

CRAJ SCCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Arthroscopie

- C'est quoi au juste un « hackathon »?
- Faire connaître la rhumatologie lors de la fin de semaine des étudiants en médecine de l'Ontario
- Des nouvelles du comité scientifique
- Mise à jour du comité de l'éducation
- Des nouvelles du comité des résumés
- Mises à jour du comité de l'optimisation des soins
- CanREAL : comment contribuer à l'éducation en rhumatologie
- Mise à jour de l'ARO
- Mise à jour de l'AMRQ
- Des nouvelles de la SOAR
- Des nouvelles de l'Alliance de l'arthrite du Canada
- Notes sur la conférence annuelle de la NWRS
- L'analyse des résultats d'essais cliniques en rhumatologie

Faits saillants :

Comptes rendus des comités et associations régionales de la SCR

Éditorial

- Microdonnées

Prix, nominations et distinctions

- Des honneurs pour les docteurs Claire Bombardier, Dafna Gladman, Anna Oswald et Carter Thorne

Que fait la SCR pour vous?

- Former les rhumatologues de demain (projet TROT) : une réponse à la pénurie d'effectifs

Des nouvelles de l'ICORA

- Sommaire de l'ICORA 2016

Impression et opinion

- Pourquoi je me lance dans la *Totale Bouette*
- Le chemin ardu qui mène à l'équilibre entre le travail et la vie personnelle
- Ma décision de rejoindre la rhumatologie

Articulons nos pensées

- Résultats du sondage de la SCR sur l'accès aux médicaments

Nouvelles régionales

- Échos & photos de la Nouvelle-Écosse

Il n'y a QU'UN SEUL REMICADE®

SI VOUS VOULEZ
QUE VOS PATIENTS
REÇOIVENT REMICADE®,

— écrivez —

Remicade®
ne pas
substituer



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

REMICADE® :

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

REMICADE® est indiqué :

- En association avec le méthotrexate, pour la réduction des signes et des symptômes, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) modérément à sévèrement active.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, et pour l'amélioration de la capacité fonctionnelle des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) active qui présentent une intolérance ou qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux traitements standards.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et de la cicatrisation de la muqueuse, et la réduction du recours à un traitement par corticostéroïdes chez les adultes atteints de maladie de Crohn (MC) modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement par corticostéroïdes et/ou aminosalicylés. REMICADE® peut être administré seul ou en association avec un traitement standard.
- REMICADE® est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes, ainsi que pour l'induction et le maintien de la rémission clinique chez les patients pédiatriques atteints de maladie de Crohn modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. corticostéroïdes et/ou aminosalicylés et/ou immunosuppresseurs). L'innocuité et l'efficacité de REMICADE® n'ont pas été établies chez les patients de moins de 9 ans.
- Pour le traitement de la MC avec fistulisation, chez les adultes qui n'ont pas répondu à un traitement standard complet et approprié.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et de la cicatrisation de la muqueuse, et la réduction ou l'abandon du recours à un traitement par corticostéroïdes chez les adultes atteints de colite ulcéreuse (CU) modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. aminosalicylés et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs).
- REMICADE® est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et l'induction de la cicatrisation de la muqueuse, chez les patients pédiatriques atteints de colite ulcéreuse modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. aminosalicylés et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs). L'innocuité et l'efficacité de REMICADE® n'ont pas été établies chez les enfants de moins de 6 ans.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction d'une importante réponse clinique, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale associée à l'arthrite active et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique (RP).
- Pour le traitement des adultes qui sont atteints de psoriasis en plaques (PsO) chronique de sévérité modérée à élevée et candidats à un traitement systémique. Chez les patients atteints de PsO chronique de sévérité modérée, REMICADE® ne doit être administré que lorsque la photothérapie s'est révélée inefficace ou inappropriée; pour évaluer la gravité du psoriasis, le médecin doit prendre en compte l'étendue et le siège des lésions, la réponse aux traitements antérieurs et l'incidence de la maladie sur la qualité de vie du patient.

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.com/canada/fr/products#prod-451> pour obtenir des renseignements importants concernant les conditions d'usage clinique, les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans ce document. Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-567-3331.

Références : 1. Données internes, Janssen Inc.
2. Monographie de REMICADE®, Janssen Inc., 26 avril 2016.

Janssen Inc.

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



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



Microdonnées

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

« Quand vous êtes capable de mesurer les choses dont vous parlez et de les exprimer en nombres, vous en avez une assez bonne idée; mais lorsque vous ne pouvez en prendre la mesure, que vous ne pouvez l'exprimer en nombres, votre connaissance en est très mince et insatisfaisante. Cela peut être le début de la connaissance, toutefois, dans votre esprit, vous avez à peine progressé vers le stade de la science, peu importe de quoi il s'agit. » – Lord Kelvin

Tout le monde parle des mégadonnées et de leurs répercussions potentielles sur la médecine et les affaires en général. Explorer des téraoctets de données avec des superordinateurs pourrait mener à des percées scientifiques magistrales, un traitement pour le cancer, une espérance de vie prolongée et une médecine personnalisée. Plus près de nous, les investissements consentis par les médecins et les paliers gouvernementaux pour les dossiers médicaux électroniques (DME) sont en partie motivés par leur éventuelle capacité à fournir une riche source d'information. Cela pourrait être combiné à d'autres bases de données et permettre à l'information clinique de chaque patient de contribuer à répondre aux questions fondamentales de la médecine.

Le potentiel est ahurissant, tout comme le battage médiatique. Cela a d'ailleurs été mentionné très récemment dans un éditorial publié dans le *CMAJ*¹. Mais peut-être, entre-temps, pourrions-nous commencer par tenter de répondre à des questions à propos de nos propres pratiques, à l'aide des données dont nous disposons, ce qui serait tout à fait dans l'esprit des auto-vérifications de la pratique, un élément clé des initiatives de la SCR et une des meilleures façons d'obtenir les crédits de la Section 3 nouvellement exigés par le Collège royal pour le maintien du certificat.

Permettez-moi d'illustrer mes propos avec deux exemples de ma propre pratique. En ce moment, j'examine personnellement toutes les nouvelles demandes de renvoi. La plupart sont acceptées, quelques-unes sont rejetées et quelques-unes entraînent des demandes d'information additionnelle pour déterminer leur pertinence et leur degré de priorité. Quel est le ratio idéal de ces résultats? Aucun manuel ne pourra vous le dire. Toutefois, on peut évaluer les possibilités par le biais d'analyses toutes simples. J'ai décidé de compter le nombre de places disponibles chaque semaine pour des nouveaux patients et de comparer celui-ci au nombre de nouvelles demandes de renvoi reçues par semaine. Pour obtenir un échantillon raisonnable, j'ai recueilli ces deux points de données sur une période de quatre semaines, excluant toute vacance, puis je les ai combinés en un seul rapport de demandes de renvoi reçues/places disponibles. À titre d'exercice mental, considérez une situation où 200 nouvelles demandes de renvoi sont reçues, mais seulement 10 places de rendez-vous sont disponibles pour une période donnée. Le ratio serait de 20 et le niveau de stress serait probablement élevé dans cette pratique. Dans un tel cas, je suggérerais une stratégie où seuls les

patients ayant le plus pressant besoin d'un rhumatologue (p. ex. ceux présentant de l'arthrite inflammatoire, une maladie des tissus conjonctifs ou une vascularite) seraient acceptés. De simples suggestions de prise en charge et d'autres possibilités de renvoi pourraient être fournies aux médecins de soins primaires de ces patients non acceptés pour une consultation, un peu comme le programme de triage en place à Calgary. D'un autre côté, si seulement 20 nouvelles demandes sont reçues pour 40 places disponibles, le ratio est de 0,5, une situation qui pourrait se produire pour quelqu'un qui débute une nouvelle pratique. Dans un tel cas, on pourrait envisager de publiciser notre disponibilité auprès des médecins traitant, par le biais d'un portail de pratique, en présentant des conférences de d'EMC ou en s'impliquant dans le chapitre local d'une association médicale. Atteindre un ratio de 1, si possible, assurerait moins de tourments à long terme. Il vous permettrait d'étendre votre pratique à tout autre secteur d'intérêt que vous pourriez avoir en dehors des maladies rhumatismales inflammatoires essentielles, y compris la goutte, l'ostéoporose, l'arthrose et les affections rhumatismales localisées. Connaissez-vous votre ratio? Sinon, prenez-vous les décisions les mieux informées à propos de la gestion de votre pratique? Cette information est aisément accessible et pourrait être calculée régulièrement par votre personnel de bureau.

De même, comment déterminez-vous la durée optimale des rendez-vous, tant pour les nouveaux patients que pour les visites de suivi? Vous fiez-vous à la tradition, au hasard des choses ou aux données? Il n'y a pas de patient moyen, mais avoir 10 durées de rendez-vous différentes est aussi peu pratique. Disons que vous allouez 30 minutes pour les nouveaux patients et 15 minutes pour les suivis. Vous savez également que les renvois plus complexes finissent en réalité par prendre 45 minutes. Avec un ratio de demandes de renvoi/disponibilités de 20, presque tous vos renvois seront des cas complexes et il y aura une incohérence entre vos plages de rendez-vous et le temps requis réellement. Avec un ratio de 1, et sachant la prévalence des maladies inflammatoires au Canada, vous pouvez pratiquement être assuré que seulement 40 à 50 % de vos renvois seront aussi complexes. En présumant que les problèmes de rhumatologie plus simples peuvent être traités en 20 minutes, surtout avec une revue du dossier du patient avant le rendez-vous, une plage de 30 minutes pour les consultations est maintenant raisonnable.

Les suivis ont tendance à être effectués principalement pour des cas plus compliqués, puisque les cas plus simples sont idéalement réacheminés au niveau des soins primaires pour le traitement continu. J'aime bien être pile à l'heure dans mon bureau; ainsi, chaque journée où je termine tard me fournit une occasion de réflexion. Je réalise généralement qu'un cas particulièrement complexe a nécessité plus de temps que prévu. Si j'ai l'impression que cela sera un problème continu, je réserve 30 minutes pour le prochain rendez-vous de ce patient. Il est de beaucoup préférable de savoir que je serai à l'heure dans mes rendez-vous la prochaine fois que de manquer de chaises dans la salle d'attente. Si les choses vont mieux avec ce patient la fois suivante, je peux toujours profiter de quelques minutes de plus dans ma journée et il pourra revenir à une plage de 15 minutes par la suite. Compte tenu de la complexité des maladies rhumatismales, en plus du vieillissement continu de la population à traiter avec de multiples comorbidités,

le nombre de patients ayant besoin en permanence de rendez-vous prolongés ne pourra qu'augmenter. Sur le plan empirique, je me hasarderais aussi à croire en une corrélation entre le besoin de rendez-vous de suivi prolongés et un plus haut taux de mortalité sur 5 ans, mais je ne révélerai certainement pas cette possibilité à mes patients dans cette situation. Plus de recherches s'imposent, tant à l'égard des « microdonnées » que des « mégadonnées ».

Si vous souhaitez présenter vos propres exemples de « microdonnées » que vous jugez utiles à votre pratique, n'hésitez pas à les faire parvenir au *JSCR* pour une éventuelle future publication.

Référence :

1. Kirsten Patrick. Harnessing big data for health. *CMAJ*, 17 mai 2016, 188: 555; doi:10.1503/cmaj.160410.

Philip A. Baer, M.D.C.M., FRCPC, FACR
Rédacteur en chef, JSCR,

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Philip A. Baer,
M.D., C.M., FRCPC, FACR
Président,
Section de rhumatologie,
Association médicale de
l'Ontario (AMO)
Scarborough (Ont.)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

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

Vandana Ahluwalia,
M.D., FRCPC
Vice-présidente, SCR
Chef du service de rhumatologie,
Centre de santé William Osler
Brampton (Ont.)

Cory Baillie,
M.D., FRCPC
Président sortant, SCR
Professeur adjoint,
Université du Manitoba
Winnipeg (Man.)

MEMBRES

Cheryl Barnabe,
M.D., FRCPC, M.Sc.
Professeure adjointe,
Université de Calgary
Calgary (Alb.)

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

Derek Haaland,
M.D., M.Sc., FRCPC
Professeur adjoint
d'enseignement clinique,
Université McMaster
Divisions d'immunologie
clinique, des allergies et
de rhumatologie
Shanty Bay (Ont.)

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

Diane Lacaille,
M.D., FRCPC, M.Sc.S,
Professeure,
Université de la
Colombie-Britannique
Chercheuse scientifique
principale en rhumatologie
Chaire de rhumatologie
Mary Pack
Centre de recherche sur
l'arthrite du Canada
Richmond (C.-B.)

Deborah Levy,
M.D., M.S., FRCPC
Professeure adjointe,
Université de Toronto
Équipe de recherche,
Child Health Evaluative
Sciences Research Institute
Toronto (Ont.)

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

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

Jacqueline C. Stewart,
B.Sc.(Hons), B.Éd., M.D., FRCPC
Rhumatologue
Hôpital régional de Penticton,
Penticton (C.-B.)

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



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 RÉDACTION

Paul F. Brand
Directeur de la publication

Russell Krackovitch
Directeur de la rédaction,
Division des projets sur mesure

Jyoti Patel
Assistante rédacteur en chef

Catherine de Grandmont
Assistante rédacteur en chef, V.F.
Responsable des services linguistiques

Donna Graham
Responsable, Gestion de la production

Dan Oldfield
Responsable, Conception graphique

Mélissa Drouin
Responsable des services administratifs

Robert E. Passaretti
Éditeur

© STA HealthCare Communications, 2016. Tous droits réservés. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopie, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. Numéro de convention de la poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : décembre 2016. Les auteurs des articles sont choisis selon l'étendue de leur expertise dans une spécialité donnée. Les articles publiés dans le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Société canadienne de rhumatologie ou de STA HealthCare Communications inc., et leur contenu n'engage que leurs auteurs respectifs. 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 Rte Transcanadienne, bureau 310, Pointe-Claire (Québec) H9R 0A5.

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS



La Dre Claire Bombardier a reçu le prix Clinicien-chercheur distingué lors du Congrès annuel de rhumatologie 2016 de l'American College of Rheumatology (ACR). Ce prix est remis aux rhumatologues qui se démarquent par leurs remarquables contributions à la médecine clinique, aux programmes cliniques ou à l'enseignement. Claire a démontré un leadership remarquable dans les domaines de l'éducation, de la pratique, de la recherche et de la politique. Elle a joué un rôle essentiel de mentorat auprès de femmes qui se sont ensuite démarquées à l'échelle nationale et internationale comme chefs de file en recherche dans leurs domaines d'expertise, incluant Sherine Gabriel, Gillian Hawker, Vivian Bykerk, Nancy Baxter, Dorcas Beaton, Rachelle Buchbinder, Aileen Davis, Jill Hayden, Andrea Furlan et Linda Li. Plus récemment, ses efforts se sont concentrés sur l'innovation dans le système de santé en vue d'appuyer les rhumatologues, les fournisseurs de soins primaires et autres cliniciens spécialisés.



Lors du congrès de l'American College of Rheumatology à Washington, la Lupus Foundation of America m'a décerné le prix Evelyn V. Hess pour la recherche sur le lupus. Depuis 2005, ce prix est décerné annuellement à un chercheur clinique ou fondamentaliste dont l'œuvre a significativement contribué à l'avancement de nos connaissances concernant la physiopathologie, l'étiologie, l'épidémiologie, le diagnostic ou le traitement du lupus. Ce prix a initialement été créé en hommage aux remarquables contributions de la Dre Hess à la recherche sur le lupus au cours de sa longue carrière. C'est véritablement un grand honneur de recevoir ce prix de la Lupus Foundation of America. Par ailleurs, être reconnue pour avoir fait quelque chose que j'ai autant aimé faire pendant 40 ans est très gratifiant. J'ai été particulièrement émue par les merveilleuses choses dites à mon sujet par ceux qui ont soumis ma candidature pour ce prix, soit David Isenberg et Ian Bruce.



La Dre Anna Oswald a reçu le prix Rutherford de l'Université de l'Alberta pour l'excellence en enseignement de premier cycle, l'un des plus prestigieux prix décernés pour l'enseignement. Elle est une des trois seules personnes à avoir reçu ce prix dans l'ensemble de l'Université, notamment pour avoir démontré une maîtrise supérieure du contenu, une capacité à instiller un intérêt vital et un grand enthousiasme pour le sujet, d'excellentes aptitudes de planification et d'organisation dans la mise en œuvre du cours et la capacité de promouvoir l'étude indépendante, la pensée critique et la résolution de problèmes chez ses étudiants. De plus, elle réussit à promouvoir l'excellence dans l'enseignement par des efforts de collaboration visant à générer un désir d'apprentissage continu chez ceux qui l'entourent. Parmi ses plus importantes contributions à l'enseignement, notons le remaniement complet du cours pré-stage en médecine musculosquelettique et l'introduction de l'apprentissage en équipe pour mettre l'accent sur l'importance de l'apprentissage en groupe, de l'application des connaissances et de la responsabilité à l'égard des pairs comme compétences clés chez les futurs professionnels de la santé.



Le Dr Carter Thorne, de Newmarket, membre du personnel médical consultant au Centre régional de la santé de Southlake depuis 1980, a eu l'honneur d'être désigné « Master » par l'American College of Rheumatology (ACR) lors de l'assemblée annuelle de l'ACR/ARHP 2016 à Washington, D.C. Cette reconnaissance est un des plus grands honneurs que l'ACR peut décerner à ses membres distingués. Seulement 25 personnes ont reçu cette désignation, et le Dr Thorne était le seul Master canadien en 2016. « C'est un honneur d'être ainsi reconnu pour mon dévouement à l'avancement de la santé chez les patients atteints de maladies rhumatismales », a affirmé le Dr Thorne. « Je suis profondément touché par cette distinction et cette invitation à rallier les rangs de nombreux autres rhumatologues distingués. » Les « Masters » de l'ACR doivent se démarquer par leurs réalisations et par l'excellence et l'importance de leurs contributions à la science et à l'art de la rhumatologie.

Le JSCR aimerait aussi féliciter les docteurs Kiem Oen et Alan Rosenberg qui ont été désignés « Masters » par l'ACR en 2015.

Former les rhumatologues de demain (projet TROT) : une réponse à la pénurie d'effectifs

Par Diane Crawshaw, coordinatrice, projet TROT

Afin de remédier à l'importante pénurie de rhumatologues au Canada, il nous faut avoir plus de stagiaires au niveau postdoctoral; en 2012, nous avons amorcé un programme à volets multiples financé par la SCR pour aider à régler ce problème. Notre objectif était de produire et diffuser des messages fondés sur les données probantes à propos de la rhumatologie à l'intention des étudiants en médecine et des résidents en médecine interne afin que leurs réflexions sur leurs choix de carrière future tiennent compte de connaissances concrètes sur notre surspécialité. Nous souhaitons également former un consortium pancanadien de programmes en rhumatologie pour entreprendre et diffuser ce travail.

