur les vascularites (CanVasc) a été fondé en novembre 2010. Son comité central compte plus de 20 médecins de différents domaines de spécialisation à travers le Canada, ainsi que plusieurs collaborateurs ayant un intérêt pour les vascularites et une expertise dans le domaine. Les buts premiers de CanVasc sont d'aider à optimiser la prise en charge de la vascularite au Canada par le développement de lignes directrices, de matériel éducatif en matière de vascularites et de programmes de sensibilisation pour les professionnels de la santé, ou en y contribuant.

Les membres principaux de CanVasc ont entrepris et réalisé plusieurs projets importants. Les premières recommandations CanVasc pour le diagnostic et la prise en charge de la vascularite associée aux anticorps antineutrophiles cytoplasmiques (ANCA) ont tout récemment été publiées dans des revues spécialisées en rhumatologie et en néphrologie^{1,2}. Il aura fallu près de trois années pour atteindre cette étape importante, qui établit l'existence nationale de CanVasc et nous fait connaître à la communauté internationale de recherche en matière de vascularite. Des travaux sont en cours pour développer des recommandations semblables à l'égard de l'artérite de Takayasu, pour laquelle on constate un manque de lignes directrices spécialisées, et à l'égard de l'artérite temporale en ciblant certains aspects précis de sa prise en charge.

Plusieurs outils sont disponibles ou sont en cours de développement pour faciliter la diffusion de ces recommandations et de leurs annexes pratiques afin de promouvoir leur utilisation dans la pratique quotidienne et ainsi améliorer les résultats chez les patients. Le nombre de visites quotidiennes sur le site Web de CanVasc (www.canvasc.ca) est en hausse régulière depuis sa création; le site offre de l'information pratique et des ressources pour les profession-



nels de la santé. Le développement de nouveau matériel éducatif (*Canadian Vasculitis Learning Initiative [CaVALI]: An approach To Vasculitis Through interactive Clinical Cases*) mettra encore plus en évidence comment les initiatives CanVasc peuvent contribuer à la formation et à l'apprentissage des médecins qui traitent la vascularite.

Plusieurs centres et membres principaux de CanVasc ont activement participé aux projets du VCRC (*Vasculitis Clinical Research Consortium*) nord-américain; des efforts seront déployés pour encourager de plus solides relations avec ce réseau de recherche plus mature. Cette collaboration fournit d'autres occasions pour les centres canadiens, membres du réseau CanVasc ou non, de participer à des études thérapeutiques prospectives internationales. Une étude sur l'échange plasmatique et la corticothérapie dans le traitement de la vascularite associée aux anticorps antineutrophiles cytoplasmiques (PEXIVAS), menée au Canada par le Dr Michael Walsh, un membre principal associé de CanVasc basé à Hamilton, en Ontario, a été un grand succès et a démontré que le Canada est maintenant un acteur de premier plan dans la recherche sur la vascularite³. D'autres études thérapeutiques sont prévues pour bientôt, dont certaines conçues par nos membres en collaboration avec le VCRC. Des études CanVasc doivent être menées en parallèle. Quelques-unes ont été complétées, incluant notamment la plus importante série de cas sur des patients atteints de vascularite et de maladie intestinale inflammatoire (MII)⁴. CanVasc a récemment finalisé sa base de données sur les adultes atteints de vascularite, laquelle permettra d'entreprendre différentes études descriptives et des comparaisons avec la base de données ARCHiVe (*Registry for Childhood Vasculitis*) existante ou d'autres cohortes internationales. Les membres principaux ont également participé au lancement de la base de données *BrainWorks* pour les patients adultes

chez qui une vascularite du système nerveux central est soupçonnée. La base de données pédiatrique, développée il y a huit ans par la Dre Susanne Benseler, une membre principale de CanVasc à Calgary, en Alberta, a également obtenu un grand succès.

Évidemment, il est difficile de résumer ce qui a été amorcé et ce qui a été réalisé par tous les membres principaux CanVasc depuis 2010. CanVasc est maintenant établi en tant que société à but non lucratif et réseau de recherche. Il nous faudra maintenant déployer des efforts pour maintenir sa position récemment acquise dans le domaine de la vascularite. L'aide de tous est la bienvenue!

Références :

1. McGeoch L, Twilt M, Famorca L, et coll. CanVasc recommendations for the management of antineutrophil cytoplasm antibody (ANCA)-associated vasculitides: Executive summary. *Can J Kidney Health Dis* 2015; 2:43.

2. McGeoch L, Twilt M, Famorca L, et coll. CanVasc Recommendations for the Management of Antineutrophil Cytoplasm Antibody-associated Vasculitides. *J Rheumatol* 2016; 43(1):97-120.

3. Walsh M, Merkel PA, Peh CA, et coll. Plasma exchange and glucocorticoid dosing in the treatment of anti-neutrophil cytoplasm antibody associated vasculitis (PEXIVAS): protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2013; 14:73.

4. Sy A, Khalidi N, Dehghan N, et coll. Vasculitis in patients with inflammatory bowel diseases: A study of 32 patients and systematic review of the literature. *Semin Arthritis Rheum* 2015.

Christian Pagnoux, M.D., M.Sc., MPH
 Fondateur et actuel directeur de CanVasc
 Professeur agrégé,
 Clinique de vascularite,
 Division de rhumatologie,
 Département de médecine, Hôpital du Mont Sinai,
 Toronto (Ontario)



Les centres des membres principaux de CanVasc



BIENVENUE PARMIS NOUS ET AU REVOIR À CEUX QUI NOUS QUITTENT

Bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Antonio Cabral, Ottawa, ON
 Stephanie Garner, Calgary, AB
 Tara McGrath, Edmonton, AB

Chris McKibbin, Sudbury, ON
 Karen Pont, Cranbrook, BC
 Nadil Zeiadin, Kingston, ON

Nos félicitations...

au Dr Peter Dent, alors que celui-ci prend sa retraite. La SCR vous souhaite le meilleur!



Mise à jour sur les récentes initiatives du CCRS

Par le comité exécutif du CCRS

Contexte

Le Consortium canadien de recherche sur la spondylarthrite (CCRS) est un programme de recherche transdisciplinaire national qui se concentre sur les études et les mesures de résultats chez les patients atteints de spondylarthrite (SpA), allant de la génétique à la pathogenèse et à l'épidémiologie clinique. L'objectif du programme de recherche du CCRS est d'améliorer la santé des patients atteints de SpA au Canada en améliorant la définition, le diagnostic et le traitement de la spondylite ankylosante (SA) et de l'arthrite psoriasique (APs). Les trois objectifs clés du réseau de recherche du CCRS sont : améliorer la compréhension de la base biologique de la SpA, améliorer les résultats cliniques en contexte de SpA et améliorer l'évaluation des répercussions de la SpA au Canada. Les résultats du programme du CCRS ont procuré d'importants bienfaits au Canada. La SpA est associée à une prévalence significative et à un important fardeau de la maladie dans la population canadienne. Nos études se sont penchées sur la base biologique de cette forme d'arthrite et sur ses répercussions sur les individus et la société par le biais d'une approche multidisciplinaire tirant son expertise à travers l'ensemble du spectre de la recherche en santé.

