

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie

En vedette : Bulletins des comités de la SCR & des organisations y afférentes



Éditorial

- Maud Lewis

Prix, nominations et distinctions

- Des honneurs pour les D^{rs} Elizabeth Badley, Murray Urowitz et Johanne Martel-Pelletier

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

- Notre programme de bourses d'été

Des nouvelles de l'ICORA

- Sommaire de l'ICORA pour 2017

Articulons nos pensées

- Sondage sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales

Nouvelles régionales

- Des nouvelles de la Colombie-Britannique

Arthroscopie

- *ArthritisHack* : Combiner innovation et arthrite
- Entretien avec Christine Charnock, PDG sortante de la SCR
- Nouvelles du Comité scientifique
- Nouvelles du Comité d'examen des résumés
- Mise à jour du Comité des ressources humaines
- Mise à jour du Comité des communications
- Mise à jour du Comité pour l'optimisation des soins
- Rapport annuel 2017 de l'ORA
- Nouvelles de l'AMRQ
- Mise à jour de la SOAR
- *Congrès annuel 2017 de l'AAC* – Accueillons le changement : mise en œuvre des modèles de soins pour l'arthrite
- *Reaching Out with Arthritis Research* : un forum public alliant le savoir des chercheurs et la voix des patients
- Vagues de chaleur, murs et virus : l'ACR 2017
- Capter l'attention de votre public : conseils pratiques pour les animateurs

Il n'y a QU'UN SEUL REMICADE®

SI VOUS VOULEZ
QUE VOS PATIENTS
REÇOIVENT REMICADE®,

— écrivez —

Remicade®
ne pas
substituer



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

REMICADE® :

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

REMICADE® est indiqué :

- En association avec le méthotrexate, pour la réduction des signes et des symptômes, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) modérément à sévèrement active.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, et pour l'amélioration de la capacité fonctionnelle des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) active qui présentent une intolérance ou qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux traitements standards.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et de 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.
- REMICADE® est indiqué 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 maladie de Crohn modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. corticostéroïdes et/ou aminosalicylés et/ou immunosuppresseurs). L'innocuité et l'efficacité de REMICADE® n'ont pas été établies chez les patients de moins de 9 ans.
- 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 et de 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).
- REMICADE® est indiqué 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 colite ulcéreuse modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. aminosalicylés et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs). L'innocuité et l'efficacité de REMICADE® n'ont pas été établies chez les enfants de moins de 6 ans.
- 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.

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.com/canada/fr/products#prod-451> 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 avril 2016.

Janssen Inc.

Marques de commerce
utilisées sous licence.
© 2016 Janssen Inc.
19 Green Belt Drive
Toronto (Ontario) M3C 1L9
www.janssen.com/canada/fr
SBBR160202F



Remicade®
INFLIXIMAB
Vous et vos patients pouvez
compter sur nous



Maud Lewis

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Deux fois par année, le comité de rédaction du *JSCR* se réunit pour lancer des idées et proposer des thèmes qui pourraient faire l'objet d'articles futurs. Heureusement, notre banque de suggestions contient plus de bons sujets d'articles que nous pouvons en publier dans un futur prévisible. Certaines de ces idées sont retenues, mais d'autres doivent bien sûr être mises en veilleuse.

On nous a notamment proposé de publier un article sur l'artiste peintre folklorique canadienne Maud Lewis (1903-1970). Il s'agissait d'une excellente suggestion et, à diverses reprises, on nous a fait part de noms de personnes qui connaissaient d'anciens proches de Maud Lewis capables de raconter la vie remarquable de cette artiste qui, malgré l'arthrite inflammatoire juvénile et la pauvreté, a réussi à produire un art d'une beauté et d'une profondeur exceptionnelles. Cependant, aucun article n'a vu le jour.

Récemment, une occasion de corriger cette lacune s'est présentée. Un nouveau film sur la vie de Maud Lewis a été présenté au Canada, à l'automne 2016, dans le cadre du Festival international du film de Toronto. Ce film, intitulé *Maudie* et réalisé par Aisling Walsh, met en vedette Sally Hawkins dans le rôle de Maud et Ethan Hawke dans celui d'Everett Lewis, son époux. Il a été tourné à Terre-Neuve, plutôt qu'en Nouvelle-Écosse où Maud Lewis a vécu toute sa vie, dans les comtés de Yarmouth et de Digby. Maud Lewis a appris à peindre de sa mère, mais ce fut essentiellement une autodidacte. Après la mort de ses parents, son frère a peu fait pour pourvoir à ses besoins; elle est donc allée vivre chez sa tante, mais elle y était malheureuse. Elle a fini par travailler comme aide-ménagère pour Everett Lewis, un pêcheur de la région. Ils se sont mariés peu de temps après et vécurent dans une petite maison privée d'eau courante et des autres commodités. Maud Lewis a commencé à peindre sur les surfaces intérieures et extérieures de sa maison, puis elle s'est mise à créer des cartes postales et de petites toiles qu'elle vendait aux passants entre 2 et 5 \$. Ses difficultés avec les aspects physiques de la peinture rappellent celles du peintre Auguste Renoir qui a vécu avec la polyarthrite rhumatoïde durant les 25 dernières années de sa vie. Maud peignait principalement de mémoire, en s'inspirant essentiellement de souvenirs de son enfance vécue en Nouvelle-Écosse; elle avait une préférence pour les fleurs, les bateaux, les animaux et la mer. Son style artistique a été comparé à celui de l'artiste peintre folklorique américaine Grandma Moses. La CBC et d'autres médias lui ont consacré



quelques reportages durant les dernières années de sa vie, et deux de ses toiles ont été achetées par la Maison-Blanche, sous la présidence de Richard Nixon. Maud Lewis est morte d'une pneumonie et d'autres troubles pulmonaires, sans doute causés par son exposition aux vapeurs de peinture et aux émanations de poêle à bois.

De son vivant, Maud Lewis n'a jamais vendu une peinture plus de 10 \$; aujourd'hui, ses toiles plus grandes se vendent entre 10 000 et 20 000 \$. De plus, grâce à la popularité du film *Maudie*, son tableau *Portrait d'Eddie Barnes et d'Ed Murphy, pêcheurs de homard, Bay View (Nouvelle-Écosse)*, qui a été découvert dans un magasin d'occasions, a été vendu aux enchères au printemps 2017 à un montant supérieur à 125 000 \$. La maison où elle a vécu a été restaurée et est aujourd'hui exposée au Musée des beaux-arts de la Nouvelle-Écosse, à Halifax.

Le film dépeint de façon évocatrice la vie de Maud Lewis et les deux acteurs principaux y livrent des performances bouleversantes. Je vous recommande fortement de le voir.

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

COMITÉ DE RÉDACTION DE LA SCR

Énoncé de mission. La mission du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR)* est de promouvoir l'échange d'information et d'opinions au sein de la collectivité des rhumatologues du Canada.

RÉDACTEUR EN CHEF

Philip A. Baer, M.D., FRCPC, FACP
Président,
Association médicale de l'Ontario (AMO),
Section de rhumatologie
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
Directrice générale de rhumatologie,
William Osler Health Centre
Brampton (Ontario)

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

MEMBRES

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

Shirley Lake, 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,
Divisions d'immunologie clinique, d'allergies et de rhumatologie,
Université McMaster
Shanty Bay (Ontario)

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

Deborah Levy, M.D., MS, FRCPC
Professeure agrégée,
Université de Toronto
Membre de l'équipe de recherche,
Child Health Evaluative Sciences
Research Institute
Toronto (Ontario)

Bindu Nair, M.D., FRCPC
Professeur agrégé,
Division de rhumatologie,
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

Sylvie Ouellette, M.D., FRCPC
Professeure adjointe,
Université Dalhousie
Professeure adjointe d'enseignement clinique,
Université Memorial
L'Hôpital de Moncton
Moncton (Nouveau-Brunswick)

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

Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP
Directeur médical,
The Arthritis Program
Chef, Division de rhumatologie,
Centre régional de santé de Southlake
Newmarket (Ontario)



Pour consulter le JSCR en édition électronique :
craj.ca/index_fr.php
code d'accès : **craj**

Le comité éditorial procède en toute indépendance à la relecture et à la vérification des articles qui apparaissent dans cette publication et est responsable de leur exactitude. Les annonceurs publicitaires n'exercent aucune influence sur la sélection ou le contenu du matériel publié.

ÉQUIPE DE PUBLICATION

Paul F. Brand
Directeur de la publication
Russell Krackovitch
Directeur du contenu éditorial,
Division des projets personnalisés

Jyoti Patel
Rédactrice en chef
Catherine de Grandmont
Rédactrice-révisseuse, version française

Donna Graham
Responsable de la production
Dan Oldfield
Responsable du design

Mélissa Drouin
Services financiers
Robert E. Passaretti
Éditeur

© STA HealthCare Communications inc., 2017. Tous droits réservés. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : décembre 2017.

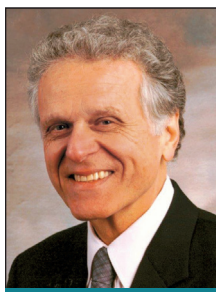
Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des rédacteurs et des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue et les opinions de STA HealthCare Communications inc. ou de la Société canadienne de rhumatologie. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE sélectionnent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

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

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS



La D^{re} Elizabeth Badley a reçu le prix *Distinguished Scholar Award* de l'Arthritis Health Professionals Association (ARHP) lors de l'assemblée annuelle conjointe de l'American College of Rheumatology (ACR) et de l'ARHP en novembre 2017. Ce prix récompense les contributions exceptionnelles d'un membre de l'ARHP à la recherche sur l'arthrite et les maladies rhumatismales. En tant qu'épidémiologiste et chercheuse dans le domaine des services de santé, la D^{re} Badley s'est principalement intéressée à l'utilisation des données communautaires pour comprendre les problèmes touchant la qualité de vie, le vieillissement et l'accès aux soins de santé des patients atteints d'arthrite et de troubles musculosquelettiques. L'un des objectifs sous-jacents de ses travaux est d'accroître la visibilité de l'arthrite sur la scène de la santé publique et de la politique sanitaire afin que la maladie bénéficie de l'attention et du financement qu'elle mérite. L'un des aspects les plus enrichissants de ses travaux a été de bénéficier de collaborations interdisciplinaires privilégiées avec des collègues et des étudiants talentueux sans que ces accomplissements n'auraient pu être possibles.



Le D^r Murray Urowitz a reçu le *Distinguished Clinical Investigator Award* de l'American College of Rheumatology (ACR) lors de l'assemblée annuelle de novembre 2017. Ce prix prestigieux est décerné chaque année à un chercheur clinique ayant apporté une contribution exceptionnelle au domaine de la rhumatologie. Au début de sa carrière, le D^r Urowitz a mis sur pied la Clinique du lupus et le Programme de recherche relatif à la banque de données sur le lupus de l'Université de Toronto. Cette vaste base de données longitudinale, qui regroupe plus de 1 950 patients, est l'une des plus volumineuses du monde. Le programme de recherche a permis d'établir de nouvelles méthodes normalisées, maintenant largement utilisées, pour évaluer l'évolution de la maladie. Les nombreuses découvertes scientifiques qui en ont découlé ont modifié de façon considérable le diagnostic et la prise en charge du lupus. Le D^r Urowitz a publié 386 articles révisés par des pairs et 43 chapitres de livres. Il a aussi encadré la formation de plus de 130 boursiers en rhumatologie. Au moment de recevoir ce prix, le D^r Urowich a déclaré : « Je suis honoré d'être ainsi reconnu par mes pairs. Ce prix atteste la validité de mes travaux et me rend extrêmement fier. »



La professeure Johanne Martel-Pelletier a eu l'honneur de recevoir le titre de *Master of the American College of Rheumatology* lors de l'assemblée annuelle de 2017. Cette prestigieuse distinction est l'un des plus grands honneurs décernés par l'ACR à ses membres. La professeure l'a reçue en reconnaissance de ses contributions exceptionnelles au domaine de la rhumatologie. Pionnière et sommité mondiale dans le secteur de la recherche translationnelle sur l'arthrose, ce sont ses compétences pointues tant en recherche fondamentale que clinique qui sont ainsi reconnues. Ses travaux ont mené à de nombreuses découvertes en matière de diagnostic et de traitement qui ont permis d'avancer sur la voie de la médecine personnalisée. En modifiant et en élargissant l'interprétation de la pathogénie de l'arthrose et de la biologie des tissus articulaires, ses recherches ont profondément influé sur la perception actuelle de la maladie.

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS

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

Notre programme de bourses d'été



Depuis sa création, la SCR travaille à la promotion et à l'avancement du domaine de la rhumatologie par l'organisation d'activités de réseautage, de formation et d'éducation pour les cliniciens, les étudiants, les professionnels paramédicaux et les chercheurs.

Le programme de bourses d'été fait partie de nos programmes et initiatives qui aident à mettre en valeur la rhumatologie auprès des étudiants et des résidents. Ce programme constitue une excellente façon pour les étudiants en médecine d'acquies de l'expérience dans notre importante sous-spécialité et de stimuler leur intérêt pour celle-ci.

Les étudiants peuvent faire une demande de bourse en pratique clinique ou en recherche, mais ne peuvent accepter qu'une bourse si leurs deux demandes sont acceptées. Les bourses d'études couvrent une période de 4 à 12 semaines, de mai à août. Pour en apprendre davantage sur le programme de bourses d'été de la SCR et la façon de faire une demande, veuillez consulter le site rheum.ca ou communiquer avec Claire McGowan, à l'adresse claire@rheum.ca. Le formulaire de demande pour le prochain cycle sera disponible à compter de la mi-janvier 2018.