L'atteinte de ces objectifs au cours des trois dernières années est une réalisation significative pour notre équipe nationale, menée par les docteurs Alfred Cividino et Kim Legault. Durant cette période, le projet « Former les rhumatologues de demain » (projet TROT pour *Training the Rheumatologists of Tomorrow*) a élaboré une série d'outils pour les enseignants, établi de nouveaux partenariats à travers le pays et diffusé les résultats par le biais de conférences, de réunions professionnelles, d'une publication revue par les pairs et du site Web de la SCR. Nous avons également mis sur pied la campagne #MakeRheum for Rheumatology pour encourager les étudiants à « faire de la place » pour une expérience en rhumatologie.

Les produits résultants sont disponibles sur le site Web de la SCR. Imprimez-les, agrandissez-les et affichez-les sur vos murs! Au printemps 2016, nous avons fait parvenir un gros paquet de matériel à chaque programme incluant des affiches de héros laminées, la bannière et la version imprimée de la série de diapositives sur les raisons d'envisager la rhumatologie (les versions françaises ont été envoyées à nos programmes francophones). Des t-shirts ont également été distribués. La Dre Shirley Tse, de l'Université de Toronto, a poussé la note encore plus loin en faisant imprimer des t-shirts pour tout son groupe! Alors, allez-y et amusez-vous avec le matériel, et encouragez vos étudiants à faire une place à la rhumatologie!

Dernièrement, avec l'aide d'une de nos stagiaires en rhumatologie, Caroline Barry de Dalhousie, une page Facebook (<https://www.facebook.com/MakeRheum-1071285439622810/>)

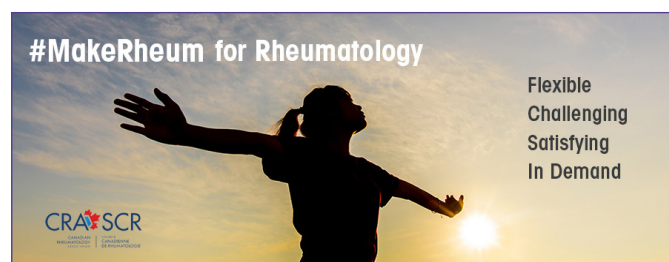


Les nouvelles recrues du service de rhumatologie de l'hôpital SickKids sont prêts pour leur combat contre les maladies rhumatismales.

et un compte Twitter (<https://twitter.com/MakeRheum>) ont été lancés. Nous vous invitons à les visiter et à encourager vos étudiants de premier cycle et vos résidents en médecine interne à les visiter, et à les « aimer », pour en apprendre plus sur la rhumatologie. Si vous avez du matériel à afficher sur la page, communiquez avec Virginia Hopkins à la SCR. Ensemble, efforçons-nous de rendre la rhumatologie accessible à nos étudiants.

Les prochaines étapes pour le projet TROT et la campagne #MakeRheum seront d'accroître le nombre d'occasions disponibles pour des expériences d'apprentissage en rhumatologie à travers le Canada. Nous encourageons tous les programmes à utiliser le matériel développé et à faire une place à la rhumatologie!

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



Sommaire de l'ICORA 2016

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

L'ICORA lance un nouvel appel de bourse en 2017! Le comité de recherche de la SCR tiendra son dixième concours pour l'octroi de bourses de l'ICORA. La date limite pour la soumission de demandes est le 31 mars 2017 et les candidats retenus seront avisés au début de juin.

À l'approche de ce dixième concours, nous aimerions souligner les efforts et le dévouement des membres du comité de recherche de la SCR. Merci aux docteurs Vinod Chandran, Alfred Cividino, Boulos Haraoui, Niall Jones, Laëtitia Michou, Mohammed Osman, Regina Taylor-Gjevre, Carter Thorne et John Wade.

Nous accueillons de nouveau le Dr Paul Fortin comme président de la commission d'examen. Le Dr Fortin fournit une orientation et de précieux conseils à notre commission d'examen. Les anciens récipiendaires de bourses de l'ICORA sont invités à être membres de la commission et à fournir leurs rétroactions à l'égard du procédé.

Ce fut une année parsemée de nombreux succès pour l'ICORA. Voici quelques exemples de comment la recherche subventionnée par l'ICORA se matérialise :

Présentations d'affiches

- *Evaluating the Patient's Experience of the Diagnosis and Management of Psoriatic Disease* (SCR 2016)
- *#MakeRheum for Rheumatology: Pan-Canadian Working Group to Increase Interest in Rheumatology* (SCR 2016)
- *Pharmacologic Management of Takayasu's Arteritis: a Systematic Review* (SCR 2016)
- *Imaging Modalities for the Diagnosis and Disease Activity Assessment of Takayasu Arteritis: A Systematic Review and Meta-Analysis* (SCR 2016)
- *Effectiveness of a Telemedicine Education Program for Adults with Inflammatory Arthritis Living in Rural and Remote Communities in Ontario* (BOOC 2016)

Publications

- *Birth Outcomes in Women with a History of Juvenile Idiopathic Arthritis* (*Journal of Rheumatology*)
- *A Prospective Comparison of Telemedicine Versus In-person Delivery of an Interprofessional Education Program for Adults with Inflammatory Arthritis* (*Journal of Telemedicine and Telecare*)



Outils pour les patients

- L'application DCIDA (*Dynamic Computer Interactive Decision Application*) pour aider les patients à prendre de meilleures décisions.

La contribution de l'ICORA à l'avancement de la recherche en rhumatologie au Canada est rendue possible grâce aux contributions financières sans restrictions de nombreux partenaires de l'industrie. Nous tenons à reconnaître leur important soutien.

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

Professeure de médecine, chef de division,
Division de la rhumatologie, Département de médecine
Centre de santé St. Joseph, Université Western
London (Ontario)

ICORA : Appel de bourse

L'ICORA lance un nouvel appel de bourse en 2017!

Ouverture du système de demande de bourse de l'ICORA en ligne le 30 janvier 2017.

La date limite pour soumettre une lettre d'intention est le 28 février 2017.

La date limite pour soumettre une demande de bourse à l'ICORA en ligne est le 31 mars 2017 à 23 h 59, heure du Pacifique.

Voir la page www.rheum.ca/fr/research pour de plus amples renseignements.

Les questions peuvent être adressées à Virginia Hopkins à virginia@rheum.ca.

C'est quoi au juste un « hackathon »?

Par John Esdaile M.D., MPH, FRCPC, FCAHS

Il se peut fort bien que vous n'avez encore jamais participé à un hackathon, puisqu'il s'agit d'une approche encore relativement nouvelle, mais très excitante, pour développer des technologies novatrices destinées aux politiques, à l'enseignement, à la conception de jeux et, plus récemment, aux soins de santé. Google, Microsoft et la NASA ont utilisé un hackathon pour développer un logiciel afin de faciliter la gestion des catastrophes et la réponse aux crises. Le gouvernement britannique en a fait un pour améliorer la vie des personnes atteintes de démence. Eli Lilly Canada et Havas Life Manchester ont participé à un hackathon à Vancouver avec 19 participants, incluant des patients-usagers, des défenseurs de patients-usagers, des infirmières, des physiothérapeutes, des rhumatologues, des scientifiques et des experts en traduction des connaissances.

L'objectif était simple : identifier deux problèmes clés pour les patients et les professionnels de la santé en lien avec la polyarthrite rhumatoïde (PR) et développer des prototypes de sites Web fonctionnels pour remédier à ces problèmes, le tout en 30 heures, sans interruption. Enfin, presque sans interruption.

Identifier les problèmes et les défis

Le comité ACE (*Arthritis Consumer Experts*) a ouvert la voie au hackathon en présentant un survol des écrits sur les « lacunes » identifiées et non identifiées dans le cheminement du patient-usager atteint de PR. Plusieurs heures ont ensuite été consacrées à deux problèmes présélectionnés par les « hackateurs » par le biais d'un processus interactif : l'observance des traitements médicamenteux et les besoins non comblés des patients. Divisés en petits groupes, les participants ont procédé à un remue-ménages, produisant plus de 200 idées pour résoudre ces deux problèmes. Les murs de la salle étaient littéralement couverts d'innombrables notes adhésives de toutes les tailles et couleurs.

Épuration des idées

Avec plus de 200 idées initiales, ramener le tout à trois ou quatre approches principales était un défi de taille. Incroyablement, c'est ce qui a été fait. Trois idées ont été générées avec l'assistance des magiciens de Havas Life venus à Vancouver par avion. Des prototypes sur papier des sites Web ont été développés. Les différentes équipes défendant une idée ont fait leur présentation et, après de longues discussions, deux idées ont été retenues :

(1) *Partenaires en articulation* : Ce site Web est pour des personnes aux prises avec la PR pour montrer aux autres qu'il est possible de réussir et qu'ils devraient aller de l'avant avec beaucoup d'espoir. Le concept était que personne ne pourrait inspirer les personnes vivant avec la PR mieux que leurs pairs et que d'autres patients pourraient être les mieux placés pour les convaincre qu'une vie bien remplie était possible même avec la PR. Le site fournirait un réseau de soutien entre patients où les individus pourraient partager leurs expériences, leurs conseils et leurs astuces et trouver un soutien local.

(2) *Le Café PR* : Le second site Web cherche à aider les gens à intégrer la PR à leur mode de vie et à améliorer l'observance de leur traitement médicamenteux. Le concept est un site de ressources à guichet unique pour les patients atteints de PR, qui les aiderait à surmonter les entraves à l'adoption de comportements plus sains et mènerait à une meilleure observance et de meilleurs résultats. Il aiderait les patients à gérer leurs interactions avec les nombreux professionnels de la santé qu'ils doivent voir et leur fournirait de l'information crédible de haute qualité ainsi que le soutien de leurs pairs et du mentorat.

L'équipe de Manchester (Angleterre) est allée souper et l'équipe de Havas Life à Vancouver est allée travailler!

Place à la magie

Le décalage horaire entre Vancouver et Manchester a donné une chance à ceux qui étaient à Vancouver de commencer à travailler immédiatement sur le développement des prototypes du site Web. Vers minuit, l'équipe de Manchester a pris la relève pour poursuivre le processus de développement. Tôt le lendemain matin, l'équipe Havas Life à Vancouver était prête à présenter les nouveaux sites Web basés sur les prototypes sur papier. C'est tout simplement magique de voir deux sites Web si fondamentalement différents avec de nombreux aspects déjà fonctionnels. Tout le monde a eu l'occasion de jouer avec les prototypes et d'émettre des suggestions pour le futur.

Étapes suivantes

Ce fut une expérience extraordinaire de commencer un matin avec des murs vides et des piles de notes autocollantes vierges pour finir avec deux prototypes de sites Web, 30 heures plus tard. Les représentants de Vancouver et les membres invisibles de l'équipe britannique de Havas Life ont donné l'impression que l'impossible était facile. Les prochaines étapes comprennent la revue externe, un ciblage plus précis et des

(Suite à la page 9)

Faire connaître la rhumatologie lors de la fin de semaine des étudiants en médecine de l'Ontario

Par Jane Purvis, M.D., FRCPC

Le comité des effectifs de l'Association médicale de l'Ontario (AMO) et le programme des ressources humaines de la SCR, Former les rhumatologues de demain (TROT), ont collaboré de différentes façons pour accroître la visibilité de la rhumatologie auprès des étudiants en première année de médecine. Notre activité la plus percutante à ce jour a été notre participation à la fin de semaine des étudiants en médecine de l'Ontario. Cet événement annuel a lieu dans une des six villes ontariennes comptant une faculté de médecine et, cette année, c'est à London (Ontario) que se déroulait l'événement, les 14 et 15 octobre 2016.

L'AMO et la SCR avaient un kiosque dans la salle d'exposition médicale et nous y avons accueilli, en une seule journée, 550 étudiants en première année de médecine! Ceux-ci ont eu l'occasion de parler à un rhumatologue pour découvrir en quoi consiste la rhumatologie et d'essayer nos gants simulateurs de polyarthrite rhumatoïde déformante. Les étudiants ont reçu de l'information sur les possibilités de bourses de stagiaire d'été de la SCR ainsi que de l'information pour communiquer avec les directeurs de programme à chacune des facultés de médecine pour s'informer des options de cours s'ils le souhaitaient. Les affiches #MakeRheum étaient bien en vue, de même que les fameux stylos *Rhumato-Carrière* maintenant bien connus. Nous avions le kiosque le plus achalandé de la salle et nous étions la seule surspécialité représentée à l'événement. Cet événement demeure pour nous une précieuse occasion de



joindre les étudiants en médecine en tout début de cursus afin que la rhumatologie puisse être envisagée comme l'excellent choix de carrière que nous savons qu'elle est.

Chaque année, un sondage a été fait pour évaluer l'impact du kiosque sur les étudiants qui s'y arrêtent. Le coordinateur de la campagne #MakeRheum a abordé 30 étudiants au cours de la journée pour remplir un questionnaire à propos de leur expérience. Pour nos deux années de participation, les données ont été frappantes!

Cette année, 9 étudiants sur 30 avaient entendu parler de notre surspécialité, et tous ces étudiants envisagent une expérience en rhumatologie. Les 21 autres n'avaient pas encore entendu

parler de la rhumatologie, mais, après avoir visité le kiosque, 18 ont déclaré qu'ils envisageraient la possibilité d'une expérience en rhumatologie; deux demeuraient indécis et un a indiqué que non « je veux simplement une certaine exposition pour le moment, cela a piqué mon intérêt ». Autrement dit, 90 % des étudiants en médecine de premier cycle souhaitent une expérience en rhumatologie. À nous maintenant de voir comment développer notre capacité à répondre à cette demande!

Jane Purvis, M.D., FRCPC
Chef, Comité des effectifs,
Association de rhumatologie de l'Ontario (ARO)
Ancienne présidente, ARO
Rhumatologue, The Medical Centre, Peterborough (Ontario)

C'est quoi au juste un « hackathon »? (Suite de la page 8)

raffinements additionnels. Il ne reste qu'à espérer que, dans un proche avenir, au moins un des sites Web sera inauguré pour aider les patients atteints de PR à s'aider eux-mêmes et à mener une vie mieux remplie et plus confiante.

L'essence du message

Si quelqu'un vous invite à un hackathon, dites oui! Vous aurez beaucoup de plaisir.

Merci au comité ACE d'avoir ouvert la voie pour le hackathon avec le point de vue

du patient-usager sur le cheminement du patient atteint de PR et à Eli Lilly Canada pour avoir appuyé et encouragé cette idée.

John M. Esdaile, M.D., MPH, FRCPC, FCAHS
Professeur de médecine,
Université de la Colombie-Britannique
Professeur auxiliaire,
Université de Calgary
Directeur scientifique, Arthrite-recherche Canada (ARC)
Vancouver (Colombie-Britannique)

Des nouvelles du comité scientifique

Par Evelyn Sutton, M.D., FRCPC

Il m'apparaît tout indiqué, compte tenu des célébrations prévues pour le 150^e anniversaire du Canada, que le lieu retenu pour l'assemblée scientifique annuelle (ASA) de la SCR soit notre capitale nationale. Je suis enthousiasmée par notre programme d'excellents conférenciers, d'ateliers et bien entendu et par le temps alloué pour le réseautage. Le thème pour cette année est la pérennité, non seulement du système de la santé, mais également de la santé individuelle et collective. Vous pouvez vous attendre au très populaire Grand Débat (*Biologiques ou biosimilaires?; Qu'il soit résolu que le traitement le moins coûteux soit choisi; Changer, Changer, Changer!*), de brillants ateliers et, suite au grand succès obtenu l'année dernière, une nouvelle édition du jeu *Rhumato-Jeopardy* du Dr Philip Baer. Une nouvelle séance, *Aperçu de l'année à venir*, devrait aussi susciter des discussions intéressantes; en effet, nous demanderons aux experts prescients de nous prédire les percées à anticiper pour 2017 dans les domaines de la science fondamentale, de la science clinique, de la pédiatrie et des modèles de soins.

Le comité organisateur et moi-même sommes ravis de savoir que les conférenciers de renom suivants se joindront à nous :

On doit au Dr Allen Steere la découverte de la maladie de Lyme. Il a travaillé durant les 40 années suivantes à l'étude des manifestations cliniques, de l'épidémiologie, de la pathogenèse, du diagnostic, du traitement et de la prévention de cette infection. Il est professeur de médecine à l'Université Harvard et directeur de la recherche translationnelle en rhumatologie à l'Hôpital général du Massachusetts.

Le Dr Matthew Warman est professeur Harriet M. Peabody de génétique et chirurgie orthopédique à la Faculté de médecine de l'Université Harvard. En 1994, le Dr Warman a fondé un laboratoire indépendant et un programme clinique au département de génétique et au Centre de génétique humaine de l'Université Case Western Reserve et des hôpitaux universitaires de Cleveland. En 2006, il est retourné à Boston où il est devenu directeur des laboratoires de recherche orthopédique à l'Hôpital pour enfants de Boston.

Le Dr Jonathon Fowles est professeur et physiologiste de l'exercice à l'Université Acadia; les travaux qu'il mène au Centre of Lifestyle Studies portent sur les effets de l'exercice sur la santé des athlètes, des aînés et des personnes invalides ou souffrant de maladies chroniques. Le Dr Fowles a abondamment travaillé avec l'Association canadienne du diabète, la Société canadienne de physiologie de l'exercice, la Fondation des maladies du cœur et plusieurs instances sanitaires régionales.

Ne tardez pas à réserver vos billets d'avion et votre chambre d'hôtel, et inscrivez-vous pour ce qui promet d'être une fantastique assemblée. Au plaisir de vous y voir!

Evelyn Sutton, M.D., FRCPC

Professeure de médecine et de formation médicale,
Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Mise à jour du comité de l'éducation

Par Christopher Penney, M.D., FRCPC

Un atelier de vérification des dossiers a été présenté lors de la plus récente Assemblée scientifique annuelle (ASA) qui a eu lieu à Lake Louise en février dernier. Le Dr Henry Averbs était le principal moteur derrière cette initiative, mais son vol ayant été retardé par la mauvaise température, la Dre Mary Bell l'a remplacé à la dernière minute et s'est très bien acquittée de sa tâche. Les leçons tirées de cet atelier ont été utilisées pour développer la Banque de vérification des dossiers sur le site Web de la SCR. Rendez-vous sur le site rheum.ca/fr/members/chart_audit pour plus d'information sur la vérification des dossiers.

N'oubliez pas de vérifier le site Web de la SCR en 2017 pour plus d'outils d'amélioration de la pratique, comme la lettre de transfert des responsabilités uniformisée que la Dre Mary-Claire Yelovich (résidente en médecine interne) est en train de développer sous la supervision de la Dre Mary Bell.

Si vous avez effectué une vérification de votre pratique avec succès, votre contribution pour inclusion possible dans la Banque de vérification des dossiers de la SCR serait la bienvenue. Comme vous le savez, le Collège royal exige de nous tous des activités d'auto-évaluation (section 3), et cela est une façon simple et peu coûteuse de s'acquitter de ce devoir.



Le comité de l'éducation à l'ASA 2016 de Lake Louise.

N'hésitez pas à me faire parvenir vos résultats de vérification pour remise au comité de l'éducation pour des rétroactions et suggestions. La réflexion sur cette rétroaction et sur les changements résultants au niveau de votre pratique est un aspect essentiel du succès d'une vérification des dossiers.