Les lignes directrices de la prise en charge de la SpA de la SCR-CCRS

La plus récente réalisation du CCRS a été le développement des lignes directrices de la prise en charge de la SpA de la SCR-CCRS, sous la direction de la Dre Sherry Rohekar, membre du comité exécutif du CCRS. Pour vérifier que les lignes directrices reflétaient bien les recommandations de la SCR autant que du CCRS, un sondage a ensuite été distribué aux membres de la SCR. Les recommandations ont maintenant été publiées^{1,2}.

Objectif I : la base biologique de la SpA

Le modèle organisationnel du CCRS a évolué; nous avons récemment établi le site de Terre-Neuve comme centre de la génétique du CCRS, sous la direction du Dr Proton Rahman. Cela assure aux chercheurs du CCRS un accès à la technologie de fine pointe et à l'expertise pertinente en matière de



séquençage de nouvelle génération, d'analyse de la variation du nombre de copies et d'épigénétique. Les percées sur lesquelles nous travaillons actuellement comprennent notamment :

- l'identification de Sec16a comme marqueur génétique novateur de la SpA à forme axiale familiale;
 - la méthylation de l'ADN comme signature distincte du degré de réactivité à l'inhibition du facteur de nécrose tumorale en contexte d'APs.
- Les études de recherche translationnelle se poursuivent, avec des études en cours sur les sujets suivants :
- la méthylation de l'ADN et l'empreinte parentale dans la transmission de l'APs;
 - de nouveaux profils des cytokines en contexte d'activité et de progression de la SA;
 - des profils de Th17 distincts en contexte de SA.

Objectif II : les résultats cliniques en contexte de SpA

Le comité exécutif du CCRS participe activement au raffinement et à l'amélioration de la base de données sur laquelle sont fondées les études sur les résultats cliniques en contexte de SpA. Deux initiatives majeures en ce sens ont été entreprises au cours de la dernière année. La première est la migration de la plateforme de la base de données clinique à DADOS, une nouvelle plateforme informatique hébergée par le Réseau universitaire de la santé (RUS). Ce changement est d'une part rentable et établira d'autre part un site plus convivial pour les centres contributifs souhaitant inscrire de l'information clinique ou y accéder. La seconde est le développement d'un formulaire simplifié de saisie de données (*Protocol Lite*) permettant aux sites qui ne disposent pas de l'infrastructure des sites centraux d'inscrire plus efficacement des données cliniques pour leurs cohortes de patients respectives. C'est là un progrès important qui facilitera le recrutement de patients additionnels atteints de SpA à travers le Canada.

Objectif III : les répercussions de la SpA et l'accès aux soins

Une réalisation majeure en 2015 a été le classement parmi le groupe final de propositions en compétition pour un important nouveau programme des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) intitulé la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP). Cette proposition multidisciplinaire novatrice

portait sur de nouveaux modèles de soin visant à faciliter le diagnostic précoce et le traitement des maladies articulaires comme la SA et l'APs. Le réseau déjà établi du CCRS était une des grandes forces de la proposition qui a été classée en quatrième position sur 120 propositions soumises. La Dre Dafna Gladman, le Dr Nigil Haroon, le Dr Vinod Chandran et le Dr Robert Inman font tous partie de l'équipe de planification et le Dr Rahman est membre du comité directeur de la SRAP. Le principal investigateur est le Dr Raj Rampersaud, chirurgien orthopédique au Toronto Western Hospital. La soumission à la SRAP illustre parfaitement le pouvoir d'un réseau bien établi prêt en tout temps à tirer profit de nouvelles initiatives stratégiques.

Projets pilotes du CCRS

Depuis 2009, le CCRS fournit un financement de démarrage annuel pour soutenir des propositions de recherche concordant avec son objectif premier. Dans le cadre du programme de projets pilotes, le CCRS offre des subventions de démarrage d'un an décernées sur une base concurrentielle pour des propositions novatrices dans le domaine de la recherche sur la SpA. Le programme est ouvert aux chercheurs canadiens; être membre du CCRS n'est pas un préalable requis. Les subventions sont pour une période d'un an et jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 25 000 \$. Les résultats des projets sont présentés lors des assemblées scientifiques annuelles du CCRS. Les critères de sélection comprennent le dossier de recherche du principal demandeur, la qualité de la proposition de recherche et les répercussions potentielles sur l'avancement des connaissances en matière de SpA. La priorité est accordée aux nouveaux thèmes de recherche novateurs qui ont un potentiel de financement obtenu grâce à l'approbation de leurs pairs. Deux projets pilotes ont été financés cette année, tous deux de l'Université de la Saskatchewan.

Formation du CCRS pour les boursiers

Depuis 2012, le CCRS offre un atelier de formation pour les résidents et les boursiers en recherche dans le domaine de la rhumatologie. Cet événement annuel accueille plus de 20 boursiers en rhumatologie de partout au Canada qui sont désignés par les directeurs de programme dans leurs provinces respectives. Le but de cette formation est de fournir aux boursiers en rhumatologie qui traitent la SpA de l'information à jour sur le diagnostic précoce et les interventions optimales pour améliorer les issues et de leur faire part des stratégies utilisées par le CCRS pour traiter les patients présentant des formes graves de SA et d'APs. La prise en charge des manifestations extra-articulaires de la SpA est abordée par le biais de présentations novatrices et d'ateliers en petits groupes. Des spécialistes de renom dans les domaines de la gastro-entérologie, de la dermatologie, de l'ophtalmologie et de l'imagerie médicale présentent des conférences sur les manifestations extra-articulaires de la SpA.

Ateliers d'éducation médicale continue (EMC) du CCRS pour les rhumatologues praticiens

En 2015, nous avons présenté une mise à jour en matière de SpA pour les rhumatologues praticiens du Québec, rejoignant environ 60 rhumatologues et infirmières praticiennes choisies dans le domaine de la SpA. Cet événement bilingue a été mené sous la direction du Dr Michel Zimmer. Compte tenu de la très forte demande dans les autres provinces, nous avons entrepris d'adapter ce modèle pour l'ensemble du Canada en vue d'intégrer ces ateliers à la prochaine phase de la stratégie de recherche du CCRS. L'événement du Québec a aussi illustré la valeur des partenariats stratégiques puisque la division du Québec de La Société de l'arthrite et l'Association canadienne de spondylarthrite (ACS) ont travaillé en étroite collaboration avec le CCRS sur ce projet.

