

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Pleins feux sur :

Le 75^e anniversaire de la SCR 1^{re} partie : Les réflexions des anciens présidents

Éditorial

La pratique virtuelle de la rhumatologie
ressemble à l'extraction de bitcoins : *discussion*

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

Quels sont les rouages de la SCR?
Le bulletin des membres du personnel (1^{re} partie)

Des nouvelles de l'ICORA

Épidémiologie de l'artérite à cellules géantes en Ontario

Prix, nominations et distinctions

Honneurs aux D^{res} May Choi et Gillian Hawker

Arthroscopie

Nouvelles du comité de spécialité en rhumatologie
du Collège royal : nouveaux membres, programme
de CPC et examens en situation de COVID

L'EULAR 2020

Entrevues avec les lauréats des prix de la SCR

Chercheuse émergente : D^{re} Claire Barber

Formateur d'enseignants : D^r Rayfel Schneider

La Société de l'arthrite : Passer à l'action,
sensibiliser la population

« Autour de la rhumato » : le balado officiel de la SCR

Nouvelles régionales

Des nouvelles de l'Alberta

Hommage boréal

Il était une fois la rhumatologie canadienne :
1974-1984, une décennie dans l'histoire de
la SCR (bien avant l'avènement des produits
biologiques et des inhibiteurs de JAK)

La renaissance de la SCR

La SCR : une odyssée

Construire des ponts

Danser lors de nos réunions

Le *JRheum* et la SCR : une évidence

Le projet de la revue *JRheum* et
la crise économique de 2008

Une réunion conjointe avec le
Collège mexicain de rhumatologie

Réflexions

Modernisation de la gouvernance

Notre gamme de produits biologiques d'origine en dit long sur notre engagement continu...

- à élargir les choix thérapeutiques pour les médecins;
- à offrir un bon nombre d'options thérapeutiques aux patients;
- à investir dans la découverte et le développement de nouvelles thérapies, aujourd'hui et demain.



Programme BioAdvance® de Janssen
Soins axés sur les patients, simplicité pour vous.

Le programme BioAdvance® de Janssen offre à l'heure actuelle un soutien spécialisé et personnalisé à plus de **55 000** patients au Canada...

La promesse du programme BioAdvance® de Janssen :

- Un coordonnateur BioAdvance® de Janssen comme personne-ressource pour toute la gamme de produits biologiques de Janssen (**SIMPONI®**, **SIMPONI® I.V.**, **STELARA®**, **STELARA® I.V.**, **TREMFYA™** et **REMICADE®**).
- Une inscription simple commençant par un seul appel ou courriel.
- Une aide pour obtenir un remboursement ou une assistance financière.
- Une formation et des outils qui aideront les patients à gérer leur traitement.

La pratique virtuelle de la rhumatologie ressemble à l'extraction de bitcoins : discussion

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Les examens écrits de la bourse de rhumatologie comportant des questions à développement appartiendront peut-être au passé après la pandémie, mais même s'ils survivent, je doute que la question titre soit susceptible d'y figurer. Si c'est le cas, n'hésitez pas à utiliser les renseignements ci-dessous.

Dans le monde concret d'avant la COVID, la médecine constituait une aberration. Malgré la progression des DME, notre transition numérique accusait du retard. Le transfert d'information était encore dominé par le télécopieur, l'interconnexion et l'interopérabilité des renseignements médicaux électroniques étaient rares et notre travail auprès des patients se faisait principalement à la pièce, selon le principe du paiement à l'acte. Bien sûr, les interactions individuelles avec les patients, y compris la présence physique rapprochée et les examens physiques réels, sont ce dont nous sommes fiers en tant que rhumatologues, en accompagnant les patients tout au long de leurs maladies chroniques.

Même à cette époque, en ce qui concerne nos relations financières avec les payeurs, nous étions passés au monde numérique. Les gouvernements n'acceptent plus les réclamations sur papier ni sur disquette; les renseignements relatifs à la facturation sont transmis électroniquement et nous recevons les paiements de la même manière, directement dans nos comptes bancaires chaque mois.

