

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Zoom sur : l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR

Éditorial

- L'aide médicale à mourir en rhumatologie

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

- Découvrez les membres de l'équipe!

Des nouvelles de l'ICORA

- Prix de l'investigateur clinicien SCR (ICORA) – Société de l'arthrite : résumé des travaux financés

Hommage boréal

- Passage du flambeau et message de la nouvelle présidente de la SCR
- Entrevues avec les récipiendaires de nos prix :
 - Rhumatologue émérite : D^r Alan Rosenberg
 - Chercheur émérite : D^r John G. Hanly
 - Formateur d'enseignants : D^{re} Anna Elfiky Oswald
 - Jeune chercheur : D^{re} Évelyne Vinet
- Entrevue avec Ahmad Zbib : le nouveau PDG de la SCR
- *RheumJeopardy!* lors de l'ASA 2018 de la SCR
- Prix *Réflexion sur la pratique 2018* : auto-évaluation

Nouvelles régionales

- Des nouvelles de la Saskatchewan

In Memoriam

- Hommage au D^r Sydney Gershon

Arthroscopie

- SPARCC : résumé de la réunion 2017
- La légende du rhumatologue charmeur de serpent
- De la Société de l'arthrite : des outils pour aider les patients à comprendre leurs options de traitement

Prix, nominations et distinctions

- Les D^{rs} Kam Shojania et Bob Offer sont à l'honneur

Articulons nos pensées

- Résultats du sondage de la SCR : formation et DPC

Un anticorps monoclonal qui se lie de façon sélective à l'interleukine 17A (IL-17A)^{1*}

SONGEZ À VOTRE PROCHAINE ÉTAPE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME PSORIASIQUE

Taltz est indiqué pour le traitement du rhumatisme psoriasique évolutif chez les adultes qui ont présenté une réponse insatisfaisante ou une intolérance à un ou plusieurs antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM). Taltz peut être utilisé seul ou en association avec un ARMM classique (ARMMc) (p. ex., le méthotrexate).

Communiquez avec un représentant de Lilly en composant le 1-888-545-5972 ou visitez le lilly.ca/mptaltz/fr.



Mises en garde et précautions pertinentes :

- Taltz peut accroître le risque d'infection et doit être administré avec prudence aux patients ayant une infection chronique ou active d'importance clinique.
- Tuberculose : Taltz ne doit pas être administré aux patients atteints de tuberculose active. Avant d'amorcer le traitement, les patients doivent se soumettre à un test de dépistage de la tuberculose. Le traitement de la tuberculose latente doit être instauré avant l'administration de Taltz. Chez les patients ayant des antécédents de tuberculose à l'état latent ou de tuberculose active pour lesquels il est impossible de confirmer l'administration d'un traitement approprié, il faut envisager d'administrer un traitement antituberculeux avant d'entreprendre un traitement par Taltz. Il faut suivre de près les patients sous Taltz afin de déceler tout signe ou symptôme de tuberculose active pendant et après le traitement.
- Des réactions d'hypersensibilité graves, y compris des cas d'anaphylaxie, d'œdème de Quincke et d'urticaire, ont été signalées dans les essais cliniques chez des patients traités par Taltz.
- Il faut prescrire Taltz avec beaucoup de prudence aux patients atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin, incluant la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse; une surveillance s'impose chez les patients qui sont atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin.

- Avant d'entreprendre un traitement par Taltz, il faut envisager la possibilité d'administrer au patient tous les vaccins qui sont indiqués pour son âge; les patients traités par Taltz ne doivent pas recevoir de vaccins vivants.
- Aucune étude clinique n'a été menée auprès de femmes enceintes pour établir l'innocuité de Taltz pendant la grossesse.
- Il faut faire preuve de prudence lorsque Taltz est administré à une femme qui allaite.
- Il n'existe aucune donnée sur les effets de Taltz sur la fécondité chez l'humain.
- L'innocuité et l'efficacité de Taltz chez les enfants (< 18 ans) n'ont pas été évaluées.
- Les données sont actuellement insuffisantes pour permettre de déterminer si les patients de 65 ans ou plus répondent au traitement différemment des gens plus jeunes.

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie au www.lilly.ca/mptaltz/fr pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été présentés dans ce document. Vous pouvez aussi vous procurer la monographie en communiquant avec nous au 1-888-545-5972.

* La portée clinique n'a pas été établie.

Référence : 1. Monographie de Taltz. Eli Lilly Canada Inc., 29 mars 2018.

L'aide médicale à mourir en rhumatologie

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« Sans la santé, la vie n'est pas la vie. Elle ne se résume qu'à un état de langueur et de souffrance, une image de la mort, en somme. » — *Bouddha*

Comme je l'ai évoqué dans notre dernier numéro, l'applicabilité de l'aide médicale à mourir au domaine de la rhumatologie peut surprendre nombre de nos collègues. Si j'ai suivi le débat sur l'euthanasie et l'aide médicale à mourir, de l'affaire Sue Rodriguez dans les années 1990 au plaidoyer du D^r Donald Low et de sa femme Maureen Taylor plus récemment, en 2013, je n'ai toutefois jamais vraiment associé notre spécialité à cette question. Mon épouse, qui a travaillé en soins palliatifs pendant plusieurs dizaines d'années, était certainement beaucoup plus concernée, selon moi. Une chose est sûre : personne n'aurait l'idée de s'adresser à un rhumatologue pour solliciter l'aide médicale à mourir.

Avec l'adoption de la loi C-14, en juin 2016, à la suite de l'arrêt unanime de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Carter, l'aide médicale à mourir est désormais une réalité au Canada, comptant pour près de 0,9 % de tous les décès et ayant été administrée à plus de 2 000 personnes au total au cours de la première année suivant sa légalisation¹. Ce sont le cancer, les troubles neurodégénératifs et l'insuffisance circulatoire ou respiratoire qui motivent le plus de demandes. La question de l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, pour les personnes atteintes de maladies psychiatriques et pour celles qui souhaitent en bénéficier dans le cadre d'une directive médicale anticipée, par crainte de la démence ou d'une autre incapacité, fait toujours l'objet d'une controverse.

La loi actuellement en vigueur exige que les patients adultes répondent aux quatre critères suivants :

- Être atteint d'un handicap ou d'une maladie grave et incurable;
- Se trouver dans un état avancé de déclin irréversible;
- Endurer une douleur insupportable;
- Être condamné à une mort naturelle « raisonnablement prévisible ».

En 2017, une patiente de l'Ontario, que nous appellerons A. B., atteinte d'arthrose grave s'accompagnant de dou-

leurs chroniques, a déposé une demande d'aide médicale à mourir. Elle a tout d'abord essuyé un refus, son médecin estimant que son décès n'était pas raisonnablement prévisible, comme l'exige la loi. Elle a ensuite demandé une révision judiciaire. Le juge de la Cour supérieure Paul Perell a décidé qu'une personne ne doit pas nécessairement être atteinte d'une maladie en phase terminale ou être condamnée à mourir dans un délai précis pour pouvoir bénéficier de l'aide médicale à mourir. Le souhait d'A. B. a ainsi pu être exaucé. Son décès, survenu en août 2017, a été très médiatisé, du moins en Ontario.

« Les gens ont peur de la mort plus encore que de la souffrance. C'est étrange qu'ils craignent la mort. La vie fait beaucoup plus mal que la mort. Lorsque l'on meurt, la douleur est terminée. Oui, je suppose que la mort est comme une amie. » — *Jim Morrison*

Le plus récent article sur le sujet est paru le 1^{er} avril 2018 dans le *Globe and Mail*². Dans le cadre d'une autre affaire quelque peu controversée, un couple de personnes âgées a opté pour une aide médicale à mourir conjointe. Cela s'est passé à Toronto, en présence de leur famille et de deux médecins traitants. Ce n'était que la deuxième procédure d'aide médicale à mourir réalisée au Canada. Quatre jours auparavant, un autre couple avait eu recours à cette procédure, sur les conseils de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), qui s'inquiétait de l'apparence de coercition d'un époux sur l'autre dans le cas d'une procédure simultanée d'aide médicale à mourir.

George et Shirley Brickenden, tous deux nonagénaires, vivaient ensemble dans une maison de retraite de Toronto. Selon le *Globe and Mail*, M^{me} Brickenden était atteinte de « polyarthrite rhumatoïde (PR), une maladie inflammatoire qui a fait de ses mains des serres violacées et enflées ». La combinaison de cette maladie à une insuffisance cardiaque a amené les deux médecins indépendants chargés d'examiner son cas à conclure qu'elle était admissible à l'aide médicale à mourir. Toutefois, elle devait attendre que l'état de son époux se détériore suffisamment, un seul des deux médecins chargés d'examiner son conjoint ayant jugé que l'âge avancé et la fragilité de ce dernier en faisaient un candidat à l'aide médicale à mourir. Après une fracture de la hanche pour elle, et des syncopes à répétition pour lui,

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

Énoncé de mission. La mission du 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,
MDCM, FRCPC, FACR
Président, Association médicale de l'Ontario (AMO),
Section de rhumatologie
Scarborough (Ontario)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

Vandana Ahluwalia,
M.D., FRCPC
Présidente, SCR
Ex-chef, direction corporative,
Département de rhumatologie
William Osler Health Centre
Brampton (Ontario)

Evelyn Sutton,
M.D., FRCPC, FACP
Vice-présidente, SCR
Vice-doyenne, enseignement
médical prédoctoral
Professeure de médecine,
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

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

MEMBRES

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

Cory Baillie,
M.D., FRCPC
Professeur adjoint,
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Louis Bessette,
M.D., M. Sc., FRCPC
Professeur agrégé,
Université Laval
Rhumatologue,
Centre hospitalier universitaire
de Québec
Québec (Québec)

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)



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

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

Bindu Nair,
M.D., 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,
Southlake Regional
Health Centre
Newmarket (Ontario)

Pour consulter la version
en ligne du JSCR, visitez le
www.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 exécutif

Russell Krackovitch
Directeur de la rédaction
Département des projets sur mesure

Jyoti Patel
Rédactrice en chef adjointe

Catherine de Grandmont
Rédactrice-réviseuse principale
(version française)

Donna Graham
Chef de production

Dan Oldfield
Directeur du design

Mélissa Drouin
Services financiers

Robert E. Passaretti
Éditeur

© STA HealthCare Communications inc., 2018. 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 : juin 2018.

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

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



Je suis le docteur Kam Shojania et j'ai eu l'honneur de recevoir le prix *Fay R. Dirks* de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) pour l'excellence de mon enseignement en 2017. J'enseigne aux étudiants en médecine et aux résidents depuis plus de 20 ans et j'ai la chance d'avoir côtoyé des mentors et des collègues enseignants remarquables à l'UBC. L'enseignement est un aspect important de nos carrières. Il nous oblige à nous tenir au courant des nouveautés et améliore les soins que nous offrons aux patients. Les interactions avec les stagiaires suscitent souvent d'importantes questions de recherche. Nos stagiaires deviennent ensuite nos collègues, et le lien que nous avons tissé avec eux pendant leurs études peut durer des décennies.

Le conseil que j'aimerais donner à mes collègues enseignants est celui-ci : « Pour enseigner efficacement, il n'est pas nécessaire de présenter une étude de cas fondée sur des observations cliniques intéressantes. Il arrive souvent que les rencontres avec des patients difficiles et nos propres erreurs créent d'excellentes occasions d'enseignement comptant parmi les plus mémorables. »



Ayant consacré toute ma carrière à prendre soin des patients, la guérison et la gratitude des patients sont la plus grande récompense que je puisse imaginer. J'ai toujours axé ma carrière sur le patient, qu'il s'agisse de prodiguer des soins au patient se trouvant devant moi ou d'apporter des changements aux politiques afin d'améliorer les soins aux patients. En ce qui concerne ce deuxième volet de ma carrière, j'ai connu autant de défaites que de réussites, et c'est donc avec une réelle surprise que j'ai reçu le *Prix du leadership Wallace Wilson* pour l'année 2017 de la Medical Alumni Association de l'UBC. Les candidats sont jugés selon leur leadership et leur sens de l'éthique. Bien que la vie m'ait offert de nombreuses possibilités et que j'aie eu la chance de côtoyer de grands mentors et de formidables collègues depuis que j'ai obtenu mon diplôme, il y a de cela 49 ans, je me considère davantage comme un militant pour l'optimisation des soins de santé plutôt que comme un leader. Au fil des années, j'ai occupé les postes de médecin-chef, de chef du personnel médical, de membre de comités communautaires des arts, de la musique et du sport ainsi que de conseiller médical et de directeur de la Société de l'arthrite, division de la Colombie-Britannique (C.-B.) et du Yukon, en plus d'avoir rempli deux mandats en tant que membre du conseil d'administration de la Société canadienne de rhumatologie (SCR). Les réalisations dont je suis le plus fier sont l'élaboration du programme multidisciplinaire axé sur l'arthrite, qui a été mis en place à Penticton et qui a servi de ressource principale durant de nombreuses années pour l'intérieur de la C.-B., ma participation en tant que membre fondateur de la Penticton High Schools Scholarship and Bursary Foundation, qui a amassé plus d'un million de dollars, ainsi que le poste de chef d'équipe et d'entraîneur de l'équipe de soccer de jeunes filles défavorisées, que j'occupe depuis 11 ans. Mon désir de répondre aux besoins en milieu communautaire a également favorisé la mise en place d'un programme axé sur l'ostéoporose et d'un programme de prise en charge de la fibromyalgie à l'intérieur de la C.-B. De 2002 à juin 2018, j'ai d'abord été président, puis membre du comité responsable de l'assurance-médicaments de la C.-B., qui statue sur les demandes de médicaments biologiques, un travail très utile pour les patients et ayant permis de surmonter des obstacles majeurs opposant le ministre de la Santé et les médecins. L'attribution de ce prix témoigne de l'importance des soins offerts aux patients et de la médecine communautaire, tout comme j'accorde une grande importance à mes collègues et aux membres du corps enseignant qui ont joué un grand rôle tout au long de ma carrière... Un gros merci à vous tous!

BIENVENUE EN RHUMATOLOGIE

Bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Ahmad Abdullah, Surrey (C.-B.)

Noura Al-Foraih, Edmonton (AB)

Sangeeta Bajaj, Brampton (ON)

Jan Willem Cohen-Tervaert, Edmonton (AB)

Dalia Karol, Ottawa (ON)

Ellen Miles, Vancouver (C.-B.)

Noura Mustapha, Montréal (QC)

Amy Qi, Westmount (QC)

Erkan Demirkaya, London (ON)

Découvrez les membres de l'équipe!