L'ACS

En collaboration avec le CCRS, des patients canadiens atteints de SpA ont formé l'ACS, une association nationale de patients à but non lucratif, en avril 2006. La mission de l'ACS est de fournir de l'information actuelle et des ressources aux personnes atteintes de SpA. Grâce aux efforts combinés de l'ACS et du CCRS, un objectif réaliste est que les patients souffrant de SpA soient diagnostiqués et traités en dedans de deux ans après l'apparition des symptômes, ce qui représenterait une amélioration significative par rapport à la pratique actuelle. Cela dépendra du développement de stratégies novatrices de communication efficace avec les médecins en soins primaires et les rhumatologues. Le site Web de l'ACS a été mis en place (www.spondylitis.ca). Avec l'avènement de nouveaux traitements susceptibles de modifier les issues tardives, il est impératif d'améliorer la détection précoce et le traitement. Nous prévoyons maintenir l'assemblée annuelle conjointe de l'ACS et du CCRS, ainsi que des symposiums pour les patients offerts en collaboration par le CCRS et l'ACS à travers le Canada en vue de présenter les plus récentes mises à jour et découvertes en matière de SpA, y compris le traitement médical de la SA et de l'APs. L'intégration des patients-clients à la planification de la recherche est une pierre angulaire du plan de recherche du CCRS.

Références :

1. Rohekar S, Chan J, Tse SM, et coll. Update of the Canadian Rheumatology Association/Spondyloarthritis Research Consortium of Canada treatment recommendations for the management of spondyloarthritis. Part I: Principles of the Management of Spondyloarthritis in Canada. *J Rheumatol* 2015; 42(4):654-64.
2. Rohekar S, Chan J, Tse SM, et coll. Update of the Canadian Rheumatology Association/Spondyloarthritis Research Consortium of Canada Treatment Recommendations for the Management of Spondyloarthritis. Part II: Specific Management Recommendations. *J Rheumatol* 2015; 42(4):665-81.

Comité exécutif du CCRS : Dafna G. Gladman, M.D., FRCPC; Robert D. Inman, M.D., FRCPC, FACP, FRCP Edin; Proton Rahman, M.D., FRCPC; Sherry Rohekar, M.D., FRCPC; et Michel Zimmer, M.D., FRCPC

La bourse de recherche de la SURC

Par Lihi Eder, M.D., Ph.D.

Vous avez grandement contribué à la mise en œuvre de la bourse d'études en recherche de la Société pour l'ultrasonographie en rhumatologie au Canada (SURC). Pourquoi cette bourse est-elle si importante?



En tant que chercheuse, je m'intéressais beaucoup à l'utilisation de l'ultrasonographie (US) comme outil de recherche. J'ai complété le cours de base sur l'US de la SURC en 2013. Même si j'avais accès à un excellent matériel d'US, le plus grand défi auquel j'étais confrontée à l'époque était l'absence d'un mentor ayant de l'expertise en US musculosquelettique et pouvant me guider dans mes efforts de recherche. L'US est un outil remarquable et applicable à de nombreux domaines de recherche en rhumatologie, et pourtant, à l'heure actuelle, elle est fort peu utilisée à cette fin au Canada. Un des objectifs de la SURC est de promouvoir la recherche utilisant l'US musculosquelettique. La bourse d'études en recherche de la SURC est un moyen d'appuyer les personnes souhaitant accumuler de l'expérience en recherche avec l'US musculosquelettique en les mettant en lien avec des spécialistes du domaine et en leur donnant accès à de l'équipement de pointe en US.

Quels types de projets sont admissibles?

L'éventail des sujets pour les projets de recherche admissibles est vaste. L'US peut être utilisée dans de nombreux domaines de recherche, y compris la recherche translationnelle, la pratique clinique, l'éducation médicale et la recherche sur les services de la santé. Tout projet pertinent en lien avec l'utilisation de l'US musculosquelettique pour la prise en charge des affections rhumatismales et faisant usage de l'US dans son protocole de recherche est un candidat admissible.

La bourse d'études couvrira une période de recherche de 10 semaines consécutives ou intermittentes au cours d'une même année scolaire.

Qui peut soumettre une application pour cette bourse d'études?

J'encourage toute personne disposant au moins de compétences de base en US musculosquelettique et souhaitant accumuler de l'expérience en recherche à envisager de soumettre une application pour cette bourse d'études. L'expérience m'a appris que l'exécution d'exams par US dans le cadre d'un projet de recherche améliore significati-

vement les compétences en US. La bourse d'études est ouverte aux boursiers en recherche et résidents en rhumatologie, ainsi qu'à tous les rhumatologues dans les cinq premières années suivant la fin de leur formation. La priorité sera accordée aux candidats qui sont inscrits au cours de base en US de la SURC ou qui ont complété ce cours.

Comment cette bourse d'études sera-t-elle décernée?

Le choix sera fait par un comité de sélection sur une base concurrentielle. Les applications seront examinées et notées en fonction de leur mérite scientifique et de leur pertinence pour la recherche en matière d'US musculosquelettique, des titres de compétence du mentor par rapport au projet et de son expérience de recherche en matière d'US musculosquelettique, de la qualité de l'environnement de mentorat fourni par le mentor ainsi que du bien-fondé et de la faisabilité du rôle du candidat dans le projet. La bourse d'études est évaluée à 10 000 \$ CAN et sera décernée en septembre 2016.

Autres choses que les candidats devraient savoir?

Les candidats devront avoir identifié un mentor et un projet de recherche avant de soumettre leur application. Le mentor doit être un membre en règle de la SURC et avoir un dossier de recherche en matière d'US musculosquelettique. Nous avons identifié un certain nombre de tels spécialistes qui sont disposés à servir de mentors. Toutefois, les candidats sont libres de choisir d'autres mentors, dans la mesure où ils répondent aux critères ci-dessus.

Lihi Eder, M.D., Ph.D.

Directrice de recherche de la SURC

Professeure adjointe de médecine,

Institut de recherche du Women's College

Division de rhumatologie, Women's College Hospital,

Université de Toronto

La bourse d'études en recherche de la SURC

Montant de la bourse d'études : 10 000 \$ pour une période de recherche de 10 semaines.

Date d'échéance pour l'application :

Toutes les applications doivent être soumises en ligne avant le **4 juillet 2016 à 17 h HE.**

Pour toute question à propos de la bourse ou du processus de soumission, veuillez communiquer avec Mme Alyssa Long à l'adresse along@crus-surc.ca. Pour de plus amples renseignements, consultez le site <http://crus-surc.ca/fr/research>.

L'imminente pénurie de rhumatologues est préoccupante

Le Dr Jamie Henderson, rhumatologue de Fredericton, souhaite rencontrer les patients susceptibles d'être atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) dans les six à huit semaines suivant l'apparition de leurs symptômes. Il sait que plus il les voit tôt, meilleurs sont les résultats. Il intervient souvent dans la communauté pour discuter de cette nécessité avec des médecins de famille de la région.