Si vous avez conçu un programme de formation médicale continue (FMC) axé sur l'auto-évaluation, la réflexion sur la pratique ou l'amélioration de la pratique qui pourrait être partagé avec vos collègues, veuillez examiner les modalités et conditions pour le prix Réflexion sur la pratique sur le site Web de la SCR (rheum.ca/fr/the_cra/practice_reflection_award).

Vous pourriez vous qualifier pour un des trois prix décernés annuellement. L'échéancier pour toute soumission de candidature est le 31 décembre 2016. Si vous avez assisté à l'ASA de Lake Louise, vous aurez probablement remarqué l'intégration réussie des tests avant et après le transfert des connaissances dans le programme. Ceci est grâce aux efforts de Christine Charnock, directrice générale de la SCR, et de son personnel dévoué.

Enfin, *Dilemme en rhumato* est une série de téléconférences didactiques conçue pour les rhumatologues récemment certifiés et stagiaires. Chaque séance présentera un expert dans un domaine particulier, qui parlera des cas soumis par les participants et répondra à leurs questions. Nos sincères remerciements à la Dre Janet Pope pour ce programme. Rendez-vous sur le site rheum.ca/fr/education/dilemma_rheum pour de plus amples renseignements.

Si vous avez des idées sur la formation que vous aimeriez voir la SCR développer ou faciliter, veuillez nous en faire part par le biais de la Boîte à suggestions pour la formation sur le site rheum.ca/fr/education/education_suggestion_box.

Christopher Penney, M.D., FRCPC
Professeur clinicien agrégé, Université de Calgary
Rhumatologue, Centre de diagnostic et de traitement
Richmond Road, Calgary (Alberta)

Des nouvelles du comité des résumés

Par Maggie Larché, M.B.Ch.B., MRCP(R.-U.), Ph.D.

Le comité des résumés se prépare de nouveau à examiner tous les résumés présentés pour la réunion de 2017. Cette année, nous avons reçu 276 résumés abordant une grande variété de sujets.

Pour susciter l'enthousiasme des stagiaires, des jeunes professeurs ainsi que des étudiants en médecine et au premier cycle, nous aurons, en 2017, neuf prix à décerner :

- Meilleur résumé de recherche clinique présenté par un jeune professeur
- Meilleur résumé de recherche en sciences fondamentales présenté par un stagiaire
- Prix Phil Rosen du meilleur résumé de recherche clinique ou épidémiologique présenté par un stagiaire
- Prix Ian Watson du meilleur résumé de recherche sur le LÉD présenté par un stagiaire
- Meilleur résumé présenté par un étudiant de médecine
- Meilleur résumé présenté par un résident de niveau postdoctoral

- Meilleur résumé présenté par un résident en rhumatologie
- Meilleur résumé présenté par un étudiant de médecine
- Meilleur résumé présenté par un stagiaire en recherche de niveau postdoctoral

Une fois de plus, deux séances interactives de présentation d'affiches seront organisées, qui permettront aux délégués d'interroger les présentateurs d'affiches, et deux séances de présentation à la tribune, qui inclueront des présentations orales de certains des meilleurs résumés. Au plaisir de vous y voir.

Maggie Larché, M.B.Ch.B., MRCP(R.-U.), Ph.D.
Professeure agrégée, Division de rhumatologie,
Départements de médecine et de pédiatrie
Rhumatologue, Centre de santé St. Joseph,
Hamilton et Université McMaster,
Hamilton (Ontario)

Mises à jour du comité de l'optimisation des soins

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

Au nom du comité de l'optimisation des soins, j'aimerais commencer par remercier le Dr Henry Averns et souligner ses importantes contributions en tant que président du comité au cours des quatre dernières années. Le Dr Averns a notamment amené ce comité à revendiquer avec succès des changements au formulaire des services de santé non assurés (SSNA) pour permettre l'accès aux agents biologiques pour les membres des Premières nations visées par un traité qui sont atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) et a supervisé plusieurs autres activités comme la finalisation et diffusion de la campagne *Choisir avec soin* menée par les docteurs Shirley Chow et Carter Thorne, la participation de la SCR à l'Alliance sur les temps d'attente menée par le Dr Nigil Haroon et l'achèvement et la diffusion du sondage « Levez-vous pour être compté! » par les membres du comité des ressources humaines (en particulier la Dre Claire Barber). Nous sommes très reconnaissants pour l'engagement du Dr Averns à continuer à assurer la liaison avec le programme des SSNA dans le futur. Les réponses des membres de la SCR à notre sondage sur l'expérience du programme SSNA ont été compilées et discutées avec les responsables du programme SSNA en septembre; la SCR disposera bientôt de nouvelles ressources de soutien pour s'assurer que les critères pour l'accès initial limité et le renouvellement soient clairs et accessibles, en plus de préparer un document pour faciliter la compréhension du processus de demande au programme SSNA.

De nouvelles activités relevant du mandat du comité de l'optimisation des soins ont été approuvées lors de la réunion

du conseil de la SCR en avril 2016. Pour l'année à venir, nous concentrerons nos efforts sur deux volets précis : (1) accroître l'incidence des relations des rhumatologues avec les patients autochtones par le biais de formation en compétence culturelle autochtone; et (2) collaborer avec la Dre Claire Barber et l'Alliance de l'arthrite du Canada pour cerner les données essentielles propres à la rhumatologie, qui alimenteront la collecte d'information pertinente à la mesure de la qualité des soins dans nos contextes de pratique variés. Le comité de l'optimisation des soins participe également à des activités avec le comité des lignes directrices et prévoit produire un document de synthèse soulignant les procédés suggérés dans le cadre du renouvellement des lignes directrices relatives à la PR. J'ai aussi représenté la SCR à la réunion de Canada 2020 qui a eu lieu à Ottawa en septembre dernier et qui a notamment permis de discuter de réformes et de mécanismes de financement possibles pour notre système de la santé alors que nous entamons un nouveau cycle de renouvellement de l'Accord sur la santé entre les ministères de la santé fédéral et provinciaux.

Le comité de l'optimisation des soins est toujours heureux de recevoir vos suggestions d'activités pour nous aider à remplir notre mission d'améliorer l'accès équitable à des soins de qualité. N'hésitez pas à communiquer avec moi (cbbarnab@ucalgary.ca) ou avec Claire McGowan-Shaw (Claire@rheum.ca).

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

Professeure adjointe,

Université de Calgary, Calgary (Alberta)

BIENVENUE ET AU REVOIR

Félicitations :

Nos félicitations aux docteurs Paul Davis et Brian Hanna alors qu'ils prennent leur retraite. La SCR et le comité de rédaction du *JSCR* vous souhaitent le meilleur.

Bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Tooba Ali, Hamilton (ON)

Amber Cogar, Winnipeg (MB)

Ina Cusnir, Edmonton (AB)

Martha Decker, Edmonton (AB)

Muhammed Dhalla, Vancouver (C.-B.)

Caylib Durand, Calgary (AB)

Shaina Goudie, Saskatoon (SK)

Kun Huang, Richmond (C.-B.)

Sara Hussein, Montréal (QC)

Konstantin Jilkine, Saskatoon (SK)

Delphine Keyaert, Laval (QC)

Sonia Lagacé, Québec (QC)

Dara Mairiang, Vancouver (C.-B.)

Maig Nguyen, Winnipeg (C.-B.)

Marc-Etienne Parent, Sherbrooke (QC)

Elisabeth Pek, Toronto (ON)

Anthony Perrucio, Toronto (ON)

Saara Rawn, Hamilton (ON)

Alexandra Saltman, Toronto (ON)

Michael Wokowski, Montréal (QC)

Sophie Wojcik, Montréal (QC)

Yan Yeung, London

Xiixin (Tony) Zhang, Toronto (ON)

CanREAL : comment contribuer à l'éducation en rhumatologie

Par Raheem B. Kherani, B.Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE;
Susan Humphrey-Murto, M.D., FRCPC, M.Éd.;
Christopher J Penney, M.D., FRCPC

CanREAL est un sous-comité du comité de l'éducation de la SCR. CanREAL, ou *Canadian Rheumatology Education and Learning*, a été fondé sur le principe de « promouvoir les bourses d'études dans l'éducation en rhumatologie ». Il y a environ 15 ans de cela, la Dre Lori Albert avait initialement rassemblé un petit noyau d'éducateurs en un groupe informel. Lors de l'assemblée scientifique annuelle (ASA) 2012 de la SCR, le groupe s'est réuni et a formé ce sous-comité du groupe de travail. À l'ASA 2013 de la SCR, le statut de sous-comité officiel leur a été accordé par la SCR.

Objectifs :

- Promouvoir l'échange d'idées et de pratiques exemplaires pour l'éducation en rhumatologie au niveau prédoctoral et postdoctoral.
- Promouvoir les bourses d'études en rhumatologie au Canada.

Structure organisationnelle :

Il s'agit d'un comité ouvert dont les membres sont des individus qui s'intéressent à l'éducation médicale au niveau prédoctoral et postdoctoral. Les résidents en rhumatologie qui envisagent une carrière dans l'éducation médicale sont particulièrement bienvenus. Ceux qui souhaitent participer peuvent communiquer avec une des personnes ci-dessous :

- Dr Raheem B. Kherani, président : raheem.b.kherani@gmail.com
- Dre Susan Humphrey-Murto, vice-présidente : shumphrey-murtomd@toh.on.ca
- Dr Christopher Penney, secrétaire et président du comité de l'éducation de la SCR : penney@ucalgary.ca

Réunions :

Des rencontres en personnes ont lieu à l'ASA de la SCR chaque année. Des téléconférences ont été organisées selon les besoins tout au long de l'année, avec l'appui de la SCR.

Ceci est un forum national de collaboration en matière d'éducation, d'innovation et de bourses d'études en rhumatologie. Les collaborations en cours comprennent le développement de projets partagés et de liens que la SCR encourage en appuyant des organisations comme CanREAL. Des discussions ont été entamées à propos d'un nouveau prix possible,

nommé le prix du Projet d'innovation en matière d'éducation médicale, qui serait un complément au prix Réflexion sur la pratique récemment introduit. Les directions futures comprennent des tables rondes continues parmi les éducateurs en rhumatologie à l'échelle nationale pour le partage des pratiques exemplaires et des innovations et pour fournir une plateforme pour le développement de bourses d'études dans les différents établissements. Par le biais de collaborations au sein de la SCR, nous nous efforçons de développer plus de ressources en ligne et d'améliorer la portée éducative de l'ASA de la SCR.

Si vous souhaitez contribuer à l'éducation médicale en rhumatologie à l'échelle nationale, joignez-vous à nous pour la prochaine réunion de CanReal à Ottawa!

*Raheem B. Kherani, B.Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE
Professeur adjoint de clinique,
Université de la Colombie-Britannique,
Directeur médical,
Programme pour l'arthrite,
Centre de réadaptation GF Strong,
Vancouver (Colombie-Britannique)
Rhumatologue,
West Coast Rheumatology Associates
Richmond (Colombie-Britannique)*

*Susan Humphrey-Murto, M.D., FRCPC, M.Éd.
Directrice de la recherche en éducation,
Département de médecine
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)*

*Christopher Penney, M.D., FRCPC
Professeur clinicien agréé,
Université de Calgary
Rhumatologue,
Richmond Road Diagnostic & Treatment Center
Calgary (Alberta)*

Mise à jour de l'ARO

Par Jane Purvis, M.D., FRCPC

L'Association de rhumatologie de l'Ontario (ARO) a eu une autre assemblée annuelle très réussie du 27 au 29 mai 2016 au JW Marriott à Muskoka. La participation demeure forte avec plus de 200 participants de partout dans la province. La Dre Janet Pope nous avait préparé un excellent programme scientifique avec des conférenciers locaux et internationaux aussi intéressants qu'inspirants. Des mises à jour sur la sclérodermie du Dr D. Khanna et sur la goutte de la Dre P. Khanna, de même que sur les risques cardiovasculaires associés à la maladie inflammatoire et une mise à jour sur la dermatologie, ont fait partie des nombreux sujets abordés. La conférencière principale était Suzanne McGurn, sous-ministre adjointe et chef de la direction générale des Programmes de médicaments publics de l'Ontario.

En plus des présentations scientifiques, il y avait des kiosques de différentes agences présentes et une Marche contre la douleur très réussie pour la Société de l'arthrite, qui a permis de recueillir plus de 14 000 \$. Les activités éducatives du samedi après-midi incluaient la photographie, des démonstrations culinaires, des dégustations de vin et une

présentation de reptiles. Samedi soir, place au souper gala durant lequel le prix Rhumatologue de l'année a été présenté à la Dre Vandana Ahluwalia, suivi d'une soirée dansante qui s'est prolongée jusqu'au petit matin.

L'ARO continue à s'épanouir grâce à l'engagement et l'enthousiasme de son cadre dirigeant, de son conseil d'administration et de ses membres. Les efforts du groupe sont visibles non seulement lors de notre assemblée annuelle, mais aussi dans les activités variées que nous menons tout au long de l'année et que nous espérons poursuivre pour de nombreuses années à venir.

Notre prochaine assemblée, qui s'annonce déjà fort prometteuse, aura lieu du 26 au 28 mai 2017.

Jane Purvis, M.D., FRCPC

Présidente, comité sur les tiers payeurs,

Association de rhumatologie de l'Ontario (ARO)

Ancienne présidente, ARO

Rhumatologue,

Peterborough (Ontario)

Mise à jour de l'AMRQ

Par Frédéric Morin, M.D.

D'année en année, j'ai l'impression de vous annoncer de grands changements dans la pratique médicale au Québec... Et c'est le cas! Notre « omni-ministre » de la Santé dépose des lois les unes après les autres et joue au jeu « de la carotte et du bâton ». Afin d'éviter une coupure allant jusqu'à 30 % (!) de nos revenus, un processus d'accès priorisé de la première ligne vers la médecine spécialisée, avec des cibles de performance, nous est demandé. Un formulaire provincial unique de demande de consultation en rhumatologie devra donc être utilisé dès le début de l'année 2017. Les rendez-vous seront assignés par une centrale régionale; il faudra donc donner nos disponibilités trois mois d'avance... Nous prévoyons que d'importantes perturbations seront causées par l'introduction [l'intrusion] de la bureaucratie dans nos pratiques cliniques. Malgré tout, l'Association des médecins rhumatologues du Québec (AMRQ) garde le moral et poursuit

son développement positif. Notre congrès annuel a eu lieu à la fin du mois de septembre dernier et s'est avéré un franc succès grâce à la synergie découlant de notre association avec les membres de la Société française de rhumatologie. Un programme de crédits de la section 3, intitulé « TOP 3 en rhumatologie », habilement préparé par les docteurs Anne St-Pierre et Angèle Turcotte, se tiendra au printemps 2017. Au cours de la prochaine année, l'AMRQ mettra en place une journée de mise à jour destinée aux infirmières cliniciennes travaillant avec nos rhumatologues.

Je ne pourrais terminer sans féliciter mon ami et collègue, le Dr Louis Bessette, qui a reçu, à juste titre, la bourse du mérite 2016 de l'AMRQ.

Frédéric Morin, M.D.

Président, AMRQ, Montréal (Québec)

Des nouvelles de la SOAR

Par Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC



Les membres de la SOAR à l'assemblée annuelle.

La 33^e assemblée annuelle de la Société des rhumatologues de l'Atlantique (SOAR) a eu lieu au Fox Harb'r Resort près de Wallace, en Nouvelle-Écosse, du 17 au 19 juin 2016. Une fois de plus, les rhumatologues des trois provinces maritimes se sont rassemblés pour un week-end de développement intellectuel et social.

Cette année, la conférence « David Hawkins » en rhumatologie a été présentée par le Dr Troy Torgerson, M.D., Ph.D., du Seattle Children's Research Institute à Seattle (Washington). Il a amorcé la rencontre avec une présentation sur « comment il utilise le laboratoire pour évaluer le système immunitaire », suivi d'une seconde présentation sur « les troubles de dérèglement du système immunitaire, à quoi ils ressemblent et comment les évaluer ». Le Dr Torgerson possède ce talent unique de rendre un sujet compliqué plus abordable; à la fin de ces présentations, nous étions tous enchantés.

Notre deuxième conférencier était le Dr Julius Birnbaum, M.D., de Johns Hopkins à Baltimore (Maryland), qui est le seul à se distinguer par une double certification de rhumatologue et neurologue aux États-Unis. Il a d'abord abordé la question des « complications neurologiques du lupus », pour ensuite se pencher sur les « complications neurologiques du syndrome de Sjögren ».

Mais n'allez surtout pas croire que nous avons omis d'intégrer un peu de loisirs au travail; des temps libres avaient été prévus pour nous permettre de nous adonner à des quêtes autres que l'expertise médicale, comme le golf, la course à pied, le tennis et la pêche à la mouche.

Nous avons tous hâte à l'assemblée de la SOAR 2017, qui aura de nouveau lieu au Fox Harb'r, du 23 au 25 juin. Réservez cette date dans votre agenda!

Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC

Directeur et chef de division intérimaire, professeur agrégé,

Division de rhumatologie, Département de médecine,

Université Dalhousie

Président, SOAR

Halifax (Nouvelle-Écosse)



INTERVENTIONS GUIDÉES PAR ULTRASONOGRAPHIE AVEC FORMATION PRATIQUE SUR DES CADAVRES POUR LES RHUMATOLOGUES

DATES : Cours post-SCR
11 et 12 février 2017

LIEU : Centre de compétences et de
simulation de l'Université d'Ottawa

www.uossc.ca



DESCRIPTION :

Formation conçue pour améliorer les compétences requises pour les interventions guidées par ultrasonographie musculosquelettique et la précision du diagnostic et du traitement. Avec un accent sur la sonographie pertinente, les participants bénéficieront d'une expérience pratique supervisée du balayage des structures des membres supérieurs et inférieurs avec des cadavres humains embaumés. Le faible ratio enseignant-élève assure une attention individuelle à chacun pour favoriser l'acquisition de compétences avancées.

Préalable : une formation de base en ultrasonographie musculosquelettique est recommandée.

CORPS ENSEIGNANT : De remarquables praticiens et enseignants chevronnés en matière d'ultrasonographie musculosquelettique.



Johan Michaud
M.D., FRCPC
– Montréal

Professeur adjoint de physiatry et consultant en ultrasonographie musculosquelettique à l'Hôpital Notre-Dame, CHUM, Univ. de Montréal et à l'Institut de physiatry du Québec, Montréal (Québec)



Alessandra Bruns
M.D., M.Sc., FRCPC, RhMSUS
– Sherbrooke

Professeure titulaire de rhumatologie et directrice de la Clinique d'ultrasonographie musculosquelettique à l'Hôpital Hôtel-Dieu, CHUS, Univ. de Sherbrooke (Québec)
Consultante en ultrasonographie musculosquelettique à l'Hôpital de Montréal pour enfants, Univ. McGill, Montréal (Québec)



Gurjit S Kealey
MBBS, MRCP RhMSUS
– Jacksonville

Professeur de médecine, Chef de la division de rhumatologie, Directeur de l'ultrasonographie musculosquelettique, Univ. de la Floride, Collège de médecine, Jacksonville, FL.