				
Nom :	Sharon Brinkos	Virginia Hopkins	Claire McGowan	Christine Witlox
Rôle au sein de la SCR :	Coordonnatrice de l'engagement des membres	Coordonnatrice, recherche et technologie	Coordonnatrice des projets	Coordonnatrice des opérations
Pouvez-vous décrire votre rôle au sein de la SCR?	<ul style="list-style-type: none"> Mon travail consiste à répartir les membres de la SCR par segments afin de pouvoir répondre à leurs besoins particuliers. Je suis la personne-ressource du personnel pour toute question concernant nos commanditaires de l'industrie. 	Je suis la responsable du Comité de recherche; je gère les concours de bourses de l'ICORA et les résumés et je mets à jour le site Web et l'application mobile.	J'apporte mon soutien à tous les comités opérationnels, les sous-comités et les comités de programmes* et je suis responsable des communications et des sondages destinés aux membres. * à l'exception du Comité de recherche de la SCR, du Comité d'examen des résumés et du Comité d'examen des concours de bourses de l'ICORA	Mon rôle consiste notamment à diriger le programme de bourses d'été de la SCR, à coordonner les événements et à gérer la logistique ainsi qu'à fournir des conseils sur les pratiques exemplaires en tenant compte des politiques et des processus de l'organisation.
À quel moment vous pouvez me joindre :	Chaque fois que vous avez des questions ou besoin de renseignements supplémentaires. Si je suis dans l'impossibilité de vous aider, c'est avec plaisir que je vous mettrai en contact avec le membre du personnel approprié.	Vous devriez me joindre pour toute question au sujet de l'ICORA, des résumés, du site Web, de l'application mobile ou toute question relative aux recherches ou aux technologies.	Pour toute question concernant l'un des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> les comités opérationnels l'ASA, le cours préparatoire pour les résidents, le programme FLIRT et la fin de semaine nationale des résidents en rhumatologie les communications aux membres (bulletin électronique, courriels envoyés à un grand nombre de personnes ou demandes concernant le site Web) les sondages menés par les investigateurs 	Je suis la principale personne-ressource pour toute question ayant trait au programme de bourses d'été ou aux événements, mais je reste à la disposition de toute personne ayant besoin d'aide. Mon objectif global est de faire en sorte que les opérations de la SCR se déroulent de façon aussi harmonieuse et efficace que possible pour permettre à la société de servir au mieux les intérêts de ses membres. Par conséquent, s'il m'est impossible de vous aider, je trouverai la personne en mesure de le faire!
Depuis combien de temps travaillez-vous à la SCR?	Cela fera cinq ans en juin 2018.	Six ans et demi	Trois ans et demi	J'ai commencé en mars 2018, donc je viens tout juste d'intégrer l'équipe.
Quel est l'aspect de votre travail que vous aimez le plus à la SCR?	Travailler à partir de la maison et avec mes collègues. Nous formons une formidable équipe!	Tout! J'adore mon travail, la possibilité de travailler à partir de la maison, mes collègues et les membres.	Les gens avec qui je travaille tant à l'interne qu'à l'externe... Ce sont des gens particulièrement dévoués et inspirants.	J'adore les gens qui forment la SCR, qu'il s'agisse des membres des différents conseils ou de notre personnel opérationnel. Tous les membres de l'équipe de la SCR sont passionnés par leur travail, désireux de rendre service et accueillants.
Quel est votre meilleur souvenir à ce jour à la SCR?	Je n'ai pas vraiment de souvenir favori. Chaque ASA rappelle d'excellents souvenirs.	Mon meilleur souvenir est le jour que j'ai passé avec Sharon et Claire, au lac Louise, après l'ASA. Nous sommes allées faire une ballade en cariole autour du lac et avons patiné sur le lac. C'était une excellente façon de terminer une très longue semaine épuisante!	Un souvenir favori qui revient souvent est la soirée de danse légendaire organisée lors de l'assemblée scientifique annuelle... Il est toujours très amusant de regarder tout le monde danser!	Hum, je ne crois pas être ici depuis assez longtemps pour avoir un souvenir favori, mais j'attends avec impatience de vivre de nombreux moments inoubliables qui évoqueront d'excellents souvenirs.
Si vous pouviez voyager partout dans le monde, où iriez-vous?	J'embarquerais sur une croisière en Alaska.	J'ai voyagé dans plusieurs régions à couper le souffle, mais l'Australie figure sur ma liste d'endroits à visiter.	J'irais au Népal. C'est l'endroit de la planète que je préfère.	Un jour, j'irai en Italie et aux îles grecques, mais, dans l'intervalle, je me rendrais à Disney World avec ma famille sans la moindre hésitation!
Si vos journées comptaient une heure de plus, comment l'utiliserez-vous?	Je cuisinerais.	J'aimerais faire davantage de bénévolat.	J'aimerais passer plus de temps à la maison avec les personnes qui comptent le plus pour moi.	Si je devais être honnête, je répondrais probablement « plier du linge »! Si je pouvais rêver, je répondrais assurément « passer la journée blottie sur mon canapé à lire un bon livre ».
Quelle est votre citation préférée?	« Ne fais pas aux autres ce que tu ne voudrais pas qu'on te fasse. »	« Vise toujours la lune. Même si tu la manques, tu atterras parmi les étoiles. »	« Lorsque les choses ne vont pas dans la bonne direction, prends la direction opposée. »	« Lorsque tout semble aller contre vous, souvenez-vous que les avions décollent toujours face au vent. » – Henry Ford

Passage du flambeau et message de la nouvelle présidente de la SCR



Joanne Homik, présidente sortante de la SCR :

Maintenant qu'une nouvelle présidente est aux commandes de la SCR, j'aimerais profiter de l'occasion pour réfléchir sur le temps que j'ai passé au sein de cet organisme. Je n'ai pas pris à la légère la décision d'accepter d'occuper le poste de présidente de la SCR. Grâce à son travail acharné sur la gouvernance et la structure organisationnelle, mon prédécesseur, Cory Baillie, avait laissé la SCR dans une position plus solide qu'elle ne l'était avant qu'il entre en fonction. Cependant, comme j'avais participé au processus, je me sentais prête à assumer la présidence car je comprenais clairement mon rôle et mes responsabilités.

Au cours des deux années de mon mandat, nous avons surmonté de nouveaux défis et nous avons connu beaucoup de réussites.

L'univers des commandites est en constante évolution, plus particulièrement dans le domaine de la planification de la formation médicale continue. La difficulté pour tous nos partenaires d'amasser les fonds nécessaires à leur participation en raison du lieu de la réunion est l'une des justifications pour lesquelles nous n'avons pas donné suite à la réunion au Mexique. Même nos choix habituels de lieux au Canada ont été minutieusement examinés dans le cadre de ce processus. Les initiatives visant la transparence adoptées récemment en Ontario ainsi que l'article du *Globe and Mail* concernant les lignes directrices de pratique clinique ont rendu les membres du Conseil plus conscients du rôle que nous jouons dans le maintien de la réputation de la SCR. Je parle ici non seulement de notre réputation parmi nos collègues, mais aussi de la façon dont nous percevons le grand public. Nous sommes impatients de travailler dans ce nouveau contexte avec nos futurs et actuels partenaires de l'industrie afin de continuer à soutenir nos nombreuses initiatives.

Nous continuons à offrir à nos membres d'excellentes occasions de formation et de réseautage. Notre réunion scientifique annuelle, très appréciée par nos membres et partenaires, est la principale activité que nous organisons pour nos membres. D'année en année, sa qualité et son calibre ne cessent de croître.

Au cours de la dernière année, le Conseil a également eu comme tâche de superviser le changement de la direction de l'organisation. Notre chère directrice générale, Christine Charnock, a démissionné en mai 2017. En plus de lui chercher un remplaçant, nous avons également dû réexaminer nos objectifs et nos priorités afin de pouvoir trouver la bonne personne pour ce poste. Ahmad apporte un nouveau point de vue et un nouvel ensemble de compétences à la fonction. Nous sommes tous enthousiastes à l'idée de travailler avec lui.

J'ai été honorée de représenter les membres à titre de présidente du Conseil d'administration au cours de ces deux dernières années. Je reconnais que je mets entre les mains de la nouvelle présidente, Vandana Ahluwalia, une organisation qui est encore en transition, mais j'ai confiance en sa capacité à reprendre le flambeau et à le porter bien haut!

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



Vandana Ahluwalia, présidente de la SCR :

Merci, Joanne. Votre travail des deux dernières années à la SCR a établi une formidable fondation pour l'avenir de cette organisation.

Les missions prioritaires de la SCR comprennent les soins optimaux, la planification et la gestion de la main-d'œuvre, l'établissement de relations, la recherche, la mobilisation des partenaires ainsi que la viabilité organisationnelle. Chaque année, le Conseil déterminera les priorités stratégiques qui représentent les besoins des membres. Cette année, nous nous concentrerons sur la compréhension des besoins en main-d'œuvre de la rhumatologie, sur la meilleure façon de plaider la cause de nos membres, tout en renforçant nos relations avec nos principaux partenaires et en veillant à la viabilité organisationnelle.

À la lumière des activités de mobilisation de nos membres, l'organisation a reçu le mandat de comprendre les différences régionales en ce qui a trait à la main-d'œuvre en rhumatologie et aux occasions d'emploi. Nous avons encouragé les étudiants en médecine à s'exposer à la pratique et à la recherche en rhumatologie. Par conséquent, 16 % des étudiants en médecine ont choisi la rhumatologie comme choix de carrière. Cette année, en plus du soutien de l'industrie, nous avons obtenu du financement pour le volet de recherche du programme de la part du gouvernement du Canada, par le biais du programme Emplois d'été Canada.

Nous continuons à trouver des façons d'harmoniser notre travail avec celui d'autres organismes comme l'Arthritis Health Professions Association (AHPA), l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) et la Société de l'arthrite. En outre, nous devons comprendre comment notre expertise peut contribuer à soutenir d'autres organismes nationaux comme l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), en cette ère de croissance des traitements offerts et d'escalade des coûts.

Je serai la troisième femme qui occupera la présidence depuis les 70 années et plus d'existence de cette organisation. La composition des effectifs évolue et de plus en plus de femmes se dirigent en médecine. Ainsi, parmi nos membres, on compte 56 % de femmes et 44 % d'hommes. Le style d'apprentissage et de direction des femmes sera différent de celui de leurs collègues masculins. Nous devons tenir compte de cette réalité lors de l'élaboration des activités à l'intention de nos membres et des programmes de perfectionnement des compétences en leadership.

Je suis enthousiasmée par le travail que je devrai accomplir avec nos membres, employés, partenaires et bienfaiteurs pour accomplir encore d'extraordinaires réussites. Je désire contribuer à l'établissement d'un organisme qui peut s'adapter et s'attaquer aux défis à venir et j'espère pouvoir anticiper et satisfaire les besoins en évolution de nos membres.

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
Présidente, Société canadienne de rhumatologie (SCR)
Ex-chef de la direction corporative du département de rhumatologie,
William Osler Health System, Brampton (Ontario)

Entrevue avec Ahmad Zbib : le nouveau PDG de la SCR

Pouvez-vous nous faire un résumé de vos antécédents professionnels?

J'ai toujours voulu pratiquer la médecine mais les circonstances m'ont amené ailleurs. Après avoir obtenu mon diplôme en médecine, j'ai effectué trois mois d'internat aux urgences et en salle d'opération. Puis, en 2003, je suis déménagé au Canada. Comme tout autre étudiant étranger en médecine à cette époque, le parcours vers l'accréditation et, dans mon cas, vers la spécialisation, a été parsemé de zones d'ombre, de bureaucratie, d'exams coûteux et de discussions interminables avec des personnes qui n'avaient rien à m'offrir. Néanmoins, j'ai décidé de faire une demande aux États-Unis. Alors que je préparais mon examen pour recevoir un permis de pratique de la médecine aux États-Unis, j'ai obtenu mon premier emploi au sein de la Heart and Stroke Foundation. On peut donc dire que j'ai passé l'essentiel de ma carrière dans des organismes investis de missions où j'ai beaucoup appris et acquis les compétences qui me valent une entrevue avec vous, à titre de PDG de la Société canadienne de rhumatologie (SCR). J'ai occupé des postes en application de la recherche, en éducation des patients et du public ainsi qu'en services de santé numériques. J'ai fait partie d'équipes de direction en commercialisation et en stratégie, j'ai dirigé le développement d'entreprises à l'échelle nationale et, plus récemment, j'ai été membre de la direction de la plus importante division de la Société de l'arthrite au Canada.

Pouvez-vous nous en dire plus au sujet de votre travail à la Société de l'arthrite?

J'ai commencé à travailler à La Société au développement de l'entreprise à l'échelle nationale. J'étais responsable de recueillir des fonds, principalement de la part d'entreprises, afin de financer la mission de La Société. Peu après mes débuts, le directeur administratif de la division de



l'Ontario a quitté l'agence et le PDG de la Société de l'arthrite a communiqué avec moi pour m'offrir ce poste. Dans le cadre de cette fonction, j'ai dirigé une équipe de collecteurs de fonds et de gestionnaires de programme, à l'œuvre partout en Ontario. J'ai eu l'honneur de rencontrer des personnes devant composer avec l'arthrite, qui m'ont renseigné au sujet des importantes répercussions que leur maladie avait sur leur vie. J'ai aussi été inspiré par leur soutien à la cause pour que les générations futures aient une meilleure chance de bénéficier d'une cure.

Vous avez étudié en médecine; qu'est-ce qui vous avait d'abord attiré dans ce domaine?

Aussi cliché que cela puisse paraître, j'ai toujours voulu être médecin – mis à part une phase où j'ai presque fait subir une crise cardiaque à mes parents en leur annonçant que je voulais être disc-jockey. Aussi loin que je me souviens, j'ai toujours été fasciné par la biologie et je souhaitais ardemment pouvoir tirer profit de mes connaissances afin d'aider ou de guérir les autres. Je me souviens qu'enfant, j'expliquais à mon père que je désirais mettre sur pied une clinique pour aider les moins fortunés. Cela m'a grandement motivé à m'inscrire à l'école de médecine.

Pouvez-vous citer une personne ou un mentor qui vous a inspiré sur le plan professionnel?

Mon père m'a appris qu'on doit toujours donner plus que ce qu'on s'attend à recevoir. Cela a toujours été un principe directeur dans ma vie professionnelle, peu importe le poste que j'occupais. Ma mère disait que rien ne se produit en vain et que, si on est patient, une meilleure option se présentera bien assez tôt. Quelques-uns de mes patrons ont investi leur temps et leurs ressources en moi et cela a fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.

Qu'espérez-vous apporter à la SCR, en tant que PDG?