Le Dr Henderson a pratiqué la médecine pendant 35 ans avant de prendre sa retraite l'automne dernier. Il avait beaucoup de travail et une liste d'attente, de sorte qu'il n'était parfois pas possible pour lui de voir un nouveau patient atteint de PR dans un délai de deux mois. Les nouveaux cas de PR sont courants, et lorsqu'on est atteint de la maladie, c'est pour la vie. Au fil des ans, le Dr Henderson a cumulé plusieurs milliers de patients qui avaient besoin de lui pour surveiller leur médication et suivre la progression de leur maladie.

À l'aube de sa retraite, le Dr Henderson n'avait personne pour le remplacer. Aucune relève n'avait été prévue pour reprendre sa liste de patients, qui ne cessait de s'allonger.

« Cette pensée m'empêchait de dormir, confie-t-il. Nous avons besoin de plus de personnel aux premières lignes. »

Le Dr Henderson estime que le Canada est parvenu à un moment charnière pour les rhumatologues. En effet, plus de la moitié d'entre eux ont plus de 50 ans, et bon nombre ont dépassé les 70 ans. « Ils sont les leaders du groupe. Qui prendra leur place? Certains travailleront après 65 ans, mais ce n'est pas le cas pour tous. »

Si les patients ne peuvent pas avoir accès à un rhumatologue, ce sont leurs soins qui sont compromis. Même

« Cette pensée m'empêchait de dormir, confie-t-il. Nous avons besoin de plus de personnel aux premières lignes. »

lorsqu'une personne atteinte d'arthrite suit un traitement, elle doit rencontrer un rhumatologue au moins une fois par année pour assurer un suivi. Si l'arthrite inflammatoire est active et qu'on teste un nouveau médicament, des visites sont nécessaires aux trois mois.



Dr Jamie Henderson.

Photo courtoisie de Dr. John Hanly, 2015.



« Ces traitements sont absolument essentiels, explique le Dr Henderson. Les rhumatologues de ma génération,

qui approchent la fin de leur carrière, savent à quel point la PR peut être dévastatrice; ils en ont vu les conséquences. »

Le manque de rhumatologues ne fait que s'exacerber au Canada. Les régions peu peuplées sont les exemples les plus frappants de ce problème. Certaines comptent un seul de ces spécialistes, d'autres, aucun. Comme il y a moins de 425 rhumatologues au pays, il n'est pas rare que des patients doivent faire plusieurs heures de route pour en rencontrer un.

C'est à cause de cette pénurie que la Société de l'arthrite cherche à inciter – notamment grâce aux bourses salariales – une nouvelle génération de rhumatologues à fournir des soins de première ligne aux personnes atteintes d'arthrite. Et ça fonctionne.

« Quand j'étudiais, ma première année a été financée par la Société de l'arthrite, explique le Dr Henderson. Sans ce financement, je ne serais probablement pas devenu rhumatologue. »

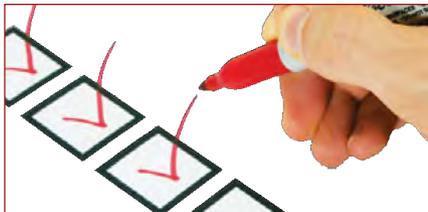
Les subventions de la Société dirigent de nouveaux étudiants en médecine vers la rhumatologie, ce qui aide à contrer la pénurie au pays, mais plus de financement serait nécessaire.

« Nous avons été chanceux de trouver quelqu'un pour reprendre ma pratique au printemps. Toutefois, avec tous mes collègues à la retraite ou sur le point de l'être, nous devons en faire davantage pour garantir que suffisamment de jeunes cliniciens prometteurs se dirigent dans ce domaine afin de répondre aux besoins des patients. »

La Société de l'arthrite remercie le Dr Henderson de nous avoir fait part de son opinion. Si vous souhaitez contrer le manque de rhumatologues au Canada, songez à soutenir la **Campagne des membres** de la Société de l'arthrite et de la SCR en communiquant avec Sandra Dow à l'adresse sdow@arthritis.ca ou au 416-979-7228, poste 3343.

Suite de la page 3.

Les sondages peuvent être intéressants. On apprend quels nouveaux produits sont sur le point d'arriver sur le



marché et ce que leurs messages seront. Critiquer les concepts publicitaires peut représenter une source de défis... et aussi d'amusement. Les sondages en personne nécessitent des déplacements, mais vous évitez d'avoir à cocher de multiples petites cases abrutissantes sur un écran d'ordinateur, comme c'est souvent requis pour les sondages en ligne.

J'ai certaines préférences et certaines aversions à l'égard des sondages en ligne. Par exemple, je veux une barre de statut réaliste qui me donne une idée de ma progression. Il peut être décourageant de travailler pendant 20 minutes et découvrir que vous n'avez complété que 20 % d'un sondage qui devait vous prendre 30 minutes. Souvent, dans une telle situation, à un moment donné, vous passez spontanément de 30 % à 90 % comme par magie. J'aime aussi voir un sondage qui démontre certains signes d'intelligence de la part de l'équipe de TI dans la conception. Si on me demande de répartir mon utilisation de différents agents entre neuf choix totalisant 100 % et que mes quatre premiers choix totalisent 100 %, s'il vous plaît, ne me demandez pas d'inscrire manuellement des zéros dans les autres cases. Certaines équipes de conception de sondage saisissent cela; pour d'autres, cela semble impossible.

La conception de certains sondages est plutôt impressionnante. Si vous passez à travers trop rapidement, une fenêtre s'affiche indiquant que vous n'avez peut-être pas suffisamment réfléchi à vos réponses. « Aimeriez-vous reconsidérer votre réponse? » Parfois, il y a de simples questions d'arithmétique intercalées entre les vraies questions. Je présume que cela leur assure que c'est bien un véritable rhumatologue, et non pas un rhu-robot, qui répond au sondage. La même question pourrait aussi être posée de nouveau avec l'échelle de réponse inversée pour vérifier que vous êtes bien attentif.

Les sondages qui reflètent le véritable monde de la rhumatologie sont préférables. Par exemple, je classe mes patients atteints de PR comme étant en rémission ou présentant une activité de la maladie faible, modérée ou élevée. Cependant, tous les sondages sans exception me demandent combien j'ai de patients atteints de PR légère, modérée ou grave. Les sondages sur l'APs ont souvent une catégorie pour ARMM et une autre pour « traitement conventionnel »; je ne sais pas encore ce qu'ils veulent dire par ce deuxième choix.

D'autres questions fréquentes auxquelles je ne sais vraiment pas comment répondre sont combien j'ai de patients atteints de chacune des maladies rhumatismales courantes dans ma pratique

ou combien j'en ai vu au cours de la dernière semaine, du dernier mois ou des trois derniers mois.