DIRECTEURS DE COURS :

Abraham Chaiton

M.D., M.Sc., FRCPC, RhMSUS
– Toronto

Professeur adjoint de médecine, Univ. de Toronto
Rhumatologue – Hôpitaux de Sunnybrook et Humber River

Johannes Roth

M.D., Ph.D., FRCPC, RhMSUS
– Ottawa

Professeur de pédiatrie, Univ. d'Ottawa
Chef de la division de rhumatologie pédiatrique, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario

FRAIS D'INSCRIPTION : 1400 \$ CA – Inscription à l'avance
1200 \$ pour les membres de la SURC 1000 \$ pour les étudiants
Il est recommandé de s'inscrire à l'avance : www.crus-surc.ca/fr/courses/

CRÉDITS DE FORMATION :

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



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



La simplicité d'un schéma posologique biquotidien par voie orale

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

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

Mises en garde et précautions les plus importantes :

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

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

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

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

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

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

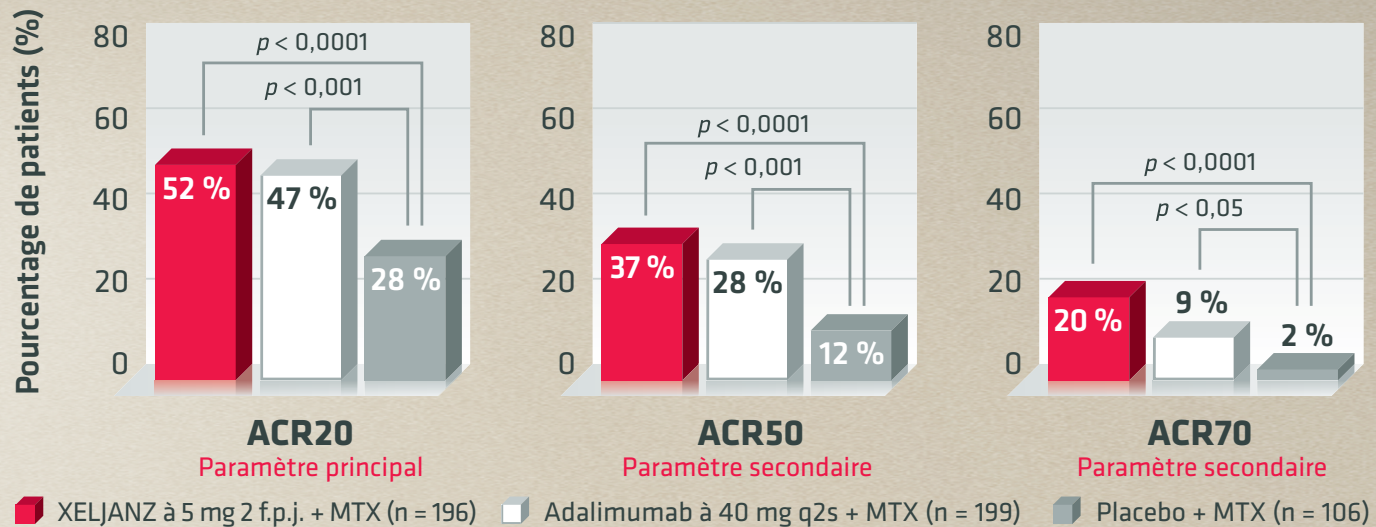


Efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

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

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

Taux de réponse ACR après 6 mois



Amélioration significativement supérieure de la capacité fonctionnelle observée chez les patients traités par XELJANZ + MTX après 3 mois, comparativement au groupe placebo + MTX (comme l'indiquaient les diminutions des scores HAQ-DI)^{1*}.

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

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

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

Pour de plus amples renseignements :

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



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



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

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

Références : 1. Pfizer Canada inc, Monographie de XELJANZ, 15 septembre 2015. 2. La Société de l'arthrite. Bulletin Impact (juin 2014) – La facilité d'emploi. En ligne au : <http://www.arthrite.ca/page.aspx?pid=7660>. Consulté le 22 juillet 2014. f.p.j. : fois par jour; MTX-RI : réponse insuffisante au méthotrexate; q2s : toutes les 2 semaines.

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

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

Pr **XELJANZ**^{MC}
[citrate de tofacitinib]

Des nouvelles de l'Alliance de l'arthrite du Canada

Par Jaime Coish, Directrice générale, AAC

L'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) est un regroupement pancanadien de plus de trente organismes concernés par l'arthrite qui ont un but en commun : améliorer la vie des Canadiens aux prises avec l'arthrite.

Congrès annuel de l'AAC

Les 27 et 28 octobre 2016, l'AAC tenait son congrès annuel, « Interpréter l'arthrite : du savoir à l'action pour les Canadiens », à Montréal, en collaboration avec ses partenaires, l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IALA) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et la Société de l'arthrite. L'événement a rassemblé des professionnels de la santé spécialisés dans les soins pour l'arthrite, des chercheurs, des agences de financement, des représentants gouvernementaux, des organismes bénévoles, des représentants de l'industrie, des stagiaires et des patients qui, pendant deux jours, ont travaillé ensemble à l'avancement de notre cadre de travail national (<http://action-collective-pour-l-arthrite>) axé sur nos trois piliers fondamentaux : 1) la défense des intérêts et la sensibilisation; 2) la recherche; et 3) l'amélioration de la prévention. Les présentations des ateliers et une vidéo du mot de bienvenue du député Yves Robillard sont accessibles sur <http://arthritisalliance.ca/en/events/annual-conference>.

Programme de bourses de l'AAC

Inauguré le 27 octobre 2016 lors du souper gala du Congrès annuel de l'AAC, le nouveau programme de bourses se veut un moyen de reconnaissance nationale des études de haute qualité dans les domaines prioritaires de l'AAC tels qu'identifiés dans le Cadre national. Cette reconnaissance s'efforcera 1) de reconnaître officiellement les contributions de patients partenaires et de chercheurs; 2) d'aider les chercheurs à soumettre des demandes de subvention concurrentielles et à participer aux programmes nationaux; et 3) de fournir des occasions de mettre en évidence la recherche sur l'arthrite.

Sept bourses seront remises, d'une valeur de 750 \$ CA chacune, généreusement commanditées par des membres de l'AAC, comme suit :

Quatre bourses pour des stagiaires, des chercheurs en début de carrière et des enseignants en début de carrière pour leurs contributions à la recherche sur l'arthrite et une bourse pour chacune des catégories suivantes :

1. Étudiant en maîtrise, commanditée par l'Institut de la santé des os et des articulations

2. Étudiant au doctorat, commanditée par le comité ACE (Arthritis Consumer Experts)
3. Boursier postdoctoral, commanditée par l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IALA) des IRSC
4. Jeune chercheur universitaire (dans les cinq années suivant la fin des études), commanditée par l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IALA) des IRSC
5. Recherche en traduction des connaissances, commanditée par l'Institut des os et des articulations de l'Université de Western Ontario.
6. Pratique de traduction des connaissances, commanditée par Janssen, inc.
7. Patient participant activement à la recherche sur l'arthrite, commanditée par la Société de l'arthrite.

Échéanciers :

- Un avis d'intention (nom du candidat, institution, superviseur et titre du projet de recherche) doit être envoyé au bureau de l'AAC par courriel à lgazizova@arthritisalliance.ca avant le mercredi 14 décembre 2016 (minuit HE).
 - La demande complète doit être envoyée au bureau de l'AAC par courriel à lgazizova@arthritisalliance.ca avant le jeudi 3 janvier 2017 (minuit HE).
 - Les décisions seront annoncées au début de mars 2017.
- Veillez vous rendre sur le site www.arthritisalliance.ca pour les applications, les directives et les renseignements pertinents.

Nous avons TOUS un rôle à jouer dans l'amélioration de la prévention et des soins de l'arthrite au Canada. Un ÉNORME merci aux membres de l'AAC pour leur engagement et leurs contributions; sans leur soutien, ces importantes initiatives ne pourraient pas voir le jour. Leurs efforts continus tant à titre d'organismes individuels et en collaboration avec d'autres parties prenantes concernées par l'arthrite sont essentiels pour atteindre l'objectif global d'atténuer le fardeau de l'arthrite.

Pour recevoir notre bulletin de nouvelles mensuel afin de vous tenir informés ou de participer, veuillez communiquer avec Mme Jaime Coish à jcoish@arthritisalliance.ca.

Jaime Coish

Directrice générale, Alliance de l'arthrite du Canada (AAC)
Toronto (Ontario)

Notes sur la conférence annuelle de la NWRS

Par John Wade, M.D.

La Conférence annuelle 2016 de la Northwest Rheumatism Society (NWRS) a eu lieu à Vancouver du 5 au 7 mai 2016. Cette rencontre internationale se tient sur une base annuelle, alternant entre Portland (Oregon), Seattle (Washington) et Vancouver (Colombie-Britannique). Les comités organisateurs locaux ont lancé ce projet de rencontre éducative de deux ou trois jours qui se poursuit avec succès depuis maintenant plusieurs décennies pour promouvoir l'apprentissage et fournir une occasion de collaboration entre les rhumatologues du Nord-Ouest du Pacifique. Les États américains comprennent l'Oregon, Washington, l'Idaho, le Montana et l'Alaska. Les provinces de l'Ouest canadien sont également représentées, incluant le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Au cours des dernières années, la conférence a pris de l'ampleur, maintenant reconnue comme un événement éducatif de premier ordre.

La rencontre de 2016 a commencé par une conférence de pointe sur les spondyloarthropathies présentée par le Dr Walter Maksymowych, de l'Université de l'Alberta, mettant l'accent sur l'appréciation clinique actuelle du spectre de la maladie, sa récente classification et les options thérapeutiques. Le lendemain matin a commencé avec une mise à jour sur le rôle des greffes de cellules souches en contexte de maladies rhumatismales présentée par la Dre Sharon Le Clerq et le Dr Jan Storek de l'Université de Calgary. Nos patients qui ont un pronostic défavorable pourraient être envisagés pour une telle greffe si aucun autre traitement n'est disponible. Une revue des techniques d'imagerie pour les rhumatologues par le Dr John O'Neill, de l'Université McMaster, a mis en évidence l'important rôle de l'imagerie, soulignant les risques radiologiques et se penchant sur les plus récents modes d'imagerie disponibles.

La Dre Mollie Carruthers, qui s'est récemment jointe à notre groupe en provenance de l'Université Harvard, nous a présenté une mise à jour sur le spectre de la maladie associée aux IgG4. Ceci a été suivi de deux discussions stimulantes, par la Dre Désirée van der Heijde et le Dr Robert Landewe, venus de l'Europe, couvrant où nous en sommes avec l'imagerie pour la rémission de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et les récentes études suggérant que l'ultrasonographie pour l'évaluation de nos patients ne serait peut-être pas aussi aidante que ce qu'on nous avait fait miroiter pour faciliter la prise de décisions cliniques.

Une conférence remarquable sur les plus récentes approches de diagnostic sérologique des maladies auto-inflamma-

toires et des maladies rhumatismales systémiques, présentée par le Dr Marv Fritzler, a souligné l'importance d'utiliser le laboratoire pour mieux caractériser certaines de nos maladies.

Celle-ci a été suivie d'un « Marché aux voleurs » pendant lequel des boursiers en rhumatologie de l'Université de la Colombie-Britannique ont testé les connaissances de cliniciens chevronnés avec des cas rhumatologiques rares.

La Dre Monika Ostensen, de la Suède, a présenté une conférence de pointe sur la prise en charge des patientes aux prises avec les maladies rhumatismales durant leur grossesse. Nous avons ensuite eu droit à une éloquente discussion sur les dommages structuraux associés à la PR et à l'arthrite psoriasique (APs) présentée par le Dr Georg Schett, de l'Allemagne, qui a préparé le terrain pour une discussion clinique sur la prise en charge des ces importantes maladies en rhumatologie.

Le discours d'ouverture du Dr Paul Emery, de l'Université Leeds, sur la prévention de la maladie inflammatoire auto-immune a souligné que, nonobstant notre succès actuel face à la maladie établie, il nous faut maintenant fixer la barre plus haute pour en venir à identifier la maladie avant que les dommages ne surviennent et utiliser des stratégies de prise en charge plus tôt dans l'évolution de la maladie.

La rencontre s'est terminée avec une excellente revue de l'année, présentée par le Dr John Watterson, résumant les études repères publiées au cours des 12 mois précédents.

John P Wade, M.D.

*Directeur médical, Pacific Arthritis Centre
Vancouver (Colombie-Britannique)
Université de la Colombie-Britannique*



Le Dr John Esdaile à la conférence de la NWRS.

Pourquoi je me lance dans la Totale Bouette

Par Erin Norris, M.D., FRCPC

J'ai reçu un diagnostic de sclérose en plaques (SP) en 2010, alors que j'étais à la 20^e semaine de ma troisième grossesse. À la naissance de Leah, lorsque je la regardais, je me demandais si j'allais être capable de faire avec elle tout ce que j'avais fait avec mes deux plus vieux. Puis quand j'ai été prête à arrêter de me poser cette question, j'ai décidé qu'il était temps de prendre les choses en main.

En 2014, j'ai participé à mon premier défi Totale Bouette de la Société canadienne de la SP à Hamilton. Je n'avais jamais participé à une course à obstacles avant, mais c'était quelque chose de différent et un défi à relever. Mon mari, Larry, m'a donné tout son soutien et s'est immédiatement joint à mon équipe. J'ai aussi convaincu nos amis, Anthony et Naomi, de se joindre à nous, même si je suis persuadée qu'ils ont tous deux pensé que j'étais un peu folle.

Lorsque les dons d'amis et de membres de ma famille ont commencé à s'accumuler, j'ai réalisé que j'allais vraiment devoir le faire. La veille de l'événement, je suis restée longtemps éveillée à penser aux obstacles qui seraient insurmontables et à ma jambe gauche qui pourrait me laisser tomber. Je m'étais entraînée et j'étais prête, mais je m'inquiétais de mon corps imprévisible devant un défi.

Mais le lendemain, l'énergie et l'esprit de camaraderie à l'événement étaient extraordinaires. J'ai vu des étrangers s'aider mutuellement à passer par dessus et en dessous des

obstacles et des coéquipiers s'encourager l'un l'autre. L'adrénaline m'a propulsée tout au long du parcours et mon cœur était prêt à éclater de fierté lorsque j'ai franchi la ligne d'arrivée sous les applaudissements et que je me suis penchée pour recevoir ma médaille. J'étais fière de ce que j'avais accompli et reconnaissante de voir tant de monde réuni, pour moi et pour d'autres, dans le combat pour mettre fin à la SP. J'ai juste un peu honte d'avouer que j'ai pleuré.

J'ai maintenant participé à trois défis Totale Bouette pour la SP. Cette année, ma famille et mon équipe se sont engagées à recueillir 100 000 \$ pour la Société canadienne de la SP, à grands coups de Totale Bouette. Je suis fière de sensibiliser les gens à la SP tout en recueillant des fonds pour la recherche. Trois années plus tard, je sais que les obstacles qui m'attendent sur le parcours, comme les défis de la SP, n'auront pas raison de moi.

Pour plus d'information à propos des efforts de collecte de fonds de la Dre Norris, visitez son site Web à l'adresse <http://mssoc.convio.net/goto/ErinNorris2016>.

Erin Norris, M.D., FRCPC

Professeure adjointe, Université de Toronto

Rhumatologue titulaire, Division de rhumatologie

Hôpital St. Michael's

Toronto (Ontario)



La famille et l'équipe de la Dre Norris se sont engagées à recueillir 100 000 \$ pour la Société canadienne de la SP.



La Dre Norris et son mari ont réussi à se débarrasser lors de l'événement Totale Bouette à Hamilton.

Le chemin ardu qui mène à l'équilibre entre le travail et la vie personnelle

Par Erin Norris, M.D., FRCPC

Me voici, au cinquième mois de ma troisième grossesse, devant mon ordinateur de bureau à faire défiler les résultats de laboratoire de patients. Le soleil estival laisse briller ses rayons à travers la fenêtre à ma droite, ce qui explique probablement pourquoi je ne vois pas très bien l'écran. Sauf qu'au cours des trois journées qui suivent, je vois de moins en moins de mon œil droit, jusqu'à pouvoir à peine compter des doigts. Le résident en ophtalmologie de garde me rencontre à l'hôpital un dimanche. Et puis vient un tourbillon de spécialistes, un examen par IRM d'urgence, et me voilà avec un diagnostic de sclérose en plaques (SP). Tout va bien, jusqu'à ce que non, rien ne va plus : ma fille a 11 mois et je présente de graves symptômes de vertige et d'ataxie. Je ne peux pas aller travailler. Je ne peux même plus porter ma fille.

La SP n'est pas vraiment différente de toutes ces maladies chroniques imprévisibles que nous traitons en tant que rhumatologues. Il y a de l'incertitude, du déni et de la peur... une trahison du corps. Il y a de l'indignité, une perte de contrôle, associée au fait d'être un patient. Tout cela fait-il vraiment de moi un meilleur médecin? À mon retour au travail, je suis plus lente, je vois moins de patients et je fais moins de cliniques. J'arrête de prendre les appels de l'hôpital et mes collègues doivent prendre le relais. Je transfère les soins de mes patients les plus atteints (et oserais-je dire les plus intéressants?) à d'autres, et certains patients demandent un transfert parce qu'ils doivent attendre trop longtemps pour me voir.

Et pourtant, j'écoute plus. Je prends plus de temps avec mes patients. Je comprends les petites injustices qui viennent avec la condition de patient, surtout l'attente, et les plus grandes injustices aussi. Je sais au plus profond de moi que ce que les patients disent dans le bureau du médecin est une partie tellement infime de leur expérience de maladie et de leur per-



La Dre Norris et sa famille (de gauche à droite) : Rebecca, Dre Erin Norris, Judah, son mari Larry et Leah.

sonne. Alors je tente d'honorer cette vérité. Je tente d'être le type de défenseur des droits du patient que j'aimerais avoir pour moi-même. Et de cette façon, je retrouve mon sentiment d'être utile en tant que médecin.

Voici la vérité : je ne serai jamais la bonne rhumatologue pour tous les patients. Mais je peux être une excellente rhumatologue pour certains patients. Et, en adaptant ma pratique, il me reste suffisamment d'énergie pour être une excellente épouse et mère, parce que la réalité est que je suis la seule mère que mes enfants ont et la seule épouse de mon mari. Je n'aurais jamais choisi cet équilibre entre mon travail et ma vie personnelle, mais je peux maintenant affirmer que j'en suis reconnaissante.

*Erin Norris, M.D., FRCPC
Professeure adjointe, Université de Toronto
Rhumatologue titulaire, Division de rhumatologie
Hôpital St. Michael's
Toronto (Ontario)*

Ma décision de rejoindre la rhumatologie

Par Natalia Pittman, M.D., FRCPC, M.Sc., B.Sc.

Ma décision de me diriger vers la rhumatologie est survenue de façon inattendue. Ma ligne de visée avait toujours été, avant même d'être acceptée à la faculté de médecine, sur l'oncologie médicale. Toutefois, de nombreuses occasions se sont présentées à moi par inadvertance avant d'avoir eu à choisir ma spécialité et m'ont finalement amenée à changer de direction.