Une attention presque obsessionnelle aux désirs et aux besoins de nos membres actuels et futurs, une excellence opérationnelle, de l'innovation et une viabilité financière.

Jusqu'à maintenant, quels ont été les aspects les plus gratifiants et les aspects les plus difficiles de ce nouveau poste?

Le plus gratifiant est de travailler avec des bénévoles dévoués à la mission de cette organisation. Le plus difficile... c'est de travailler de la maison, où vous ne partez jamais du bureau.

D'après vous, quels défis futurs devront relever les rhumatologues canadiens? Que peuvent faire chaque rhumatologue et la SCR afin de contribuer à surmonter ces défis?

Un des plus gros défis que j'entrevois est le vieillissement de la population, lequel ne sera pas coordonné avec une augmentation du nombre d'établissements de formation

en rhumatologie. Il faut ajouter à cela le fait qu'au cours des 5 à 10 prochaines années, 30 % des rhumatologues auront atteint l'âge de la retraite. Cette situation amplifiera la pénurie de rhumatologues et alourdira le fardeau qui pèse déjà sur les cabinets très occupés, ce qui ne fera qu'allonger le temps d'attente pour les patients.

La SCR soutient déjà de nombreux projets de modèles de soins qui ont le potentiel de réduire cette pression. En outre, nous sommes en train d'étudier les variations régionales de l'accès aux rhumatologues et nous facilitons la discussion entre les stagiaires et les rhumatologues de collectivités situées en région rurale ou mal desservie.

Si vos journées comptaient une heure de plus, comment l'utiliserez-vous?

Je m'amuserais avec mes enfants.

Ahmad M Zbib, M.D., CPHIMS-CA

*Président-directeur général, Société canadienne de rhumatologie
Mississauga (Ontario)*

Éditorial (suite de la page 3)

suivis d'autres problèmes cardiaques et infections récurrentes, ils ont tous deux été jugés admissibles. Kelly Grant, la journaliste du *Globe and Mail* qui a rencontré les deux époux et leur famille quelques jours avant leur décès programmé, les a trouvés « alertes, vifs et élégants... et si heureux ». Leur détermination à mourir maintenant l'a laissée perplexe. Toutefois, M^{me} Brickenden a appelé la journaliste plus tard. Elle a évoqué son incapacité à trouver le sommeil « du fait d'atroces douleurs infligées par la PR, [les comparant] à un animal rongeur ses articulations ».

En un an, deux cas très médiatisés d'aide médicale à mourir ont été associés à des maladies arthritiques. Si la douleur est le principal symptôme de l'arthrite, l'évocation de l'arthrose et de la PR en tant que maladies justifiant le recours à la mort assistée peut toutefois s'avérer surprenante pour la plupart des rhumatologues en exercice. Actuellement, les efforts déployés pour infléchir l'évolution naturelle de la PR ont été supérieurs à ceux mis en œuvre dans le cas de l'arthrose. Néanmoins, je suis certain que la plupart des cliniciens pensent pouvoir proposer un plan de prise en charge susceptible d'influer sur la douleur, sur d'autres symptômes, sur la fonction et sur la qualité de vie de la plupart des patients, et ce, pour les deux maladies. Toutefois, nous savons que l'opinion des patients et des

médecins concernant la PR diverge, comme l'a montré une étude récente de la Société de l'arthrite³. Au vu de ces cas d'aide médicale à mourir, nous devons tirer des enseignements, non pas par rapport à une hypothétique augmentation du nombre de cas d'aide médicale à mourir en rhumatologie, mais plutôt par rapport à la nécessité pour nous, rhumatologues, de mieux prendre en compte la souffrance provoquée par les maladies rhumatismales du point de vue de nos patients^{4,5}.

Références :

1. Santé Canada. Deuxième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada. Disponible en ligne : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/aide-medecale-mourir-rapport-interimair-sep-2017.html. Consulté en juin 2018.
2. Grant, K. Medically assisted death allows couple married almost 73 years to die together. The *Globe and Mail*. April 2018. Disponible en ligne : www.theglobeandmail.com/canada/article-medically-assisted-death-allows-couple-married-almost-73-years-to-die/. Consulté en juin 2018.
3. Société de l'arthrite. La divergence entre les fournisseurs de soins de santé et les patients atteints d'arthrite. Mai 2017. Disponible en ligne : www.arthrite.ca/getmedia/bd20e920-2700-424c-b0dd-e5771ba67686/Arthritis-Gap-Report-FINAL-FR-Screen.pdf. Consulté en juin 2018.
4. « La PR importe ». Disponible en ligne : http://ramatters.ca/fr_CA. Consulté en juin 2018.
5. Affiche 3 de l'ASA 2017 de la SCR : The Objective Gap: A Survey of Patient and Health Care Professionals' Priorities for Inflammatory Arthritis Treatment. Ed Ziesmann (la Société de l'arthrite [Division de l'Ontario], Toronto); Ahmad Zbib (la Société de l'arthrite, Toronto); Douglas Emerson (la Société de l'arthrite, Toronto). The *Journal of Rheumatology*, juin 2017, 44 (6) 861; DOI: <https://doi.org/10.3899/jrheum.170256>

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Rédacteur en chef du JSCR,

Scarborough (Ontario)

Prix du rhumatologue émérite : Dr Alan Rosenberg

Pourquoi êtes-vous devenu rhumatologue? Quels sont les facteurs ou les personnes qui vous ont inspiré à entreprendre cette carrière?

En tant qu'étudiant en médecine et résident en pédiatrie, j'étais stupéfait chaque fois que j'étais confronté à un enfant atteint de maladie rhumatismale. Malgré les soins spécialisés reçus par nombre d'entre eux, il semblait que ces enfants, affaiblis par la difformité et la douleur et dont les afflictions étaient si mal comprises, méritaient plus. Ce sont les enfants atteints de maladies rhumatismales et leurs familles, de qui j'ai eu le privilège d'apprendre, qui m'ont captivé et qui ont suscité mon intérêt pour la rhumatologie pédiatrique. J'ai terminé par résidence en pédiatrie à l'Université du Manitoba, où j'ai eu la chance d'arriver au même moment que Ross Petty. Après avoir terminé sa formation en pédiatrie et en rhumatologie pédiatrique à Ann Arbor, Ross, également un diplômé de l'Université de la Saskatchewan, est revenu au Canada pour devenir le premier rhumatologue pédiatrique officiellement formé du pays. La prise en charge avisée et compassionnelle de Ross, son excellence dans l'enseignement et ses innovations visionnaires et créatrices ont été des influences puissantes qui ont renforcé ma passion pour le domaine.

Au moment où j'ai terminé ma formation, il y avait plusieurs personnes qui croyaient que la spécialité de la rhumatologie pédiatrique était inutile et insensée. Le défunt Dr Don Mitchell, rhumatologue pour adultes à l'Université de la Saskatchewan, pensait autrement. Don a reconnu qu'il existait des différences importantes entre les enfants et leurs maladies et les adultes et il a persuadé le département de pédiatrie de recruter un rhumatologue pédiatrique. Il a été un mentor mémorable pendant ma formation à l'école de médecine et m'a incité à revenir en Saskatchewan.



Les membres de la communauté de rhumatologie pédiatrique du Canada se distinguent par un engagement sans compromis envers le bien-être des patients, la préparation de la prochaine génération de professionnels de la santé et l'acquisition de nouvelles connaissances par la recherche collaborative et créative. Un si grand nombre de mes collègues en rhumatologie pédiatrique, trop malheureusement pour les nommer, ont été des sources d'inspiration, de connaissance et de sagesse.

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

Les progrès récents dans la rhumatologie pour enfants et pour adultes ont été incroyables. Nous devons remercier nos patients et nos familles qui ont inspiré ce progrès et qui y ont contribué. Toutefois, nous sommes encore vraiment loin de comprendre ces maladies. Nous ne connaissons pas leurs causes, notre compréhension de leur pathogenèse est encore rudimentaire, nos traitements se sont remarquablement améliorés, mais leur efficacité n'est toujours pas aussi prévisible et ils ne sont pas encore aussi sécuritaires que nous le souhaitons, et nous n'avons aucune façon de les guérir ou de les prévenir. Cependant, je crois que nous sommes à la veille d'une merveilleuse ère de découvertes, propulsée par la créativité et l'ingénuité collectives et par de formidables nouvelles technologies qui mettront en évidence les facteurs biologiques, sociaux, environnementaux et liés au mode de vie qui, ensemble, provoquent la maladie. Ces découvertes qui changeront des vies ne seront possibles qu'en créant des alliances avec des collaborateurs provenant d'un éventail éclectique de domaines qui élaboreront des stratégies conçues de façon rationnelle et réalisable de façon réaliste pour guérir et prévenir les maladies rhumatismales.



Le Dr Alan Rosenberg reçoit son prix de la D^{re} Joanne Homik.

En tant que rhumatologues, nous devons continuer à accepter la difficulté de défendre nos patients avec une vigueur sans compromis pour qu'ils obtiennent les ressources qu'ils méritent. En tant que personnes et collectivement par le truchement d'associations comme la SCR, nous devons promouvoir l'idée qu'investir dans la prise en charge, l'éducation et la recherche concernant les maladies rhumatismales donnera de meilleurs résultats à des coûts moindres pour les patients, les familles et la société.

Nos collectivités autochtones canadiennes continuent à supporter un fardeau disproportionné associé aux maladies rhumatismales. Il est encore difficile de lutter efficacement contre les disparités dérangeantes dans la santé et les soins de santé pour nombre de peuples autochtones atteints de maladies rhumatismales. Nous devons commencer à mobiliser plus efficacement nos collectivités autochtones et nous laisser guider par leur sagesse et leurs points de vue. Inciter les jeunes autochtones à poursuivre des carrières en soins de santé en général et en rhumatologie en particulier devrait être une étape importante vers une mobilisation efficace et une meilleure santé.

Quelles sont les idées les plus importantes que les rhumatologues pédiatriques devraient transmettre à leurs collègues rhumatologues pour adultes?

Il n'y a pratiquement pas de maladies qui ne commencent pas avant de commencer. Autrement dit, les causes de

presque toutes les maladies, surtout les maladies chroniques comme les maladies rhumatismales, existaient bien avant que la maladie ne se manifeste ouvertement. Il y a des preuves convaincantes et, dans de nombreux cas, irréfutables que les origines de ces maladies remontent à l'enfance ou à avant la naissance. Pour améliorer et personnaliser la prise en charge des patients et pour guérir et prévenir les maladies rhumatismales, nous devons commencer à investir plus intelligemment et vigoureusement dans la compréhension des tout premiers facteurs génétiques, sociaux, environnementaux et liés au mode de vie qui influencent la survenue et les résultats des maladies rhumatismales.

En tant que rhumatologues pédiatriques, nous devons être plus à l'écoute des résultats à long terme, à l'âge adulte, de nos patients pour pouvoir juger efficacement des conséquences futures des interventions que nous choisissons pour nos patients pédiatriques. La promotion d'une plus grande cohésion entre les rhumatologues pour adultes et pour enfants aidera à optimiser la transition de nos patients pédiatriques vers une prise en charge à l'âge adulte et leurs résultats à long terme en matière de santé.

Qu'aimez-vous le plus de votre vie et de votre travail en Saskatchewan?

J'ai eu la chance de retourner en Saskatchewan après ma formation. Même si nous n'avions pas prévu de rester en Saskatchewan plus de quelques années, plusieurs décennies plus tard, nous sommes toujours bien installés et heureux dans une collectivité prospère, vibrante et progressive qui grouille d'activités culturelles et récréatives. Le milieu académique fournit énormément de soutien et est imprégné d'une puissante culture de collaboration. Le fait d'avoir tous les domaines des sciences de la santé sur le campus de l'Université et l'accès à des installations de recherche de renommée mondiale comme le Centre canadien de rayonnement synchrotron offre des possibilités uniques d'interagir avec des scientifiques réputés et des technologies de pointe.

L'esprit chaleureux et respectueux des Prairies se reflète dans les collègues avec qui je travaille et les patients et familles que nous avons le privilège de servir.

*Alan Rosenberg, M.D., FRCPC
Rhumatologue pédiatrique,
Royal University Hospital
Professeur,
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)*

Prix du chercheur émérite : Dr John G. Hanly

Quelle a été votre première pensée lorsque vous avez appris que vous remportiez ce prix?

J'étais honoré et enchanté de recevoir ce prix prestigieux de la SCR, en particulier vu le calibre des récipiendaires précédents du prix. Être reconnu par ses pairs est le plus beau compliment dans une carrière universitaire. J'ai aussi vu le prix comme une reconnaissance tangible de la culture de soutien de la recherche fournie par les membres de ma division à l'Université Dalhousie, à Halifax.

Pourquoi êtes-vous devenu rhumatologue? Quels sont les facteurs ou les personnes qui vous ont inspiré à entreprendre cette carrière?

J'ai eu la chance de travailler avec de nombreuses personnes sources d'inspiration, dont un grand nombre étaient des rhumatologues de l'Irlande et du Canada. La personne qui a le plus suscité mon intérêt pour notre spécialité est le Dr Barry Bresnihan, qui était mon superviseur pendant une recherche académique de deux ans à Dublin, en Irlande (1982-1984). C'était un clinicien doué et un chercheur très engagé pour améliorer la prise en charge des patients grâce à l'innovation et à la découverte. Il a été mon mentor et ami jusqu'à son décès prématuré à l'âge de 67 ans.

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

L'enthousiasme pour son sujet, la planification stratégique avec l'établissement de buts et de jalons pour réussir, la persistance face à l'adversité, la capacité à trouver de bons collaborateurs, le mentorat de collègues plus jeunes, la perspective et le sens de l'humour.

Vous avez un grand intérêt pour le lupus érythémateux disséminé, en particulier pour ses manifestations neuropsychiatriques, mais votre travail a touché à plusieurs domaines de la rhumatologie clinique. Avec 230 publications à votre crédit, dont 150 études



originales examinées par des pairs, vous avez un dossier de recherche particulièrement bien rempli. Quelles avancées importantes votre recherche vous a-t-elle permis de réaliser?

Je ne prétends pas avoir réalisé des « avancées importantes », mais j'ai essayé d'améliorer la compréhension de la pathogenèse et des résultats cliniques des maladies rhumatismales. Dans le domaine des manifestations neuropsychiatriques du lupus érythémateux disséminé, j'espère que notre travail a fourni une évaluation équilibrée des aspects positifs et négatifs de la maladie et qu'il servira de base à d'autres études.

Comment gérez-vous votre temps pour réaliser et publier autant d'études originales?

La concentration, la persistance, l'établissement de priorités et la chance d'avoir d'excellents collaborateurs et des collègues encourageants.