J'ai récemment eu une grande révélation à ce propos lorsqu'on m'a demandé de répondre à un sondage pilote et de fournir mes commentaires aux concepteurs du sondage qui écoutaient. Celui-là s'est avéré être un des plus mal conçus de tous les sondages que j'avais vus, avec une interminable suite d'écrans de menus déroulants et de cases à cliquer nécessitant, selon mes calculs, plus de 500 clics de souris pour passer à travers la partie principale du sondage. J'ai dit aux concepteurs que j'utilisais un écran de 25 pouces et que je ne pouvais toujours pas voir la feuille de sondage en entier sur mon écran. Quelques semaines plus tard, j'ai reçu une invitation à répondre au sondage de 30 minutes pour 90 \$. Dès le départ, j'ai bien vu qu'aucun de mes commentaires n'avait été pris en considération et que le sondage allait assurément prendre plus que 30 minutes. Heureusement, j'avais été beaucoup mieux rémunéré pour critiquer la version pilote et me sentais parfaitement à l'aise de fermer le sondage sans y avoir répondu.

Les sondages en personne comportent leurs propres défis. Je n'ai aucune objection à ce qu'il y ait un enregistrement audio ou vidéo de la séance ou que des gens m'observent de derrière un faux miroir. Cependant, je vous en prie, ne venez pas me demander à quel modèle de voiture chaque agent biologique me fait penser ou quelle personnalité aurait un certain agent biologique s'il était une personne qui entre dans une pièce. L'utilité de ce type de questions m'échappe complètement. Pourtant, elles semblent être un incontournable pour tous les spécialistes en étude de marché.

Se faire payer pour des sondages faits par courriel pourrait être le sujet de son propre éditorial. Puisque Laura et Victoria sont des personnes fictives, leur écrire ne donne généralement pas beaucoup de résultats. Souvent, les chèques éventuellement reçus ne contiennent aucune information les reliant à un sondage en particulier, de sorte qu'il est futile de tenir une liste des sondages auxquels on a répondu.

Finalement, je dois parler des sondages auxquels on nous demande de répondre gratuitement. Évidemment, si vous recevez un sondage de la SCR, du JSCR ou d'une association provinciale de rhumatologie, vous devriez y répondre en priorité. Cependant, il y a une limite à ma volonté à répondre à chaque sondage de candidats aspirant à une maîtrise ou un doctorat qui ne prendra que « 30 minutes de mon temps » et mènera à « un enrichissement inestimable des connaissances humaines ». Leçon de psychologie comportementale : offrez quelque chose, que ce soit une chance de gagner une carte-cadeau dans un café-restaurant ou un don de 2 \$ à La Société de l'arthrite, et votre taux de réponse s'améliorera. Le temps est de l'argent et il y a une concurrence féroce pour mon temps en ce moment.

*Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP
Rédacteur en chef, JSCR*

NOUVELLES RÉGIONALES

The logo consists of the letters 'ON' in a white, bold, sans-serif font, centered within a blue square.

Roberta Berard @drrobertaberard

L'Université Western et le département de pédiatrie sont heureux d'annoncer l'ajout de la Dre Daniela Ardelean à notre corps enseignant. La Dre Ardelean est une rhumatologue pédiatrique et une chercheure-clinicienne axée sur la recherche translationnelle. Notre division tiendra sa deuxième journée annuelle d'éducation pour les patients et leurs familles pour les enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) ce printemps; cette initiative, *Project Thrive*, est menée en partenariat avec La Société de l'arthrite.

Gordon Soon @drgordonsoon

Le Dr Nicholas Blanchette et le Dr Gordon Soon ont combiné leurs efforts pour aider à fournir des soins aux patients et familles du nord de l'Ontario. La clinique satellite de rhumatologie pédiatrique se tient tous les deux à trois mois. Tous deux sont enchantés de travailler avec l'équipe si dévouée et talentueuse de Health Sciences North, à Sudbury (Ontario).



#LookingsharpinSudbury #HealthSciencesNorth #Sudbury

John Thomson @drjohnthomson

Ottawa a accueilli cinq nouveaux rhumatologues au sein de notre merveilleuse ville au cours des deux dernières années : la Dre Sibel Aydin, le Dr Antonio Cabral, le Dr Raj Gill, la Dre Ines Midzic et le Dr Ramin Yazdani. Le Dr Cabral est notre nouveau chef de division de rhumatologie. Nous sommes enchantés de l'arrivée d'un groupe de rhumatologues aussi dynamiques et talentueux. Le Dr Bob McKendry, qui avait lancé la division de rhumatologie à Ottawa, a récemment pris sa retraite après une longue et distinguée carrière.

Shirley Chow @drshirleychow

Les résidents et boursiers cliniques de la division de rhumatologie (adulte et enfants) de l'Université de Toronto ont pu savourer un bon repas ensemble lors de l'Assemblée de Lake



#Rheums&trainess #Toronto

Louise. On dirait que tout le monde a passé un bon moment d'apprentissage parmi les belles montagnes!

Deborah Levy @drdeblevy

À l'hôpital pour enfants malades de Toronto, le groupe de rhumatologie pédiatrique demeure actif avec un service clinique d'envergure, un programme de recherche et un programme de bourse en rhumatologie pédiatrique. Nous comptons actuellement 10 médecins à temps plein et partiel, ainsi que plusieurs rhumatologues pédiatriques communautaires nommés conjointement, six boursiers en clinique, trois boursiers en recherche, deux praticiens au rôle accru, quatre infirmières, plus un physiothérapeute et un travailleur social à temps plein et une diététicienne à temps partiel, ainsi que plusieurs assistants en recherche et assistants administratifs. Ouf!



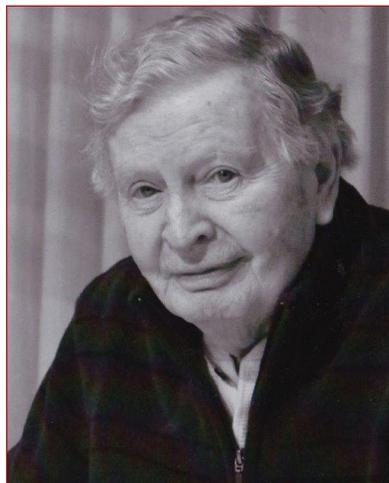
#Everybodystandup #Toronto

Laurence Rubin @drlaurencerubin

Près de 30 ans à Timmins, et ce n'est pas fini! Notre équipe (Dr Simon Carette, Mme Mary Ellen Marcon et moi-même) pour le « modèle de soins de l'arthrite dans le Nord ». Mais qui suivra nos traces? C'est là notre plus grand défi... Les personnes intéressées sont invitées à communiquer avec nous RAPIDEMENT!