Pendant mes études de premier cycle à l'Université Memorial, j'ai participé à des projets de recherche excitants dans le domaine de la spondylite ankylosante et de l'arthrite psoriasique. À la faculté de médecine, j'ai tenté d'obtenir une rotation en médecine interne générale (MIG) ou en oncologie médicale pour un stage à venir à l'Université Queen's à Kingston (Ontario), mais sans succès. On pouvait cependant m'y offrir un stage en rhumatologie, que j'ai accepté à contrecœur.

Mon expérience pendant ce stage m'a poussée à remettre en question ma décision d'aller vers l'oncologie médicale. J'ai vite réalisé que la rhumatologie comportait de nombreuses facettes qui me plaisaient et qui me parlaient. J'étais, et je demeure, fascinée par les présentations complexes et souvent inhabituelles des maladies. J'aime relever le défi de diagnostiquer un cas et d'établir ensuite les stratégies de prise en charge en tenant compte des nouvelles avancées en matière de médicaments biologiques. J'ai aussi vite reconnu la profonde relation continue qui s'établit entre le médecin et son patient dans ce domaine de spécialisation, et j'étais heureuse de voir comment l'ajout du plan thérapeutique approprié pouvait assurer une qualité de vie à ces patients aux prises avec des conditions rhumatologiques.

Quelques années plus tard, voilà maintenant six mois que j'ai fait ma transition de résidente en médecine interne à l'Université Queen's à boursière en rhumatologie à l'Université McMaster, ce qui a amené de nombreux autres défis. En vue de ce nouvel objectif de formation en rhumatologie, ma famille et moi avons décidé de quitter la ville qui était notre chez-nous pour nous installer dans une ville qui nous était inconnue. Non seulement devais-je apprendre à connaître une nouvelle région, mais je devais également me familiariser avec un nouvel environnement de travail : quatre hôpitaux, une nouvelle équipe de travail et de nouveaux systèmes de dossiers médicaux électroniques. Tout cela était très impres-

sionnant. Être de garde à domicile, plutôt qu'à l'hôpital, a été une nouveauté particulièrement bienvenue, me permettant de passer plus de temps avec mon mari et mes deux enfants.

Malgré l'effervescence associée à ce nouveau chapitre dans ma vie personnelle et professionnelle, je ressentais aussi une certaine anxiété. Mon niveau de responsabilité et d'obligation de reddition de compte en tant que « spécialiste » était significativement plus élevé. Je n'étais plus une résidente, mais bien le médecin traitant subalterne pour mes patients et une

« J'ai vite réalisé que la rhumatologie comportait de nombreuses facettes qui me plaisaient et qui me parlaient. »

enseignante et ressource pour les étudiants en médecine et les résidents. Mon assurance a grandi au cours des quelques premières semaines en tant que boursière en rhumatologie grâce au soutien du personnel et à un environnement qui encourageait l'apprentissage. J'ai aussi eu l'occasion de suivre la formation sur les compétences de base pour le boursier en rhumatologie à Vancouver (C.-B.), un cours d'une semaine qui m'a beaucoup aidée à me préparer pour mon nouveau statut.

Mon défi actuel consiste à trouver le bon équilibre entre mon apprentissage de la rhumatologie et mes études en vue de l'examen en médecine interne du Collège royal. Mon équilibre travail-vie personnelle est maintenant plutôt axé juste sur le travail. C'est une période de ma vie des plus exigeantes, compte tenu des nombreuses heures à consacrer à l'étude en plus de mes obligations professionnelles et personnelles. Heureusement, le soutien de ma famille m'a permis de me concentrer sur ces multiples priorités concurrentielles. À travers tout cela, il y a une chose dont je suis certaine : j'ai choisi un domaine de spécialisation dans lequel je peux envisager une longue et enrichissante carrière et un domaine que j'apprécie sincèrement.

*Natalia Pittman, M.D., FRCPC, M.Sc., B.Sc.
Boursière en rhumatologie,
Université McMaster, Hamilton (Ontario)*

L'analyse des résultats d'essais cliniques en rhumatologie

Par Philip Baer, M.D., C.M., FRCPC, FACR*; Michael Starr, M.D.†; Nigil Haroon, M.D., Ph.D., D.M.‡

*Rhumatologue clinicien; Président, Section de la rhumatologie, Association médicale de l'Ontario, Toronto (Ontario);

†Professeur adjoint de médecine, Université McGill; Rhumatologue, Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Canada);

‡Clinicien scientifique; Rhumatologue, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario)

Introduction

Avec des centaines d'essais cliniques publiés chaque année, la rhumatologie est un domaine qui évolue rapidement. Il est presque impossible de rester au fait de la documentation, et il est presque tout aussi difficile de discerner les essais qui génèrent de précieuses connaissances de ceux qui ont peu à offrir aux rhumatologues praticiens.

Cet article a pour objectif d'aider le lecteur à résoudre ce problème. Ainsi, nous décrirons brièvement les caractéristiques des essais bien et mal conçus, servant de guide au moment d'estimer si le plan, les analyses ou les conclusions d'une étude sont erronés, allant du mauvais choix de patients à l'identification inappropriée d'un effet de classe parmi les agents. Nous avons de plus créé une liste de contrôle, qui peut être utilisée pour évaluer rapidement les nouveaux rapports de recherche et interpréter leurs conclusions.

Le plan de l'étude

Le risque de biais varie selon le type de preuves cliniques disponibles. Il est important d'être conscient du niveau de la preuve avant d'effectuer l'interprétation des résultats. La gra-

datation des recommandations varie en fonction du niveau de la preuve pour répondre à une question clinique ou une question de recherche donnée. Ce principe est universellement reconnu et a récemment été utilisé dans les lignes directrices sur la polyarthrite rhumatoïde (PR) de la Société canadienne de rhumatologie (Tableau 1).

Type d'étude. Les essais prospectifs attendent et suivent l'élaboration des résultats au fil du temps dans la population choisie. Les essais rétrospectifs examinent les dossiers antérieurs pour déterminer si des facteurs de risque ou de précédentes interventions différant entre deux groupes ont influencé des résultats précis. Même si les essais rétrospectifs peuvent produire des données utiles à long terme, certains types de biais sont plus fréquents dans les études rétrospectives que dans celles prospectives, et cela peut affecter la validité de leurs résultats^{2,3}. De plus, les études rétrospectives peuvent ne pas disposer des paramètres de référence nécessaires devant faire l'objet d'une surveillance pour évaluer les effets indépendants³. Par exemple, un examen rétrospectif de 35 ans portant sur l'arthrite septique en tant que complication de la polyarthrite

Tableau 1.

Système d'attribution du niveau de preuve et gradation des recommandations¹

Niveau de preuve	Grade des recommandations
I. Méta-analyses, examens méthodiques d'ECR* ou ECR individuel	A Recommandation forte : • Preuve directe de niveau I
II. Méta-analyses, examens méthodiques d'études observationnelles (cohorte / étude cas-témoin) ou études observationnelles individuelles OU ECR en sous-groupe / analyses post-hoc	B Recommandation modérée : • Preuve directe de niveau II ou preuve extrapolée de niveau I
III. Études descriptives (ex. : études de cas, séries de cas)	C Recommandation faible : • Preuve directe de niveau III ou preuve extrapolée de niveau II
IV. Avis d'expert Les recommandations NR ne sont pas liées à la preuve	D Consensus de recommandation : • Avis d'expert basé sur une preuve très limitée

ECR = essai clinique randomisé; NR = non rapportées.

rhumatoïde (PR) a été réalisé au même établissement, mais l'information sur l'activité de la maladie, les résultats fonctionnels et les dommages structuraux, des facteurs qui pourraient influencer sur les résultats, n'étaient pas disponibles pour la plupart des patients⁴.

La randomisation et l'insu sont d'excellentes méthodes pour réduire les biais au minimum. Si la répartition des patients dans les groupes de traitement n'est pas aléatoire, les investigateurs peuvent, par inadvertance, assigner des patients qui sont davantage malades au groupe de traitement qu'ils estiment être le plus efficace. S'il ne s'agit pas d'une étude à l'insu, les patients, les investigateurs et les évaluateurs des résultats peuvent surestimer les effets des traitements, particulièrement pour les résultats évalués de façon subjective⁵. Le manque de randomisation et les essais sans insu ont été associés à une augmentation de la probabilité qu'une nouvelle thérapie soit supérieure au comparateur⁶.

Même les résultats d'essais cliniques randomisés obtenus *post hoc* ou les analyses des sous-groupes sont sujets à des biais^{7,8}. Une analyse *post hoc* examine les données après l'achèvement de l'essai et les rapports sur les critères d'évaluation

qui n'ont pas été préétablis dans le plan de l'étude. Il a été suggéré que le fait de ne pas révéler au lecteur qu'une analyse a été effectuée après coup devrait être considéré comme un cas d'inconduite scientifique⁹.

Les analyses des sous-groupes consistent en l'analyse de données de groupes de patients précis (répartis selon l'âge, le sexe, la gravité de la maladie ou tout autre facteur) afin de déterminer si un traitement a notamment bien fonctionné pour un type de patient en particulier. Malheureusement, si suffisamment de sous-groupes sont spécifiés, la probabilité d'avoir un résultat faussement positif augmente : effectuer l'analyse des résultats de 10 sous-groupes entraîne une probabilité qu'il y en ait au moins un qui produise un résultat faussement positif statistiquement significatif ($p < 0,05$)⁷. Un facteur de correction pour les comparaisons multiples, comme la correction de Bonferroni, devrait être utilisée dans une telle situation¹⁰.

La population de patients. Les cliniciens peuvent appliquer les résultats d'un essai pour traiter un patient seulement si les sujets participant à l'essai sont semblables à ceux vus dans la pratique clinique. Le premier tableau d'un rapport d'essai

Plan de l'étude

- Est-ce que l'essai était prospectif?
- Est-ce que l'essai était randomisé ou à double insu?
- Est-ce que les critères d'évaluation rapportés étaient ceux spécifiés à l'origine dans le plan de l'étude?
- Est-ce que tous les patients souffraient effectivement de la maladie étudiée?
- Est-ce que les caractéristiques de référence étaient semblables entre les groupes?
- Est-ce que les patients visés étaient semblables à ceux que vous voyez en consultation?
- Est-ce que la population à l'étude était assez importante pour déceler les différences entre les traitements?
- Est-ce que l'agent de comparaison représentait la norme de soins?
- Est-ce que l'agent de comparaison a été dosé d'une façon couramment utilisée/approuvée?
- Si le comparateur était un placebo, est-ce que la voie d'administration était la même que celle du traitement actif?
- Est-ce que les critères d'évaluation étaient objectifs ou, s'ils étaient subjectifs, étaient-ils mesurés avec des instruments validés?
- Est-ce que tous les marqueurs de substitution (comme la concentration sanguine) ont antérieurement été démontrés pour les mettre en corrélation avec l'activité de la maladie?
- Est-ce que les critères d'évaluation ont été mesurés à des moments pertinents au niveau clinique et est-ce que la période de suivi était suffisamment longue pour saisir des résultats cliniquement significatifs?
- Est-ce que tous les critères d'évaluation ont témoigné de différences dans le bien-être du patient?
- Est-ce que la fréquence des événements indésirables comprenait les événements de toute la durée de l'essai?

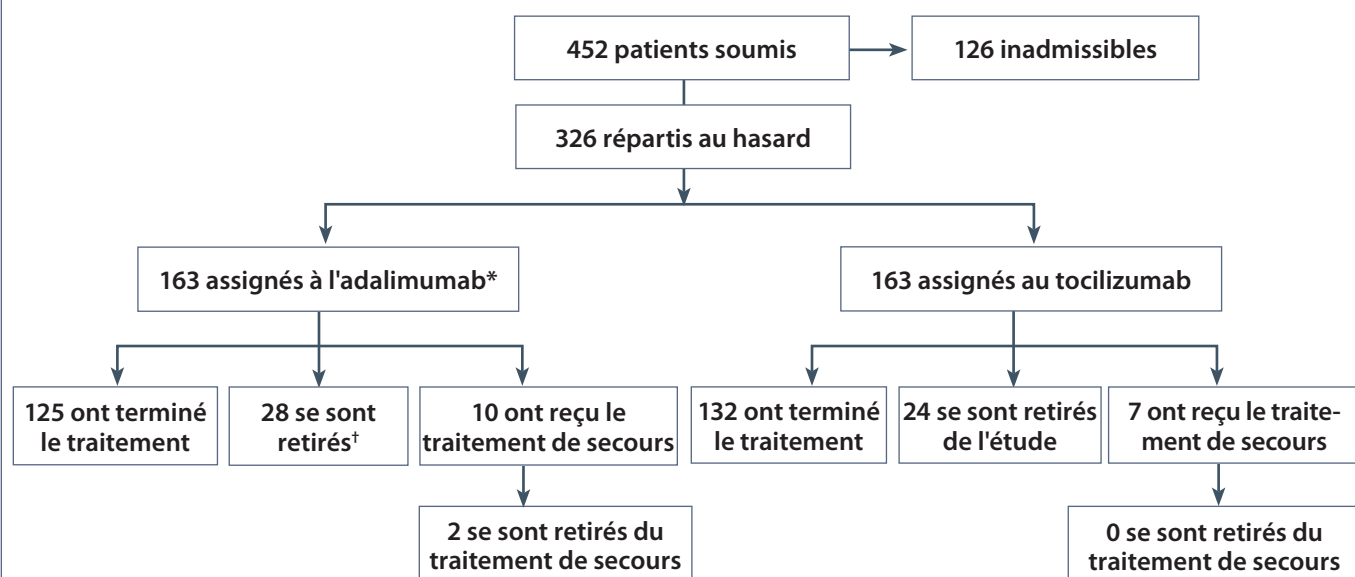
Autres considérations pour l'analyse des sous-groupes

- Est-ce que l'analyse des sous-groupes était prédéfinie ou était-ce une analyse post-hoc?
- Est-ce que des critères d'éligibilité, des hypothèses des investigateurs ou des étalons de référence utilisés dans le cadre de l'étude originale influenceraient les résultats de l'analyse?
- Est-ce que les calculs relatifs à la taille de l'échantillon ont été effectués pour assurer suffisamment de puissance pour les analyses des sous-groupes?

* Plus vous répondez « oui » aux questions, plus l'essai et ses rapports seront de qualité.

Figure 1.

Exemple de diagramme de roulement de patients



*Un patient dans le groupe de l'adalimumab qui n'a pas reçu le traitement à l'étude n'a pas été inclus dans la population en intention de traiter.

†Ne comprend pas les deux patients qui ont reçu le traitement de secours et qui se sont retirés.

Figure 1. Un bon exemple d'un diagramme de roulement de patients de l'essai ADACTA, bien que des détails sur les raisons du retrait de patients l'amélioreraient²⁵.

clinique résume habituellement les caractéristiques de la population de patients, incluant l'âge, le sexe, la gravité ou la durée de la maladie, les comorbidités et l'histoire pharmacothérapeutique. Idéalement, les sujets de l'essai devraient être semblables aux patients vus dans la pratique clinique en ce qui concerne la plupart de ces points. En particulier, les résultats d'essais observés chez les patients qui sont plus ou moins malades, qui appartiennent à un groupe différent, qui sont de sexe différent, qui ont plus ou moins de comorbidités ou dont les traitements antérieurs ont plus ou moins échoué, sont moins susceptibles de s'appliquer à tous les patients souffrant de la maladie à l'étude. Il faut vérifier si des traitements de sauvetage et la prise de médicaments concomitants ont été autorisés et s'il existe des différences entre les mesures de base des groupes de traitement. On estime que seulement 5 % des patients d'une pratique clinique de rhumatologie typique seraient admissibles à des essais cliniques sur la polyarthrite rhumatoïde basés sur des critères courants d'inclusion et d'exclusion¹¹.

Les décisions entourant les techniques de recrutement des patients peuvent donner lieu à une population de patients biaisée. Par exemple, un récent essai sur la douleur lombaire a recruté tous ses patients dans la même clinique de lombalgie dans un hôpital tertiaire¹². Une population de patients provenant d'un centre aussi spécialisé peut ne pas refléter la pratique d'un clinicien moyen en matière de facteurs socio-

démographiques et de facteurs liés au mode de vie ou aux circonstances, et les résultats de l'essai pourraient ne pas s'appliquer aux patients en dehors de cette population.

Pour éviter cette limitation, les essais à grande échelle recrutent souvent des patients à partir d'un large éventail de centres, idéalement dans différentes régions du monde. Cependant, cela comporte des risques de manque de normalisation de l'intervention et des mesures des résultats. De plus, les essais effectués dans des régions avec un accès insuffisant aux soins de santé peuvent afficher un taux de réponse supérieur à la normale dans le groupe sous placebo, en raison des patients qui demeurent dans l'essai afin de pouvoir accéder à des soins médicaux autrement inaccessibles (P. Baer, communication personnelle, 15 juin 2016). Les profils de risques rapportés dans les études menées dans des populations avec des taux plus élevés de maladies endémiques géographiquement, comme la tuberculose ou l'hépatite, ne s'appliquent pas nécessairement à d'autres populations.

Parfois, un essai est conçu pour inclure seulement les patients d'une certaine catégorie d'âge ou de gravité de maladie. Par exemple, même si l'essai TEMPO comprenait des patients atteints de PR avec tout niveau de gravité de la maladie, si un traitement par ARMM autre que le méthotrexate¹³ avait échoué, une étude TEMPO de prolongation incluait seulement des patients souffrant d'une maladie modérée¹⁴. Bien que ce

Résultats

- Est-ce que tous les patients inscrits étaient compris dans les résultats (analyse par intention de traiter)?
- Est-ce que les patients qui se sont retirés de l'étude en ont fourni la raison?
- Est-ce que les résultats des patients qui se sont retirés ont été traités comme s'ils étaient des non-répondants?
- Est-ce que les résultats ont été présentés pour tous les critères d'évaluation particuliers de l'essai?
- Est-ce que les résultats ont été présentés pour tous les points de mesure?

* Plus vous répondez « oui » aux questions, plus l'essai et ses rapports seront de qualité.

fait ait été clairement divulgué, cela signifie que les résultats de l'étude ne sont pas nécessairement applicables aux patients souffrant d'une forme légère ou grave de la maladie.

De même, l'essai RAPID-axSpA a étudié le certolizumab chez les patients atteints de spondylarthrite axiale (axSpA) et a révélé un avantage important par rapport au placebo. Cependant, l'étude a seulement recruté des patients avec un taux de protéine C réactive (CRP) au-dessus de 7,9 mg/L ou une sacroillite sur IRM selon la définition de l'ASAS/OMERACT. Ces résultats ne peuvent donc s'appliquer qu'aux patients présentant ces caractéristiques¹⁵.