Y a-t-il d'autres domaines d'intérêt que vous voudriez approfondir un jour? Quels projets entreprendrez-vous dans un avenir proche?

Je continue de m'intéresser aux manifestations du lupus érythémateux disséminé associées au système nerveux. Actuellement, je travaille avec des chercheurs de mon établissement qui ont une expertise en imagerie cérébrale afin de mieux comprendre les anomalies fonctionnelles du cerveau des patients atteints du lupus érythémateux disséminé.

Quelle est l'incidence de votre recherche sur les soins cliniques aux patients? Que pouvez-vous transposer du laboratoire de recherche à la salle d'examen? Quel a été l'aspect le plus gratifiant de cette transmission de savoir?

Nos études sur les résultats cliniques des manifestations neuropsychiatriques du lupus érythémateux disséminé ont guidé la façon dont nous informons les patients sur ce à quoi ils doivent s'attendre de cette manifestation particulièrement troublante du



Le Dr John Hanly reçoit son prix de la Dr^e Joanne Homik.

lupus érythémateux disséminé et ont amélioré notre capacité à la prendre en charge.

Quels sont les aspects les plus gratifiants de votre expérience dans le domaine de la rhumatologie et quels sont les aspects les plus difficiles?

L'évolution des traitements de nombre de maladies rhumatismales, qui sont passés des composés empiriques souvent inefficaces à des traitements (biologiques) ciblés capables d'induire une rémission durable. Interagir avec les patients qui font si bien face aux énormes difficultés imposées par leur maladie. Des collègues incroyables.

Vous êtes né en Irlande et avez obtenu votre diplôme de médecine à la National University of Ireland, à Cork. Pourquoi avez-vous fini par déménager au Canada et y rester? Qu'aimez-vous le plus à propos de Halifax?

Au départ, je suis venu au Canada pour suivre une formation supplémentaire en rhumatologie, mais ma femme, Noreen (également originaire d'Irlande et médecin) et moi étions tous deux ouverts à la possibilité de rester si l'occasion se présentait. Par chance,

nous avons tous deux obtenu des postes à l'Université Dalhousie à Halifax et nous n'avons jamais regretté notre décision de jeter l'ancre dans cette jolie région du monde.

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

Un abonnement d'un an au *The Irish Times*, avec une option de renouvellement.

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

Nouvelle-Zélande – Des paysages intacts, du bon vin, la pêche à la mouche et le rugby (All Blacks).

Quel conseil donneriez-vous à une personne qui souhaite mener une carrière de rhumatologue universitaire?

Si vous aimez les cas difficiles, utiliser la sagacité clinique pour poser un diagnostic, nouer des relations avec des patients qui sont aux prises avec une maladie chronique, utiliser des données scientifiques de base pour mieux comprendre la maladie, avoir de nouveaux médicaments pour induire et maintenir des réactions cliniques, travailler avec des collègues formidables, c'est la carrière qu'il vous faut!

Votre vrai jumeau est un pneumologue canadien bien établi. Comment vous êtes-vous influencés mutuellement dans la vie et dans vos carrières médicales? Avez-vous déjà collaboré dans la recherche?

Les frères et sœurs sont généralement proches, mais les vrais jumeaux le sont encore plus. Même si nous sommes tous les deux soucieux de réussir dans nos domaines respectifs, il n'y a pas eu de chevauchement dans nos réalisations professionnelles. Par contre, nos intérêts paraprofessionnels se rejoignent vivement quand il est question de pêche à la mouche et de rugby!

*John G. Hanly, M.D. FRCPC
Professeur de médecine et de pathologie
Directeur de recherche,
Département de médecine et
Division de rhumatologie,
Université Dalhousie et
Queen Elizabeth II Health Sciences Center
Halifax (Nouvelle-Écosse)*

Prix du formateur d'enseignants :

D^{re} Anna Elfiky Oswald

Selon vous, quelles sont les qualités d'un bon pédagogue? Dans quelles mesures possédez-vous ces qualités?

À mon avis, un bon enseignant est une personne qui garde un objectif à long terme à l'esprit, mais qui est suffisamment souple pour tenter différentes approches selon la situation. J'accorde une grande valeur à l'enseignement sur le tas, à ces moments où nous prenons soin des patients et où nous posons des questions visant à déterminer « la raison d'être » et « ce qu'il adviendrait si ». À long terme, je cherche à m'assurer que les étudiants possèdent les compétences d'apprentissage dont ils auront besoin tout au long de leur vie pour cerner les problèmes qui les laissent perplexes dans leur pratique et trouver un moyen de les résoudre en consultant les publications et les ressources auxquelles ils ont accès ainsi que leurs collègues. Je crois que les enseignants doivent être disposés à se montrer vulnérables, c'est-à-dire à montrer à leurs étudiants ce qu'il convient de faire lorsque les choses ne se déroulent pas comme prévu ou que l'on ignore ce qui ne va pas avec un patient. De cette façon, nous pouvons tous apprendre ensemble.

Avez-vous le souvenir d'un professeur qui vous a inspiré et qui a orienté votre propre parcours vers l'enseignement médical?

Il me vient tellement de noms à l'esprit qu'il est difficile de réduire la liste de noms. Pour ne nommer que quelques personnes, je dirais Evelyn Sutton qui m'a vraiment prise sous son aile et m'a montré comment devenir une enseignante en rhumatologie de talent; Steve Aaron qui a consacré temps et efforts pour partager avec moi son réseau de



principaux intervenants du domaine de l'enseignement médical et qui m'a aidé à tisser des liens avec eux afin que je puisse réussir; et Paul Davis qui m'a insufflé le courage de poursuivre mon objectif d'une carrière universitaire dans l'enseignement médical au sein d'une grande université axée sur la recherche conventionnelle.

Quelle a été votre première pensée lorsque vous avez appris que vous remportiez ce prix?

J'ai été réellement ravie d'apprendre la nouvelle, honorée de joindre le groupe d'enseignants remarquables à

qui on a décerné ce prix dans le passé et reconnaissante pour le soutien de mes collègues ici à Edmonton et partout dans le monde.

Vous avez occupé plusieurs postes d'enseignante et de direction. Vous êtes clinicienne formatrice au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. À l'Université de l'Alberta, vous êtes directrice de la formation médicale basée sur les compétences à la Faculté de médecine et de médecine dentaire, coordonnatrice du cours de maîtrise sur la conception des programmes pour les professions de la santé et codirectrice de la formation préalable aux stages du programme de médecine.

Quels sont les aspects de l'enseignement que vous préférez le plus?

Ce que je préfère de l'enseignement, c'est apprendre à connaître mes étudiants et mes résidents au fil du temps et voir leur visage s'illuminer lorsqu'ils commencent à assimiler des notions.



La D^{re} Anna Oswald reçoit son prix des D^{res} Joanne Homik et Stephanie Keeling.

Pouvez-vous nous parler de la formation médicale basée sur les compétences?

Bien sûr, la formation médicale basée sur les compétences dans le cadre du programme de résidence est une approche pédagogique clinique selon laquelle les attentes en matière de formation sont clairement reliées aux compétences requises dans la pratique privée, les expériences d'apprentissage sont organisées de façon progressive pour permettre aux résidents de tirer parti de leurs compétences existantes et les enseignants cliniques donnent régulièrement aux résidents une rétroaction pour les aider à renforcer leurs compétences, après quoi ils vérifient si les résidents sont réellement en mesure de faire ce qu'ils sont censés être capables de faire. Dans le cas des enseignants et des programmes actuels qui misent sur la prestation régulière d'une rétroaction précise et pratique sur la façon dont les résidents peuvent améliorer leurs compétences en milieu de travail et les évaluations visant à vérifier si les résidents possèdent les compétences dont ils ont besoin, la formation

médicale basée sur les compétences ne changera pas tellement leur façon de faire, mais, pour les autres, je crois que ce type de formation améliorera définitivement leur méthode d'enseignement aux résidents.

Compte tenu de votre longue expérience de l'enseignement médical, à votre avis, quels changements connaîtra l'enseignement médical au cours de la prochaine décennie?

Je crois que la responsabilisation sociale s'inscrira de plus en plus au cœur de nos préoccupations au cours de la prochaine décennie. En d'autres mots, je crois que l'on cherchera de plus en plus à s'assurer que nos diplômés possèdent les compétences requises pour servir les intérêts du public et qu'ils répondent aux besoins d'un plus grand nombre de communautés.

En tant qu'enseignante et formatrice respectée, que conseillez-vous aux futurs rhumatologues?

Mon conseil le plus précieux est de songer aux aspects de votre travail que vous avez le plus aimés, puis d'en faire un choix de carrière –, puisque, si vous aimez votre travail et que vous avez hâte au lendemain, vous aurez trouvé un objectif qui vaut la peine d'être poursuivi.

Vous êtes coincée sur une île déserte.

Quel livre aimeriez-vous avoir avec vous?

Probablement « Comment se construire un bateau »

Si vos journées comptaient une heure de plus, comment l'utiliserez-vous?

Je jouerais avec mes enfants – on ferait des batailles de chaussettes et on jouerait à poupée, à des jeux de société, au badminton, au basketball et aux cartes (mais pas aux cartes Pokémon, je suis nul à ce jeu malgré les nombreuses fois où mes enfants ont tenté de m'apprendre à jouer).

Anna Elfiy Oswald, M.D., FRCPC

Professeure associée,

Division de rhumatologie,

Département de médecine,

Université de l'Alberta

Edmonton (Alberta)



Pr **XELJANZ**^{MD} 
(citrate de tofacitinib)

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



La simplicité d'un schéma posologique biquotidien par voie orale

XELJANZ (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou grave qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ (tofacitinib) en monothérapie¹.

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 cyclosporine¹.

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.

- La dose de XELJANZ doit être réduite à 5 mg, 1 fois par jour, chez les patients atteints d'insuffisance hépatique modérée. XELJANZ n'a pas été étudié chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave ou les patients porteurs du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C (résultat positif au dosage sérologique); il ne doit donc pas être administré à ces populations de patients.
- 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'infection et d'immunodépression lorsqu'il est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants tels que la cyclosporine, l'azathioprine et le tacrolimus. L'utilisation combinée de XELJANZ et de puissants médicaments immunosuppresseurs n'ayant pas fait l'objet d'études chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, elle n'est donc pas recommandée.
- Les patients devraient recevoir tous les vaccins recommandés, conformément aux directives d'immunisation en vigueur, avant de commencer un traitement par XELJANZ. L'administration d'un vaccin vivant pendant le traitement par XELJANZ n'est pas recommandée.
- Le vaccin vivant contre le zona ne doit être administré qu'aux patients ayant des antécédents connus de varicelle ou qui sont séropositifs pour le virus varicelle-zona. Le vaccin doit être administré au moins 2 semaines, mais de préférence 4 semaines avant l'instauration du traitement par XELJANZ.
- La dose de XELJANZ doit être réduite à 5 mg, 1 fois par jour, chez les patients atteints d'insuffisance rénale modérée ou grave, y compris les cas d'insuffisance rénale terminale. Au cours des essais cliniques, XELJANZ n'a pas été évalué chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde dont les valeurs initiales de clairance de la créatinine (estimées par l'équation Cockcroft-Gault) étaient inférieures à 40 mL/min.
- XELJANZ ne doit pas être utilisé pendant la grossesse. Une méthode de contraception efficace doit être utilisée durant le traitement par XELJANZ et pendant 4 à 6 semaines après la prise de la dernière dose.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

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

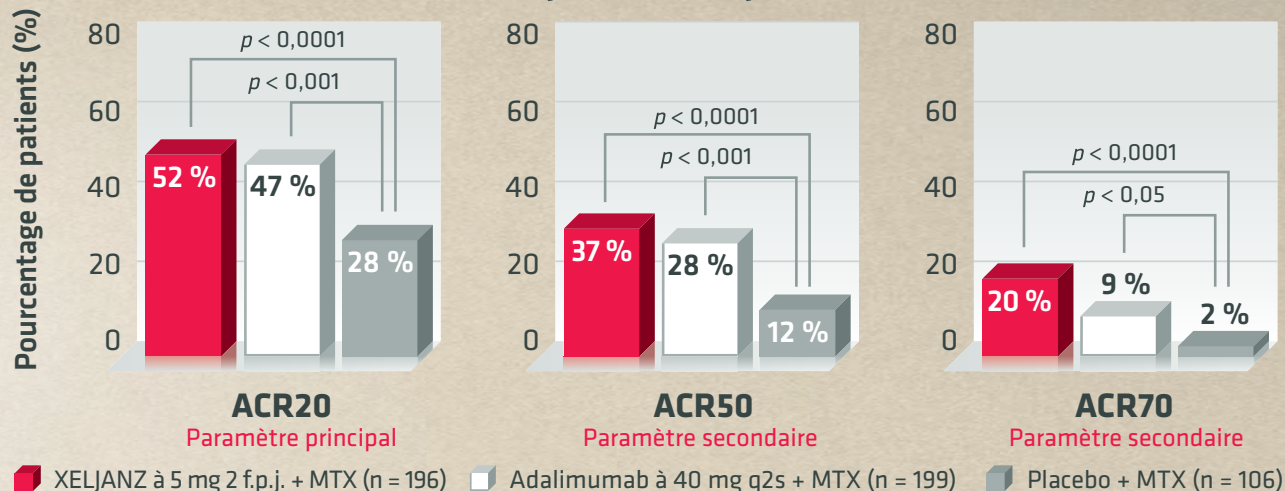
CA011770F025F
PP-XEL-CAN-0157

Effacité 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.
- La prudence est de mise chez les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire chronique, car ils peuvent être plus vulnérables aux infections.
- Il faut tenir compte du nombre de lymphocytes lors de l'évaluation du risque d'infection chez chaque patient, étant donné que le risque d'infection peut être plus élevé en fonction de la gravité de la lymphopénie.
- Administrer avec prudence aux patients d'origine asiatique en raison d'un risque accru de zona, d'infection opportuniste et de pneumopathie interstitielle.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une hausse des taux de créatine kinase.
- XELJANZ entraîne une réduction de la fréquence cardiaque et une prolongation de l'intervalle PR. La prudence est de mise chez les patients qui présentent au départ une faible fréquence cardiaque (< 60 battements par minute), des antécédents de syncope ou d'arythmies, une maladie du sinus, un bloc sino-auriculaire, un bloc auriculoventriculaire (AV), une cardiopathie ischémique ou une insuffisance cardiaque congestive.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une fréquence accrue d'élévations du taux d'enzymes hépatiques.

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie du produit à l'adresse <http://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.