Voici ce que certains de nos étudiants et mentors disent à propos de ce programme spécial :

Le programme de bourses d'été de la SCR a été un fantastique point d'entrée vers la rhumatologie. J'ai pu apprendre et développer des compétences qui deviendront très précieuses dans une future carrière en recherche. Je continuerai de m'impliquer dans le domaine de la rhumatologie du fait de ce programme.

–Leonardo Martin Calderon (stagiaire de l'été 2017)

Quelle expérience formidable! Toute l'équipe de SickKids a été extrêmement généreuse dans son enseignement. Au cours de ces dix semaines, j'ai pu développer mes connaissances, ma confiance et mes compétences en examen clinique dans un environnement sûr et sécurisant. De plus, je me suis fait une idée des complexités de la rhumatologie. Je suis plus intéressée que jamais par une carrière dans ce domaine!

–Neha Puri (stagiaire de l'été 2017)

Il s'agit d'une excellente occasion d'exposer les étudiants au merveilleux monde de la rhumatologie au début de leur parcours, AVANT qu'ils choisissent une spécialité.

–Ron Laxer (mentor)

C'est une formidable chance d'encadrer un esprit vif et frais et de raviver notre propre passion pour la médecine.

–Volodko Bakowski (mentor)

J'ai découvert le programme de bourses d'été par l'intermédiaire de ma faculté et j'ai décidé de faire une demande pour acquies une expérience pratique dans un projet de recherche lié à cette sous-spécialité. Ma première exposition clinique au côté d'un rhumatologue a éveillé mon intérêt pour cette discipline. J'ai eu le privilège d'être encadré par un formidable clinicien-chercheur qui m'a permis de travailler de façon autonome. J'ai découvert avec plaisir que la recherche en rhumatologie dans le contexte de l'épidémiologie nécessite une collaboration entre différents domaines de la médecine. À une occasion, j'ai eu la chance d'accompagner mon mentor à une clinique du lupus. Cela m'a permis de me familiariser avec l'aspect clinique de la rhumatologie et de rencontrer des patients qui participaient directement à mon étude. En outre, j'ai pu présenter mes résultats préliminaires à d'autres chercheurs lors d'un séminaire. Leur réaction m'a permis de mieux comprendre l'importance de nos résultats et m'a incité à explorer d'autres pistes. Je sais maintenant avec certitude que je souhaite poursuivre ma carrière en rhumatologie et en recherche, et j'ai conscience de l'importance de recueillir de nouvelles données pour améliorer la qualité des soins.

–Elvis-Raymond Mukwikwi (stagiaire de l'été 2017)

Un fantastique programme pour les étudiants comme pour les mentors.

–Sasha Bernatsky (mentor)

Le programme de bourses d'été de la SCR est essentiel pour faire découvrir la rhumatologie aux nouveaux étudiants en médecine.

–Zahi Touma (mentor)

L'un des aspects du programme de bourses d'été du SCR qui m'a particulièrement plu a été la continuité de l'apprentissage, du plaisir et du mentorat, qui se poursuivent au-delà des trois mois de stage.

–Yan Jiao Liu (stagiaire de l'été 2017)

La bourse d'études a été une fantastique occasion de découvrir le domaine de la rhumatologie! Grâce à ce programme, j'ai saisi l'ampleur de cette discipline dans laquelle on traite une grande variété de troubles aux tableaux cliniques hétérogènes, et pas seulement l'arthrite. J'ai eu la chance de passer du temps avec un rhumatologue pour adultes et un autre pour enfants, ce qui m'a permis de constater les similarités et les nuances de cette profession chez ces deux groupes de patients. Je recommande fortement ce programme à quiconque envisage une carrière en rhumatologie, puisque le programme de médecine est trop dense pour pouvoir présenter adéquatement cette spécialité aux futurs médecins.

–Rebecca Quilty (stagiaire de l'été 2017)

Je suis tellement heureuse d'avoir été sélectionnée pour ce programme. Il offre d'excellentes occasions de mieux connaître une profession hors du commun et d'acquies des compétences cliniques utiles. La bourse d'études m'a aussi aidée à trouver un mentor à vie.

–Ada Lo (stagiaire de l'été 2017)

Sommaire de l'ICORA pour 2017

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

L'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) lance un autre concours de bourses en 2018! Le comité pour la recherche de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) lancera le 11^e concours de bourses de l'ICORA. La date limite pour soumettre une demande est le 30 mars 2018 et les candidats retenus seront avisés au début de juin 2018.

Alors que la 11^e édition approche à grands pas, nous souhaitons souligner le travail acharné et le dévouement des membres du comité pour la recherche de la SCR. Nous tenons à remercier les D^{rs} Vinod Chandran, Alfred Cividino, Boulos Haraoui, Marie Hudson, Niall Jones, Lily Lim, Laëtitia Michou, Mohammed Osman, Regina Taylor-Gjevrev, Carter Thorne et John Wade.

L'ICORA a connu de nombreux succès cette année. Voici quelques exemples des résultats des recherches financées par l'ICORA :

Présentations d'affiches et présentations orales

- *A Needs-based Rheumatologist Education Program on Treating to Target in Psoriatic Arthritis and Spondyloarthritis: Insights and Challenges*. Investigatrice principale : Pope J. (SCR, 2017)*
- *Adult Axial Spondyloarthritis Screening and Referral Practices amongst Primary Care Physicians, Physiotherapists, Chiropractors and Nurse Practitioners: Results from a Qualitative Study*. Investigatrice principale : Passalent, L. (SCR, 2017)
- *Assessing System-level Performance Measures for Early Rheumatoid Arthritis in the Canadian Early Arthritis Cohort Study (CATCH): An 8-Year Observational Cohort Study*. Investigatrice principale : Barber, C. (SCR, 2017)*
- *Effect of Personalized Diet and Exercise Recommendations in Early Inflammatory Arthritis: A Randomized Trial*. Investigatrice principale : Barnabe, C. (SCR, 2017)
- *eHealth Supported Collaborative Care for Gout Involving Rheumatology, Pharmacy, and Dietetics: Mid-Term Outcomes*. Investigatrice principale : De Vera, M. (SCR, 2017)*

Articles publiés

- *Do Patients and Health Care Providers Have Discordant Preferences About Which Aspects of Treatments Matter Most? Evidence From a Systematic Review of Discrete Choice Experiments*. Investigateurs principaux : Harrison M. et Hudson M. *BMJ Open*



- *Postpartum Complications in New Mothers with Juvenile Idiopathic Arthritis: a Population-based Cohort Study*. Investigateur principal : Feldman D., *Rheumatology*
- *Heart Disease, Hypertension, Gestational Diabetes, Preeclampsia/Eclampsia in Mothers with Juvenile Arthritis: a Nested Case Control Study*. Investigateur principal : Feldman, D. *Arthritis Care Res*

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 reconnaître leur important soutien.

Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC

Professeure de médecine,

Chef de la Division de rhumatologie, Département de médecine,

St. Joseph's Health Care, Université Western

London (Ontario)

ICORA : Concours de bourses

L'ICORA lance un autre concours de bourses en 2018!

Ouverture du système de demande de bourse de l'ICORA en ligne le **29 janvier 2018**.

Date limite pour soumettre une lettre d'intention, le **28 février 2018**.

Date limite pour soumettre une demande de bourse à l'ICORA en ligne, minuit le **30 mars 2018**.

Les avis concernant les bourses seront envoyés **juin 2018**.

Si vous avez des questions, envoyez-nous un courriel à l'adresse virginia@rheum.ca

Pour plus de détails : rheum.ca/fr/research

ArthritisHack : Combiner innovation et arthrite

ORGANISATRICE

Par Michelle Mika, organisatrice de l'événement *ArthritisHack* de Hacking Health, section de Toronto

Il faut du courage pour essayer quelque chose de nouveau. Et c'est exactement ce qu'a fait La Société de l'arthrite. Celle-ci a conclu un partenariat avec la société Eli Lilly et Hacking Health, de Toronto, pour étudier comment la technologie peut apporter des solutions novatrices aux défis posés par l'arthrite. Un programmathon de 48 heures ayant pour titre *ArthritisHack* a ainsi été mis sur pied.

Voir des professionnels de la santé, des spécialistes de la technologie et des patients chercher par tous les moyens, pendant toute une fin de semaine, à améliorer la vie des patients atteints d'arthrite est une source d'inspiration. Les véritables leçons à tirer d'un programmathon axé sur la santé sont l'énergie, l'enthousiasme et la collaboration des professionnels de différentes disciplines. Les patients ont aidé les spécialistes de la technologie (développeurs et concepteurs) à comprendre réellement la maladie, alors que les fournisseurs de soins de santé ont transmis leurs connaissances approfondies. Onze équipes désireuses d'aider les personnes atteintes d'arthrite ont présenté de nouvelles idées après de nombreux essais. Le résultat? Trois équipes gagnantes proposant des solutions inspirantes axées sur les patients qu'une personne à elle seule n'aurait pu mettre au point. C'est ce que j'appelle du courage!

PARTICIPANTS

Par Karim Mithani, étudiant en médecine (2020),
Université de Toronto

Du 13 au 15 octobre, j'ai eu le privilège d'assister à l'événement *ArthritisHack* au District de la découverte MaRS, à Toronto. En équipes interdisciplinaires formées de programmeurs, de concepteurs, de fournisseurs de soins de santé et de professionnels du monde des affaires, nous avons cerné les problèmes pressants auxquels font face les patients atteints d'arthrite, conçu des solutions novatrices et mis au point des prototypes fonctionnels.

Mon équipe a élaboré une application mobile afin d'améliorer le traitement et les soins des enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique (AJI), appelée « *Joint Space* ». L'une des composantes de l'application facilite les conversations entre les patients et les soignants au sujet des symptômes et des



Karim Mithani et son équipe, « *Joint Space* ».

traitements de l'AJI grâce à des livres d'histoires virtuels personnalisables, dont le contenu est fondé sur des données probantes. Une autre fonctionnalité interactive permet le suivi longitudinal des symptômes de la maladie et des limites fonctionnelles liées à celle-ci et comprend un homoncule ayant l'apparence d'un enfant. Finalement, une composante collective de l'application, conçue pour réduire la stigmatisation et améliorer le soutien social, permet aux utilisateurs d'interagir au moyen d'émoticônes avec d'autres patients de la communauté atteints d'AJI. Des événements comme *ArthritisHack* mettent en évidence le remarquable potentiel d'innovation technologique en matière de soins de santé ainsi que l'importance des équipes multidisciplinaires pour réaliser un tel potentiel.

JUGE

Par Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC

Je n'ai jamais participé à un programmathon, bien que j'en aie déjà entendu parler. Un programmathon est un événement au cours duquel des programmeurs se réunissent pour faire de la programmation informatique en collaboration. Lorsque La Société de l'arthrite m'a demandé de faire office de juge lors d'un événement appelé *ArthritisHack*, j'ai été intriguée et j'ai immédiatement ACCEPTÉ!

La Société de l'arthrite a tenu un programmathon axé sur l'arthrite du 13 au 15 octobre, dans le District de la découverte MaRS, à Toronto, en Ontario. L'événement était chapeauté par



De gauche à droite : Isabelle Vezina (directrice exécutive, Hacking Health Global), D^r Philip Baer (rédacteur en chef du JSJR et mentor à l'événement) et D^{re} Michelle Mika (partenariats corporatifs, Hacking Health Toronto).



Janet Rodriguez, mentor à l'événement et patiente vivant avec l'arthrite.

Hacking Health avec l'aide de La Société de l'arthrite et d'un commanditaire encourageant l'innovation, la société Eli Lilly Canada. L'initiative a réuni des professionnels de la santé et de la technologie de l'information, des concepteurs, des analystes de politiques, des entrepreneurs et – plus important encore – des patients atteints d'arthrite dans le but de trouver des solutions visant à renforcer l'autonomie des patients atteints d'arthrite dans tous les aspects de leur vie.

L'événement a commencé par une réunion inaugurale tenue le vendredi soir, au cours de laquelle les participants ont lancé des idées novatrices pour aider les patients atteints d'arthrite à surmonter des problèmes courants. Les participants ont formé des équipes d'après les idées qu'ils ont jugées comme étant les plus intéressantes et dont ils pouvaient tirer le plus parti selon leur expertise particulière. Par la suite, le programmathon a véritablement pris son envol – et s'est poursuivi pendant 36 heures consécutives. Je suis certaine que la plupart des 11 équipes sont restées éveillées toute la nuit à grignoter des collations, à boire du café et à écrire des codes tout en s'amusant!

La sélection des équipes gagnantes a eu lieu le dimanche après-midi. Chaque équipe disposait de cinq minutes pour présenter son prototype – les prototypes fonctionnels couvraient tous les aspects de la maladie, du suivi des symptômes au soutien émotionnel en passant par la création d'un réseau de bénévoles pour aider les personnes atteintes d'arthrite lorsqu'elles en ont besoin. J'ai été agréablement surprise par la créativité et la productivité dont ont fait preuve les équipes en un si court délai. La sélection des équipes gagnantes a été difficile, puisque bon nombre des prototypes étaient formidables. Après mûre délibération, le comité interdisciplinaire a choisi trois équipes gagnantes qui se sont vu remettre des prix en espèces et des contributions en nature afin de perfectionner et de mettre en œuvre leur prototype, avec l'aide de La Société de l'arthrite.

Je crois que cet événement a été un excellent moyen de favoriser l'innovation axée sur la collaboration au sein de la

communauté de l'arthrite et de trouver des solutions raffinées pour améliorer la prise en charge autonome par les patients.