Les populations à l'étude doivent aussi être suffisamment importantes pour déceler une différence réelle entre les traitements, s'il en existe une. Sinon, un résultat négatif peut perdre de son sens et l'essai peut induire en erreur les cliniciens à la recherche d'information applicable à leur pratique. Le nombre de patients requis pour déceler une différence dépend de la fréquence ou de la variabilité des résultats mesurés et des effets escomptés de la ou des interventions à l'étude, entre autres facteurs. Les statisticiens ont développé des formules (calcul des effets du traitement) pour la calculer^{16,17}. Cependant, parce que le recrutement de patients peut être plus difficile que prévu, les études peuvent être moins puissantes et conclure à tort qu'il n'y a pas de différence entre les groupes de traitement (erreur de type 2). De plus, les essais font rarement des calculs des effets du traitement pour les analyses de sous-groupes, les rendant souvent moins puissants avec un risque encore plus grand d'obtenir des résultats faussement négatifs¹⁸.

Il s'agissait jadis d'une question importante pour les essais en rhumatologie¹⁹, mais cela peut encore se produire. Par exemple, en 2012, un essai comparatif sur la physiothérapie et l'acupuncture chez les patients souffrant d'arthrose du genou sévère et en attente d'une chirurgie n'a trouvé aucun avantage par rapport aux soins habituels, mais on n'a pas obtenu la taille de l'échantillon requis²⁰. En 2014, un essai comparant l'étanercept plus le méthotrexate à divers ARMM plus le méthotrexate n'a pas montré de différence notable pour certains paramètres en raison de l'attrition de patients, ce qui a mené à une étude moins puissante²².

De la même manière, l'étude ABILITY-1 portant sur la spondylarthrite axiale non radiographique (nraxSpA) excluait les

patients qui remplissaient les critères de New York modifiés pour la SpA. Toutefois, une relecture indépendante a posteriori des rayons X de 102 patients a entraîné le reclassement de 38 d'entre eux, faisant en sorte qu'ils remplissaient ces critères. Puisque l'essai n'incluait que 185 patients, cette reclassification s'est traduite par une faible puissance et le Comité consultatif sur l'arthrose (Arthritis Drugs Advisory Committee) de la FDA (États-Unis) a rejeté une demande visant à étendre l'indication de l'adalimumab aux patients atteints de nraxSpA²³.

Les interventions. Dans les essais non contrôlés par placebo, le choix d'agents de comparaison est vital : une comparaison avec une intervention moins efficace que la norme de soins exigée pour la maladie traitée ne reflètera pas fidèlement l'utilité clinique de l'agent testé²⁴. L'essai ADACTA est un exemple de la question en cause. Cet essai a montré que le tocilizumab en monothérapie était supérieur à l'adalimumab en monothérapie chez les patients atteints de PR. L'adalimumab a été choisi parce qu'il était « un traitement biologique de première ligne adopté à l'échelle mondiale (utilisé conjointement avec le méthotrexate et en monothérapie) chez les patients souffrant de PR qui sont réfractaires aux médicaments ARMM non biologiques²⁵ ». Cependant, l'efficacité connue du tocilizumab comme agent administré en monothérapie, par rapport à l'utilisation habituelle de l'adalimumab conjointement avec le méthotrexate, doit être prise en compte au moment d'examiner les résultats de l'essai.

Pour être utiles dans la pratique clinique, les essais doivent aussi refléter les doses couramment utilisées/approuvées du médicament testé et de son ou ses médicaments de comparaison. Par exemple, un essai sur la polyarthrite psoriasique a comparé l'utilisation hebdomadaire de 7,5 à 15 mg de méthotrexate par rapport au placebo pour déterminer l'efficacité et l'innocuité de faibles doses de méthotrexate. L'essai n'a décelé aucune différence significative dans le nombre d'articulations enflées et douloureuses avec l'utilisation de méthotrexate. Toutefois, étant donné que la dose sélectionnée était sensiblement inférieure à celle utilisée en pratique clinique, les résultats de l'essai ne sont pas réellement applicables à la pratique des cliniciens canadiens²⁶.

De même, l'essai sur la douleur lombaire a comparé l'administration d'une dose de 400 mg/jour (la dose maximale quoti-

dienne recommandée) de célécoxib à 1 000 mg/jour d'acétaminophène (la dose maximale quotidienne recommandée est de 3 200 à 4 000 mg/jour)¹². Il n'est pas surprenant que le célécoxib ait démontré des effets supérieurs sur la douleur. Un autre exemple est l'essai SATORI, portant sur la PR, qui a comparé l'administration d'une dose de 8 mg/semaine de tocilizumab avec du méthotrexate, une dose bien inférieure à celle habituellement utilisée en Amérique du Nord²⁷.

Il est à noter que même les essais contrôlés par placebo peuvent avoir un biais inhérent, puisque la voie d'administration du médicament a le potentiel d'influencer la perception qu'ont les participants de l'efficacité d'une intervention^{28,29}. Dans la mesure du possible, les essais bien conçus veilleront à ce que la même voie d'administration soit utilisée pour tous les groupes de traitement, y compris celui sous placebo.

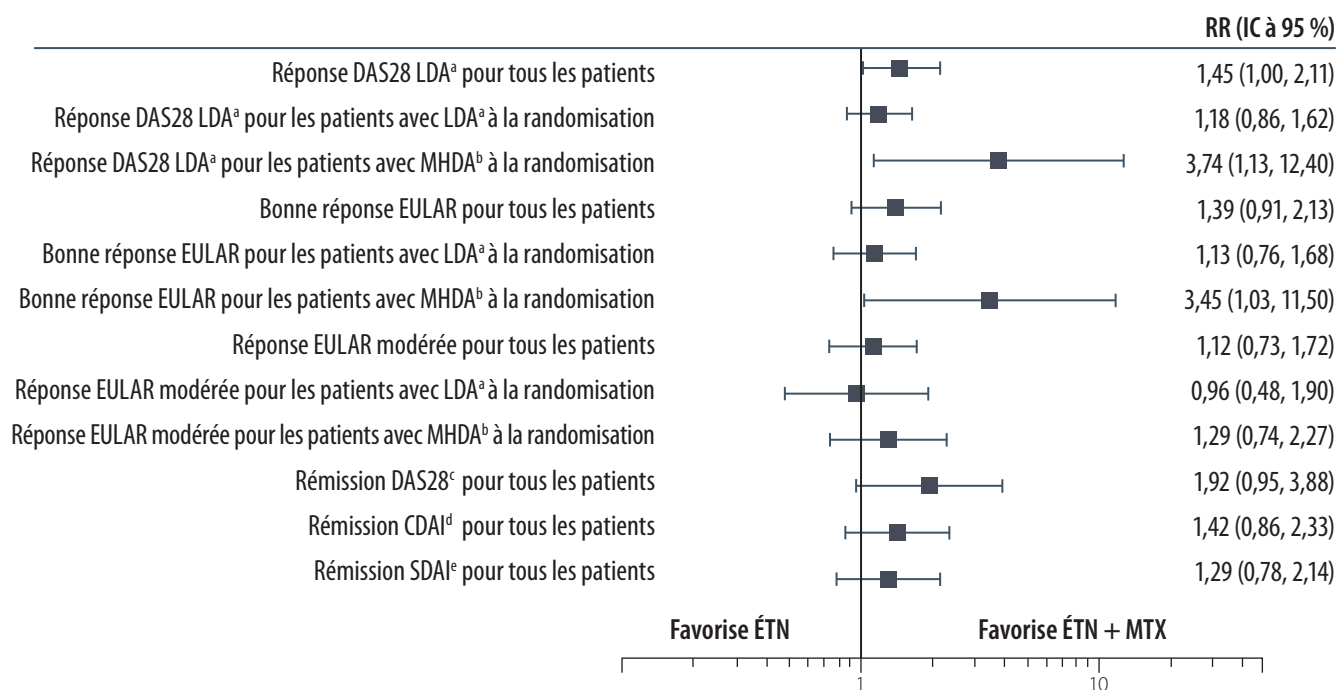
Les critères d'évaluation. Pour que l'essai produise des résultats valides, les critères d'évaluation de l'étude doivent être définis avec soin. Le DAS (*Disease Activity Score*), les réponses de

l'American College of Rheumatology (ACR) et les résultats des analyses de sang ont des critères préétablis qui améliorent leur reproductibilité, mais des critères subjectifs comme l'évaluation des limitations fonctionnelles, l'activité de la maladie ou la qualité de vie peuvent être plus vagues et peuvent faire l'objet de désaccords. Des critères de substitution, comme les niveaux de marqueurs inflammatoires, peuvent être faussement qualifiés de résultats de la maladie même lorsqu'ils sont moins significatifs que les résultats principaux, comme la rémission. Les critères non validés (comme l'utilisation de mesures de spondylarthrite, tel le système de pointage du Consortium canadien de recherche sur la spondylarthrite [CCRS] dans une étude sur la douleur lombaire de nature mécanique¹²) peuvent ne pas corrélérer avec l'activité de la maladie dans d'autres conditions que celles pour lesquelles ils ont été conçus.

Les critères d'évaluation doivent aussi compter, c'est-à-dire qu'ils doivent refléter un réel changement dans le bien-être d'un patient. Par exemple, les essais sur la PR comprennent souvent des mesures de l'érosion et, quoique des différences

Figure 2.

Exemple d'un graphique en forêt



CDAI = *clinical disease activity index* (indice clinique d'activité de la maladie); DAS = *disease activity score* (score d'activité de la maladie); ÉTN = étanercept; LDA = *low disease activity* (faible niveau d'activité de la maladie); MHDA = *moderate-to-high disease activity* (Activité de la maladie modérée à élevée); MTX = méthotrexate; RR = risque relatif; SDAI = *simplified disease activity index* (indice simplifié d'activité de la maladie); ^aLDA = DAS28 < 3,2; ^bMHDA = DAS28 ≥ 3,2; ^cRémission DAS28 = DAS28 < 2,6; ^dRémission CDAI = CDAI ≤ 2,8; ^eRémission SDAI = SDAI ≤ 3,3

Figure 2. Exemple d'un graphique en forêt démontrant des résultats de risque relatif pour plusieurs critères dans l'étude *Canadian Methotrexate and Etanercept Outcome Study*. Lorsque la boîte noire se trouve du côté gauche de la ligne médiane, le résultat favorise l'étanercept; lorsqu'elle se trouve du côté droit, le résultat favorise l'étanercept plus le méthotrexate. La ligne médiane représente un risque relatif de 1, ce qui signifie qu'aucun effet n'a été observé.

Tableau 2.

Niveaux de preuve pour la comparaison de l'efficacité de médicaments appartenant à la même catégorie*

Niveau	Comparaison	Patient étudié	Résultats	Obstacles à la validité
1	Au sein d'un ERC en comparaison directe	Identique (par définition)	Importants d'un point de vue clinique	Incapacité de masquer le schéma de randomisation <ul style="list-style-type: none"> • Incapacité de réaliser un suivi complet • Incapacité d'obtenir un double insu • Validité de l'évaluation des résultats
2	Au sein d'un ERC en comparaison directe	Identique (par définition)	Substitut validé	Ceux du niveau 1 plus la validité des critères de substitution pour les résultats importants d'un point de vue clinique
2	Entre les ERC de divers médicaments par rapport au placebo	Semblable ou différent (en ce qui a trait à la maladie et au statut de facteur de risque)	Importants d'un point de vue clinique ou substitut validé	Ceux du niveau 1 plus les différences entre les essais en : <ul style="list-style-type: none"> – qualité méthodologique (adéquation de l'insu, de la dissimulation de la répartition, etc.) – Définition du critère d'évaluation – Niveau de conformité – Risque de base des résultats
3	Entre les analyses de sous groupes des ERC de divers médicaments par rapport au placebo	Semblable ou différent	Importants d'un point de vue clinique ou substitut clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Ceux du niveau 1 (plus ou moins ceux du niveau 2) plus : <ul style="list-style-type: none"> – Comparaisons multiples, trituration de données <i>post hoc</i> – Sous-groupes moins puissants – Erreurs de classification en sous-groupes
3	Entre les ERC de divers médicaments par rapport au placebo	Semblable ou différent	Substitut non validé	<ul style="list-style-type: none"> • Les critères de substitution peuvent ne pas saisir tous les effets (bénéfiques ou dangereux) d'un agent thérapeutique
4	Entre des études non randomisées (études observationnelles et recherche utilisant les bases de données administratives)	Semblable ou différent	Importants d'un point de vue clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Confusion par les instructions, la conformité ou le temps calendaire • Facteurs de confusion inconnus/non mesurés • Pour les recherches axées sur les résultats : bases de données limitées, systèmes de codage adaptés pour la recherche

*Les résultats importants d'un point de vue clinique se rapportent à des données sur l'efficacité à long terme et les critères d'évaluation particuliers dépendent de la maladie traitée. On considère que les critères de substitution sont validés seulement quand le lien entre le critère de substitution et les résultats significatifs d'un point de vue clinique a été établi dans les essais cliniques aléatoires à long terme.

Interprétation des résultats

- Est-ce que les résultats ont été exprimés en termes absolus et relatifs?
- Est-ce que les axes des graphiques ont été présentés en entier?
- Est-ce que les intervalles de confiance ont été utilisés pour faire ressortir une différence statistique?
- Est-ce que les différences sont cohérentes d'une étude à l'autre?
- Est-ce que les auteurs ont limité leurs conclusions au(x) médicament(s) qui a/ont été testé(s) et n'ont pas extrapolé?
- Est-ce que la section réservée aux discussions a évité de tirer des conclusions à propos d'autres essais?
- Est-ce que les conclusions de l'étude ont un sens sur le plan biologique?

* Plus vous répondez « oui » aux questions, plus l'essai et ses rapports seront de qualité.

minimales cliniquement importantes aient été établies, les répercussions cliniques de petites différences dans les scores d'érosion, même lorsqu'elles sont significativement différentes du comparateur d'un point de vue statistique, ne sont pas toujours évidentes³⁰. Avant le début de l'étude, les questionnaires devraient si possible être validés dans le cadre de la maladie étudiée pour confirmer qu'un résultat positif est réellement en corrélation avec un changement dans l'état du patient.

Les critères d'évaluation devraient aussi refléter un niveau approprié de suivi pour la maladie traitée. Les résultats préliminaires peuvent sous-estimer ou surestimer les résultats d'un traitement à long terme. En particulier, les études utilisant le score mSASSS (*Modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score*) pour mesurer les lésions visibles à la radiographie chez les patients souffrant de spondylarthrite ankylosante ont besoin d'un suivi à long terme pour voir des résultats utiles.

Finalement, les critères d'évaluation peuvent compter des événements indésirables et la façon dont ils sont déclarés est importante. La fréquence de tels événements peut être exagérée ou minimisée en étant exprimée de façon différente : en pourcentage de tous les patients, en chiffres absolus, en chiffres par 100 années-patient et ainsi de suite. Assurez-vous que la fréquence des événements comprenne ceux pour toute la durée de l'essai, puisque qu'ils n'apparaissent pas tous soudainement.

Les résultats

Le premier diagramme dans un rapport d'essai clinique est souvent un diagramme du roulement des patients, qui indique le nombre de patients recrutés, ceux exclus de la participation, ceux qui ont été répartis aléatoirement dans chaque groupe de traitement et ceux suivis à des moments précis (Figure 1). Ce diagramme utile est un moyen rapide d'examiner comment la population étudiée a changé avec le temps et de déterminer combien de patients parmi ceux inscrits sont effectivement enregistrés dans les résultats.

L'analyse des données. Une analyse par intention de traiter (ITT) examine les résultats pour tous les patients aléatoirement assignés à tout groupe de traitement, même s'ils ne reçoivent jamais de traitement. C'est la méthode d'analyse des données la moins biaisée³¹⁻³³. Néanmoins, certains investigateurs effectuent plutôt une analyse en traitement reçu, qui compare les patients en fonction du traitement qu'ils ont reçu, ou une analyse per protocole, qui n'utilise que les données des sujets qui ont satisfait à tous les critères du protocole et qui ont terminé le traitement qui leur a été assigné. Non seulement la taille réduite des échantillons résultant de ces approches peut causer une perte de puissance statistique permettant de déceler les différences entre les traitements, elle amenuise aussi les bienfaits de la randomisation³⁴.

Il existe plusieurs façons de gérer les données manquantes des patients qui se sont retirés de l'étude. Une approche rigoureuse est celle de l'imputation pour les non-répondants, qui

présume que tout sujet pour qui il manque des données ne satisfait pas aux critères d'évaluation de l'étude. Une autre approche est l'imputation. Dans cette approche, les autres réponses des sujets sont utilisées pour estimer le ou les points de données manquants, même s'il est impossible de vérifier l'exactitude de ces estimations. Une troisième approche est l'analyse ayant recours à la dernière observation rapportée prospectivement (DORP), qui utilise les données les plus récentes du sujet au lieu de la donnée manquante. C'est une approche courante, mais puisque le manque de bénéfice clinique est la raison principale pour laquelle les patients se retirent, les analyses DORP ont tendance à exagérer les taux de réussite de tous les groupes de traitement.

Une approche encore plus rigoureuse que l'imputation pour les non-répondants a été utilisée par l'étude ORAL Standard concernant la comparaison du tofacitinib, de l'adalimumab et d'un placebo pour la PR³⁵. Les patients étaient évalués pour non-réponse après trois mois, et les patients ne répondant pas au placebo étaient assignés à la thérapie active. Cependant, les patients non-répondants après trois mois dans un groupe de thérapie active ne pouvaient pas être caractérisés comme étant répondants à l'évaluation du critère principal après six mois, même s'ils étaient devenus répondants à ce moment-là. On appelle cela l'imputation des réponses nulles avec pénalité d'avancement. Le même plan a été utilisé dans l'essai FUTURE 2, qui portait sur l'utilisation du secukinumab dans l'arthrite psoriasique, et dans les essais MEASURE concernant le même médicament pour la spondylarthrite ankylosante, faisant paraître moins fiables les données avec ce plan d'essai sévère^{36,37}. Lorsqu'on examine des résultats, il est aussi utile de savoir quand les critères ont été mesurés. Certains essais peuvent se terminer de façon prématurée pour des raisons éthiques (p. ex. un traitement est apparu tellement meilleur que l'autre qu'il serait contraire à l'éthique de continuer à administrer aux patients le traitement inférieur), mais il est aussi possible de publier des résultats positifs concernant des points dans le temps, qui sont cependant provisoires et ne reflètent pas nécessairement les résultats finaux des essais. C'est ce qui s'est produit dans l'essai CLASS, qui portait sur le célécoxib par rapport aux AINS classiques, avec la publication de résultats positifs après 6 mois tandis que les résultats à 12 mois du critère d'évaluation de l'essai étaient négatifs³⁸. Il faut prendre connaissance du protocole de l'essai pour voir si les résultats concernant tous les points dans le temps prévus à l'origine et critères d'évaluation indiqués dans le protocole sont présentés.

L'interprétation des résultats

La façon dont les données sont décrites influence la façon dont elles sont perçues. Par exemple, il a été démontré que les médecins sont plus susceptibles d'utiliser une thérapie si ses résultats d'essai sont présentés comme une réduction du risque relatif (le médicament A a réduit le risque de 40 % de plus que le médicament B) plutôt que comme une réduction absolue du

risque (le médicament A a réduit le risque de 10 % à 5,8 % tandis que le médicament B a réduit le risque de 10 % à 7 %) ou un NST (le fait de traiter 83 patients avec le médicament A plutôt qu'avec le médicament B empêcherait la survenue d'un événement)³⁹.