Références : 1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ, 3 août 2017. 2. La Société de l'arthrite. Bulletin Impact (juin 2014) - La facilité d'emploi. En ligne au : <http://www.arthritis.ca/page.aspx?pid=7660>. Consulté le 24 août 2017.

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

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

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



Programme 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^{MC}, visitez le site XELJANZ.ca.



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



XELJANZ^{MD}
[citrate de tofacitinib]

Prix du jeune chercheur :

D^{re} Évelyne Vinet

Qu'est-ce qui vous a incitée à devenir rhumatologue et scientifique médicale?

Mon intérêt et ma fascination pour le lupus et d'autres maladies du tissu conjonctif remontent au moment où j'ai été en contact, pour la première fois, avec ces affections. Lorsque j'étudiais la médecine, la première patiente que j'ai eu à soigner souffrait de lupus érythémateux disséminé. Et c'est ici que le verbe « souffrir » prend tout son sens. C'était une femme de 50 ans chez qui le lupus était apparu lorsqu'elle avait été en âge d'avoir des enfants. Comme l'essentiel des complications de sa maladie s'étaient déjà manifestées alors qu'elle était une jeune adulte et qu'elles avaient considérablement nui à sa vie, elle ne s'était jamais mariée et n'avait pas eu d'enfants.

Un jour que j'effectuais ma ronde, son état s'est rapidement détérioré. Elle me répétait de ne pas la laisser mourir pendant que j'appelais l'équipe des soins d'urgence. J'ai essayé de la ressusciter, mais elle est morte. Cette femme et sa maladie m'ont beaucoup impressionnée. Depuis, rien ne me satisfait plus que d'essayer de mieux comprendre ces affections. Ce faisant, j'ai l'impression que, d'une certaine manière, je ne la laisse pas tomber.

Quels conseils donneriez-vous à un étudiant qui songe à devenir chercheur dans le domaine des maladies rhumatismales?

Le même conseil que le D^r Henri Ménard m'a donné : « Sors des sentiers battus ». Au début, j'avoue que ce qu'il m'a dit



m'a décontenancée, mais j'ai fini par comprendre ce qu'il avait voulu dire : pour faire de réelles découvertes, il faut réfléchir différemment et trouver des façons novatrices d'aborder les problèmes. Ce n'est pas facile, par contre!

Quels moments forts avez-vous vécus jusqu'à maintenant dans votre carrière? Quels défis avez-vous dû surmonter? Quels moyens avez-vous dû prendre?

Un des faits saillants de ma carrière est le mentorat extraordinaire que j'ai reçu. J'ai été extrêmement privilégiée d'avoir comme mentores deux femmes incroyables et chercheuses accomplies, les docteurs Sasha Bernatsky et Ann Clarke. Je suis particulièrement reconnaissante envers Sasha, qui a toujours été là pour moi. Il ne fait aucun doute que, sans son soutien généreux et sa patience infinie, je n'aurais pas eu le même succès. Elle s'est dévouée pour m'aider à réussir ma carrière et je n'aurais pas pu souhaiter avoir une meilleure mentore. Il m'arrive de la taquiner, en lui disant qu'elle est mon maître Jedi, qu'elle me montre le chemin de la Force et qu'elle me garde loin du Côté obscur, comme Yoda, mais en plus jolie. Je lui serai toujours redevable.

Je me rappelle d'un défi particulier, que j'ai dû surmonter très tôt, avant même d'entamer ma carrière. J'étais une résidente et on m'a dit que la recherche ne serait pas pour moi, car j'étais une femme qui désirait avoir des enfants. Heureusement, j'ai persévéré et j'ai été assez chanceuse de trouver deux mentores dont j'ai pu m'inspirer. Ann et Sasha m'ont prouvé qu'il était possible de réussir une carrière de

chercheuse, tout en étant mère. Elles ont toutes deux été d'un très grand soutien lorsque j'ai eu mes deux filles.

En fait, mes filles, Capucine et Éloïse, sont les points culminants de ma vie. Elles ne connaissent rien des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et s'en moquent complètement, mais elles m'inspirent et me réconfortent dans les moments difficiles en m'aidant à prendre du recul, surtout après des critiques négatives et les refus de subvention.

En m'étant si indispensables, mes filles m'ont rendue consciente de l'importance d'aider nos patients atteints de maladies rhumatismales à être en mesure d'avoir la famille qu'ils désirent. C'est ce sur quoi j'axe mon travail depuis les dernières années. En étant une femme qui voulait des enfants, c'est cet objectif que j'ai poursuivi. Ce désir n'a pas

limité mes possibilités de recherche : il m'a aidée à trouver mon créneau.

Évelyne Vinet, M.D., Ph. D., FRCPC
Professeure adjointe,
Divisions de rhumatologie et
d'épidémiologie clinique
Centre universitaire de santé McGill
Montréal (Québec)



La D^{re} Évelyne Vinet recevant son prix des D^{rs} Joanne Homik et Christian Pineau.

La SCR a lancé un nouveau site Web amélioré, convivial et facile à naviguer.
Consultez-le ici : www.rheum.ca/fr/

Prix *Réflexion sur la pratique* 2018 : auto-évaluation

Colauréates de la bourse Or

Shirley Lake, M.D., FRCPC,
M. Sc. (QIPS); et
Natasha Gakhal, M.D., FRCPC

L'une des difficultés auxquelles les rhumatologues doivent faire face est la survenue d'infections chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), dont la grippe. Dans ses Lignes directrices pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde, la SCR recommande la vaccination annuelle contre la grippe chez tous les patients atteints de PR. Un examen de notre pratique a révélé que seulement 40 % des patients étaient vaccinés contre cette maladie. En collaboration avec les stagiaires en rhumatologie de l'Université de Toronto, nous avons entrepris de faire passer le taux de vaccination contre la grippe à au moins 80 % en un an chez les patients atteints de PR. Ce projet a été mené dans le cadre du programme de coapprentissage sur l'amélioration de la qualité en rhumatologie, un programme visant à former les stagiaires en rhumatologie des sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients.

Au départ, nous croyions que le faible taux de vaccination découlait du fait que les rhumatologues oublièrent de rappeler à leurs patients la nécessité de se faire vacciner. Une autre vérification réalisée quelques mois plus tard n'a mis en évidence aucune augmentation du taux de vaccination et aucune preuve cohérente montrant que les spécialistes rappelaient bien à leurs patients de se faire vacciner ou que ces derniers recevaient bien le vaccin. Il est important de bien comprendre un problème avant d'essayer de trouver une solution. Nous avons donc créé un diagramme cause-effet et interrogé des patients. Cela nous a permis de déterminer les raisons les plus courantes de l'absence de vaccination des patients :

- 1) Les patients ignoraient qu'ils devaient se faire vacciner contre la grippe et ne savaient pas si le vaccin était sûr compte tenu de leur maladie et de leur traitement.
- 2) Les patients ne connaissaient pas de lieu facilement accessible pour se faire vacciner contre la grippe.



La D^{re} Shirley Lake recevant son prix des D^{rs} Joanne Homik et Raheem Kherani. La D^{re} Natasha Gakhal n'était pas présente.

- 3) Les rhumatologues ne rappelaient pas à leurs patients la nécessité de se faire vacciner, en raison d'un oubli ou par manque de temps.

Dans le cadre de notre intervention d'amélioration de la qualité, nous avons préparé une brochure visant à informer les patients sur la nécessité du vaccin contre la grippe. Celle-ci comportait également l'itinéraire pour se rendre à pied à la pharmacie de l'hôpital, où les patients pouvaient non seulement faire renouveler leur ordonnance, mais également recevoir le vaccin contre la grippe. Après vérification, cette intervention n'a que légèrement contribué à améliorer le taux de vaccination. Nous ne l'avons pas poursuivie, car les brochures étaient trop petites et difficiles à lire. Pour

notre prochain cycle « Planifier-Faire-Étudier-Agir » (PFÉA), nous avons amélioré la convivialité de la brochure pour le patient. Nous avons également créé des autocollants fluo, que les rhumatologues doivent apposer sur les ordonnances afin de rappeler aux pharmaciens d'administrer le vaccin contre la grippe aux patients au moment du renouvellement d'ordonnance.

Notre dernière vérification a révélé que 60 à 90 % des patients avaient reçu la brochure et/ou l'autocollant et que 65 % des patients atteints de PR avaient été vaccinés contre la grippe. Bien que nous n'ayons pas atteint notre objectif de 80 %, nous avons obtenu une amélioration relative de 60 %. Nous allons poursuivre ces efforts. Vous trouverez plus de détails sur le processus dans l'édition de septembre 2017 du *Journal of Rheumatology*.

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

Natasha Gakhal, M.D., FRCPC
Rhumatologue
Women's College Hospital,
Toronto (Ontario)

RheumJeopardy! à l'ASA 2018 de la SCR

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Pour la troisième année consécutive, on a concilié ludification (nom savant pour « jeu ») et rhumatologie lors de l'ASA 2018 de la SCR, tenue à Vancouver. Plus d'une centaine de personnes ont activement participé à cette activité traditionnelle du vendredi après-midi en utilisant la technologie *PollEverywhere*. Une fois encore, l'assistance a été divisée en deux équipes : équipe de l'Est et équipe de l'Ouest. Vinod Chandran, le capitaine de l'équipe lauréate en 2017, a présidé la joute. David Robinson, du Manitoba, était le capitaine de l'équipe de l'Ouest, et Rosie Scuccimarri, de Montréal, dirigeait l'équipe de l'Est. Rosie avait apporté des gants de boxe pour l'entraînement avant-match des capitaines, ainsi qu'une collection vertigineuse de chandails de hockey, qu'elle a revêtus et enlevés tout au long du jeu. Les villes de Toronto, Montréal et Ottawa étaient notamment représentées.

Cette année, les questions étaient réparties entre les catégories suivantes : « Pot-pourri sur la rhumatologie », « La rhumatologie dans l'art », « Anciens médicaments, nouvelles astuces », « Arthrose » et « Chiffres et diagnostics visuels ». Nouveauté cette année : sept des 30 questions ont été désignées comme « Favorites de l'animateur ». Il s'agissait des questions que je trouvais les plus intéressantes, stimulantes et/ou humoristiques. Les capitaines ont toutefois montré une nette préférence pour les questions donnant droit au plus grand nombre de points.

Cette année, le thème de la réunion de la SCR était la médecine personnalisée; ce thème a été abordé dans des questions sur l'emploi du tocilizumab comme antidote aux effets secondaires de la thérapie CAR-T en oncologie de même que sur l'aide médicale à mourir pour les patients atteints d'arthrose. Les bienfaits potentiels de la tequila dans les cas d'ostéoporose (étude réalisée



Le D' Philip Baer, hôte de *RheumJeopardy!* 2018, photographié avec le D' David Robinson (capitaine de l'Ouest), la D' Rosie Scuccimarri (capitaine de l'Est) et le D' Vinod Chandran (président de l'événement de cette année).

au Mexique) et de la miction debout pour les femmes atteintes d'arthrose du genou (étude réalisée en Chine) ont également été explorés. Une question sur l'histoire de l'industrie pharmaceutique a confirmé qu'UCB a été fondé par Emmanuel Janssen, et non par le mythique Ulrich Carl Bilsberg, tandis que Paul Janssen (aucun lien de parenté avec Emmanuel) a créé Janssen Inc.

À la fin du temps accordé, l'équipe de l'Est menait par 1 400 points à 1 200 avant la finale, laquelle mettait en vedette la traditionnelle catégorie des rhumatologues canadiens célèbres. Cette année, la question a rendu hommage à ceux qui nous ont quittés ces dernières années, dont les D^{rs} Jack Stein, Howard Stein, Bill Bensen et Jerry Tenenbaum.

Les deux équipes ont tout donné, mais c'est l'équipe de l'Est qui l'a emporté, avec 2 800 points, l'équipe de l'Ouest totalisant le même score qu'au début de la finale.

Nous remercions tout particulièrement nos capitaines et notre président, ainsi que les D^{res} Shelly Dunne et Shirley Tse, qui ont pris des photos et effectué le suivi des questions posées. Mark Atkinson et son équipe technique ont travaillé d'arrache-pied pour gérer l'aspect informatique, introduisant notamment une nouvelle fonction qui permettait de masquer le comptage des votes tant que le scrutin n'était pas terminé.

Selon les souhaits des membres de la SCR, du comité de planification de l'ASA et de l'assistance, nous espérons être de retour avec *Rhumato-Jeopardy!* à l'occasion de l'ASA 2019 de la SCR, à Montréal.



Les D^{rs} David Robinson et Rosie Scuccimarri s'affrontent lors de la séance d'entraînement d'avant match des capitaines.

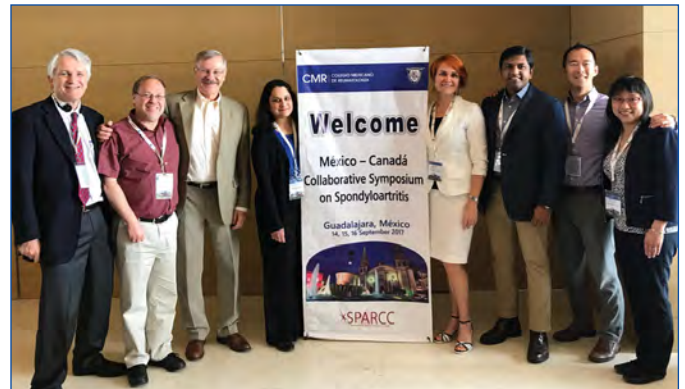
SPARCC : résumé de la réunion 2017

Par le Comité de direction du SPARCC

Le Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC) favorise le transfert du savoir et la diffusion des percées en matière de recherche sur la spondylarthrite en organisant des réunions scientifiques annuelles et des symposiums pour les patients, en collaboration avec l'Association canadienne de spondylarthrite (ACS). En 2017, ces activités se sont déroulées à Calgary, en collaboration avec l'Université de Calgary (sous la direction de D^{re} Dianne P. Moshier) et le Comité de direction du SPARCC.