MENTOR

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

C'était le deuxième événement du genre organisé par La Société de l'arthrite. Le thème était : « Pensée innovatrice, solutions efficaces : comment pouvons-nous aider les personnes à composer avec les défis quotidiens que posent l'arthrite et ses soins? »

Janet Yale, présidente-directrice générale de La Société de l'arthrite, et Dawn Richards, de l'ACA, étaient parmi les conférenciers d'honneur du vendredi. Les très courtes interventions ont mené à la formation de 11 équipes qui se sont disputé trois prix de 2 000 \$ à 5 000 \$, ainsi que du mentorat et du soutien pour développer davantage leur projet.

Les thèmes définis comprenaient : la communication, la santé émotionnelle, l'arthrite au travail et le choix des participants.

Comme noms d'équipes, il y avait : *ArthWrite*, *Joint Space*, *AdaPT*, *Core365*, *Health Docker*, *2020UGarden*, *Ari*, *Spoons*, *Arthritis Pursuance* et *KIZUNA*.

J'ai noté un grand intérêt pour les suivis des symptômes, le soutien émotionnel et la corrélation entre le sommeil, l'humeur, l'exercice et l'observance thérapeutique avec l'état fonctionnel. En tant que clinicien, j'ai pu discuter de la pratique clinique, des outils en matière de résultats liés aux patients (comme PROMIS et MDHAQ), des sites Web comme www.rheuminfo.com et des questions sur le transfert d'informations médicales et concernant la confidentialité. J'ai vraiment apprécié la possibilité d'interagir avec des étudiants en médecine, d'autres mentors, des experts en codage et en informatique, des ingénieurs biomédicaux, des patients et avec d'autres participants.

Gagnants du premier prix :

« Kizuna » – une application qui permet aux patients de se connecter aux bénévoles qui peuvent les aider.

Entretien avec Christine Charnock, PDG sortante de la SCR

Vous faites partie de la SCR depuis très longtemps (depuis 1997) et de nombreux membres vous considèrent comme « le visage de la SCR ». Qu'est-ce qui vous a fait décider que le moment était venu de mettre fin à votre rôle de présidente-directrice générale?

J'ai simplement pensé que cela pourrait être un excellent changement pour moi et pour la SCR... de nouvelles idées, de nouvelles occasions, de nouvelles expériences... et je voulais assurément partir sur une bonne note, alors que les gens souhaitent encore me voir à ce poste.

Parlez-nous de votre trajectoire de carrière et de la façon dont vous avez commencé à participer à la SCR.

J'ai suivi des études supérieures en développement international et j'ai travaillé dans ce domaine avant d'avoir des enfants. J'adorais le travail, mais je n'ai plus voulu être en déplacements pendant tout un mois quand j'ai eu mes enfants. J'ai cherché quelque chose à faire jusqu'au jour où j'ai envoyé mon CV à



Carter (Dr Carter Thorne). Il a mentionné qu'il était secrétaire-trésorier de l'organisation et qu'ils avaient besoin d'air, et les choses sont parties de là!

Vous devez avoir eu plusieurs mentors ou modèles dans votre carrière. Pouvez-vous citer une ou plusieurs personnes qui vous ont inspirée sur le plan professionnel?

Il y a eu tellement de personnes... et tellement de personnes dans des organisations qui ont offert leurs services bénévoles et se sont engagées pendant si longtemps. Le danger de citer quelques

noms et que l'on n'en oublie inévitablement. Je vais donc les mentionner par la première lettre de leur prénom : C – établir des contacts importants; M – être diplomate, mais ferme; J – penser à l'ensemble des membres à travers le pays; C – être axé sur la gouvernance, ne pas faire le café; J – toujours à proposer de nouvelles idées et à susciter l'enthousiasme; J – s'impliquer et être la première présidente du conseil d'administration, et contribuer énormément; A – se lancer dans quelque chose de nouveau, quel que soit votre âge; D – être la première présidente; T – ce n'est pas l'âge qui compte, c'est la capacité et l'engagement; P – toujours là pour donner une rétroaction en temps opportun; T – le plus rapide délai de réponse aux courriels. V & C – n'importe quel courriel me fait rire à haute voix; V – être très diplomate dans la remise en question du statu quo; E – encourager tout le monde à s'exprimer; C – être totalement engagé dans une cause; E – être très agréable, amical et terre-à-terre; J – dépenser très judicieusement l'argent de nos membres; S – vous n'êtes jamais trop jeune pour jouer un rôle essentiel; M – être enthousiaste et heureux fait en sorte que chaque jour en soit un empreint de joie non seulement pour vous, mais pour aussi ceux qui vous entourent (et, de belles chaussures aident aussi)!

Quels ont été les aspects les plus gratifiants et les aspects les plus difficiles de ce poste?



Christine photographiée avec le Dr Gunnar Kraag.



Christine avec le Dr Gunnar Kraag (à gauche) et le Dr Jamie Henderson (à droite).



Christine et le Dr Carter Thorne.



Christine avec le Dr John Thomson (à gauche) et le Dr Michel Zummer (à droite).

Tisser des liens avec les gens... mettre les gens en contact entre eux et leur donner accès à l'information! Faire le suivi de tout et faire de son mieux dans des délais limités.

Étant donné votre expérience et votre succès professionnels, quel conseil donneriez-vous :

a) au prochain président-directeur général de la SCR : Ce qui compte, ce sont les membres. Sans les membres, il n'y a pas d'organisation. Il faut donc toujours penser à eux en premier. Quels sont leurs points sensibles, quels seront leurs points sensibles à l'avenir et comment pouvons-nous contribuer à atténuer ces points sensibles?

b) aux plus jeunes rhumatologues et aux rhumatologues en formation : Impliquez-vous et engagez-vous; vous rencontrerez des personnes exceptionnelles et établirez des liens incroyables, qui vous accompagneront tout au long de votre vie. Prenez le temps d'établir des liens avec d'autres. J'ai vu des gens apprendre des choses lors de réunions de comité et du conseil d'administration.

c) aux plus jeunes femmes qui aimeraient assumer

des rôles de direction : Faites ce qui vous passionne... si vous voulez être dirigeante, rien ne pourra vous arrêter!

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

Je pense que la technologie sera amenée à changer la médecine dans son ensemble. Le plus drôle, c'est que j'ai rédigé ma thèse (il y a plusieurs années) sur le diagnostic médical assisté par ordinateur. Le Dr Watson y a participé et je pensais que nous serions beaucoup plus avancés que nous le sommes 27 ans plus tard!

Quels sont vos plans une fois que vous aurez officiellement quitté la SCR?

Je suis constamment à la recherche de nouvelles occasions, mais je n'ai rien arrêté encore! Il faudra que cela implique de faire de choses nouvelles, novatrices et créatives avec une organisation agréable comptant des personnes formidables (c'est un aspect qui explique pourquoi je suis restée ici si longtemps!)

Et quand vous prendrez votre retraite?

La retraite... wow, je n'ai aucune idée du jour où je prendrai ma retraite. J'ai déjà pensé que j'adorerais revenir à mon ancien travail et travailler dans des situations d'urgences à différents endroits du monde. On verra ce qu'en pensera mon corps une fois rendu là.

Terminez cette phrase : Je n'aurais jamais pensé que...

...je resterais ici si longtemps et aurais de formidables occasions de croître et de créer.

Qu'est-ce qui vous manquera le plus de la SCR?

Les gens!

Nouvelles du Comité scientifique

Par Tom Appleton, M.D., Ph. D., FRCPC

Rejoignez-vous à nous à Vancouver à l'occasion de l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de 2018!

Les progrès réalisés sur le plan des découvertes, de la technologie et des sciences cliniques, alimentés par notre volonté d'améliorer les soins aux patients et notre assurance à cet égard, continuent d'élargir notre compréhension des maladies rhumatismales. Le thème de l'ASA de la SCR pour 2018, « Précision et médecine personnalisée en rhumatologie », a été choisi pour illustrer les avancées réalisées dans ce domaine.

Le comité organisateur de l'ASA 2018 a invité de prestigieux orateurs et a planifié des ateliers, des échanges scientifiques et (bien sûr) du temps pour réseauter! Parmi les nouvelles priorités retenues, citons l'inclusion de thèmes de réunions antérieures et la présentation de contenu de niveau supérieur dans certains créneaux afin de donner aux amateurs de conférences avertis la possibilité d'approfondir leurs connaissances professionnelles. Cette année, ne manquez pas l'atelier de niveau supérieur sur les compétences en santé autochtone!

L'hôtel DOUGLAS offre une vue splendide sur un paysage à couper le souffle où la mer et le ciel se rencontrent. Durant votre séjour, vous aurez l'occasion d'assister au célèbre Grand débat intitulé « Les outils diagnostiques de précision comme les biomarqueurs, l'immunologie avancée et l'intelligence artificielle pourraient rendre les rhumatologues moins indispensables à l'avenir ». Le programme inclut des ateliers pratiques et philosophiques, le jeu *RheumJeopardy!* proposé par le docteur Philip Baer, des mises à jour offertes par nos vedettes nationales, des séances interactives (notamment des présentations d'affiches), la « Foire de l'emploi » et une séance de rencontre avec des experts. La séance « Aperçu de l'année à venir », présentée l'an dernier à Ottawa, explorait les capacités de prédiction des experts dans les domaines des sciences fondamentale et clinique, de la pédiatrie et des modèles de soins. L'activité a connu un tel succès qu'elle est de retour cette année.

Le comité organisateur de l'ASA et moi-même sommes ravis de vous présenter les principaux orateurs vedettes de cette année :

La professeure Ranjeny Thomas est titulaire de la chaire de recherche en rhumatologie du Queensland à l'Institut Diamantina de l'Université du Queensland, en Australie. Ses travaux portent sur la biologie des cellules dendritiques humaines dans les maladies auto-immunes et leur application clinique dans le traitement de ces maladies. La professeure Thomas est reconnue pour ses contributions dans le domaine de l'immunotolérance et des facteurs de risque de la polyarthrite rhumatoïde et du diabète de type 1. Ses travaux ont permis de mettre au point un vaccin spécifique d'antigènes pour traiter la polyarthrite rhumatoïde (lequel est actuellement à l'étape des essais cliniques), une plateforme d'immunothérapie spécifique d'antigènes et un nouveau test diagnostique assorti d'une immunothérapie pour le diabète de type 1. Elle est aussi la directrice-fondatrice d'une entreprise dérivée, Dendright, qui gère la mise au point de vaccins pour lutter contre les maladies auto-immunes.

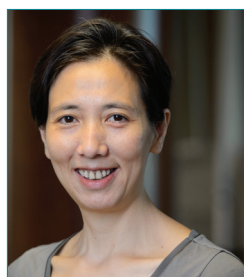
La professeure Linda Li est détentrice de la chaire Harold Robinson/Société d'arthrite pour les maladies rhumatismales et titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur le transfert des connaissances axé sur le patient, au Département de physiothérapie de l'Université de la Colombie-Britannique. Elle est aussi chercheuse principale au Centre canadien de recherche sur l'arthrite. Les travaux de la professeure Li portent entre autres sur l'expérience des personnes atteintes d'arthrite inflammatoire débutante qui souhaitent obtenir de l'aide et sur l'évaluation des modèles de soins en rhumatologie. L'un de ses principaux intérêts, qui est en lien avec le thème de notre réunion (« Précision et médecine personnalisée en rhumatologie »), est la création et l'évaluation d'outils électroniques, en collaboration avec des experts du numérique, permettant des prises de décision partagées entre médecins et patients. Pour ses travaux exceptionnels dans le domaine de l'arthrite, elle

a notamment reçu le Prix de l'Investigateur de carrière en recherche médicale remis par la Fondation Michael Smith.

Le professeur Marvin Fritzler est un rhumatologue canadien de réputation internationale, reconnu pour ses travaux en rhumatologie qui ont permis d'améliorer le diagnostic des maladies auto-immunes. Il a été nommé *Master of the American College of Rheumatology* en 2013, 10 ans après avoir reçu de la SCR le Prix du chercheur émérite. Le Dr Fritzler a



Dr^e Ranjeny Thomas



Dr^e Linda Li



Dr^r Marvin Fritzler

été président de l'Alberta Research and Innovation Authority. Il a publié plus de 420 articles révisés par des pairs cités à plus de 11 000 reprises. Pour ses travaux dans le domaine du diagnostic moléculaire au moyen d'autoanticorps, qui permettent le diagnostic précis de plusieurs maladies auto-immunes, le Dr Fritzler a récemment reçu le *Carl R. Jolliff Award for Lifetime Achievement in Clinical and Diagnostic Immunology* de l'American Association of Clinical Chemistry. C'est un immense plaisir de lui souhaiter la bienvenue cette année encore dans le prestigieux rôle de conférencier Dunlop-Dottridge 2018 de la SCR.

Marquez votre calendrier : du 21 au 24 février 2018.
Je me réjouis à l'avance de vous retrouver à Vancouver!

Tom Appleton, M.D., Ph. D., FRCPC
Professeur adjoint de médecine et de rhumatologie,
Université de Western Ontario,
London (Ontario)



ANNUAL SCIENTIFIC MEETING
L'ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE ANNUELLE

VANCOUVER • FEB 21-24 FÉV 2018

La SCR est heureuse d'annoncer que son Assemblée scientifique annuelle (ASA) ainsi que l'Assemblée annuelle de l'Association des professionnels de la santé pour l'arthrite (APSA) de 2018 auront lieu à Vancouver, Colombie-Britannique, du 21 au 24 février.

Pour plus d'information concernant l'événement et les dates importantes, veuillez visiter le site rheum.ca

Nouvelles du Comité d'examen des résumés

Par Maggie Larché, MBBS, MRCP(R.-U.), Ph. D.