Réflexions sur les mains rhumatoïdes

par Catharine Dewar, Ph.D., M.D., FRCPC



1922 - 2015

Au rédacteur en chef du *Journal of Rheumatology* :

La semaine dernière, j'ai revu une patiente pour la première fois depuis qu'elle a commencé à prendre un médicament biologique. Elle était très émotive en décrivant comment elle s'était assise au piano et avait choisi son morceau de musique préféré. Elle s'était mise à jouer et c'était difficile pour elle, ce qu'elle attribuait au manque de pratique depuis plus de cinq ans. En entendant de nouveau le piano prendre vie sous ses doigts, elle s'est sentie submergée par les émotions, et c'est ce qu'elle tentait de me faire comprendre. Un regard furtif vers ses mains a suffi pour voir comment elle se frottait les mains en étirant et pliant tous ses doigts, alors qu'il y avait fort longtemps qu'elle n'avait pas pu le faire sans douleur. Elle revivait devant moi la renaissance de ses mains. Rien d'étonnant à ce qu'elle soit au bord des larmes en me remerciant pour mes dons cliniques. Cela m'a rappelé les mains de ma mère et sa passion pour la musique classique.

Ma mère, Helen Catherine Howard, est décédée en 1999. Elle avait développé des symptômes de polyarthrite rhumatoïde (PR) à l'âge de 66 ans et, comme bien des patients qui comptent des membres de leur famille dans la communauté médicale, elle « n'avait pas lu le manuel » lorsqu'elle remettait en question mes compétences diagnostiques en tant que rhumatologue nouvellement diplômée depuis 1990. Elle présentait alors des signes de syndrome de la loge de Guyon

et d'enthésopathie achilléenne, une combinaison peu commune et définitivement asymétrique. Des discussions et des examens s'ensuivirent et éventuellement, après bien des mois, il devint douloureusement apparent qu'elle était devenue « une rhumatoïde ».

Ses belles mains se sont détériorées de façon scandaleuse en moins de neuf années. Même une tâche aussi simple que hacher un oignon était devenu source d'impossibles douleurs pour elle. Mon frère m'a confié l'avoir entendu se lamenter « Je me suis tuée moi-même » après avoir entendu une discussion à propos de sa radiographie pulmonaire. Elle ne blâmait personne d'autre qu'elle-même pour son cancer du poumon après des décennies passées à fumer. Je savais que le tabagisme était aussi fortement lié à la PR¹, mais je n'ai jamais partagée cette information avec elle; elle avait déjà bien assez de douleur mentale et physique à gérer. Elle a survécu au cancer du poumon à deux reprises en neuf ans, dans les deux lobes supérieurs tour à tour. Elle a cessé de fumer le soir de sa première lobectomie, abandonnant par la même occasion tous les rituels et comportements associés aux cigarettes, y compris le café, les journaux avec leurs mots croisés et le piano. Comme la *Polonaise* que je me souviens l'avoir entendu jouer², elle avait une attitude héroïque; elle ne s'est jamais plainte, même en voyant la destruction progressive de ses mains.

Malheureusement, elle avait commencé à fumer dans la vingtaine; les cigarettes étaient un « cadeau » qu'on lui offrait pour la remercier de travailler dans une usine de guerre où elle préparait des œufs en poudre pour les troupes. Elle avait un merveilleux sens de l'humour et j'ai compris pourquoi elle n'avait jamais aimé les œufs après avoir cassé un « *stinker* » de trop. Dans les années 1940, les cigarettes causaient tout autant de dépendance qu'aujourd'hui, mais les mises en garde du *Surgeon General* des États-Unis ne viendraient que bien des années plus tard³.

Je compare parfois le cheminement de ma mère et la perte de ses mains aux étonnants cas de réussite que j'ai observés avec mes « rhumatoïdes » traités par des agents biologiques. C'est ce qui m'attriste le plus en fait... de savoir que ma propre mère aurait pu éviter l'indignité de devenir invalide et confinée à la maison si seulement elle avait vécu quelques mois de plus. Elle aurait connu « l'ère biologique ». Ironiquement, j'ai publié mes résultats de recherche dans le domaine des cytokines chez les patients atteints de PR une année avant l'apparition de sa seconde tumeur au poumon et quelques années avant son décès⁴. Les lobes inférieurs qui lui restaient avaient été affaiblis par la prednisone et elle a rapidement succombé à une pneumonie d'origine communautaire. Tous les médicaments traditionnels permettant une rémission de la PR avaient échoué et son rhumatologue avait dû s'en remettre aux stéroïdes pour soulager ses souffrances. Elle nous a quittés beaucoup trop jeune, à l'âge de 74 ans. Son mari, mon père, a dû poursuivre sans elle jusqu'à son décès, le 19 août 2015, à l'âge de 93 ans. Il a été un des premiers rhumatologues accrédités de l'Ouest canadien⁵. Il avait été formé avec Philip Hench à la Clinique Mayo au début des années 1950, époque de la découverte de la cortisone qui promettait d'être la « cure » pour la PR⁶. Mon père détestait voir les problèmes que la prednisone causait à sa femme, mais il comprenait la futilité de sa situation. Mon père a aussi vécu ses

dernières années à sa propre façon héroïque sans jamais se plaindre... mais il n'a jamais eu de problèmes avec ses articulations.

Ma mère a été un excellent modèle pour un mari et une fille rhumatologues. Ce poème est dédié à ma mère et à tous les « rhumatoïdes » qui ont souffert d'une douloureuse invalidité et déformation des mains avant l'ère biologique.

My Mother's Hands

*I see the tendons bounce and dance
then disappear,
floating across the metacarpals
whose heads sway in gentle rhythm.
I'm spellbound by your loving hands
as I watch you play Chopin's Heroic Polonaise.*

*Your fingers come alive
stretching and yawning
across the octaves,
mocking the demands of the notes.*

*I see your hands floating lightly
embracing the blacks and the whites,
allowing for the differences
of all participants.
Essential elements
to the composition,
the music,
and the gifts
of your life.*

Références :

1. Voigt LF, Koepsell TD, Nelson JL, Dugowson CE, Daling JR. Smoking, obesity, alcohol consumption, and the risk of rheumatoid arthritis. *Epidemiology* 1994; 5:525-32.
2. La Polonaise de Chopin en la bémol majeur, Op. 53, la Polonaise « héroïque ». Pour entendre cette composition de 1842 de Chopin, visitez www.chopinproject.com
3. Winkelstein W Jr. From the editor: the Surgeon General's report on smoking and health (sic). *Am J Epidemiol* 2002; 155:1142.
4. Dewar CL, Harth M. Superoxide production from cytokine-treated adherent rheumatoid neutrophils. *Clin Invest Med* 1994; 17:52-60.
5. Ryan JP. History of rheumatology in southern Alberta. *CRAJ* 2015; 25:20-1.
6. Lloyd M. Philip Showalter Hench 1896-1965. *Rheumatology* 2002; 41:582-4.