À Calgary, le SPARCC a aussi dirigé une activité d'exploration des nouvelles occasions de collaboration en recherche. Il a ainsi mis en lumière les importantes orientations futures de la recherche sur la spondylarthrite, soit i) les nouvelles taxinomies des maladies, ii) les possibilités et les défis des biomarqueurs, iii) les plateformes multi-omiques, iv) l'interface intestins-articulations dans les affections inflammatoires chroniques à médiation immunitaire, v) les outils de pointe pour l'imagerie et vi) l'exploitation de vastes bases de données pour la réussite translationnelle. Des membres du Snyder Institute et du McCaig Institute de l'Université de Calgary et des chercheurs du SPARCC ont travaillé en collaboration sur cette initiative. En outre, des rhumatologues et des résidents, du personnel infirmier et des praticiens de professions paramédicales ont participé à un atelier de formation médicale continue du SPARCC à l'intention des rhumatologues praticiens. Cet atelier portait sur les actualités concernant l'évaluation de la spondylarthrite, la collecte et la saisie de données ainsi que les pratiques exemplaires relatives aux politiques et aux interventions cliniques. Nous avons fait part des stratégies que le SPARCC utilise pour le diagnostic et le traitement de patients atteints de spondylite ankylosante et de rhumatisme psoriasique, en mettant l'accent sur le rôle des nouveaux traitements. L'atelier abordait également la prise en charge des manifestations extra-articulaires de la spondylarthrite, particulièrement dans les domaines de la dermatologie, de l'ophtalmologie et de la gastro-entérologie. Voici les grandes lignes des activités offertes à Calgary :

- 16 novembre 2017 : Atelier sur la recherche sur la spondylarthrite – fondements pour une approche de médecine de précision concernant les maladies inflammatoires à médiation immunitaire
 - 17 novembre 2017 : Atelier de FMC du SPARCC – prise en charge optimale de la spondylarthrite
 - 17 novembre 2017 : réunion scientifique annuelle du SPARCC
 - 18 novembre 2017 : forum SPARCC-ACS sur la spondylarthrite à l'intention des patients
- De plus, le SPARCC a étendu ses horizons à l'échelle internatio-



nale et a accepté l'invitation du Collège mexicain de rhumatologie en vue de former un partenariat lors d'un symposium international sur la spondylarthrite, à Guadalajara, au Mexique. Cette réunion était axée sur les développements récents de la recherche sur la spondylarthrite, la promotion des interactions entre les cliniciens et les chercheurs ainsi que la priorisation des prochains objectifs de la recherche collaborative.

Projets pilotes du SPARCC

Depuis 2009, le SPARCC fournit annuellement des fonds de démarrage pour soutenir des propositions de recherche en phase avec ses principaux objectifs de progression de la recherche liée à la spondylarthrite. Les bourses de ce projet pilote sont remises selon un processus concurrentiel, en fonction de propositions novatrices dans le domaine de la recherche sur la spondylarthrite. Ce programme est ouvert aux chercheurs canadiens. Le montant maximal de chaque bourse est de 25 000 dollars pour un an; il n'est pas nécessaire d'être membre du SPARCC pour faire une demande. La priorité est accordée aux nouveaux thèmes de recherche sur la spondylarthrite qui ont le potentiel d'obtenir un financement approuvé par les pairs. Pour les périodes 2016-2017, les deux projets pilotes suivants ont été financés et expliqués lors de la réunion scientifique du 17 novembre 2017, à Calgary.

- **Exploration des effets modificateurs de la maladie du psoriasis et/ou de la colite sur les caractéristiques et la gravité de la maladie dans la spondylarthrite axiale**
Chercheuse principale : Sibel Zehra Aydin, Université d'Ottawa
Co-chercheurs : les docteurs Zaid Jibri et Sibel Ureyen
- **Le rehaussement par le gadolinium pour l'imagerie par résonance magnétique dans l'articulation sacro-iliaque en pédiatrie est-il vraiment nécessaire?**
Chercheur principal : Dr Dax G. Rumsey, Université de l'Alberta
Co-chercheurs : les docteurs Jacob Jaremko, Shirley Tse, Jennifer Stimec, Vimarsha Swami, Nina Stein, Michele Batthish et Andrea Doria

Prix de l'investigateur clinicien SCR (ICORA) – Société de l'arthrite : résumé des travaux financés

Récipiendaire du prix 2015-2017 de l'investigateur clinicien SCR (ICORA) – Société de l'arthrite :

Bindee Kuriya, MS, SM, FRCPC

Les personnes atteintes d'arthrite inflammatoire supportent un lourd fardeau psychologique lié à leur maladie. Des troubles de l'humeur peuvent avoir des répercussions négatives sur l'évolution de la maladie (c.-à-d. utilisation des services, réponse au traitement et observance thérapeutique) et avoir une importante incidence sur la qualité de vie.

La polyarthrite rhumatoïde (PR) et la spondylite ankylosante (SA) en sont les états pathologiques séropositif et séronégatif prototypiques qui se distinguent de par leur tableau clinique et leur épidémiologie. La PR et la SA sont toutes deux associées à une augmentation du risque d'anxiété et de dépression. Toutefois, les données sont limitées concernant le risque de séquelles graves sur le plan de la santé mentale, comme les hospitalisations ou les tentatives d'automutilation, chez les personnes vivant avec la PR ou la SA.

Notre groupe souhaitait étudier cette importante question clinique. Grâce au soutien du Prix de l'investigateur clinicien SCR (ICORA) – Société de l'arthrite (pour le compte de l'ICORA et de la Société de l'arthrite), nous avons effectué deux études rétrospectives de cohortes au sein de la population. Nous avons analysé les données administratives sur la santé de la province de l'Ontario du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2014. Les personnes chez qui on avait découvert fortuitement une PR (N = 53 240) ou une SA (N = 13 964) ont été séparément appariées dans un rapport de 1:4 selon l'âge, le sexe et l'année civile avec des comparateurs non atteints de PR ou de SA. Nous avons estimé les rapports des risques (RR) et les intervalles de confiance à 95 % (IC à 95%) pour une première tentative d'automutilation (mesurée en fonction des admissions aux urgences) chez les sujets atteints de PR ou de SA, par rapport aux comparateurs non atteints, avec ajustements pour les variables démographiques, cliniques et d'utilisation des services de santé. Nous avons découvert que les personnes atteintes



de SA étaient significativement plus enclines à s'infliger une automutilation (taux d'incidence [TI] brut de 0,68/1 000 années-personnes [AP], par rapport à 0,32/1 000 AP chez les comparateurs), avec un RR ajusté de 1,59 (IC à 95 % de 1,156 à 2,21). Le taux d'automutilation était aussi accru chez les patients atteints de PR (TI de 0,35/1 000 AP), par rapport aux comparateurs (TI de 0,24/1 000 AP) avant l'ajustement en fonction des covariables (RR de 1,43; IC à 95 % de 1,16 à 1,75), mais pas après cet ajustement (RR de 1,08; IC à 95 % de 0,87 à 1,34).

À la lumière de ce travail préliminaire, nous avons conclu qu'un diagnostic de SA, mais pas de PR, est associé à une légère, mais significative, hausse du risque d'automutilation. Des recherches ultérieures devraient être axées sur les caractéristiques des sujets atteints de SA qui présentent un risque et sur les contextes dans lesquels ils demandent des soins en santé mentale en vue d'orienter des stratégies précises de réduction du risque. D'autres recherches sont en cours afin d'évaluer les types et les habitudes d'utilisation des soins de santé mentale en présence de PR et de SA. Elles contribueront à savoir si des interventions cliniques ou des politiques en matière de santé ciblées devraient être mises en place pour la prise en charge des patients atteints d'arthrite inflammatoire.

Bindee Kuriya, MS, SM, FRCPC(C)

Professeure adjointe, Département de médecine,

Université de Toronto

Directrice, Rapid Access Rheumatology Clinic

Toronto (Ontario)

**Vous êtes invité à soumettre des résumés pour
présentation lors de l'Assemblée scientifique
annuelle 2019 de la SCR et du Congrès annuel de
l'Arthritis Health Professions Association.**

La date limite de soumission est le 12 octobre 2018.

**Pour de plus amples renseignements,
visitez le www.rheum.ca/fr**

La légende du rhumatologue charmeur de serpent

Par Raman Joshi, M.D., FRCPC

Il y a très longtemps, au tournant de notre millénaire, vivait un serpent nommé Sammy. Ce n'était pas un de ces terribles reptiles dont la morsure ou l'étreinte réservent aux humains une mort douloureuse. C'était une couleuvre et, dans le genre couleuvre, il était plutôt sympathique. Depuis peu, toutefois, Sammy ne se sentait pas bien du tout. Des taches rouges étaient apparues sur tout son corps, puis ses yeux étaient devenus rouges et si douloureux qu'il avait du mal à les garder ouverts. La douleur gagna ensuite son dos.

Cela est particulièrement problématique chez les serpents, puisque le dos constitue pratiquement tout leur corps. Notre pauvre Sammy avait bien du mal à se mouvoir pour attraper les souris, les musaraignes et les insectes qui constituaient sa pitance. Il dormait mal, réveillé maintes fois pendant la nuit par un mal de dos qui touchait toute la longueur de son corps. Et le matin, moment le plus propice à la chasse aux souris et aux musaraignes, il était si raide et si endolori qu'il était incapable de les attraper!

Affamé et terriblement seul, Sammy commença à désespérer. La dernière fois qu'il s'était senti aussi triste, il s'était enroulé sur lui-même pour dormir et s'était réveillé tout revigoré le lendemain. Mais là, impossible de s'enrouler, car il était raide comme un bâton!

Même l'idée d'aller rendre visite à Doussce Ssinthia ne parvenait pas à lui remonter le moral. Une dizaine de jours avant que ses problèmes se manifestent, il s'était rendu chez elle à l'occasion d'une soirée pyjama. Elle pourrait peut-être le réconforter, mais il ne se voyait pas du tout ramper péniblement jusqu'à l'autre bout de la ville pour la rejoindre.



Sammy, le serpent.

Alors, Sammy se glissa dans une grosse boîte qu'il avait trouvée, pensant qu'il y serait au chaud et au sec pour la nuit. Cette boîte, toutefois, n'était pas une boîte ordinaire. Elle abritait un téléviseur à écran plat. Le lendemain matin, Sammy se trouva ballotté et secoué dans sa nouvelle demeure. Meurtri et plein de bleus, il regarda par un trou de la boîte et découvrit qu'il se trouvait dans le cabinet d'un groupe de rhumatologues, les médecins les plus gentils et les plus sages de tout le corps médical! Ils avaient acheté le téléviseur géant pour visionner des vidéos (pendant leur temps libre) afin d'apprendre à mieux administrer des injections dans toutes sortes d'articulations aussi bizarres qu'obscurées. Sammy s'écarta juste à temps du bord de la boîte, au moment même où la lame d'un couteau pénétrait le carton pour le découper, et se retrouva projeté au milieu de la salle.

« Qu'est-ce que ce bâton? », dit l'une des secrétaires du cabinet en s'avançant vers lui.

« Oh, non! Un serpent! », s'écria sa collègue en bondissant sur une chaise.

Sammy, raide comme un bâton, gisait au sol, impuissant, sortant sa langue de temps en temps.

En l'espace de quelques secondes, les six secrétaires se retrouvèrent perchées sur les chaises de la salle d'attente, poussant des cris d'effroi.

« Hé! On pourrait le couper en morceaux et le faire frire pour le dîner », finit par suggérer l'une d'entre elles. Après tout, c'était l'heure du dîner pour les humains.

« Je ne veux pas manger de serpent! », objecta une de ses collègues, un sentiment approuvé d'un hochement de tête par ses consœurs.

« Que se passe-t-il ici? », demanda une rhumatologue qui entra dans la pièce, étonnée par tant d'agitation. Surprise à la vue des secrétaires debout sur leur chaise, elle suivit leur regard jusqu'au milieu de la pièce où gisait Sammy.

« Un serpent! Comment est-il arrivé ici? »

« Il était dans la boîte d'emballage du nouveau téléviseur! »

« Il est blessé! », dit la rhumatologue en faisant un pas vers lui avec précaution. Elle se pencha en avant et le saisit derrière la tête comme l'avait fait le charmeur de serpent qu'elle avait vu lorsqu'elle était enfant.

« Il est raide comme un bâton! », dit-elle.

Déjà, tous les rhumatologues du cabinet étaient rassemblés autour de Sammy.

« C'est une couleuvre. »

« Je n'ai jamais vu de serpent aussi maigre. »

« Il doit être affamé. »

« Que va-t-on en faire? »

Ils se regardèrent tous, bien conscients qu'étant rhumatologues, ils n'avaient pas les moyens de l'emmener chez un vétérinaire généraliste et encore moins chez un vétérinaire spécialisé dans les reptiles. Mais, en tant que sages parmi les sages, et forts d'une grande expérience dans la prise en charge du mal de dos, ils savaient qu'ils trouveraient une solution.

« Il faudrait commencer par lui trouver quelque chose à manger. Au fait, qu'est-ce qu'ils mangent, les serpents? »

« Ce sont des carnivores, ils se nourrissent de rats, de sauteuses, de musaraignes », dit l'un d'eux.

« Il n'y a rien de tout ça ici. »

« Hé! On peut peut-être trouver quelque chose parmi les restes du dîner d'hier », dit l'un des rhumatologues en se précipitant vers le réfrigérateur de la cuisine.

Sammy sentit l'odeur du poulet avant même que l'homme revienne. Ce rhumatologue, pensa-t-il, n'est pas comme les autres. Non seulement c'était le seul rhumatologue homme du groupe, mais il était terriblement gentil, d'un charme bien humain, que seul Sammy, en tant que serpent, pouvait détecter.

« C'est un reste de poulet du dîner d'hier, dit l'homme. Je l'ai fait réchauffer et je l'ai coupé en petits morceaux pour lui. » C'est empreint de gratitude que Sammy engloutit le poulet. À compter de ce jour, bien que tous végétariens, les médecins se donnèrent la peine d'ajouter un morceau de viande à leur menu dans l'intention de l'offrir à leur nouveau compagnon. Ils décidèrent de garder Sammy dans une boîte qu'ils placèrent dans la réserve, à l'abri du regard des patients pour ne pas les effrayer. En faisant appel à des techniques et à des traitements utilisés depuis des millénaires en rhumatologie, ils permirent à Sammy de retrouver lentement ses forces et son énergie. Malgré tout, le reptile restait raide comme un bâton et commençait à penser que tel était désormais son destin.

Rappelons toutefois qu'un nouveau millénaire avait vu le jour. Et le rhumatologue qui lui avait donné du poulet le premier jour avait une idée. Durant ce nouveau millénaire doré, de nouvelles molécules avaient été découvertes. Des molécules extraordinaires qui pouvaient aider les humains affligés de problèmes semblables à ceux de Sammy. Et si ces molécules pouvaient aider les humains, elles pourraient peut-être aussi aider Sammy. Le rhumatologue se procura quelques-unes de ces molécules, plaça délicatement Sammy sur une balance et calcula combien de médicament il devait lui donner. Selon une technique aseptique, il divisa la dose mensuelle normalement prise par un humain en des doses qui permettraient de traiter Sammy pendant deux ans et lui administra la première injection (étude de phase I, premier essai sur reptile, N = 1).