Le Comité d'examen des résumés se prépare une fois de plus à examiner tous les résumés soumis en vue de l'ASA de 2018.

Avec plus de 200 résumés reçus jusqu'à présent, chiffre qui viendront augmenter les résumés soumis par les résidents en 4^e et 5^e années de formation, les affiches scientifiques et cliniques et les présentations orales promettent d'être variées et intéressantes. Chaque résumé est examiné en détail par trois lecteurs, puis noté. Les résumés les mieux notés sont ensuite sélectionnés à des fins de présentation orale. Comme l'année passée, les présentations orales porteront sur des sujets variés proposés par un groupe d'orateurs composés d'étudiants, de résidents, de boursiers et de rhumatologues en exercice.

Afin d'encourager les stagiaires et les jeunes membres du corps professoral et de nourrir l'enthousiasme des étudiants en médecine et des étudiants de premier cycle, neuf prix seront décernés en 2018, comme l'an dernier. Ces prix sont les suivants :

- Meilleur résumé de recherche présenté par de jeunes professeurs
- Meilleur résumé de recherche en sciences fondamentales présenté par un stagiaire
- Meilleur résumé de recherche clinique ou épidémiologique présenté par un stagiaire – Prix Phil Rosen
- Meilleur résumé de recherche sur le lupus érythémateux disséminé présenté par un stagiaire – Prix Ian Watson

- Meilleur résumé présenté par un étudiant en médecine
- Meilleur résumé présenté par un résident de cycle supérieur
- Meilleur résumé présenté par un résident en rhumatologie
- Meilleur résumé présenté par un étudiant de premier cycle
- Meilleur résumé présenté par un stagiaire en recherche de cycle supérieur

Le programme comportera deux séances interactives de présentation d'affiche qui donneront l'occasion aux participants de poser des questions aux présentateurs, ainsi que deux séances consacrées à la présentation orale de quelques-uns des meilleurs résumés. Les lauréats seront sélectionnés durant les séances de présentation d'affiche et de présentation orale.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude aux membres du sous-comité d'examen des résumés qui se sont portés volontaires pour examiner les résumés et juger les présentations.

À très bientôt!

Maggie Larché, MBBS, MRCP(R.-U.), Ph. D.
Présidente du Comité d'examen des résumés de la SCR
Professeure agrégée, Division de rhumatologie
Départements de médecine et de pédiatrie
Médecin rhumatologue, St. Joseph's Healthcare Hamilton et
Université McMaster,
Hamilton (Ontario)

Mise à jour du Comité des ressources humaines

Par Diane Crawshaw, coordinatrice, projet TROT

Le Programme des ressources humaines de la SCR, *Training the Rheumatologists of Tomorrow (TROT)*, et le *Manpower Committee* de l'Ontario Rheumatology Association (ORA) ont tenu un stand dans le cadre de l'*Ontario Medical Students Weekend (OMSW)*, le 21 octobre 2017 à Sudbury, en Ontario. Cet événement annuel se tient dans l'une des six villes hébergeant une faculté de médecine; cette année, 450 étudiants en première année de médecine y ont participé.

C'est la troisième année que nous participons à ce week-end et chaque année nous invitons une partie des visiteurs de notre stand à remplir un sondage afin de nous aider à évaluer l'impact de notre présence. Au total, 115 sondages ont été remplis, dont 53 en 2017. Les données recueillies au fil des ans semblent indiquer que la grande majorité des répondants (70 %; n = 80/115) n'avaient pas envisagé d'apprendre à connaître davantage le domaine de la rhumatologie, que ce soit en explorant la pratique clinique ou la recherche ou en observant un rhumatologue, par exemple. Toutefois, après un échange fructueux avec un rhumatologue passionné de notre stand, une majorité impressionnante (94 %; n = 92) des répondants a dit envisager d'explorer la rhumatologie. Environ la moitié des répondants ont fourni leur adresse électronique en mentionnant qu'ils souhaitaient

recevoir de l'information sur la formation en rhumatologie et les événements connexes.

Les portraits de héros sur affiches de grande taille, les désormais célèbres stylos en forme d'os *RheumCareer* et les gants qui simulent une polyarthrite rhumatoïde (PR) déformante attirent les gens vers le stand. Toutefois, c'est la possibilité de parler à un rhumatologue passionné qui a le plus grand impact. Les messages transmis comprenaient : la rhumatologie est la meilleure, la plus intéressante et la plus polyvalente des sous-disciplines médicales; la rhumatologie est intéressante



L'idée de devenir un héros séduit les étudiants! Les D^{res} Saara Rawan (3^e à partir de la gauche) et Jane Purvis (à l'extrême droite) posent avec des étudiants et les gants simulant la PR.

BIENVENUE EN RHUMATO

C'est avec plaisir que nous accueillons les nouveaux membres suivants :

Tariq Al Fanna Al Aarimi, Toronto, ON
Anwar Albasri, Toronto, ON
Drew Bowie, Victoria, BC
Erin Butler, Calgary, AB
Natacha Cambray, Sherbrooke, QC
Sana Chambah, Montréal, QC
Sarah Cribby, Calgary, AB
Yassir Daghistani, Vancouver, BC

Dilan Dissanayake, Toronto, ON
Giordano Egiziano, Westmount, QC
Faranak Esmailbeigi, London, ON
Andreu Fernandez-Codina, London, ON
Stephanie Gottheil, Toronto, ON
Carly Hewson, London, ON
Faiza Khokhar, Mississauga, ON
Lauren King, Toronto, ON

Renée-Claude Loignon, Québec, QC
Sabrina Lue, Kingston, ON
Alice Mai, Vancouver, BC
Eilish McConville, Ottawa, ON
Tamara McMillan, Vancouver, BC
Stephen Morais, Providence, Rhode Island, USA
Dominic Poirier, Québec, QC
Saurash Reddy, Edmonton, AB

Justin Shamis, Toronto, ON
Watchareewan (Taylor) Sonticha, Toronto, ON
Manon Suitner, Montréal, QC
Herman Tam, Winnipeg, MB
Gael Villanueva-Charbonneau, Sherbrooke, QC
Kyle Walker, Ottawa, ON
Mary-Clair Yelovich, Hamilton, ON
Boyang Zheng, Montréal, QC



polyvalentes qu'il offre » et « C'est un domaine qui semble très intéressant et qui offre des possibilités d'emploi avantageuses ». Les étudiants sont également séduits par les relations à long terme avec les patients et le défi intellectuel associé aux maladies.

Nous avons eu l'avantage de pouvoir citer un document rédigé par et pour les étudiants en médecine et intitulé *Insights into Physician Workforce Trends in Ontario* (omsa.ca/sites/default/files/page/24/omsa_hhr_guide_2016.pdf). Selon ce document, la rhumatologie offre d'excellentes possibilités d'emploi.

L'OMSW est une formidable occasion de rencontrer des étudiants en médecine en début de carrière et de leur faire savoir que la rhumatologie est un excellent choix de carrière, comme nous le savons tous.

*Diane Crawshaw
Coordinatrice, projet TROT
Société canadienne de rhumatologie
Hamilton (Ontario)*

sur le plan académique; la rhumatologie permet d'améliorer la fonction des patients; les traitements sont intéressants et novateurs. Commentaires des étudiants : « Je n'avais aucune idée de l'essor de ce domaine ni des possibilités d'emploi

Mise à jour du Comité des communications

Par Dax G. Rumsey, M.D., FRCPC

Oyez! Oyez! Le Comité des communications de la SCR annonce l'avènement d'une nouvelle année passionnante! Nous avons pour ambition de faciliter la qualité et la fluidité des communications entre la SCR et ses membres, entre les membres eux-mêmes ainsi qu'entre la SCR et divers autres intervenants, notamment l'industrie, les professionnels paramédicaux, les patients et leur famille et le grand public.

En accord avec les priorités de notre comité en 2018, établies par le conseil d'administration de la SCR, voici quelques-uns de nos objectifs pour la nouvelle année :

1. Diffuser les lignes directrices sur le nouveau site Web (amélioré) de la SCR.
2. Mettre au point des stratégies visant à encourager les rhumatologues en milieu communautaire à soumettre une demande de bourse à l'ICORA afin de s'impliquer davantage dans la recherche.
3. Ajouter une nouvelle rubrique au bulletin électronique intitulée *Who's in the Rheum?* qui relate nos entrevues avec des rhumatologues de tout le pays afin d'apprendre à mieux se connaître mutuellement.
4. Terminer la page du site Web de la SCR traitant de l'his-

toire de la société, en collaboration avec divers rhumatologues et un rédacteur professionnel.

5. Élargir le Comité des communications de la SCR. Nous sommes toujours prêts à accueillir de nouveaux médecins parmi nos membres! Nous envisageons également d'inclure au moins un professionnel paramédical et d'inviter un représentant de patient/parent à participer au comité dans le cadre de certaines réunions ou de certaines fonctions.

Bien que petit, notre comité est énergique et actif et prêt à accueillir d'autres membres pour travailler dans la bonne humeur!

*Dax G. Rumsey, M.D., FRCPC
Président,
Comité des communications de la SCR
Rhumatologue pédiatrique,
Professeur adjoint,
Stollery Children's Hospital et Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)*



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 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., CICr < 40 mL/min).
- XELJANZ ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.

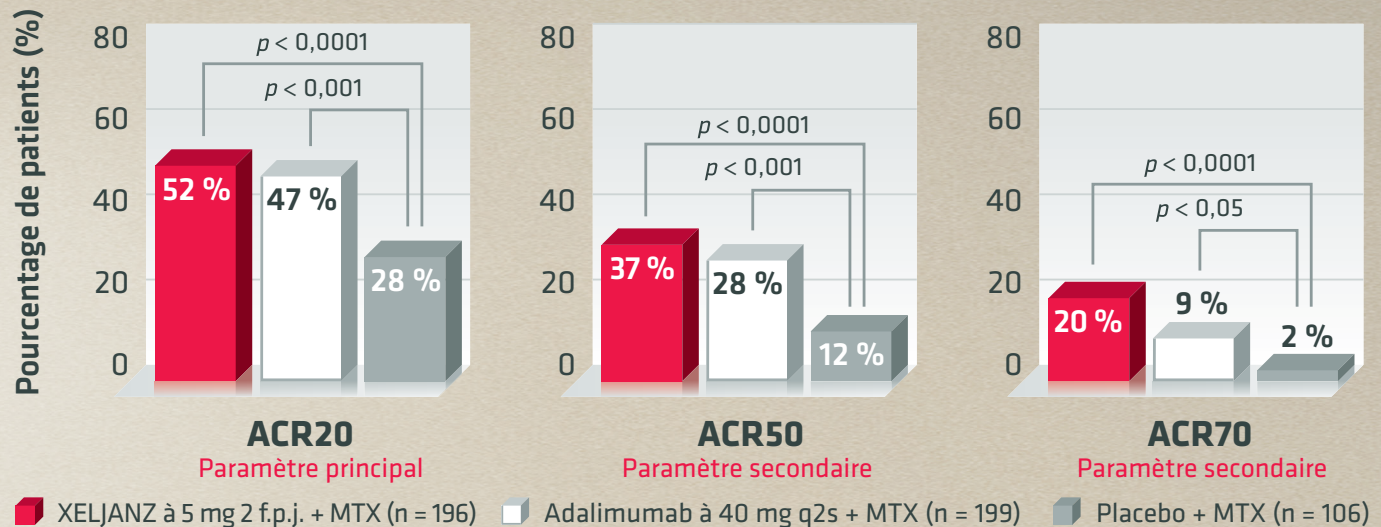


Efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

Réduction significativement plus marquée des symptômes démontrée chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX après 6 mois, comparativement au groupe placebo + MTX (comme l'indiquaient les taux de réponse ACR)^{1*}.

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

Taux de réponse ACR après 6 mois



Amélioration significativement supérieure de la capacité fonctionnelle observée chez les patients traités par XELJANZ + MTX après 3 mois, comparativement au groupe placebo + MTX (comme l'indiquaient les diminutions des scores HAQ-DI)^{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 et aux patients diabétiques en raison du risque accru d'infections graves.
- 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://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> 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.



Le bouchon du flacon de XELJANZ a reçu la mention « Facile d'emploi » de La Société de l'arthrite^{2†}.



Programme de soutien complet qui aide vos patients à prendre en charge leur traitement par XELJANZ.

Pour en apprendre davantage sur XELJANZ et le programme eXel, visitez le site XELJANZ.ca.

Références : 1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ, 15 septembre 2015. 2. La Société de l'arthrite. Bulletin Arthrite (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) en plus du MTX. 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.

XELJANZ^{MD}
(citrate de tofacitinib)

Mise à jour du Comité pour l'optimisation des soins

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

En quoi consiste l'optimisation des soins? L'optimisation des soins vise à fournir le niveau de soins le plus élevé et les meilleurs résultats possible, tout en veillant à ce que les systèmes de santé demeurent coordonnés et axés sur le patient. Cette définition suppose également qu'il ne faut pas se contenter du « pas si mal », notamment en évitant les variations non productives dans le cadre de sa pratique ou en allant au-delà des normes minimales. Dans le cadre de ses activités, le Comité pour l'optimisation des soins adopte une approche fondée sur ces aspirations et concentre ses efforts sur l'accès aux soins et l'équité des soins, la qualité de la prise en charge des patients et une saine intendance des ressources. Nous collaborons également avec d'autres comités opérationnels de la SCR dont les mandats sont complémentaires.