Reconnaissance

Je suis éternellement redevable à mon père, feu le Dr David Lloyd George « Red » Howard, qui a été mon premier mentor en rhumatologie.

*Catharine Dewar, PhD, MD, FRCPC
Chef, Division de rhumatologie,
Département de médecine, Hôpital Lions Gate
Vancouver Nord (Colombie-Britannique)*

Reproduit avec l'autorisation de la Dre Catharine Dewar et *The Journal of Rheumatology*. Dewar C. *J Rheumatol* 2015; 42(11). Tous droits réservés.



Dre Catharine Dewar.

Dis-jointes?

La rubrique « Articulons nos pensées » de ce numéro s'envole en fumée! La SCR a présenté un groupe d'experts brûlant pour la séance des Controverses en rhumatologie de 2016 lors de l'Assemblée scientifique annuelle (ASA). La SCR a effectué un sondage auprès des membres qui étaient présents à la séance ainsi qu'auprès de ceux qui n'ont pas pu participer à l'ASA. Voici ce qui couvait sous le feu. La colonne de gauche des tableaux présente les résultats des non-participants, tandis que la colonne de droite présente les résultats recueillis sur le site de l'ASA par le biais de l'application Sli.do.

A priori, le Dr Andy Thompson et ses rhumato-chroniqueurs ont noté que le système endocannabinoïde est important pour le maintien de l'homéostasie. Ce système endocannabinoïde abaisse le système « lutte vs fuite » du système nerveux sympathique. Les endocannabinoïdes réduisent le stress et la douleur et améliorent l'appétit et le sommeil¹.

La douleur chronique est prévalente. Au Canada, environ une personne sur cinq souffre de douleur chronique, ce qui se traduit par environ six millions de personnes à l'échelle nationale¹. La douleur chronique englobe une constellation de symptômes, incluant notamment la douleur, l'insomnie, les nausées, les troubles cognitifs, la dépression et l'anxiété. Les opioïdes sont souvent utilisés dans la prise en charge de la douleur chronique, mais une revue de la Collaboration Cochrane a conclu que les opioïdes n'ont qu'un léger effet sur la douleur et la fonction physique¹.

Le Dr John Pereira a ouvert la séance des Controverses en rhumatologie, offrant le point de vue d'un prescripteur et

invitant l'auditoire à considérer si la marijuana médicinale est plus risquée que les opioïdes réguliers actuellement utilisés pour la prise en charge de la douleur chronique, compte tenu de la tolérance, de l'accoutumance et du risque de surdose (Tableau 1). Parmi les répondants, 84 % de ceux en dehors de l'ASA et 97 % de ceux qui ont assisté à la séance sur les Controverses en rhumatologie ont affirmé que cette déclaration était fausse. Le Dr Pereira a exhorté l'auditoire à garder l'esprit ouvert et à envisager la marijuana médicinale, y compris certaines souches minimalement psychoactives. Les médecins doivent reconnaître que de façon générale, nous manquons de choix de traitements pour la douleur chronique et nous devrions envisager les options qui se présentent¹.

Poursuivant la discussion, la Dre Mary-Ann Fitzcharles a demandé si l'option de « faire partir les douleurs articulaires en fumée » est vraiment la meilleure approche pour les patients souffrant de douleur chronique². Elle a soulevé la question des données probantes fort convaincantes sur l'accoutumance à la marijuana. Les réponses données n'étaient certainement pas dis-jointes (Tableau 2), avec 82 % des non-participants à l'ASA et 92 % des participants affirmant que la marijuana cause des changements au niveau des amygdales et du noyau accumbens chez les jeunes consommateurs à des fins récréatives. La plupart des consommateurs de marijuana consomment aussi de l'alcool. C'est l'action de fumer, plutôt que la substance fumée, qui cause l'accoutumance.

Tableau 1. La marijuana médicinale est plus risquée que les opioïdes réguliers actuellement utilisés pour la prise en charge de la douleur chronique, compte tenu de la tolérance, de l'accoutumance et du risque de surdose?

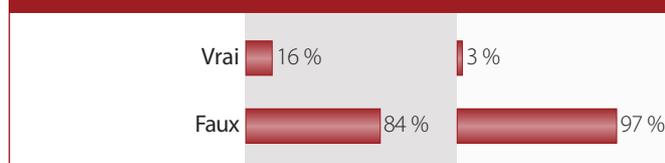
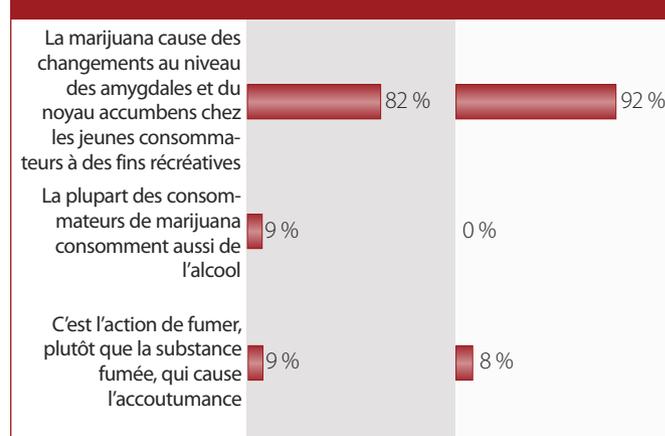


Tableau 2. Quelle est la preuve la plus convaincante de l'accoutumance à la marijuana?



Poste de suppléant : Hôpital régional de Saint John

Vous cherchez une occasion d'emploi unique? Envisagez un poste de suppléant en rhumatologie à l'Hôpital régional de Saint John, à Saint John, au Nouveau-Brunswick. Un poste de suppléant pour remplacer un congé de maternité est offert au Service de rhumatologie à compter du 3 juin 2016 jusqu'au 3 décembre 2016. La personne choisie se joindra à une équipe composée de trois rhumatologues, d'une infirmière en rhumatologie, d'un physiothérapeute spécialisé en soins musculosquelettiques et d'un ergothérapeute.

Elle participera aux cliniques de consultations externes en rhumatologie et aux consultations qui ont lieu durant les heures de bureau la semaine auprès des patients hospitalisés. La personne choisie aura également l'occasion d'offrir un appui à l'Unité d'enseignement en médecine interne et de participer au service de garde du Service de médecine interne.

L'Hôpital régional de Saint John est un hôpital de soins tertiaires affilié à l'Université Dalhousie à Halifax. Les services médicaux et paramédicaux de soins tertiaires fournissent un soutien complet au Service de rhumatologie quant au traitement de l'arthrite inflammatoire, des maladies des tissus conjonctifs et de la vascularite.