La présentation des données. Il existe plusieurs façons de montrer visuellement des données pour faciliter la lecture. Les courbes de survie de Kaplan-Meier sont utilisées fréquemment dans les dossiers d'essais cliniques en cardiologie et en oncologie, mais moins dans les articles sur la rhumatologie, qui ont tendance à utiliser des graphiques linéaires pour mettre en évidence les modifications à la mesure des résultats survenues au fil du temps. Cependant, les graphiques linéaires et les diagrammes à barres peuvent être manipulés, le plus souvent en n'incluant pas entièrement l'axe Y, ce qui peut faire en sorte que les différences de résultats peuvent sembler plus grandes qu'elles ne le sont en réalité.

Les graphiques en forêt (Figure 2) sont moins courants, mais ils sont particulièrement efficaces pour présenter les résultats entourant l'efficacité pour un éventail de critères, ou pour le même critère, dans plusieurs sous-groupes (ou plusieurs études dans le cas d'une méta-analyse). On utilise une ligne simple pour représenter chaque résultat, avec une boîte centrale qui représente l'estimation de l'effet moyen. Dans les graphiques de méta-analyse, la zone de la boîte peut varier afin de montrer le poids de chaque étude. La largeur de la ligne de chaque côté de la boîte affiche les intervalles de confiance pour ce résultat. Si elles croisent la ligne médiane verticale, qui peut représenter un risque relatif de 1 ou une différence de 0 entre les groupes, cela indique que le résultat n'est pas considéré comme statistiquement significatif puisque que le résultat réel pourrait se trouver d'un côté ou de l'autre de la ligne et, par conséquent, pourrait favoriser un côté ou l'autre.

Statistiques. D'un point de vue statistique, l'utilisation de la valeur p pour calculer si les résultats d'un groupe de traitement sont significativement différents de ceux d'un groupe de comparaison est une pratique courante depuis de nombreuses années. Toutefois, ces dernières années, les valeurs p ont fait l'objet d'un examen approfondi, car elles ne dépendent pas seulement des données, mais aussi des méthodes statistiques utilisées et des hypothèses avancées⁴¹. De plus, les valeurs p sont souvent interprétées à tort comme représentant la probabilité que l'hypothèse nulle s'avère vraie (c'est-à-dire qu'une valeur p de 0,04 signifie qu'il n'y a que 4 % de chances que l'hypothèse nulle soit vraie), plutôt que la probabilité qu'on obtienne ces résultats si l'hypothèse nulle était vraie (c'est-à-dire que s'il n'y avait aucune différence entre les groupes de traitement, une valeur p de 0,04 signifie qu'il n'y aurait que 4 % des chances d'obtenir ces résultats au hasard).

Un autre désavantage des valeurs p est que si suffisamment d'essais sont réalisés, certains seront positifs par hasard. Un

plan d'essai avec un grand nombre de critères d'évaluation peut indiquer que les chercheurs espèrent qu'au moins un critère s'avérera statistiquement significatif selon la loi de la moyenne. Certaines revues préfèrent maintenant⁹ que la signification statistique soit exprimée avec des intervalles de confiance (IC) qui indiquent une variation aléatoire autour d'une estimation ponctuelle. Contrairement aux valeurs p , le calcul des IC produit une valeur ponctuelle estimée et indique la plage de valeurs pour la population (pas seulement l'échantillon) qui pourrait produire cette valeur. Plutôt que de simplement rejeter ou soutenir une hypothèse nulle, les IC fournissent aussi de l'information sur la variabilité (précision) de la variable statistique et de son probable lien avec la population à partir de laquelle l'échantillon a été tiré⁴².

Les conclusions. Dans la section *Discussion* de certaines études, il n'est pas rare d'y lire des théories, émises par les auteurs d'études, sur les implications potentielles des résultats. Bien que de telles hypothèses puissent porter à réfléchir, elles peuvent diriger le lecteur vers des conclusions qui ne sont pas étayées par les données présentées dans le document. Par exemple, les auteurs d'un essai contrôlé par placebo peuvent discuter de leurs résultats par rapport à ceux d'un autre essai contrôlé par placebo même si les plans des deux essais sont peut-être très différents. Les essais comparatifs directs sont la seule manière de comparer deux interventions de façon fiable. Les auteurs peuvent aussi discuter du fait que tous les autres essais publiés impliquant un agent spécifique ont démontré des effets précis. Ceci peut être une fausse hypothèse puisque les essais ayant des résultats positifs sont plus susceptibles d'être cités et publiés, en particulier dans des revues avec un plus grand facteur d'impact, que ceux avec des résultats négatifs. Les investigateurs peuvent se sentir obligés de publier seulement les documents ou les rapports dont les critères d'évaluation sont statistiquement significatifs^{7,41,45}.

Des discussions à propos des effets de classe figurent souvent à la fin des documents puisqu'on a tendance à présumer que les médicaments avec le même mécanisme d'action, ou même ceux que l'on décrit comme faisant partie de la même catégorie, auront un effet semblable. Il est difficile de caractériser les effets de classe, et il n'existe aucune définition uniformément acceptée⁴⁴⁻⁴⁶. Par conséquent, il est difficile de déterminer si un effet de classe existe pour un ensemble de médicaments avant d'établir si cet effet est partagé par un agent en particulier. Quand il s'agit de prendre des décisions touchant les médicaments appartenant à une catégorie donnée (Tableau 2), il est suggéré que les cliniciens appliquent une hiérarchie des preuves plutôt que de présumer d'un effet de classe^{44,45}. En général, il est judicieux de rechercher des preuves de l'efficacité et de l'innocuité d'un médicament en particulier dans des conditions spécifiées⁴⁴⁻⁴⁶, comme les organismes de réglementation le font.

Discussion / résumé

Le présent article visait à analyser les différents facteurs qui déterminent si les résultats d'un essai clinique peuvent s'appliquer aux patients de la pratique d'un clinicien. Ceci n'est pas une analyse exhaustive, et plusieurs articles ont débattu des

détails en profondeur. Cependant, nous espérons avoir fourni une introduction avec une liste de contrôle pour la qualité des essais cliniques aux rhumatologues praticiens leur permettant de mieux évaluer les rapports d'essai qui aboutissent sur leur bureau.

Références :

1. Bykerk V, et coll. Canadian Rheumatology Association recommendations for pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs. *J Rheumatol* 2012;39:1559-82.
2. Papageorgiou SN, et coll. Basic study design influences the results of orthodontic clinical investigations. *J Clin Epidemiol* 2015;68:1512-22.
3. Berbano EP, Baxi N. Impact of patient selection in various study designs: identifying potential bias in clinical results. *South Med J* 2012;105(3):149-55.
4. Dubost J, et coll. The changing face of septic arthritis complicating rheumatoid arthritis in the era of biotherapies. Retrospective single-center study over 35 years. *Joint Bone Spine* 2016 Jun 3. pii: S1297-319X(16)30061-6. doi: 10.1016/j.jbspin.2016.03.008. [Publication électronique avant impression]
5. Wood L, et coll. Empirical evidence of bias in treatment effect estimates in controlled trials with different interventions and outcomes: meta-epidemiological study. *BMJ* 2008;336:601-5.
6. Colditz GA, et coll. How study design affects outcomes in comparison of therapy. *I. Medical. Stat Med* 1989;8(4):441-54.
7. Stewart LA, Parmar MKB. Bias in the analysis and reporting of randomized controlled trials. *Int J Technol Assess Health Care* 1996;12(2):264-75.
8. Hollis S, et coll. Best practice for analysis of shared clinical trial data. *BMC Med Res Methodol* 2016;16 Suppl 1:76.
9. Ranstam J. Why the P-value culture is bad and confidence intervals a better alternative. *Osteoarthritis Cartilage* 2012;20:805-8.
10. Ludbrook J. Multiple comparison procedures updates. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1998;25:1032-7.
11. Vashist P, Sayles H, Cannella AC, Mikuls TR, Michaud K. Generalizability of patients with rheumatoid arthritis in biologic clinical trials. *Arthritis Care Res* 2016;68:1478-88.
12. Bedaiwi MK, et coll. Clinical efficacy of celecoxib compared to acetaminophen in chronic nonspecific low back pain: results of a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2016;68:845-52.
13. van der Heijde D, et coll. Comparison of etanercept and methotrexate, alone and combined, in the treatment of rheumatoid arthritis: Two-year clinical and radiographic results from the TEMPO study, a double-blind, randomized trial. *Arthritis Rheum* 2006;54(4):1063-74.
14. van der Heijde D, et coll. The safety and efficacy of adding etanercept to methotrexate or methotrexate to etanercept in moderately active rheumatoid arthritis patients previously treated with monotherapy. *Ann Rheum Dis* 2008;67:182-8.
15. Landewé R, et coll. Efficacy of certolizumab pegol on signs and symptoms of axial spondyloarthritis including ankylosing spondylitis: 24-week results of a double-blind randomised placebo-controlled Phase 3 study. *Ann Rheum Dis* 2014;73:39-47.
16. Noordzij M, et coll. Sample size calculations. *Nephron Clin Pract* 2011;118:c139-23.
17. Malone HE, et coll. Fundamentals of estimating sample size. *Nurse Res* 2016;23(5):21-5.
18. Dijkman B, Kooistra B, Bhandari M. How to work with a subgroup analysis. *Can J Surg* 2009;52:515-22.
19. Keen H, et coll. The prevalence of underpowered randomized clinical trials in rheumatology. *J Rheumatol* 2005;32(11):2083-8.
20. Soni A, et coll. Supervised exercise plus acupuncture for moderate to severe knee osteoarthritis: a small randomised controlled trial. *Acupunct Med* 2012;30(3):176-81.
21. Sieper J, et coll. Efficacy and safety of adalimumab in patients with non-radiographic axial spondyloarthritis: results of a randomised placebo-controlled trial (ABILITY-1). *Ann Rheum Dis* 2013;72(6):815-22.
22. Fleischmann R, et coll. Short-term efficacy of etanercept plus methotrexate vs combination of disease-modifying anti-rheumatic drugs with methotrexate in established rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2014;53:1984-93.
23. Ministère de la Santé et des Services humains, Food and Drug Administration. Arthritis Advisory Committee Meeting, July 23, 2013. sBLA125057/323: adalimumab for the treatment of Active non-radiographic axial spondyloarthritis in adults with objective signs of inflammation by elevated c-reactive protein (CRP) or magnetic resonance imaging (MRI), who have had an inadequate response to, or are intolerant to, a non-steroidal anti-inflammatory drug. Disponible à l'adresse: <http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/Drugs/ArthritisAdvisoryCommittee/UCM361563.pdf>. Consulté le 5 mai 2016.
24. Estellat C, et coll. Control treatments in biologic trials of rheumatoid arthritis were often not deemed acceptable in the context of care. *J Clin Epidemiol* 2016;69:235-44.
25. Gabay C, et coll. Tocilizumab monotherapy versus adalimumab monotherapy for treatment of rheumatoid arthritis (ADACTA): a randomised, double-blind, controlled phase 4 trial. *Lancet* 2013;381(9877):1541-50.
26. Willkens RF, et coll. Randomized, double-blinded, placebo-controlled trial of low-dose pulse methotrexate in psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum* 1984;27:376-86.
27. Nishimoto N, et coll. Study of active controlled tocilizumab monotherapy for rheumatoid arthritis patients with an inadequate response to methotrexate (SATORI): significant reduction in disease activity and serum vascular endothelial growth factor by IL-6 receptor inhibition therapy. *Mod Rheumatol* 2009;19:12-19.
28. Narkus A, et coll. The placebo effect in allergen-specific immunotherapy trials. *Clin Transl Allergy* 2013;3(1):42.
29. Benedetti F, Dogue S. Different placebos, different mechanisms, different outcomes: lessons for clinical trials. *PLoS One* 2015;10(11):e0140967.
30. Bruynesteyn K, et coll. Determination of the minimal clinically important difference in rheumatoid arthritis joint damage of the Sharp/vander Heijde and Larsen/Scotts scoring methods by clinical experts and comparison with the smallest detectable difference. *Arthritis Rheum* 2002;46:913-20.
31. Montori VM, Guyatt GH. Intention-to-treat principle. *Can Med Assoc J* 2001;165:1339-41.
32. Wang Y, et coll. Causal inference methods to assess safety upper bounds in randomized trials with noncompliance. *Clin Trials* 2015;12(3):265-75.
33. Baron G, et coll. Violation of the intent-to-treat principle and rate of missing data in superiority trials assessing structural outcomes in rheumatic diseases. *Arthritis Rheum* 2005;52(6):1858-65.
34. Lee YJ, et coll. Analysis of clinical trials by treatment actually received: is it really an option? *Stat Med* 1991;10(10):1595-605.
35. van Vollenhoven RF, et coll. Tofacitinib or adalimumab versus placebo in rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 2012;367:508-19.
36. McInnes B, et coll. Secukinumab, a human anti-interleukin-17A monoclonal antibody, in patients with psoriatic arthritis (FUTURE2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2015;386:1137-46.
37. Baeten D, et coll. Secukinumab, an interleukin-17 inhibitor, in ankylosing spondylitis. *N Engl J Med* 2015;373:2534-48.
38. Jüni P, Rutjes AW, Dieppe PA. A selective COX2 inhibitor superior to traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs? *BMJ* 2002;324:1287-8.
39. Bobbio M, et coll. Completeness of reporting trial results: effect on physicians' willingness to prescribe. *Lancet* 1994;343(8907):1209-11.
40. Pope JE, et coll. The Canadian Methotrexate and Etanercept Outcome Study: a randomised trial of discontinuing versus continuing methotrexate after 6 months of etanercept and methotrexate therapy in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2014;73:2144-51.
41. Chavalarias D, et coll. Evolution of reporting P values in the biomedical literature, 1990-2015. *JAMA* 2016;315(11):1141-8.
42. Sim J, Reid N. Statistical inference by confidence intervals: issues of interpretation and utilization. *Phys Ther* 1999;79(2):186-95.
43. Fanelli D. Do pressure to publish increase scientists' bias? An empirical support from US States Data. *PLoS One* 2010;5(4):e10271.
44. McAlister FA, Laupacis A, Wells GA, Sackett DL. User's Guide to the Medical Literature

ture: XIX. Applying clinical trial results B. Guidelines for determining whether a drug is exerting (more than) a class effect. *JAMA* 1999;282:1371-7.

45. Kennedy HL, Rosenson RS. Physicians' interpretation of "class effects": a need for thoughtful re-evaluation. *J Am Coll Cardiol* 2002;40:19-26.

46. Furberg CD. Class effects and evidence-based medicine. *Clin Cardiol* 2000;23(7 Suppl 4):IV15-9.

Glossaire

Ampleur de l'effet : La différence entre deux résultats divisée par l'écart-type de la population touchée. L'ampleur de l'effet se concentre sur l'importance de la différence de résultats plutôt que sur la taille des groupes de traitement.

Analyse en intention de traiter : Une analyse des résultats d'un essai qui comprend les données de chaque participant randomisé, même de ceux qui n'ont pas reçu le traitement.

Analyse intermédiaire : Une analyse planifiée qui compare les groupes d'un essai avant que celui-ci ne soit officiellement terminé. De cette façon, un essai peut être interrompu si la différence entre les groupes est si grande que les participants du groupe recevant l'intervention la moins efficace sont inutilement mis en danger.

Analyse ajustée : Une analyse qui rend compte des différences de base entre les caractéristiques importantes des patients (en les ajustant).

Attrition : La perte de participants en cours d'étude, aussi appelée perte de vue.

Censuré : Dans les études dans lesquelles le résultat correspond à un événement particulier, un terme décrivant le manque de données chez les patients dont le résultat est inconnu. Par exemple, si on sait qu'un patient est en vie seulement jusqu'à un certain point, le « temps de survie » est censuré à ce point.

Critère principal : La mesure de résultats considérée comme étant la plus importante pour évaluer l'effet d'une intervention.

Critère secondaire : Une mesure de résultats qui est moins importante que le critère principal, mais qui est toujours intéressante pour l'évaluer l'effet d'une intervention.

Critères de substitution : Marqueurs (souvent physiologiques ou biochimiques) qui peuvent être mesurés assez facilement et utilisés pour prédire ou représenter des résultats importants d'un point de vue clinique qui seraient autrement difficiles à mesurer.

Différence relative : La différence dans l'ampleur d'un résultat entre deux groupes, en tenant compte de leur taille. Elle est toujours exprimée sous forme de ratio ou pourcentage et non pas sous forme d'unités. Par exemple, si le médicament A réduit le résultat de 10 points et que le médicament B le réduit de 15 points, la différence relative est de 50 % (le médicament B réduit le résultat de 50 % de plus que le médicament A).

Double insu : Type d'insu dans lequel deux groupes, généralement des investigateurs et des patients, ignorent quels patients ont reçu quelle intervention.

Écart : La différence dans l'ampleur d'un résultat entre deux groupes. Par exemple, si le médicament A réduit le résultat de 10 points et le médicament B le réduit de 15 points, l'écart est de 5 points. Contraire : différence relative.

Écart-type : L'écart moyen entre un ensemble d'observations et leur valeur moyenne, qui indique l'étendue ou la dispersion des observations.

Essai contrôlé : Un type d'essai clinique dans lequel les résultats sont comparés à un standard appelé « témoin ». Le témoin peut être une autre intervention (« traitement de référence »), un placebo (« groupe placebo ») ou des observations d'un essai antérieur (« groupe témoin historique »).

Essai d'équivalence : Un essai visant à déterminer si les effets de deux traitements ou plus diffèrent d'une quantité qui n'est pas cliniquement significative.

Essai de non-infériorité : Une version unilatérale d'un essai d'équivalence visant à déterminer si les effets d'un traitement ne sont pas pires que ceux d'un autre d'une quantité cliniquement significative.

Essai de supériorité : Un essai visant à déterminer si les effets d'une intervention sont plus importants que les effets d'une autre. Contraire : essai de non-infériorité.

Essai ouvert : Décrit un essai clinique dans lequel l'insu n'est pas utilisé. Toutes les parties concernées savent donc quelles interventions ont été assignées aux différents participants.

Étude cas-témoin : Une étude dans laquelle les patients atteints d'une maladie donnée sont « jumelés » à des cas témoins (population générale, patients avec une autre maladie, etc.). On compare ensuite les données entre les deux groupes, à la recherche de différences notables. Habituellement, elle est rétrospective et s'intéresse souvent aux causes de la maladie plutôt qu'au traitement.

Étude de cohorte : Une étude dans laquelle les groupes de personnes sont choisis en fonction de leur exposition à un agent spécifique ou de leur développement d'une maladie et leur santé à long terme est suivie. Elle peut être rétrospective.

Étude de phase I : Une étude habituellement effectuée avec des volontaires en bonne santé pour déterminer l'innocuité d'un médicament.

Étude de phase II : Une étude menée pour recueillir des données préliminaires sur l'efficacité d'un traitement chez les patients atteints d'une maladie précise.