Accès aux soins : Nous poursuivons notre collaboration avec l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) pour rechercher et mettre en œuvre des modèles de soins prometteurs qui appuieront un diagnostic précoce, l'instauration de traitements fondés sur des données probantes et l'évaluation régulière de l'activité de la maladie. Pour en savoir davantage à ce sujet, consultez le numéro du printemps 2018 du *JSCR*. Les D^{res} Rachel Shupak et Katie Lundo sont responsables du sondage « Levez-vous pour être compté (2) », qui recensera les activités des professionnels paramédicaux et leur répartition à l'échelle canadienne et qui deviendra ainsi une ressource importante pour les membres de la SCR.

Qualité de la prise en charge des patients : Le principal ensemble de données a été publié par la D^{re} Claire Barber, l'AAC et le Comité pour l'optimisation des soins dans le *Journal of Rheumatology* (www.jrheum.org/content/early/2017/09/26/jrheum.170421.long). Nous travaillons actuellement à l'élaboration de méthodes de mesure adaptables au milieu des soins cliniques partout au Canada. La D^{re} Claire LeBlanc représentait la SCR à l'occasion d'une collaboration dirigée par l'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice visant à promouvoir l'intégration des recommandations

en matière d'activité physique dans la pratique. Un nouveau prix, qui sera remis lors de l'ASA, récompensera le meilleur résumé sur les initiatives en matière de qualité.

Équité des soins : Le 26 octobre 2017, le Conseil du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a déclaré que la santé des peuples autochtones est maintenant une composante obligatoire de la formation médicale postdoctorale, y compris du programme d'études, de l'évaluation et de l'agrément professionnel. La SCR est reconnue comme un chef de file dans ce domaine (il en a été fait mention dans le numéro de juillet 2017 de la publication *Dialogue* du Collège royal [royalcollege.ca/rc-site/publications/dialogue/dialogue-july-2017-fj]). En effet, elle a encouragé ses membres à participer à des séances éducatives en ligne sur le savoir-faire culturel et à un atelier pratique tenu lors de l'ASA, en plus d'offrir une formation de deux heures aux résidents en rhumatologie lors de la semaine consacrée aux compétences de base. Nous planifions des initiatives intégrées et élargies en lien avec cette formation pour la prochaine année, en collaboration avec les responsables de l'assemblée scientifique annuelle et les comités de l'éducation. Nous poursuivons également nos rencontres avec les responsables du Programme des services de santé non assurés pour discuter de l'accès aux traitements pour les Indiens inscrits et les Inuits et tenir à jour les listes des médicaments assurés sur le site Web de la SCR : rheum.ca/fr/members/non_insured_health_benefits_nihb.

Saine intendance des ressources : Les D^{res} Shirley Lake et Carter Thorne contribuent encore activement à l'initiative *Choisir avec soin*, et d'autres ressources sont en cours d'élaboration pour aider à déterminer comment nous pouvons faire des choix mieux éclairés et plus efficaces dans le cadre de notre pratique.

*Cheryl Barnabe, M.D., FRCPC, M. Sc.
Présidente, Comité pour l'optimisation des soins
Professeure agrégée, Université de Calgary
Calgary (Alberta)*

Rapport annuel 2017 de l'ORA

Par Henry Aaverns, MB, ChB, FRCP(R.-U.), FRCPC

Notre association compte maintenant un nombre record de 207 membres et, par conséquent, représente la vaste majorité des rhumatologues de la province. L'Ontario Rheumatology Association (ORA) met en œuvre ses différentes initiatives grâce à l'appui généreux de sociétés pharmaceutiques et, bien sûr, à la cotisation annuelle de ses membres. Certaines des principales activités en cours sont décrites ci-dessous.

Parmi les points saillants de l'année 2017, mentionnons l'assemblée générale annuelle. Au cours de cette assemblée, nous avons toujours veillé à accorder une grande importance au contenu théorique et au soutien social. Cette année, nous avons ajouté à cela un exercice de l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (OSCE) pour les stagiaires, ce qui nous a permis de bénéficier de la présence et de l'enthousiasme de la nouvelle génération de rhumatologues.

Nous avons travaillé en étroite collaboration avec le ministère de la Santé, et plusieurs de nos membres ont siégé au comité responsable du Programme d'accès exceptionnel pour promouvoir l'accès aux médicaments et faire face aux pénuries de médicaments. Nous avons tenu une consultation sur la transition vers l'Assurance-santé Plus (remboursement des médicaments jusqu'à l'âge de 25 ans). Nous avons également tissé des relations étroites et harmonieuses avec les payeurs privés et, plus récemment, avons rencontré des représentants de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) pour faciliter la transition vers des critères normalisés d'accès aux agents biologiques (et leur renouvellement), non seulement en Ontario, mais à l'échelle nationale.

Nous avons défini et précisé notre vision relative à une plateforme informatique et avons élaboré un solide cadre de gouvernance afin d'atteindre notre objectif, qui consiste à créer un répertoire central de données pour les membres par-

ticipants. Un tel répertoire permettra de réaliser des analyses comparatives des données sur les résultats, qui seront utilisées aux fins d'amélioration de la qualité et de recherche. L'un des facteurs de réussite déterminants de la mission de ce projet informatique consiste à continuer d'aider les rhumatologues à exploiter le potentiel des dossiers médicaux électroniques.

Le comité de la main-d'œuvre recherche des façons d'aider les rhumatologues en début et en fin de carrière. Plus précisément, nous concentrons nos efforts pour soutenir nos membres plus anciens à l'approche de leur retraite ainsi que nos membres débutants qui sont prêts à exercer leur profession.

Nous avons choisi d'honorer la mémoire de Bill Bensen par une initiative portant son nom, laquelle a pour but d'amasser des fonds pour des subventions destinées à poursuivre les efforts de l'ORA en matière de modèles de soins. Nous croyons que ce fonds sera, au cours des prochaines années, un catalyseur de changement dans les modèles de soins provinciaux fondés sur les équipes. Notre relation avec l'Arthritis Health Professions Association représente un tremplin prometteur vers un véritable travail de collaboration et la valorisation des contributions de tous les professionnels de la santé prodiguant des soins aux patients atteints d'une maladie rhumatismale.

Le conseil de direction de l'ORA a consacré beaucoup de temps et d'énergie à atteindre ces objectifs. Il est fier de toutes les réalisations de cette année et du fait que l'ORA répond réellement aux besoins de ses membres.

Henry Aaverns, MB, ChB, FRCP(R.-U.), FRCPC

Rhumatologue consultant

Président,

Ontario Rheumatology Association

Kingston (Ontario)

Nouvelles de l'AMRQ

Par Frédéric Massicotte, Ph. D., M.D., FRCPC

J'aurais aimé avoir eu la chance de débiter ma présidence de l'Association des médecins rhumatologues du Québec (AMRQ) sous un ciel clair, mais la « tempête Barrette » continue de faire rage au Québec. Matraqué par les lois successives 10, 20, 92 et la toute dernière, 130, le réseau québécois tient à peine le coup.

Adoptée il y a déjà deux ans, la loi 20 impose aux omnipraticiens de la province l'utilisation d'un formulaire de demande de consultation unique pour chacune des spécialités. La mise en place de cette nouvelle structure monstrueuse fut, évidemment, désastreuse. Malgré la participation exemplaire des médecins, et avec un an de retard, nous en sommes encore aux premiers pas de sa mise en application. En effet, près des deux tiers des spécialités n'ont toujours pas débuté l'utilisation de cet accès soi-disant priorisé. Loin d'être ralenti par ce fiasco, le ministre, dans sa grande sagesse, a poursuivi et implanté la loi 130. Cette dernière donne un pouvoir absolu à la bureaucratie qui pourra, d'ici six mois à peine, imposer des obligations parfois complètement démesurées aux spécialistes travaillant en centre hospitalier. Notre intégrité professionnelle n'a jamais été aussi rudement menacée que par cette loi qui vient mettre l'obligation de respecter les volontés politiques bien avant la qualité des soins aux patients. C'est donc dans un climat de chaos que les rhumatologues survivent au Québec.

Après la pluie, le beau temps!

Passons donc aux choses joyeuses en ce temps des fêtes. Je profiterai d'abord de ce résumé pour remercier chaleureusement le Dr Frédéric Morin, notre président sortant, pour son appui inconditionnel et ses judicieux conseils. Cette année encore fut marquée par plusieurs faits saillants, dont l'attribution de la Bourse du mérite à la Dr^{re} Marie Hudson. De plus, l'évènement « Top 3 en rhumatologie », chapeauté par les Dr^{es} Anne St-Pierre et Angèle Turcotte, fut un succès retentissant et sera désormais une activité annuelle. La visite de nos confrères rhumatologues français lors de notre congrès annuel de l'année dernière a aussi marqué le début d'une nouvelle tradition, alors que déjà près d'une trentaine de rhumatologues québécois ont « péniblement » accepté l'invitation aux Journées Nationales de Rhumatologie qui auront lieu à Bordeaux en avril 2018.

Finalement, malgré les temps austères, la pouponnière de jeunes rhumatologues se porte très bien avec des années record de recrutement. À l'instar de mes prédécesseurs, je compte bien mener tous ces nouveaux venus à bon port malgré la tempête qui fait rage et leur permettre de pratiquer avec passion cette merveilleuse profession qu'est la rhumatologie.

Frédéric Massicotte, Ph. D., M.D., FRCPC

Président, Association des médecins rhumatologues du Québec
Montréal (Québec)

**INTERVENTIONS GUIDÉES PAR
ULTRASONOGRAPHIE AVEC
FORMATION PRATIQUE SUR DES
CADAVRES**

DATES: Cours post-SCR
24 et 25 février 2018

LIEU: Centre for Excellence for
Simulation Education & Innovation
Vancouver General Hospital, Canada
cese.med.ubc.ca

DESCRIPTION:
Avec un accent sur la sonoanatomie pertinente, les participants bénéficieront des démonstrations et d'une expérience pratique supervisée du balayage des structures des membres supérieurs et inférieurs avec des cadavres humains embaumés. Le faible ratio enseignant-élève assure une attention individuelle à chacun pour favoriser l'acquisition de compétences avancées.




Corps Enseignant: De remarquables praticiens et enseignants chevronnés en matière d'ultrasonographie.		Directeurs de cours :
 Gurjit S Kealey MBBS MRCP Jacksonville, Fla. Professeur de Médecine, Chef de la division de rhumatologie, Directeur de l'ultrasonographie Univ. de la Floride, Collège de médecine	 Carlo Martinoli MD PhD Genova, Italy Professeur de Radiologie Université de Genova	 Abraham Chaiton MD FRCPC RHMUSUS Toronto, Ont. Professeur adjoint de Médecine Univ. de Toronto Rhumatologue – Hôpitaux de Sunnybrook et Humber River
 Peter Inkpen MD FRCPC RIMS CSCN(EMG) Vernon, B.C. Université de la Colombie Britannique Dept de Physiatre et Ultrasonographie Neuromusculosquelettique	 Ralf Thiele MD FACR RHMSUS Rochester, N.Y. Professeur Associé de Médecine Département de Médecine Division d'Allergie/Immunologie & Rhumatologie Ecole de Médecine de l'Université de Rochester	 Johannes Roth MD PhD FRCPC RHMSUS Ottawa, Ont. Professeur de Pédiatrie Université d'Ottawa Chef de la division de rhumatologie pédiatrique Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario

Coordinateur local:
Dr. David Collins – Professor Associe., Rhumatologie, UBC, Vancouver

FRAIS D'INSCRIPTION: \$1,450 CDN
Il est recommandé de s'inscrire à l'avance : www.crus-surc.ca/fr/courses/
Tout matériel du cours inclus. Tarif d'hôtel special chez J.W. Marriott parq & Douglas.

CRÉDITS DE FORMATION:
Admissible pour 3 heures de crédit en vertu de la section 1 du MDC du Collège royal et 11 heures de crédit en vertu de la section 3. Tous les crédits peuvent être convertis en crédits PRA de catégorie 1 de l'AMA.

Mise à jour de la SOAR

Par Volodko Bakowsky, MD, FRCPC

La 34^e assemblée annuelle de la Société des rhumatologues de l'Atlantique (SOAR) a eu lieu au Fox Harb'r Resort, en Nouvelle-Écosse, du 23 au 25 juin 2017. Une fois de plus, les rhumatologues des trois provinces maritimes se sont rassemblés pendant une fin de semaine pour refaire le plein d'énergie sur le plan mental et intellectuel.

Cette année, la conférence *David Hawkins Lecture in Rheumatology*, intitulée « ANCA-associated Vasculitis: Lies I May Have Told You », a été présentée par le D^r Philip Seo, M.D., M.Sc.S., du Johns Hopkins Vasculitis Center, à Baltimore, au Maryland. Il a prononcé une seconde conférence ayant pour titre « Neglected Vasculitis », qui visait à susciter un changement de paradigmes et à mettre fin à plusieurs mythes.

Notre deuxième conférencière était la D^{re} Sindhu Johnson, M.D., Ph. D., de l'Université de Toronto. Elle nous a présenté deux excellents exposés intitulés « Advances in Scleroderma » et « Scleroderma Mimics » et nous a communiqué son énergie et son enthousiasme débordants.

L'assemblée s'est terminée par des présentations de cas et de recherches faites par la prochaine génération de rhumatologues du Canada atlantique. L'avenir semble prometteur!



Le D^r Phil Seo (à gauche) et la D^{re} Sindhu Johnson (à droite) étaient les conférenciers invités cette année.