Ce poste offre d'excellentes possibilités de formation médicale. Des équipes successives d'étudiants en médecine, de stagiaires, de résidents en médecine familiale et de résidents en médecine interne effectuent régulièrement des stages au sein de notre service. De plus, l'Hôpital régional de Saint John est un campus satellite de l'Université Dalhousie à l'Université du Nouveau-Brunswick. Par conséquent, nous offrons de multiples occasions d'enseignement dans le cadre des programmes d'études de premier et de deuxième cycles.

Le Service de rhumatologie participe activement à la tenue d'essais de recherche ainsi qu'à la création de registres. Un financement est accordé aux initiatives de recherche.

Le Réseau de santé Horizon est la plus grande régie de la santé au Canada atlantique. Comptant 12 hôpitaux et plus de 100 établissements, cliniques et bureaux médicaux, l'organisation offre des services médicaux allant des soins de courte durée jusqu'aux services de santé communautaires à la population du Nouveau-Brunswick, du nord de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard. Grâce à un budget annuel de plus d'un milliard de dollars et à un effectif de 1 000 médecins et d'environ 13 000 employés, le Réseau de santé Horizon fonde sa vision stratégique sur la recherche, l'innovation et l'éducation.

Les candidats doivent être membres du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. De plus, ils doivent avoir des privilèges d'hôpital au Réseau de santé Horizon et posséder une assurance-responsabilité adéquate.

Si cette occasion vous intéresse, veuillez communiquer avec nous afin d'obtenir de plus amples renseignements.

Carol Clark, Coordinatrice du recrutement des médecins
Saint John
(506) 648-6286
RecruitMD2@HorizonNB.ca
www.HorizonNB.ca

cannabis quotidien à des fins récréatives. Une accoutumance se développe chez 9 % de tous les utilisateurs¹.

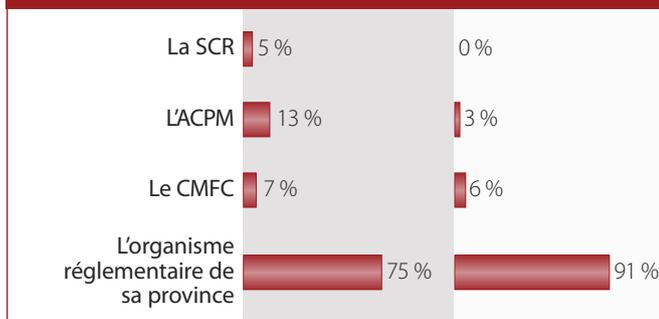
Le Dr Steven Bellemare a conclu la séance avec un survol des considérations médico-légales pour la prescription de cannabinoïdes pour les affections rhumatismales. Il a présenté un scénario où un médecin envisage de signer le document médical pour donner accès à la marijuana médicinale à un de ses patients. Dans ce scénario, le médecin consulte un certain nombre de ressources pour s'assurer que sa pratique se situe dans la norme de soin acceptable. Il demande ensuite à l'auditoire avec les lignes directrices ou recommandations de quels organismes est-il le plus important d'aligner sa pratique (Tableau 3). Parmi les répondants en dehors de l'ASA, 75 % affirmaient que l'organisme réglementaire provincial était celui qui devait guider notre pratique en premier lieu. La grande majorité (91 %) de ceux qui ont assisté à la séance était du même avis. Là encore, pas d'opinions disjointes!

Le message à retenir de la séance des Controverses en rhumatologie est qu'il y a un certain degré de poudre aux yeux en jeu dans la discussion sur l'usage médicinal de la marijuana chez les patients souffrant de douleur chronique. Le consensus général était que les médecins devraient se méfier des risques pour les patients et la société lorsqu'ils envisagent les autres options thérapeutiques en fonction des données disponibles à l'heure actuelle.

Références :

1. Thompson A. Medical Marijuana for Chronic Pain - All Smoke and Mirrors? Disponible à l'adresse : www.rheumreports.com/?report=373&title=Medical_Marijuana_for_Chronic_Pain-All_Smoke_and_Mirrors%3F&c=2016_CRA_AHPA&r=%2Freporters.php%3Fview%3DAndyThompson%26c%3D2016_CRA_AHPA%26r%3%252Freporters.php
2. Fitzcharles MA. Smoke that joint away. A prescription for herbal cannabis: Primum non nocere. Disponible à l'adresse : www.rheum.ca/images/documents/Smoke_those_Joints_Away_-_Mary-Ann_Fitzcharles.pdf

Tableau 3. Avec les lignes directrices ou recommandations avec quels organismes est-il le plus important d'aligner sa pratique?





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.

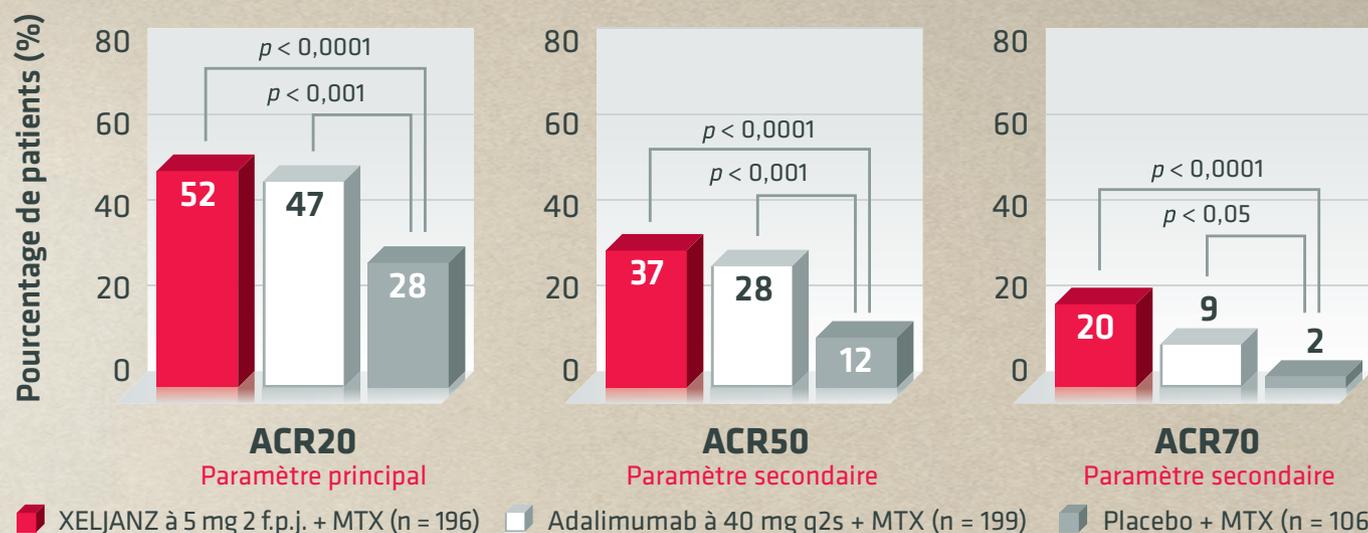


Puissante efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

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.



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