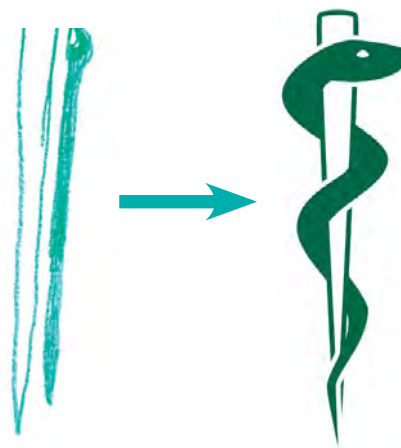
Quelques semaines plus tard, Sammy se sentait beaucoup mieux et avait retrouvé sa souplesse d'antan. Tout le monde était ravi! Même la secrétaire qui voulait en faire de la friture!

Durant les mois d'hiver, Sammy continua de gagner en agilité et en rapidité. Lorsque la neige fit place aux journées plus chaudes et plus longues du printemps et que les signes radiologiques de Sammy se furent normalisés, les rhumatologues décidèrent que le temps était venu de le remettre en liberté. Avec un sentiment doux-amer, ils regardèrent Sammy traverser le parc de stationnement et se faufiler dans l'herbe jusqu'à l'école voisine. D'ordinaire, l'apparition d'un serpent dans une école aurait semé la terreur et déclenché des larmes parmi les petits enfants. Mais notre histoire a une fin heureuse, et la présence de Sammy dans l'école fit la joie et le bonheur des écoliers. La gentille couleuvre vécut de longues années dans son terrain de jeu.

Quant aux rhumatologues, ils tirèrent une grande joie de la présence de Sammy parmi eux, une joie qui dura longtemps après son départ. Peu après la remise en liberté de leur compagnon, les médecins décidèrent de changer l'emblème de leur cabinet. L'un d'eux proposa le dessin d'un genou détérioré par des années de durs labeurs. Un autre proposa l'image d'une colonne vertébrale fusionnée comme une tige de bambou. D'autres proposèrent l'image d'une seringue. La meilleure des idées avancées, celle qui plut à tous et que personne n'allait oublier, vint de l'homme rhumatologue. Las de raconter l'histoire de Sammy, il décida de l'illustrer.

En un clin d'œil, les gens comprendraient que Sammy, avec sa colonne vertébrale fusionnée, avait grâce à leurs soins complètement recouvré la santé. Comme par hasard, l'emblème retenu était également le symbole de l'art de guérir chez les anciens.

Le nouveau symbole des rhumatologues devint si célèbre qu'il attira l'attention de nombreuses entreprises pharmaceutiques. L'une d'elles finit par acquérir les droits de reproduction du dessin ci-dessus auprès des rhumatologues. Ceux-ci conservèrent l'argent de la transaction au sein de leurs associations professionnelles médicales, où il continua de fructifier pour leur permettre de bénéficier d'une retraite avantageuse à un âge précoce, plus tôt même que les cardiologues, et de scolariser leurs enfants dans des



établissements prestigieux. Rien de surprenant peut-être, si on en juge par le symbole qu'ils avaient créé :



Et qui ressemble étrangement à un autre symbole... \$.

En fin de compte, même si un grand nombre des patients des rhumatologues ne souffraient pas autant que Sammy et bien que beaucoup n'ont pas récupéré aussi bien que le sympathique reptile, les traitements se sont avérés bénéfiques pour de nombreux patients. Au-delà de toute autre connaissance et de tout gain financier, les gentils rhumatologues tirèrent de cette expérience une joie et une satisfaction immenses que peu ont eu le privilège d'éprouver.

Raman Joshi, M.D., FRCPC
Rhumatologue, Brampton (Ontario)

De la Société de l'arthrite : des outils pour aider les patients à comprendre leurs options de traitement



Les patients qui vivent avec l'arthrite inflammatoire peuvent se sentir dépassés par tous les traitements qui leur sont proposés. Les ressources ci-dessous ont été développées par la Société de l'arthrite et peuvent aider vos patients à mieux comprendre leurs options de traitement :

Les médicaments contre l'arthrite inflammatoire, simplifiés



Cette vidéo sur « tableau blanc » présente une explication générale de l'arthrite inflammatoire, du fonctionnement des différents médicaments utilisés pour la prendre en charge et de ce à quoi les patients doivent s'attendre. Vous la trouverez ici : www.arthrite.ca/professionnels-de-la-sante/formation-professionnelle/outils-et-ressources.

Médicaments biologiques et biosimilaires pour traiter l'arthrite inflammatoire



Si vos patients souhaitent avoir plus d'information sur les médicaments biologiques et les biosimilaires spécifiquement, cette ressource en ligne répond à 12 des questions les plus courantes sur ces médicaments. Consultez-la au www.arthrite.ca/biologiques.

Pour plus d'information sur la façon dont la Société de l'arthrite soutient vos patients, visitez le www.arthrite.ca.

Résultats du sondage de la SCR : formation et DPC

Le développement professionnel continu (DPC) est important pour les rhumatologues. Les activités de DPC contribuent à garder les rhumatologues à jour sur les plus importantes avancées dans leur spécialité. Pour le numéro de l'été 2018 du *JSCR*, le comité de l'éducation et le comité pour l'ASA de la SCR ont fait équipe afin de réaliser un sondage sur les activités de DPC des membres.

Plus du tiers des répondants ont indiqué que le rôle joué par la SCR dans leurs activités de DPC était important, alors que 39 % ont répondu que ce rôle était modeste.

Selon les membres, les cinq principales activités de DPC pour les sections 1 et 2 ont été les suivantes : réunions nationales/internationales, articles de revue, conférences scientifiques, clubs de lecture/*UptoDate* et réunions régionales/locales (voir le diagramme 1). En ce qui a trait aux crédits de la section 3, les principales activités étaient rattachées à une université, auto-élaborées, rattachées à la SCR ou rattachées au Collège royal ou à des collèges provinciaux (diagramme 2).

Quant aux sujets prioritaires pour les activités de DPC de nature médicale, le plus populaire a été les nouveaux traitements, suivi de près par les nouveaux médicaments ou les nouvelles utilisations de médicaments existants (diagramme 3). Sur le plan des

activités de DPC de nature non médicale, les sujets prioritaires ont été les soins de qualité et la sécurité des patients (diagramme 4). En outre, 56 % des répondants ont placé l'économie de la santé et les politiques en santé au 2^e rang des priorités.

Finalement, lorsqu'on leur a demandé comment la SCR pourrait les aider davantage à répondre aux exigences en matière de DPC, les membres ont indiqué que des conseils et des options pour les crédits de la section 3 seraient très utiles. En effet, le président du comité de l'éducation de la SCR (le Dr Raheem Kherani) a récemment rédigé une série d'articles pour le *JSCR* (*DPC pour rhumatologues débordés*) disponible au cra.jca/index_fr.php. Les articles de la série sont les suivants :

- *Réflexion sur la pratique : puis-je améliorer les résultats chez mes patients avec les crédits de la section 3 du programme de MDC?*
- *Apprentissage clinique efficace et efficient : peut-on cumuler des crédits du programme de MDC avec un apprentissage en temps réel?*
- *Le secret d'une bonne trilogie? Optimiser l'apprentissage et cumuler des crédits pour le programme de MDC*

Les comités de l'éducation et celui pour l'ASA travaillent en étroite collaboration tout au long de l'année afin d'intégrer les recommandations et les besoins des membres de la SCR aux programmes permanents et à l'ASA, qui se tiendra à Montréal en février 2019. Si vous avez d'autres commentaires à formuler au sujet du DPC, communiquez avec Claire McGowan à cmcgowan@rheum.ca.

Diagramme 1. Les trois sujets prioritaires pour les activités de DPC de nature médicale

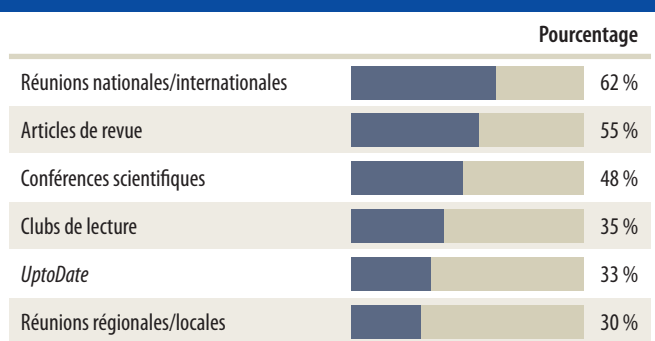


Diagramme 2. Les trois sujets prioritaires pour les activités de DPC de nature non médicale

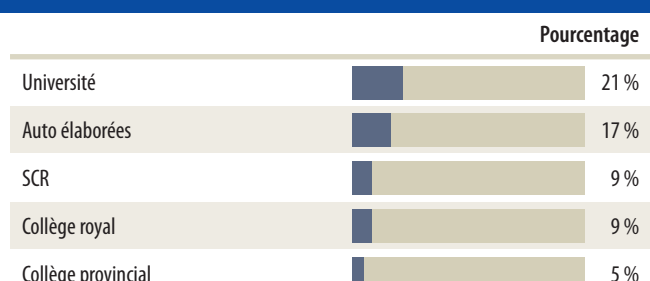


Diagramme 3. Les cinq principales activités de DPC pour les sections 1 et 2

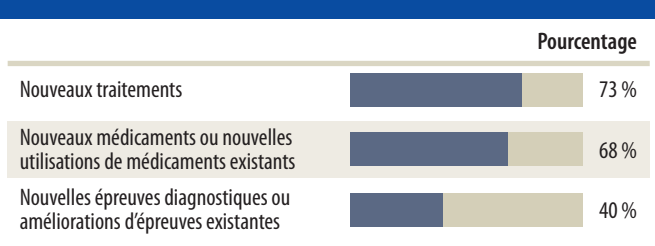
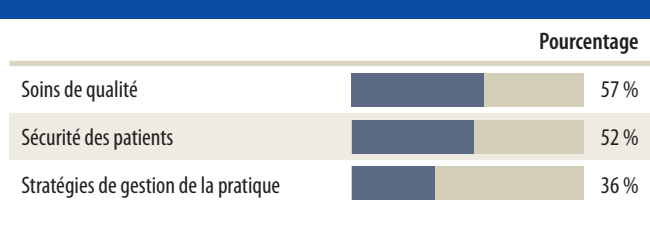


Diagramme 4. Les cinq principales activités de DPC pour la section 3



Des nouvelles de la Saskatchewan Bulletin d'information du D^r Regan Arendse

L'année 2018 a été remplie d'événements pour les rhumatologues de la Saskatchewan. Nous sommes ravis d'avoir recruté le D^r Myat Tun Lin Nyo, de l'Afrique du Sud, en juillet 2017. Le D^r Nyo a une vaste expérience et expertise dans l'échographie musculosquelettique. Il s'est joint au D^r Regan Arendse dans la clinique communautaire de soins en rhumatologie ouverte récemment au centre-ville de Saskatoon. Le D^r Dale Peffer est un médecin de famille qui fait des travaux de session avec les D^{rs} Nyo et Arendse et fournit du counseling sur l'utilisation de traitements biologiques et de traitements par un antirhumatisme modificateur de la maladie (ARMM) pour les maladies inflammatoires dans la pratique. Il réalise aussi des procédures chirurgicales mineures comme des biopsies cutanées à l'emporte-pièce. La clinique communautaire de soins en rhumatologie attend impatiemment l'arrivée, en juillet 2018, d'un futur rhumatologue, le D^r Richard Tse, qui s'ajoutera à la capacité de rhumatologie de la province.

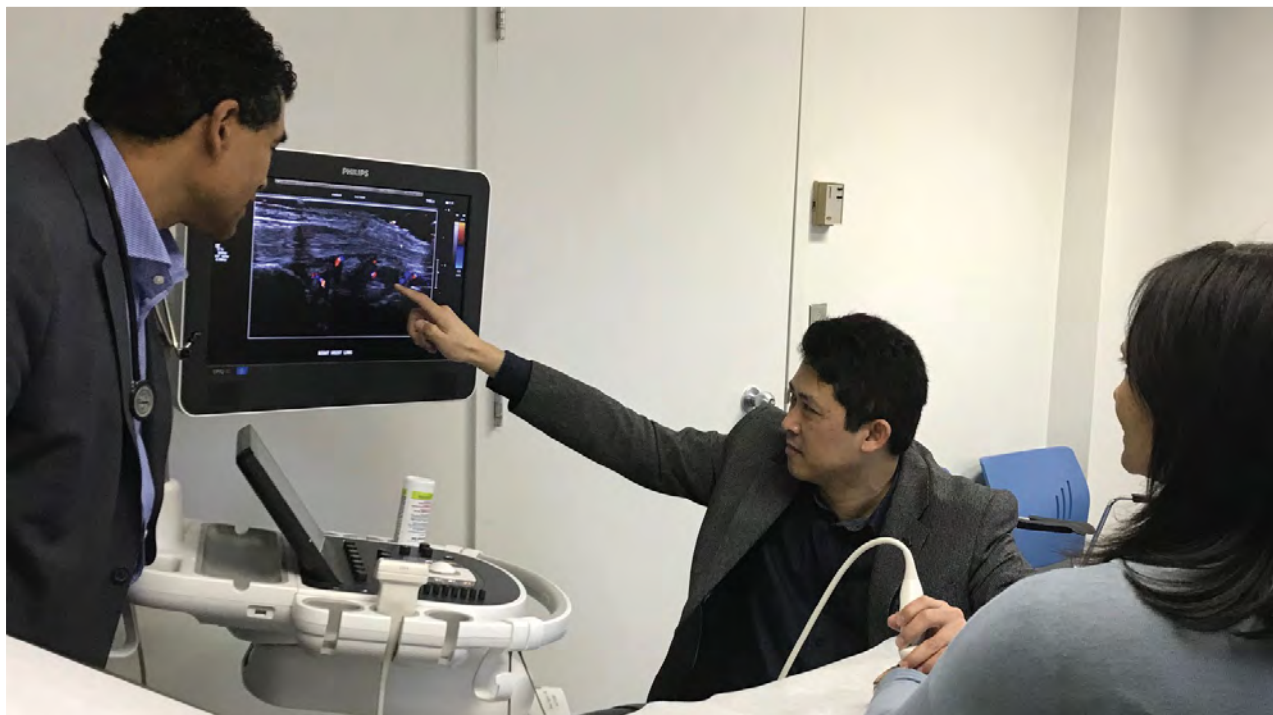
– **Regan Arendse, M.D., FRCPC**

Bulletin d'information du D^r Nair

Nos conférences scientifiques se tiennent désormais à l'échelle provinciale grâce aux vidéoconférences qui nous réunissent (dix rhumatologues à Saskatoon et trois rhumatologues à Regina) une fois par semaine, lesquelles ont pour but de discuter de sujets axés sur l'enseignement, la pratique et la recherche.