Avec ses rythmes de country alternatif, le groupe de musique de style *bluegrass*, *Big Country Ramblers*, a clôturé l'événement et a réellement dynamisé notre groupe de rhumatologues au comportement généralement placide. Bon nombre de participants bougeaient au rythme de la musique (certains tambourinaient sur les tables), mais je n'en dirai pas plus, car ce qui se passe à l'assemblée de la SOAR reste à l'assemblée de la SOAR.

Nous avons tous hâte à l'assemblée de la SOAR de 2018, qui aura lieu du 22 au 24 juin 2018 à Dalvay, à l'Île-du-Prince-Édouard. La rumeur veut que le groupe de musique y sera également. Réservez cette date dans votre agenda!

Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC
Directeur et chef de division intérimaire,
Professeur agrégé,
Division de rhumatologie,
Département de médecine,
Université Dalhousie
Président,
Société des rhumatologues de l'Atlantique (SOAR)
Halifax (Nouvelle-Écosse)



Membres de la SOAR (de gauche à droite) : les D^{rs} Elana Murphy, Caroline Barry, Volodko Bakowsky, Alex Legge et Trudy Taylor.

Congrès annuel 2017 de l'AAC

Accueillons le changement : mise en œuvre des modèles de soins pour l'arthrite

Par Deborah Marshall, Ph. D.; Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC; Dianne Mosher, M.D., FRCPC; Michel Zimmer, M.D., FRCPC; et Janet Yale, présidente et chef de la direction de La Société de l'arthrite

Les 26 et 27 octobre 2017, l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) a tenu son 5^e congrès annuel ayant pour thème « Accueillons le changement : mise en œuvre des modèles de soins pour l'arthrite » à Vancouver, en Colombie-Britannique.

Le fardeau de l'arthrite est à la hausse et continuera de mettre à rude épreuve la capacité du système de santé à fournir rapidement des soins aux patients. Les membres de l'AAC et les invités se sont joints à d'éminents experts du domaine de l'arthrite pour tenter de remédier à ces problèmes et faire une séance de remue-méninges sur les améliorations pouvant être apportées aux modèles de soins pour l'arthrite.

Le groupe d'experts ayant participé à l'atelier de recherche – incluant M^{me} Janet Yale, présidente du conseil d'administration de l'Alliance de l'arthrite du Canada et présidente et chef de la direction de La Société de l'arthrite (Toronto, Ont.), la D^{re} Vandana Ahluwalia, rhumatologue consultante au William Osler Health System, le D^r Jason Kur, directeur médical du Artus Health Centre et président de la British Columbia Society of Rheumatologists (Vancouver, C.-B.) et M. Gordon Whitehead, juge retraité de la Commission des réfugiés et de l'immigration, représentant des consommateurs et ancien coprésident de l'Alliance de l'arthrite du Canada (Vancouver, C.-B.) – a présenté des exemples de modèles de soins efficaces de la Colombie-Britannique et de l'Ontario.

L'objectif principal de l'atelier était de demander conseil sur la façon d'obtenir l'adhésion des chercheurs et des cliniciens quant à l'adoption et à la mise en œuvre subséquente d'un modèle de soins pour l'arthrite dans l'objectif d'améliorer les soins aux patients. Les recommandations émises par le groupe d'experts incluaient : 1) de travailler de concert avec les spécialistes, les fournisseurs de soins de santé, les autorités



Arthritis Alliance of Canada
Alliance de l'arthrite du Canada

sanitaires et les intervenants/partenaires afin de favoriser la participation des médecins et des patients; 2) d'appuyer les initiatives visant l'amélioration du système de santé; 3) d'offrir aux médecins une formation, des incitatifs, des outils et des ressources appropriés.

Au cours de l'atelier conjoint sur les modèles de soins pour l'arthrose et l'arthrite inflammatoire, intitulé « Amélioration de la qualité – Utilisation des méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les modèles de soins des patients atteints d'arthrose et d'AI », des experts en amélioration de la qualité ont présenté aux participants les concepts de base en la matière et des outils. Au moyen d'une série d'exercices pratiques, les participants à l'atelier ont discuté des idées du projet d'amélioration de la qualité en lien avec la mise en application des modèles de soins pour l'AI et les outils sur l'arthrose à l'échelle locale. Les participants ont fait part de leurs réflexions sur les problèmes potentiels en matière de qualité au sein de leur pratique et ont tenté de trouver des solutions en utilisant des méthodes pratiques d'amélioration de la qualité, comme l'analyse des causes fondamentales, le graphique en arête de poisson (diagramme d'Ishikawa), la schématisation de processus et le graphique de Pareto.

Des recommandations ont également été présentées aux participants sur la façon de favoriser la participation des intervenants et de travailler en collaboration avec d'autres fournisseurs de soins de santé, soit par : 1) l'identification des parties prenantes ayant un intérêt direct pour un projet d'amélioration de la qualité; 2) la classification des parties prenantes (résistants, spectateurs, aides ou champions); 3) l'engagement des parties prenantes en les tenant au courant, en sollicitant leurs opinions et suggestions et en les invitant à se joindre à l'équipe d'amélioration de la qualité.

Par la suite, la séance interactive sur les modèles de soins pour l'arthrite inflammatoire pour les rhumatologues en début de carrière ayant pour titre « Adopter un modèle de soins de l'arthrite inflammatoire pour sa pratique », qui réunissait de jeunes diplômés en rhumatologie, a été l'occasion de présenter des exemples concrets de la façon de mettre en application divers modèles de soins pour l'AI, notamment un modèle de soins dirigé par le personnel infirmier de la Colombie-

Britannique, un modèle de triage pour soins paramédicaux de l'Ontario, un modèle d'évaluation et de prise en charge des comorbidités de l'Alberta et un modèle de télémédecine du Nord de l'Ontario, et de la façon avec laquelle une équipe de professionnels de la santé peut optimiser la prestation de soins à un plus grand nombre de patients et maximiser les résultats des patients en travaillant en collaboration.

Nous vous invitons à en apprendre davantage sur le travail de l'AAC en matière de modèles de soins dans le numéro du printemps 2018 du *JSCR*, qui paraîtra en mars 2018. Ne le manquez pas!

Deborah Marshall, Ph. D.;

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC;

Dianne Mosher, M.D., FRCPC;

Michel Zimmer, M.D., FRCPC;

Janet Yale, présidente et chef de la direction de La Société de l'arthrite

Vagues de chaleur, murs et virus : l'ACR 2017

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

San Diego est un endroit privilégié pour tenir la Réunion scientifique annuelle de l'ACR. Cette année marque le troisième arrêt depuis 2005 au San Diego Convention Centre, pris en sandwich entre le quartier historique de Gaslamp et l'océan Pacifique. Les nostalgiques peuvent revivre la réunion de 2013 au cra.j.ca/archives/2014/English/Spring/Baer.html.

La nouvelle qui a précédé la réunion n'était pas des plus favorables. Le blogue *RheumNow* du Dr Jack Cush a mis en relief une éclosion locale réfractaire d'hépatite A (rheumnow.com/content/hepatitis-outbreak-san-diego).

Deux semaines avant la réunion, les températures locales ont atteint des maximums inconfortables de 38-40 °C. Heureusement, ces températures se sont atténuées avant que nous arrivions.

Enfin, huit prototypes en vue de la construction du fameux mur de Trump le long de la frontière entre les États-Unis et le Mexique ont été dévoilés près du poste frontalier d'Otay Mesa à San Diego (cnbc.com/2017/10/24/prototypes-for-us-mexico-border-wall-unveiled.html).

Il y a également eu des rumeurs de chiffres à la baisse en ce qui a trait à la participation à l'événement de l'ACR en raison d'une atmosphère d'interdictions de voyager et de craintes de problèmes rencontrés par certains participants à l'entrée aux États-Unis et à la sortie de ce pays. Ces rumeurs se sont avérées contraires aux faits, puisque voici ce qu'indiquent les statistiques sur la réunion de 2017 : plus de 3 000 résumés acceptés, 16 000 participants dont 12 000 participants scientifiques, provenant de 110 pays.

La réunion en tant que telle était, comme d'habitude, un « événement en trois volets » nécessitant de naviguer parmi ces milliers d'affiches, ces centaines d'exposés oraux et plusieurs conférences à la fine pointe de la technologie. Le grand débat sur les biosimilaires a été tout à fait d'actualité. Roy Fleischmann a affronté Jonathan Kay, une autorité très publiée dans le domaine. Une bonne partie du débat était centrée sur le régime de tarification particulier des médicaments américains, ce qui contribue à expliquer la faible pénétrance des biosimilaires aux États-Unis jusqu'à présent.

C'est une des nôtres, la Dr^{re} Dafna Gladman, qui a dirigé l'élaboration de nouvelles ébauches de lignes directrices de l'ACR sur la polyarthrite psoriasique. Ces lignes directrices ont été les premières à recommander un traitement biologique (inhibiteur du facteur de nécrose tumorale) au lieu des antirhumatismaux à action lente (renommés molécules administrables



La réunion de l'ACR 2017 a eu lieu dans le quartier historique de Gaslamp à San Diego.

par voie orale de façon à inclure l'aprémilast) aux patients atteints de polyarthrite psoriasique active qui n'ont jamais reçu de traitement. Nous avons eu une discussion animée lors de la conférence de presse qui a suivi quant à l'aspect pratique de la mise en œuvre de cette recommandation particulière dans le contexte des soins de santé canadiens.

Le Dr Murray Urowitz a reçu un prix de l'enquêteur clinique émérite de l'ACR. La Dr^{re} Johanne Martel-Pelletier, chaire en arthrose de l'Université de Montréal, a été investie du titre de *Master* de l'ACR, tout comme un ancien Montréalais, le Dr Robert Terkeltaub, que je me souviens d'avoir eu comme collègue de classe lors de ma formation en médecine interne avant qu'il ne devienne expert mondial de la goutte. Un autre ancien Montréalais, le Dr Simon Helfgott, a remporté le Prix émérite du directeur du programme de bourses de recherche de mes célèbres coauteurs, le Dr Iain McInnes, mais il était apparemment occupé ailleurs.

J'ai été particulièrement ravi des trois séances de présentation d'affiches gratuites auxquelles je me suis inscrit. Nous avons d'excellents leaders, y compris les Drs Jonathan Kay, Alexis Ogdie et Paul Emery. Les visites mettent l'accent sur les résumés qui ont obtenu une cote élevée du comité de sélection des résumés, mettant souvent en vedette d'éminents rhumatologues reconnus mondialement. Nous avons, entre autres, rencontré Maxime Dougados, Ed Keystone et Artie Kavanaugh.

Les conférences de presse de l'ACR ont présenté des résumés mettant en relief les répercussions négatives de l'obésité sur la polyarthrite rhumatoïde, la spondyloarthropathie et l'encépha-

(suite à la page 25)

Reaching Out with Arthritis Research : un forum public alliant le savoir des chercheurs et la voix des patients

Par Diane Lacaille, M.D., M. Sc. S., FRCPC

La 11^e édition du forum public annuel *Reaching Out with Arthritis Research* (ROAR) s'est tenue à la bibliothèque publique de Vancouver le 21 octobre 2017. Cette initiative, organisée, dirigée et présentée par l'*Arthritis Patient Advisory Board* (APAB) d'Arthritis Research Canada (ARC), met l'accent sur l'importance de la voix des patients. L'événement de cette année, intitulé « *Managing Arthritis and You* », a offert aux chercheurs d'ARC l'occasion de faire connaître les dernières avancées de la recherche sur l'arthrite à un auditoire international. Le forum ROAR est accessible à tous. Il est possible d'y assister en personne ou en ligne, par webdiffusion. Cette année, l'auditoire était issu de partout au Canada, des États-Unis, de Thaïlande et d'Afrique.

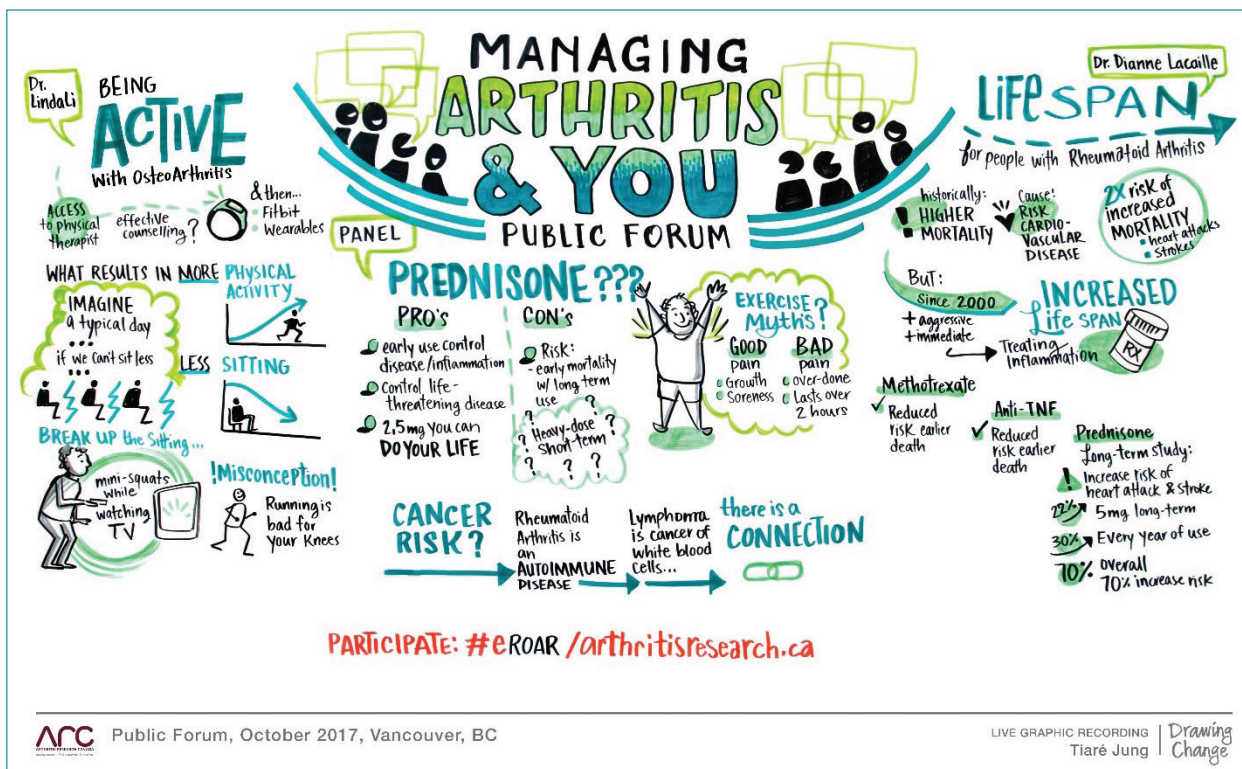
J'ai eu l'honneur de participer au forum en compagnie de cinq autres orateurs et de présenter les toutes dernières avancées de la recherche concernant la prise en charge de l'arthrite par les médecins et par les patients. Les sujets traités allaient de l'importance de l'exercice aux applications mobiles axées sur les patients. Les présentations des D^{res} Linda Li et Cheryl Koehn ont mis l'accent sur l'importance de rester actif en s'aidant d'un moniteur d'activité et d'applications mobiles. Entre les présentations, les membres de l'auditoire ont eu maintes occasions de bouger et de découvrir divers exercices d'étiement avec Karen Tsui, physiothérapeute. D'autres sujets importants portant sur les applications axées sur les patients conçues pour aider la prise en charge de l'arthrite, telle que celle créée par le D^r Paul Fortin pour faciliter la prise en charge du lupus, ont également été abordés. L'importance de la voix des patients en tant que