Étude de phase III : Une étude menée pour recueillir plus d'information à propos de l'innocuité et l'efficacité d'un médicament en étudiant diverses populations, dosages et combinaisons de médicaments.

Étude de phase VI : Une étude qui survient après que les organismes de réglementation aient approuvé un médicament pour commercialisation. Elle est menée dans le but recueillir plus d'information sur le médicament.

Étude observationnelle : Une étude clinique dans laquelle les résultats des participants sont observés et évalués sans qu'ils soient assignés à des interventions spécifiques. Les études de cohorte et les études cas-témoin, entre autres, sont des études observationnelles.

Étude prospective : Une étude dans laquelle les participants sont désignés, puis suivis pendant un temps déterminé pour observer la survenue d'événements. Son contraire : l'étude rétrospective.

Étude rétrospective : Une étude dans laquelle les événements qui se sont produits chez les participants sont survenus avant qu'ils ne soient désignés comme faisant partie de l'essai.

Groupe expérimental : Le groupe de participants qui reçoit l'intervention visée par l'étude.

Groupe témoin : Un groupe de participants à l'étude qui ressemblent à ceux recevant l'intervention à l'essai, mais qui ne reçoivent pas cette intervention.

Hypothèse nulle : L'hypothèse qu'il n'y a pas de différence entre deux groupes. Les essais sont réalisés dans le but de réfuter l'hypothèse nulle et de démontrer qu'une différence réelle existe.

Important d'un point de vue clinique : Une description d'un effet suffisamment marqué pour revêtir une importance pratique pour les patients et pour les professionnels des soins de la santé.

Insu : Une procédure de plan d'essai dans laquelle un ou plusieurs groupes participant à l'essai (comme les patients, les investigateurs et les examinateurs externes) ignorent quels patients ont reçu quelle intervention.

Intervalle de confiance : Une mesure de l'incertitude entourant le résultat d'une analyse statistique. Un intervalle de confiance de 95 % (dont l'abréviation est IC à 95 %) signifie que si l'étude était faite à de nombreuses reprises avec d'autres groupes de la même population, 95 % des intervalles de confiance de ces études contiendraient la valeur réelle. Des intervalles de confiance élargis (p. ex. 90 %) indiquent moins de précision.

Intervention fictive : Une procédure ou un dispositif fait de telle façon qu'il est impossible de le distinguer de la procédure ou du dispositif à l'étude, mais qui ne contient pas de processus ou de composants actifs.

Limites de confiance : Les limites supérieures et inférieures d'un intervalle de confiance.

Nombre de sujets à traiter (NST) : Le nombre moyen de personnes qui doivent recevoir un traitement pour qu'une personne évite les résultats néfastes.

Nombre de sujets traités par sujet lésé : Le nombre moyen de personnes qui doivent être exposées à un facteur de risque pendant une période déterminée pour qu'une personne soit lésée par celui-ci.

Perte de vue : voir Attrition.

Plan d'étude croisé : Un plan d'essai dans lequel les groupes de participants reçoivent deux interventions ou plus dans un ordre précis. Par exemple, dans un plan croisé deux par deux, un groupe reçoit initialement le médicament A, puis le médicament B dans une phase ultérieure. L'autre groupe reçoit initialement le médicament B, puis le médicament A.

Plan factoriel : Un plan d'essai dans lequel de nombreux groupes de participants reçoivent une intervention parmi de nombreuses combinaisons. Par exemple, un plan factoriel deux par deux compte quatre groupes de participants. Chaque groupe pourrait recevoir une des combinaisons suivantes : médicament A et médicament B; médicament A et un placebo; médicament B et un placebo ou deux placebos. Dans cet exemple, toutes les combinaisons possibles des deux médicaments et du placebo sont étudiées dans un groupe de participants.

Plan parallèle : un plan d'essai dans lequel deux groupes de participants ou plus reçoivent différentes interventions au cours de la même période.

Point de départ : Le point initial dans une étude juste avant que les participants ne commencent à recevoir l'intervention que l'on teste.

Rapport de cotes (RC) : Le rapport de cotes d'un événement dans un groupe (habituellement le groupe de traitement) aux cotes de cet événement dans un autre groupe (habituellement le groupe témoin). Un rapport de cotes au-dessus de 1 signifie que le premier groupe est plus susceptible de vivre l'événement, tandis qu'un rapport de cotes en dessous de 1 suggère que cela est moins probable.

Rapport de risque : Un rapport comparant deux taux de risque (le temps qu'il faut avant qu'un événement ne se produise). Un rapport de risque au-dessus de 1 suggère que le groupe représenté par le premier numéro (habituellement le groupe de traitement) est plus susceptible de voir l'événement se produire sur une période de temps donnée que le second groupe (habituellement le groupe témoin). À la différence des rapports de cotes qui estiment la probabilité d'un événement cumulatif, les rapports de risque estiment la probabilité qu'un événement se produise à un moment précis.

Simple insu : Un type d'insu dans lequel un groupe de personnes participant à l'essai (patients, investigateurs ou examinateurs) ignorent quels patients ont reçu quelle intervention.

Statistiquement significatif : Improbable qu'il se soit produit uniquement par hasard. Mesuré par des tests statistiques qui calculent les valeurs p et les intervalles de confiance, entre autres résultats.

Valeur p : La probabilité (de 0 à 1) que le résultat observé ait pu être le fruit du hasard s'il n'y avait pas eu de différence entre les effets des interventions dans les groupes de l'essai.

Résultats du sondage de la SCR sur l'accès aux médicaments

L'accès aux médicaments est une préoccupation majeure pour de nombreux patients et professionnels de la santé. Les difficultés rencontrées pour accéder aux médicaments sont non seulement frustrantes, mais peuvent même devenir une question de vie ou de mort.

Pour le sondage « Articulons nos pensées » de ce numéro, nous avons demandé aux membres de la SCR de nous donner leurs opinions sur les grandes et petites frustrations liées à l'accès aux médicaments pour leurs patients et de nous dire quels médicaments spécifiques sont difficiles d'accès.

Selon les 129 répondants, les quatre principales entraves ou frustrations majeures incluaient la paperasse administrative (61 %), porter les refus en appel (59 %), les délais d'approbation avec les payeurs publics (40 %) suivis de près par se tenir au fait des politiques changeantes (39 %) (voir les tableaux 1 et 2).

Les autres préoccupations liées à l'accès aux médicaments citées par les répondants incluaient : les médicaments pour les maladies rares; les utilisations non indiquées sur les étiquettes; le décalage entre l'approbation de médicaments dans d'autres pays et l'approbation au Canada; et les difficultés d'accès aux médicaments pour les patients pédiatriques.

Lorsqu'on leur a demandé de nommer des médicaments spécifiques difficiles à obtenir pour leurs patients, une très forte majorité des membres de la SCR ont mentionné le rituximab, apparemment en raison du nombre de conditions pour lesquelles il n'y a pas d'indication approuvée et/ou d'essais contrôlés randomisés. À propos du rituximab pour la granulomatose avec polyangéite (GPA), un répondant a expliqué que « les patients atteints d'une maladie grave ne peuvent pas attendre le temps requis pour l'approbation du financement public. Plus frustrant encore, le refus de couvrir le rituximab pour le traitement d'entretien, malgré de solides preuves de sa supériorité par rapport aux traitements actuellement disponibles. » Le rituximab a aussi été mentionné comme étant difficile d'accès pour plusieurs autres affections, dont la polyarthrite rhumatoïde et le lupus.

Plusieurs répondants ont également signalé que, de façon générale, la classe des agents biologiques était difficile d'accès. Les agents biologiques spécifiquement mentionnés étaient le tocilizumab, l'adalimumab, le belimumab, le canakinumab et l'anakinra. D'autres ont indiqué que la plupart des médicaments pour les maladies orphelines et les utilisations non indiquées sur les étiquettes étaient aussi difficiles d'accès.

Les difficultés d'accès aux médicaments sont indéniablement une préoccupation majeure dans le système de la santé. La SCR et l'Association de rhumatologie de l'Ontario ont établi une première lorsque nous avons négocié une entente avec les payeurs privés, par l'entremise de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), la création d'un critère commun pour l'utilisation des agents biologiques dans la PR. Le comité des

thérapeutiques de la SCR tient à recevoir des documents sur les défis qui se présentent afin de présenter des exemples concrets aux organismes appropriés.

La collaboration de tous les intervenants sera requise pour améliorer l'accès et, en fin de compte, la qualité de vie des patients.

Tableau 1. Dix principales entraves et frustrations majeures

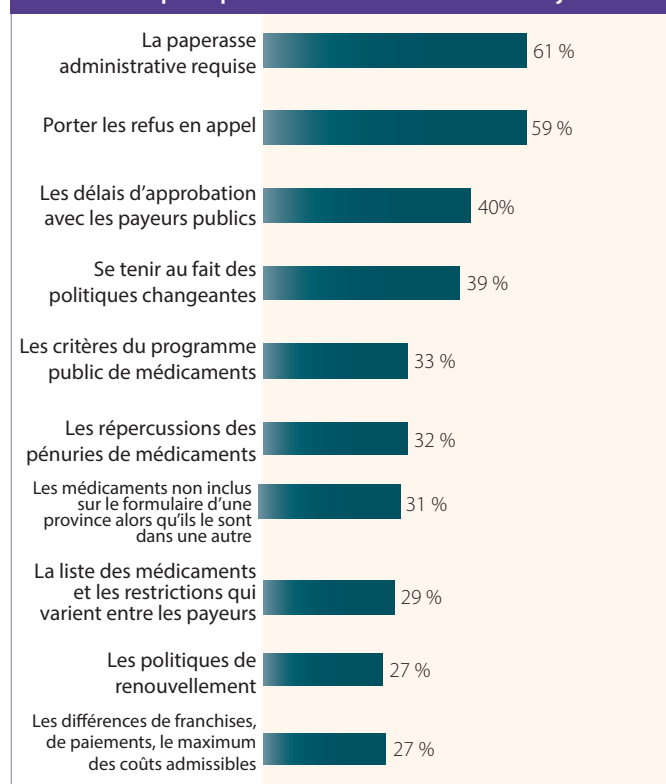
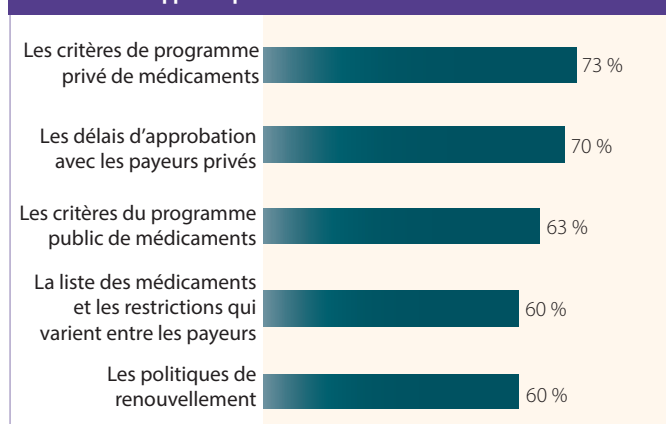


Tableau 2. Cinq principales entraves et frustrations mineures



N.-É.

Des nouvelles de la Dre Trudy Taylor

Le prix d'excellence pour l'ensemble de ses réalisations en enseignement médical a récemment été décerné à la Dre Evelyn Sutton par le Département de médecine de l'Université de Dalhousie, une belle façon de terminer son mandat en tant que chef de la Division de rhumatologie, qui a pris fin en juillet. Le Dr Volodko Bakowsky a pris la relève en tant que nouveau chef intérimaire de la division et ne manquera pas de nous guider sur une voie fructueuse. Par ailleurs, il y a eu de nombreux reportages dans les médias à propos de la clinique collaborative de la Dre Sutton, qu'elle dirige avec le Dr Sam Hickcox, médecin de famille, ainsi que plusieurs physiothérapeutes et infirmières au Nova Scotia Rehabilitation and Arthritis Centre à Halifax. Cette couverture médiatique a été un excellent véhicule pour garder les grandes questions en matière de soins pour la rhumatologie présentes à l'esprit des habitants de la Nouvelle-Écosse.

Une mise à jour du Dr Juris Lazovskis

Quatorze années se sont maintenant écoulées depuis ce jour où le Dr Juris Lazovskis a conduit un U-Haul de Minneapolis à Sydney, en Nouvelle-Écosse, après avoir terminé sa formation postdoctorale à l'Université du Minnesota. Ce qui l'a attiré, et ce qui le motive à « tenir le fort » en tant que seul rhumatologue sur l'île du Cap-Breton, est la splendeur en toute saison du plateau du Cap-Breton, ses fidèles patients et son équipe (de gauche à droite sur la photo) : Mme Pamela Chant, chef de bureau; Mme Carolyn Burns, assistante de recherche; et Mme Lynn Vickers, infirmière. »

Une mise à jour du Dr Adam Huber

L'équipe de rhumatologie pédiatrique du IWK Health Centre à Halifax, en Nouvelle-Écosse, compte quatre rhumatologues pédiatriques, deux infirmières, un physiothérapeute, un ergothérapeute et un travailleur social, ainsi qu'un remarquable personnel de soutien composé de plusieurs personnes. Nous fournissons des soins spécialisés en rhumatologie pédiatrique aux trois provinces maritimes, et parfois au-delà.



La Dre Evelyn Sutton à Lake O'Hara.



Le Dr Lazovskis et son équipe.

IN MEMORIAN

C'est avec tristesse que nous partageons la nouvelle du décès de la Dre Eva Arendt Racine, M.D., C.M., FRCPC, le 6 septembre 2016 à Montréal, à l'âge de 97 ans. La Dre Arendt Racine a reçu son certificat en médecine interne du Collège royal en 1954. Nous souhaitons nos plus sincères condoléances à sa famille.

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

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

1391.837

Indication :

SIMPONI[®] est également indiqué pour :

- La réduction des signes et des symptômes chez les patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) active dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante.

Usage clinique :

- Aucune étude n'a été menée chez des patients pédiatriques.
- Comme les infections sont plus fréquentes chez la population âgée en général, la prudence s'impose lors du traitement des patients âgés. L'étude portant sur la nr-Ax SpA ne comptait aucun patient âgé de 65 ans et plus.

Contre-indications :

- Infection grave comme le sepsis, la tuberculose et les infections opportunistes.
- Insuffisance cardiaque congestive modérée ou grave (de classe III ou IV selon la NYHA).
- Hypersensibilité au golimumab ou à l'un des autres composants du produit ou du contenant.

Mises en garde et précautions les plus importantes :

Infections :

- Des infections graves ayant entraîné une hospitalisation ou un décès, y compris le sepsis, la tuberculose, les infections fongiques invasives et d'autres infections opportunistes, ont été observées à la suite de l'emploi d'antagonistes du TNF, y compris le golimumab. Si un patient présente une infection grave ou un sepsis, le traitement par SIMPONI[®] doit être cessé. Le traitement par SIMPONI[®] ne doit pas être instauré chez des patients présentant des infections actives, y compris des infections chroniques et localisées.
- Les médecins doivent user de prudence lorsqu'ils envisagent de prescrire SIMPONI[®] aux patients ayant des antécédents d'infections récurrentes ou latentes (y compris

la tuberculose), ou des troubles sous-jacents, qui pourraient les prédisposer à des infections, ou aux patients ayant résidé dans des régions où la tuberculose et les infections fongiques invasives, comme l'histoplasmosse, la coccidioïdomycose ou la blastomycose, sévissent à l'état endémique.

- La tuberculose (principalement sous la forme clinique disséminée ou extrapulmonaire) a été observée chez des patients ayant reçu des inhibiteurs du TNF, y compris le golimumab. La tuberculose pourrait être due à la réactivation d'une tuberculose latente ou à une nouvelle infection.
- Avant d'entreprendre un traitement par SIMPONI[®], il importe d'évaluer tous les patients, afin de s'assurer qu'ils ne sont pas atteints de la forme active ou latente de la tuberculose.
- Chez les patients faisant l'objet d'un diagnostic de tuberculose latente, un traitement antituberculeux doit être instauré avant de commencer un traitement par SIMPONI[®].
- Les médecins doivent surveiller les patients recevant SIMPONI[®], y compris les patients ayant un résultat négatif au test de dépistage de la tuberculose latente, afin de déceler tout signe ou symptôme de tuberculose active.

Affections malignes :

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

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Personnes âgées (≥ 65 ans) : la prudence s'impose lors du traitement des patients âgés.
- Risque de réactivation du virus de l'hépatite B.
- Risque d'aggravation ou d'apparition d'une insuffisance cardiaque congestive.
- Risque d'infection avec l'emploi concomitant de l'anakinra, de l'abatacept ou d'autres agents biologiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.

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

Choisissez SIMPONI®

NOUVELLE INDICATION

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

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.com/canada/fr/products#prod-456> pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans ce document.

Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-387-8781.

* Spondylarthrite axiale non radiographique
† La portée clinique comparative n'a pas été établie.

Références : 1. Monographie de SIMPONI®, Janssen Inc., 8 août 2016. 2. Hochberg, MC, Silman, AJ, Smolen, JS, et al. (2015). *Rheumatology*, Philadelphia: Mosby/Elsevier.

- Risque de réactions hématologiques.
- Risque de réactions d'hypersensibilité.
- Risque de sensibilité au latex.
- Risque d'infections cliniques, y compris des infections disséminées, avec l'administration concomitante de vaccins vivants et d'agents infectieux thérapeutiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.
- Risque d'auto-immunité.
- Peut entraîner une immunosuppression; peut agir sur les défenses de l'hôte contre les infections et les affections malignes.
- Possibilité d'erreurs posologiques.
- Risque d'apparition ou d'exacerbation de troubles de démyélinisation du SNC.
- Risque d'infection périopératoire.
- Les femmes en mesure de procréer doivent utiliser une méthode de contraception adéquate pour ne pas devenir enceintes et doivent continuer la contraception pendant au moins six mois après le dernier traitement.
- Les femmes ne doivent pas allaiter durant le traitement ni pendant au moins 6 mois après le dernier traitement par SIMPONI®.
- À utiliser avec prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique.
- Pourrait exercer une légère influence sur la capacité à conduire, car son administration pourrait entraîner des étourdissements.

Marques de commerce utilisées sous licence.
Toutes les autres marques de commerce sont
détenues par leurs propriétaires respectifs.
© 2016 Janssen Inc.

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

SRBR160320F



MEMBRE DE
MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA

Une fois par mois
Simponi[®]
golimumab

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF **Johnson & Johnson**

MAINTENANT REMBOURSÉ PAR LA RAMQ

en tant que médicament d'exception

XELJANZ – Critères de remboursement de la RAMQ

- en association avec le méthotrexate pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses au méthotrexate.

Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions au plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. L'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

Pour en apprendre davantage, visitez le site XELJANZ.ca ou communiquez avec votre représentant Pfizer.

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

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

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 d'usage clinique. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.



  MEMBRE DE
MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA
XELJANZ, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada Inc., licencié
© 2016 Pfizer Canada Inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5

CA0115T0F011F

Pr **XELJANZ**^{MC} 
[citrate de tofacitinib]