Le 5 mai dernier, la D^{re} Latha Naik a présidé la réunion des rhumatologues de la Saskatchewan, alors que le D^r David Robinson, du Manitoba, a prononcé le discours-programme. Lors de cette réunion, de nouvelles initiatives d'enseignement de premier cycle ont été présentées aux étudiants en médecine, dont un atelier sur les injections intra-articulaires tenu par les D^{res} Regina Taylor-Gjevre et Bindu Nair, de Saskatoon ainsi que les D^{res} Nicole Fahlman et Ardyth Milne, de Regina. Ces initiatives ont été accueillies fort favorablement par les participants.

– **Bindu Nair, M.D., M. Sc., FRCPC**



Le D^r Tun Nyo (au milieu) et ses collègues discutant d'une échographie.



Hommage au D^r Sydney Gershon

La Division de rhumatologie de Toronto a perdu le 30 avril 2018 un de ses hommes d'État le plus expérimentés, avec le décès du D^r Sydney Gershon.

Le D^r Gershon avait obtenu son diplôme de l'Université d'Ottawa en 1966. Il a été le premier rhumatologue à se joindre aux effectifs de l'Hôpital St. Michael (SMH) et a fait partie des médecins agréés de cet hôpital de juillet 1973 jusqu'à son décès récent. Il ressort des descriptions qu'il a introduit les soins rhumatologiques au SMH et a jeté les bases de la division telle qu'elle existe aujourd'hui. Pendant ses neuf premières années au SMH, il a géré une unité de rhumatologie de cinq places pour des patients hospitalisés, a effectué toutes les consultations des patients hospitalisés et a enseigné à des étudiants de premier cycle et des cycles supérieurs. Il a été rejoint (on m'a dit que c'est lui qui l'a embauché) par la D^{re} Rachel Shupak en 1982, préparant la voie à l'arrivée d'autres collègues au fil du temps.

Plus récemment, le D^r Gershon, en plus de sa position de médecin agréé au SMH, faisait partie des effectifs du centre de santé de West Parry Sound et maintenait une pratique active en cabinet, localement et dans le Nord.

Le thème unificateur de toutes les personnes qui l'ont bien connu est sa joie absolue dans la pratique de la médecine – il adorait apprendre et rencontrer des gens. Il fournissait des soins véritablement axés sur le patient, en s'efforçant d'éviter les longues listes d'attente, voyant les patients quand ils en sentaient le plus le besoin et en les aidant à s'y retrouver dans le système de santé.

Il était reconnu pour sa générosité en tant que pionnier du Jonas Salk Circle of Friends, qui souligne une philanthropie extraordinaire. Deux fois par année, Syd s'envolait vers le Nord pour se rendre dans des cliniques de Timmins et Kirkland Lake afin de voir des patients pendant quelques jours; il commençait tôt le matin et continuait jusqu'à tard dans la journée. Il a décrit sa joie de rencontrer les gens du Nord, d'entendre leurs récits et de les aider. Il a fait cela pendant 45 ans, le montant de ses honoraires pour ces consultations étant remis à La marche des dix sous.

Tous les collègues qui le connaissaient se souviendront de Syd pour avoir popularisé l'utilisation d'un homoncule et des diagrammes dans les dossiers des patients, mais surtout pour son esprit de collaboration et son dévouement envers ses patients. Notre division est attristée par son décès.

Collectivement, nous offrons nous plus sincères condoléances à sa famille et aussi à ses patients.

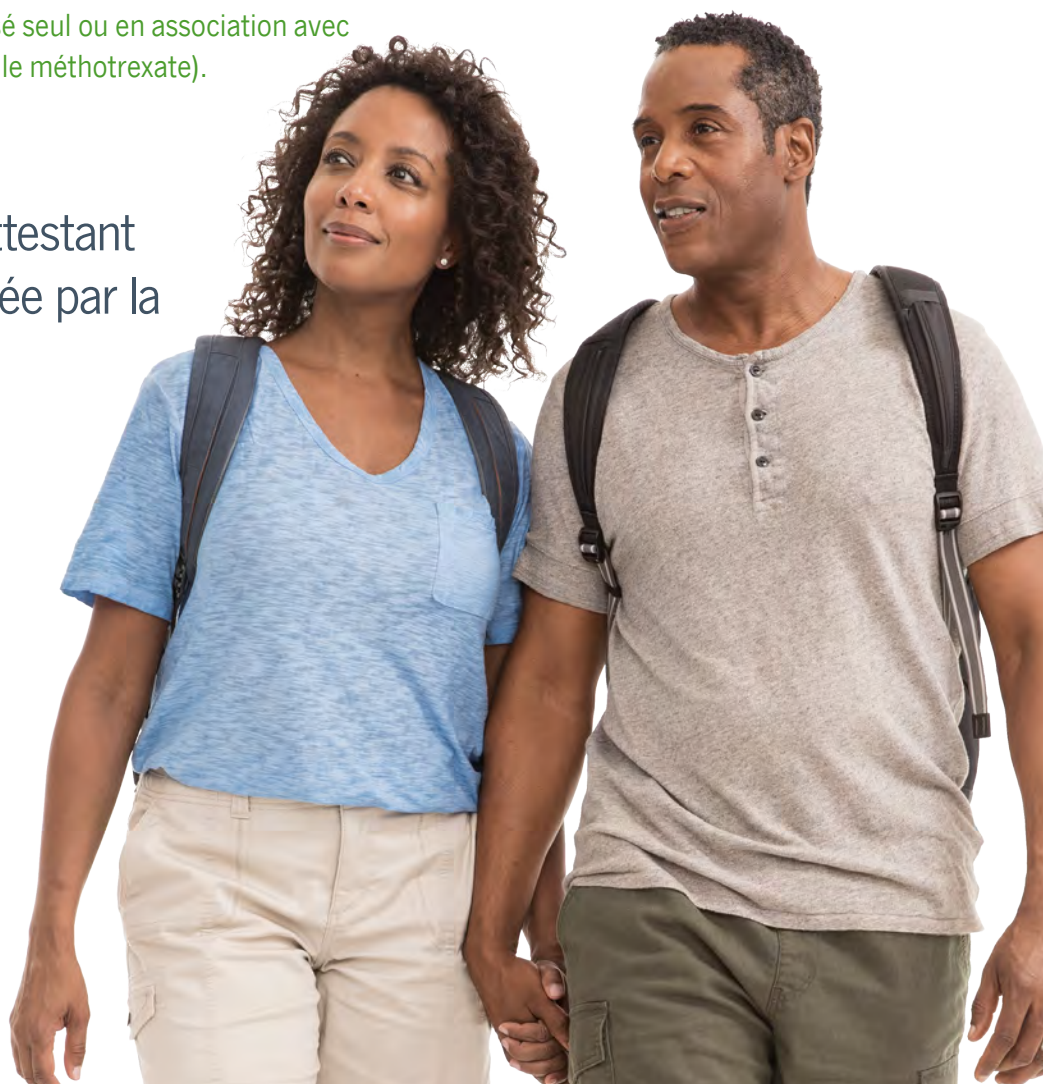
*Heather McDonald-Blumer, M.D., M. Sc., FRCPC
Directrice de la Division de rhumatologie,
Université de Toronto
Toronto (Ontario)*

■ Un anticorps monoclonal qui se lie de façon sélective à l'interleukine 17A (IL-17A)^{1*}

SONGEZ À VOTRE PROCHAINE ÉTAPE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME PSORIASIQUE

Taltz est indiqué pour le traitement du rhumatisme psoriasique évolutif chez les adultes qui ont présenté une réponse insatisfaisante ou une intolérance à un ou plusieurs antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM). Taltz peut être utilisé seul ou en association avec un ARMM classique (ARMMc) (p. ex., le méthotrexate).

Explorez les résultats attestant
de son efficacité mesurée par la
réponse ACR et PASI



Étude SPIRIT-P1 (patients n'ayant jamais été traités par un agent biologique)[†]

■ RÉPONSE ACR

À LA 24^e SEMAINE

58 %

58 % des patients traités par Taltz à 80 mg toutes les 4 semaines ont obtenu une réponse **ACR20** contre 30 % des patients recevant le placebo ($p < 0,001$; $n = 107$ et 106 , respectivement)¹

À LA 1^{re} SEMAINE

21 %

21 % des patients traités par Taltz à 80 mg toutes les 4 semaines ont obtenu une réponse **ACR20** dès la 1^{re} semaine contre 7 % des patients recevant le placebo ($p = 0,004$, valeur non corrigée; $n = 107$ et 106 , respectivement)^{1,2}

À LA 52^e SEMAINE (étude de prolongation)

81 %

Chez **81** % des patients traités par Taltz à 80 mg toutes les 4 semaines qui avaient obtenu une réponse **ACR20** à la 24^e semaine, cette réponse a été maintenue jusqu'à la 52^e semaine ($n = 62$)^{1,3}

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Taltz peut accroître le risque d'infection et doit être administré avec prudence aux patients ayant une infection chronique ou active d'importance clinique.
- Tuberculose : Taltz ne doit pas être administré aux patients atteints de tuberculose active. Avant d'amorcer le traitement, les patients doivent se soumettre à un test de dépistage de la tuberculose. Le traitement de la tuberculose latente doit être instauré avant l'administration de Taltz. Chez les patients ayant des antécédents de tuberculose à l'état latent ou de tuberculose active pour lesquels il est impossible de confirmer l'administration d'un traitement approprié, il faut envisager d'administrer un traitement antituberculeux avant d'entreprendre un traitement par Taltz. Il faut suivre de près les patients sous Taltz afin de déceler tout signe ou symptôme de tuberculose active pendant et après le traitement.
- Des réactions d'hypersensibilité graves, y compris des cas d'anaphylaxie, d'œdème de Quincke et d'urticaire, ont été signalées dans les essais cliniques chez des patients traités par Taltz.
- Il faut prescrire Taltz avec beaucoup de prudence aux patients atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin, incluant la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse; une surveillance s'impose chez les patients qui sont atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin.

ACR20 = amélioration de la réponse d'au moins 20 %; PASI 75 = amélioration d'au moins 75 % du score PASI (*Psoriasis Area Severity Index*).

* La portée clinique n'a pas été établie.

[†] Étude SPIRIT-P1 : étude multicentrique de 24 semaines (prolongée à 52 semaines), à répartition aléatoire, à double insu et contrôlée par placebo et par groupe de référence actif, menée auprès de 417 patients adultes atteints de rhumatisme psoriasique évolutif malgré la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), de corticostéroïdes ou d'antirhumatismaux modificateurs de la maladie, présentant au moins une érosion articulaire liée à la maladie confirmée par des radiographies des mains ou des pieds, ou un taux de protéine C réactive > 6 mg/L, et des lésions psoriasiques cutanées évolutives, ou des antécédents documentés de psoriasis en plaques. Les patients ont été répartis aléatoirement afin de recevoir : Taltz à une dose de 160 mg, puis de 80 mg toutes les 2 semaines; Taltz à une dose de 160 mg, puis de 80 mg toutes les 4 semaines; l'adalimumab à 40 mg toutes les 2 semaines (groupe de référence actif); ou un placebo. Les patients ayant reçu le placebo ou l'adalimumab ont été de nouveau répartis

■ RÉPONSE PASI (paramètre d'évaluation secondaire)

À LA 12^e SEMAINE

75,3 %

Dans le groupe ayant un psoriasis en plaques concomitant (atteinte d'au moins 3 % de la surface corporelle au départ), **75,3** % des patients traités par Taltz à 80 mg toutes les 4 semaines

ont obtenu une réponse **PASI 75** contre 7,5 % des patients recevant le placebo ($n = 73$ et 67 , respectivement)¹

Discutez de Taltz et des études cliniques dont il a fait l'objet, telles que SPIRIT-P1 et SPIRIT-P2, avec un représentant de Lilly, en composant le **1-888-545-5972** ou visitez le lilly.ca/mptaltz/fr.

- Avant d'entreprendre un traitement par Taltz, il faut envisager la possibilité d'administrer au patient tous les vaccins qui sont indiqués pour son âge; les patients traités par Taltz ne doivent pas recevoir de vaccins vivants.
- Aucune étude clinique n'a été menée auprès de femmes enceintes pour établir l'innocuité de Taltz pendant la grossesse.
- Il faut faire preuve de prudence lorsque Taltz est administré à une femme qui allaite.
- Il n'existe aucune donnée sur les effets de Taltz sur la fécondité chez l'humain.
- L'innocuité et l'efficacité de Taltz chez les enfants (< 18 ans) n'ont pas été évaluées.
- Les données sont actuellement insuffisantes pour permettre de déterminer si les patients de 65 ans ou plus répondent au traitement différemment des gens plus jeunes.

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie au www.lilly.ca/mptaltz/fr pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été présentés dans ce document. Vous pouvez aussi vous procurer la monographie en communiquant avec nous au 1-888-545-5972.

aléatoirement pour recevoir Taltz à 80 mg toutes les 2 semaines ou toutes les 4 semaines à la 16^e semaine s'ils avaient eu une réponse inadéquate ou à la 24^e semaine. Le critère d'évaluation principal était le pourcentage de sujets ayant obtenu une amélioration d'au moins 20 % de la réponse ACR (ACR20) à la semaine 24.

Caractéristiques initiales : Les patients étaient âgés en moyenne de 49,5 ans, 46,0 % étaient de sexe masculin, 85,3 % avaient déjà reçu un ARMMc, 64 % recevaient un ARMMc et 54,2 % utilisaient le méthotrexate. Dans l'ensemble, 69,5 % présentaient des lésions de psoriasis sur ≥ 3 % de leur surface corporelle, 58 % souffraient d'enthésite et 37,6 % de dactylite au départ. Le score total PASI moyen (écart-type) initial était de 6,2 (7,5) dans le groupe placebo, de 6,9 (6,6) dans le groupe Taltz toutes les 4 semaines, de 6,0 (7,0) dans le groupe Taltz toutes les 2 semaines et de 5,5 (6,5) dans le groupe adalimumab.

Références : 1. Monographie de Taltz. Eli Lilly Canada Inc., 29 mars 2018. 2. Données internes [t_acrcat_nri_itt_db-RHAP]. Eli Lilly and Company, 2016. 3. Données internes [ad8_t_acr_cat_nri_msp_ex-RHAP]. Eli Lilly and Company, 2016.



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