partenaires du processus de recherche a également été soulignée dans les présentations faites par le D^r Clayton Hamilton et par Kelly English, membre de l'APAB, qui ont récemment collaboré à un projet soulignant l'intérêt d'une participation judicieuse des patients à la recherche.

Personnellement, ma présentation traitait des récentes recherches portant sur la mortalité des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR). Nos travaux nous ont essentiellement permis de conclure à une diminution de la mortalité chez les patients atteints de PR au cours des dernières années. En effet, chez les patients dont le diagnostic a été posé après l'an 2000, on n'observe aucune différence de mortalité par rapport à la population générale pendant les cinq premières années de la maladie. J'ai également parlé de l'effet des médicaments contre la PR sur la mortalité. Le forum s'est terminé par le panel de discussion des présentateurs, activité très prisée qui permet à l'auditoire en salle et aux participants en



Le panel ROAR (de gauche à droite) : D^r John Esdaile (debout), D^r Paul Fortin, D^e Cheryl Koehn, D^e Diane Lacaille, D^e Linda Li, Clayton Hamilton et Kelly English.



ligne de nous soumettre des questions. Ce panel fait de ce forum une tribune interactive qui offre la possibilité à l'auditoire de prendre part au dialogue et de poser des questions. Sous tous les rapports, le forum annuel *Reaching Out with Arthritis Research* est toujours une réussite; il nous permet de faire connaître nos travaux aux personnes qui sont appelées à en bénéficier et offre aux participants un grand nombre d'applications pratiques conçues pour faciliter la prise en charge de l'arthrite. Toutes les présentations seront accessibles sur

le site www.arthritisresearch.ca. Ne manquez pas le prochain forum public ROAR en 2018!

Diane Lacaille, M.D., M. Sc. S., FRCPC
Professeure, Université de la Colombie-Britannique
Chercheuse scientifique principale en rhumatologie,
Titulaire de la chaire Mary Pack de recherche en rhumatologie,
Arthritis Research Canada,
Richmond (Colombie-Britannique)

Vagues de chaleur, murs et virus : l'ACR 2017 (suite de la page 23)

lite de Saint-Louis (résumés n^{os} 1898, 2263, 2372 et 2508), les pièges de l'imagerie par résonance magnétique des articulation sacro-iliaques (souvent positive chez les personnes en santé et les coureurs réguliers, résumé n^o 1831), et les questions entourant l'utilisation des opiacés en rhumatologie (résumés n^{os} 2235 et 2783). L'application de la réunion annuelle de l'ACR et le flux Twitter *ACR2017* ont été très utiles pour naviguer parmi les activités tenues durant la réunion. Les thèmes sur lesquels j'ai concentré mon attention comprenaient les avantages de la méthotrexate administrée par injection sous-cutanée par rapport à l'administration par voie orale (aucune surprise pour Carter Thorne, mais apparemment une trouvaille pour beaucoup de rhumatologues américains), les avantages de l'hydroxychloroquine sur la survie du médicament inhibiteur du facteur de nécrose tumorale et le sujet très discuté du phénomène thromboembolique possible

dans les études des inhibiteurs de la Janus Kinase.

Dans l'ensemble, ce fut une excellente réunion, qui s'est distinguée par son excellente nourriture, ses activités scientifiques intéressantes et ses précieuses possibilités de réseautage. Et pour couronner le tout, nous avons eu droit à un vol direct aller-retour sur Toronto. Évidemment, dès mon retour à la maison, le cycle de réunions a fait un quart de tour de plus et le moment était venu de s'inscrire au congrès de la SCR et de réserver des vols en direction de Vancouver et des chambres d'hôtel là-bas. Au plaisir de vous voir là-bas et à la réunion de l'ACR de 2018 à Chicago en octobre prochain.

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

Capter l'attention de votre public : conseils pratiques pour les animateurs

Par Heather McDonald-Blumer, M.D., FRCPC, et Elaine Yacyshyn, M.D., FRCPC

Bon nombre d'entre nous avons assisté à des conférences au cours desquelles une personne est tombée endormie. L'effet apaisant de la voix, les lumières tamisées et la passivité inhérente à une présentation didactique créent des conditions propices à la somnolence. Pour l'animateur, cela peut être inquiétant et possiblement perturbant. En tant que membres du public, nous sourions en sachant pertinemment que nous sommes tous passés par là, ou presque, à un moment ou à un autre. Pour la personne qui somnole, la quantité d'information retenue est, pour le moins, limitée.

Il est de plus en plus admis que les exposés magistraux sont d'une utilité restreinte dans l'apprentissage des adultes. Différentes stratégies pédagogiques ont été élaborées et mises à l'essai, et seules quelques-unes d'entre elles ont été validées comme étant plus efficaces pour susciter l'intérêt des participants et, vraisemblablement, pour accroître la quantité d'information retenue.

Pour animer une séance interactive, il est important d'inviter le public à participer. En incitant clairement les membres de l'auditoire à poser des questions et en précisant que leurs commentaires sont précieux, vous créez des conditions propices à une présentation axée sur la collaboration. Les questions du genre « qu'en pensez-vous? » ou « que feriez-vous dans un tel cas? » peuvent être utiles à cet égard et s'adaptent à la plupart des exposés.

L'une des techniques les plus simples et les plus efficaces consiste à commencer l'exposé en présentant un cas, puis à poser des questions s'y rapportant (on peut aussi demander au public quelles questions soulève ce cas). Idéalement, il doit s'agir de questions qui nécessitent une connaissance approfondie du sujet, qui exigent une prise de décision clinique à la fois complexe et rapide ou qui suscitent la controverse. Cette façon de faire laisse entrevoir au public les sujets qui seront abordés pendant la présentation. Les questions peuvent être soulevées de nouveau tout au long de l'exposé. Il est également important de bien maîtriser son sujet et de se préparer pour rafraîchir ses connaissances de base.

Les spécialistes de l'éducation proposent plusieurs stratégies relativement simples pour favoriser l'interactivité au sein d'un large groupe. Par exemple, l'utilisation de télévotants s'est révélée efficace. Des questions prédéterminées peuvent inciter le public à se concentrer sur les principaux éléments du

contenu. On peut ensuite donner et expliquer la « réponse ». Il existe différents types de télévotants en ligne facilement accessibles. Grâce à cette technique, l'adage pédagogique « dites au public ce que vous allez dire, dites-le, puis dites-lui ce que vous avez dit » prend tout son sens.

Si vous n'avez pas accès à cette technologie, un vote à main levée peut vous renseigner sur les connaissances ou les attitudes de votre public – en supposant qu'il existe un degré de confiance suffisant au sein du groupe ou que les questions ne soient pas trop audacieuses. Parallèlement, la stratégie de type « penser-préparer-partager » peut être employée avec efficacité par un animateur compétent. Il suffit de poser une question aux participants, de leur demander d'y réfléchir individuellement puis de discuter de leur réponse avec leur voisin immédiat. Vous pouvez ensuite demander aux participants que vous aurez choisis ou qui se seront portés volontaires de communiquer au reste du groupe les idées dont ils ont discuté avec leur voisin. Pour varier, vous pouvez également poser une question aux participants, puis leur demander d'y répondre par écrit – en supposant qu'ils disposent d'un stylo et d'un papier (cette variante est connue sous le nom d'« interrogation-éclair »). L'enseignement fondé sur l'interaction de groupes ou la discussion peut comporter des défis. Il faut donc se préparer aux imprévus, mais la participation du public augmente souvent la satisfaction de l'animateur et améliore l'expérience des auditeurs.

Voici deux excellentes références :

- *McKeachie's Teaching Tips: Strategies, Research and Theory for College and University Teachers*. Par William McKeachie Houghton, Mifflin Company
- *A Practical Guide for Medical Teachers*. John Dent et Ronald Harden, éditeurs. Elsevier Churchill Livingstone

Heather McDonald-Blumer, M.D., FRCPC
Directrice de la Division de rhumatologie,
Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Elaine Yacyshyn, M.D., FRCPC
Professeure agrégée,
Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

Sondage sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales

Pour le numéro de ce trimestre, la SCR a sondé ses membres au sujet de l'utilisation du cannabis à des fins médicales. Le cannabis, aussi connu sous le nom de marijuana, est actuellement un médicament de l'annexe II en vertu de la Loi canadienne sur les drogues et les substances contrôlées. Avec les discussions en cours sur la modification des lois entourant le cannabis, cette question est plus pertinente que jamais. Présentement, Santé Canada travaille à la création d'un cadre juridique strict pour contrôler la production, la distribution, la vente et la possession de cannabis au Canada¹. Pour ce sondage, un total de 180 réponses ont été reçues parmi les 572 membres de la SCR, soit un taux de réponse de 31 %.

La première question de notre sondage était à propos de la fréquence à laquelle, au cours d'une semaine, les membres se voyaient demander leur opinion sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales. Quarante et un pour cent (41 %) des personnes interrogées ont répondu qu'on leur demandait trois fois ou plus par semaine (Figure 1).

Lorsqu'on leur a demandé quel était le pourcentage de patients qu'ils estimaient utilisateurs de cannabis à des fins médicales, 12 % des répondants ont indiqué que plus de 10 % de leurs patients l'étaient. La répartition complète est illustrée à la Figure 2.

La question suivante de l'enquête demandait aux répondants à quel point ils se sentaient à l'aise d'informer leurs patients sur les preuves récentes concernant les avantages ou les risques du cannabis à des fins médicales. Seulement 3 % ont déclaré être « très à l'aise » tandis que 30 % ont répondu qu'ils se sentaient « peu à l'aise » et 26 %, « très peu à l'aise » (Figure 3).

En ce qui concerne l'énoncé de position de 2015 de la SCR sur le cannabis à des fins médicales, environ la moitié des répondants ont indiqué qu'ils l'avaient déjà consulté et près de 40 % ont répondu qu'ils ne l'avaient pas lu. Qui plus est, 67 % croient que la SCR devrait mettre à jour cet énoncé de position (Figure 4).

Quant à savoir si la SCR devrait élaborer des lignes directrices (plutôt qu'une simple déclaration de principe), environ 40 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles préféraient les lignes directrices. Quarante-vingt-dix pour cent (90 %) des répondants ont indiqué ne pas se servir d'autres lignes directrices portant sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales par les patients.

Référence :

1. Gouvernement du Canada. La légalisation et la réglementation stricte du cannabis : les faits. Disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/le-galisation-reglementation-strict-cannabis-faits.html>. Publié le 5 mai 2017. Consulté le 7 décembre 2017.

Figure 1. Combien de fois par semaine vous demande-t-on votre opinion sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales (patients, collègues ou amis)?

	Pourcentage	N ^{bre} de réponses
Jamais ou très rarement	18 %	33
< 1-2 fois	41 %	73
3 fois ou plus	41 %	74
Total : 180		

Figure 2. Selon vous, quel pourcentage de vos patients utiliseraient du cannabis à des fins MÉDICALES?

	Pourcentage	N ^{bre} de réponses
0-5 %	44 %	79
5-10 %	33 %	60
> 10 %	11 %	21
Ne sait pas	11 %	20
Total : 180		

Figure 3. Vous sentez-vous à l'aise d'informer vos patients sur les preuves récentes concernant les avantages ou les risques du cannabis utilisé à des fins médicales?

	Pourcentage	N ^{bre} de réponses
Très à l'aise	3 %	5
Modérément à l'aise	18 %	24
Neutre	23 %	38
Peu à l'aise	30 %	58
Très peu à l'aise	26 %	54
Total : 180		

Figure 4. Croyez-vous que la SCR devrait mettre à jour son énoncé de position sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales?

	Pourcentage	N ^{bre} de réponses
Oui	67 %	120
Non	10 %	18
Incertain	23 %	40
Total : 178		

Des nouvelles de l'Okanagan

Nous comptons six rhumatologues dans la région d'Okanagan, qui sont tous très occupés en raison des longues listes d'attente. Nous sommes donc heureux d'accueillir une septième rhumatologue à Kelowna et de bénéficier de l'aide d'infirmières pour nous aider à prodiguer des soins aux patients.

Les D^{rs} Stuart Seigel et Anick Godin sont très heureux de souhaiter la bienvenue à la D^{re} Evelyn Kwok qui travaillera dans leur cabinet de Kelowna. La D^{re} Kwok aura du pain sur la planche, puisqu'elle prendra soin de son petit garçon de sept mois tout en bâtissant sa clientèle. Les D^{rs} Seigel et Godin souhaitent se tourner vers l'enseignement et suivent un cours à option pour enseigner à des boursiers en rhumatologie.



Les D^{rs} Kwok, Godin et Seigel

Le D^r Dan Mcleod continue de diriger des cliniques à Whitehorse, au Yukon.

Le D^r Nima Shojania travaille dans la région ouest de Kelowna et participe également à des cliniques itinérantes à Dawson Creek et à Fort St. John, ce qu'il trouve très gratifiant. De plus, les D^{rs} Shojania et Godin dirigent ensemble une clinique d'ostéoporose.



L'équipe « Teo ».

À Penticton, la D^{re} Michelle Teo travaille en équipe avec deux infirmières, ce qui a permis de doubler le nombre de consultations annuelles grâce à leur modèle

de soins. La D^{re} Teo s'intéresse aussi à la recherche et s'est vu accorder une bourse de deux ans de l'ICORA pour son étude d'un modèle de soins multidisciplinaire en milieu communautaire pour le traitement de la fibromyalgie. Elle souhaite également participer à l'élaboration d'un service de liaison pour fractures.

Pour ma part, je suis toujours très occupée à assumer mes fonctions de présidente de l'Association du personnel médical à Penticton, en plus de diriger un cabinet très achalandé. Je participe également chaque année à quatre cliniques à Princeton, en Colombie-Britannique, pour y traiter des patients éprouvant de la difficulté à se déplacer, en plus d'offrir mes services une fois par mois dans une clinique d'ostéoporose. À l'hôpital de Penticton, nous avons le privilège de compter sur le Mary Pack Arthritis Program, grâce auquel nous pouvons offrir des services de physiothérapie et d'ergothérapie à nos patients atteints d'arthrite. Même si très occupés, nous sommes cependant choyés par l'éventail d'activités de plein air stimulantes qu'offre la région d'Okanagan, qu'il s'agisse de ski dans la poudreuse, de randonnée pédestre, de vélo ou de natation.



L'équipe « Stewart » et la clinique de perfusion.

– Jackie Stewart, B. Sc. (Hons), B. ED, M.D., FRCPC

Professeure clinique adjointe,
Département de médecine,
Université de la Colombie-Britannique
Rhumatologue,
Hôpital régional de Penticton
Penticton (Colombie-Britannique)



Des nouvelles de Kamloops

Ma sœur et moi avons emmené mes nièces aux glissades d'eau, à Vernon, le premier jour des vacances d'été. C'était une journée splendide, et nous étions convaincues que nous allions passer le plus bel été de notre vie. Puis, la forêt de la Colombie-Britannique s'est embrasée. Les incendies ont fait rage tout l'été et pendant une bonne partie du mois de septembre. Près de 900 000 hectares ont brûlé et plus de 39 000 résidents de la province ont été évacués.

Par chance, je me trouvais à Cache Creek une heure avant que les résidents du village soient évacués en raison d'un violent incendie. Toutes les collines le long de l'autoroute étaient en feu; la route et le ciel étaient striés de rouge en raison des retardateurs de flamme que laissaient tomber les bombardiers. C'était une scène à la fois magnifique et sinistre présageant ce que serait l'été 2017.

Environ un tiers de mes patients ont été évacués, ce qui a donné lieu à des situations inusitées. Par exemple, l'un de mes patients était en déplacement et a été dans l'impossibilité de revenir à Williams Lake. Il a abouti à Kamloops avec son chien et sa femme, à Quesnel avec le chat. En raison de la fermeture des routes et des avions cloués au sol à cause de la mauvaise visibilité, il aura fallu des jours avant que le couple soit réuni.

L'Université Thompson Rivers et nos principaux stades ont été utilisés comme centres d'évacuation et dotés de lits portatifs fournis par l'armée. De nombreux résidents locaux ont hébergé de parfaits inconnus. J'ai été réellement impressionnée par mes collègues médecins, qui ont notamment accepté de loger des médecins déplacés qu'ils ne connaissaient pas, et même leurs chevaux. Kamloops a accueilli environ 10 000 personnes évacuées. Mes patients ont été fortement impressionnés par la bienveillance avec laquelle ils ont été traités, l'excellente organisation des activités de divertissement ainsi que les collectes de fonds et les dons reçus.

Les évacuations ont donné lieu à des histoires plutôt inhabituelles en lien avec les patients. Une infirmière praticienne évacuée appelait ses patients depuis son hôtel pour prendre de leurs nouvelles. Pour ma part, je ne suis pas allée jusqu'à instaurer des traitements par injections de sels d'or (oui, il nous arrive, dans certaines circonstances, d'utiliser de l'or en Colombie-Britannique!). Un médecin lui-même évacué offrait ses services dans une clinique pour évacués, et notre autorité sanitaire a accordé des privilèges particuliers aux médecins évacués pour qu'ils puissent travailler alors qu'ils étaient déplacés.

La qualité de l'air était exécrable. Pendant plusieurs jours, les températures ont atteint les 40 à 50 degrés Fahrenheit alors que la cote air santé variait de 1 à 7. Je ne pouvais pas voir la rue de la fenêtre de mon bureau et, certains matins, ma vision était limitée à environ 4 pieds lorsque je conduisais. La qualité de l'air est était constamment pire que celle de Beijing; il s'en est suivi une hausse du nombre de maladies respiratoires.

Les exploitants de ranch ont été particulièrement dévastés, puisqu'ils ont perdu une grande partie de leur bétail, qui s'est enfui à cause des clôtures brûlées, et de la destruction des pâturages. Dans un milieu rural typique, les éleveurs dont les pâturages sont intacts accueillent le bétail des autres éleveurs.

Bien que le pire de la saison des feux soit passé, certains incendies peuvent continuer à couver sous terre. Nous attendons avec espoir l'arrivée d'un hiver très froid accompagné de fortes précipitations de neige qui mettra bel et bien fin aux feux de forêt. L'été prochain, nous espérons que les médias parleront de nos paysages enchanteurs et non de nos terrifiants feux de forêt.

– **D^{re} Barbara Blumenauer**

Rhumatologue,

Royal Inland Hospital, Kamloops (Colombie-Britannique)

**Le premier et le seul anti-TNF indiqué
dans le traitement de la nr-Ax SpA^{1*†}**

TOUS LES TYPES DE SPONDYLARTHRITE AXIALE NE PEUVENT ÊTRE VUS PAR RAYON-X²

1391.837

Indications et usage clinique qui n'ont pas été abordés ailleurs dans le présent document :

SIMPONI[®] est également indiqué :

- Pour la réduction des signes et des symptômes chez les patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) active dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante.
- En association avec le méthotrexate (MTX), pour la réduction des signes et des symptômes et l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active, et pour ralentir la progression des dommages structuraux chez les patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active et qui n'ont pas reçu de traitement antérieur par le MTX.
- Pour la réduction des signes et des symptômes de la maladie, pour le ralentissement de la progression des dommages structuraux et pour l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de rhumatisme psoriasique modérément à sévèrement actif. SIMPONI[®] peut être utilisé en association avec du MTX chez les patients qui ne répondent pas bien au MTX seul.
- Chez les patients adultes atteints de colite ulcéreuse modérément à sévèrement active qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux traitements standard, comprenant les corticostéroïdes, les aminosalicyles, l'azathioprine (AZA) ou la 6-mercaptopurine (6-MP), ou qui présentent des contre-indications médicales à ces traitements, pour : l'induction et le maintien de la réponse clinique (réduction des signes et des symptômes); l'induction d'une rémission clinique; l'obtention d'une rémission clinique soutenue chez les patients ayant répondu au traitement d'induction; l'amélioration de l'apparence endoscopique de la muqueuse intestinale pendant le traitement d'induction.
- Aucune étude n'a été menée chez des patients pédiatriques.
- Comme les infections sont plus fréquentes chez la population âgée en général, la prudence s'impose lors du traitement des patients âgés. L'étude portant sur la nr-Ax SpA ne comptait aucun patient âgé de 65 ans et plus.

Contre-indications :

- Infections graves telles que sepsis, tuberculose ou infections opportunistes.
- Insuffisance cardiaque congestive modérée ou grave (de classe III ou IV selon la NYHA).

- Hypersensibilité au golimumab ou à l'un des autres composants du produit ou du contenant.

Mises en garde et précautions les plus importantes :

Infections :

- Des infections graves ayant entraîné une hospitalisation ou un décès, y compris le sepsis, la tuberculose, les infections fongiques invasives et d'autres infections opportunistes, ont été observées à la suite de l'emploi d'antagonistes du TNF, y compris le golimumab. Si un patient présente une infection grave ou un sepsis, le traitement par SIMPONI[®] doit être cessé. Le traitement par SIMPONI[®] ne doit pas être instauré chez des patients présentant des infections actives, y compris des infections chroniques et localisées.
- Les médecins doivent user de prudence lorsqu'ils envisagent de prescrire SIMPONI[®] aux patients ayant des antécédents d'infections récurrentes ou latentes (y compris la tuberculose), ou des troubles sous-jacents, qui pourraient les prédisposer à des infections, ou aux patients ayant résidé dans des régions où la tuberculose et les infections fongiques invasives, comme l'histoplasmosse, la coccidioïdomycose ou la blastomycose, sévissent à l'état endémique.
- La tuberculose (principalement sous la forme clinique disséminée ou extrapulmonaire) a été observée chez des patients ayant reçu des inhibiteurs du TNF, y compris le golimumab. La tuberculose pourrait être due à la réactivation d'une tuberculose latente ou à une nouvelle infection.
- Avant d'entreprendre un traitement par SIMPONI[®], il importe d'évaluer tous les patients, afin de s'assurer qu'ils ne sont pas atteints de la forme active ou latente de la tuberculose.
- Chez les patients faisant l'objet d'un diagnostic de tuberculose latente, un traitement antituberculeux doit être instauré avant de commencer un traitement par SIMPONI[®].
- Les médecins doivent surveiller les patients recevant SIMPONI[®], y compris les patients ayant un résultat négatif au test de dépistage de la tuberculose latente, afin de détecter tout signe ou symptôme de tuberculose active.

Affections malignes :

- Des lymphomes et autres affections malignes, parfois fatals, ont été signalés chez des enfants et des adolescents ayant reçu un traitement par des inhibiteurs du TNF, classe de médicaments dont fait partie le golimumab.

**Pour les patients atteints de nr-Ax SpA* active grave qui
présentent des signes objectifs d'inflammation (SIO)**

Choisissez SIMPONI®

INDICATION

Traitement des adultes atteints de spondylarthrite axiale non radiographique (nr-Ax SpA) active grave qui présentent des signes objectifs d'inflammation, tels qu'un taux élevé de protéine C-réactive (CRP) et/ou des signes visibles à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et dont la réponse aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) est inadéquate ou qui ne tolèrent pas ces médicaments.

- Pourrait exercer une légère influence sur la capacité à conduire, car son administration pourrait entraîner des étourdissements.

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.com/canada/fr/products#prod-456> pour obtenir des renseignements importants concernant 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.

* Spondylarthrite axiale non radiographique.

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

Références : 1. Monographie de SIMPONI®, Janssen Inc., 21 août 2017. 2. Hochberg, MC, Silman, AJ, Smolen, JS, *et al.* (2015). *Rheumatology*. Philadelphia: Mosby/Elsevier.

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Personnes âgées (≥ 65 ans) : La prudence s'impose lors du traitement des patients âgés.
- Risque de réactivation du virus de l'hépatite B.
- Risque d'aggravation ou d'apparition d'une insuffisance cardiaque congestive.
- Risque d'infection avec l'emploi concomitant de l'anakinra, de l'abatacept ou d'autres agents biologiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.
- Risque de réactions hématologiques.
- Risque de réactions d'hypersensibilité.
- Risque lié à la sensibilité au latex.
- Risque d'infections cliniques, y compris des infections disséminées, avec l'administration concomitante de vaccins vivants et d'agents infectieux thérapeutiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.
- Risque d'auto-immunité.
- Peut entraîner une immunosuppression; peut agir sur les défenses de l'hôte contre les infections et les affections malignes.
- Possibilité d'erreurs posologiques.
- Risque d'apparition ou d'exacerbation de troubles de démyélinisation du SNC.
- Risque d'infection périopératoire.
- Les femmes en mesure de procréer doivent utiliser une méthode de contraception adéquate pour ne pas devenir enceintes et doivent continuer la contraception pendant au moins 6 mois après le dernier traitement.
- Les femmes ne doivent pas allaiter durant le traitement ni pendant au moins 6 mois après le dernier traitement par SIMPONI®.
- À utiliser avec prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique.



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

Accès

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

Ressources

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

Polyarthrite rhumatoïde

Soutien

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

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

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

XELJANZ (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou grave qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ en monothérapie. Il n'est pas recommandé d'utiliser XELJANZ en association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine. Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions relatives à l'usage clinique. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.



XELJANZ, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada inc., licencié
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada inc., licencié
© 2017 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5
CA0116TOF008F