Aujourd'hui, la pratique virtuelle de la médecine est la nouvelle norme. Même si elles pourraient se faire par l'intermédiaire d'une plate-forme vidéo imitant les interactions réelles, beaucoup de mes visites se font par téléphone. Tous les jours, je suis assis devant mon ordinateur dans mon bureau à domicile, mon DME est ouvert, je parle et je tape sur le clavier patient après patient, puis j'envoie des ordonnances et des demandes de dossier par voie numérique aux pharmacies, aux patients et aux établissements de soins de santé. À la fin de la journée, j'envoie ma facture pour tout ce travail par voie électronique au ministère de la Santé et le paiement en est pratiquement garanti : en l'absence d'interactions en personne, j'ai l'impression de créer de l'argent à partir de rien. Dans un sens, ce travail virtuel et numérique n'a pas le poids et la profondeur des interactions en cabinet, même si les décisions qui s'imposent sont tout aussi difficiles à prendre, sinon plus. Le fait de pouvoir travailler sans devoir s'habiller ou enfiler une tenue professionnelle, gérer son apparence et se rendre sur son lieu de travail influence cette perception.

Bien sûr, la monnaie numérique n'est pas nouvelle. La popularité des transactions en espèces ne cesse de décliner, tout comme l'utilisation des chèques. Nous sommes dans une période de transition accélérée vers des paiements préautorisés, des transferts électroniques de fonds, des virements électroniques Interac et des portefeuilles numériques. Même si on dit qu'actuellement, les gouvernements et leurs banques centrales « impriment de l'argent »,

ils n'exploitent pas réellement une presse à imprimer physique, comme dans le cas du succès de Netflix *La Maison de papier*. L'argent qui finance les programmes gouvernementaux de lutte contre la pandémie, comme la SSUC, le CUEC, la SST, la PCU et bien d'autres, est créé et transféré par voie numérique.

Les mineurs de bitcoin semblent eux aussi créer de l'argent à partir de rien, en utilisant des ordinateurs pour résoudre des équations mathématiques complexes. Comment cela est-il possible? J'ai beaucoup appris sur le bitcoin, et le concept de chaîne de blocs qui y est souvent associé, en lisant des articles sur www.investopedia.com. Apparemment, à l'heure actuelle, la probabilité qu'un ordinateur résolve l'un de ces problèmes est d'environ 1 sur 13 billions. J'aime beaucoup mieux mes chances de diagnostiquer correctement un patient virtuel que je n'ai jamais vu depuis chez moi. Entre-temps, la « récompense de bloc » pour la résolution de ces problèmes mathématiques complexes ne cesse de diminuer, passant de 50 bitcoins en 2009 à 3,125 bitcoins en mai 2020. Les rhumatologues canadiens peuvent le comprendre, puisque les gels et les réductions d'honoraires sont monnaie courante ces dernières années. En Ontario, le ministère de la Santé a créé de nouveaux codes d'honoraires pour la facturation virtuelle au début de la pandémie, mais a ensuite adopté la position que la plupart des visites de suivi virtuelles devraient être payées à une valeur 33 % inférieure à celle des visites en personne. Ce différend a duré des mois avant d'être résolu en notre faveur après de fortes pressions.

Enfin, l'extraction du bitcoin nécessite des quantités considérables d'énergie et des installations informatiques sophistiquées. Je n'ai besoin que d'un téléphone, d'un accès à Internet et d'un ordinateur qui peut accéder à mon DME dans le nuage. Ainsi, mon travail virtuel est extrêmement respectueux de l'environnement, puisqu'il évite à mon personnel, à mes patients et à moi-même de nous rendre au bureau. L'extraction de bitcoins à l'aide de groupes d'ordinateurs haut de gamme nécessite de grandes quantités d'électricité qui, si elle est produite à partir de charbon ou de pétrole, est néfaste pour l'environnement.

Bill Gates aurait déclaré : « Le bitcoin est meilleur que la monnaie en ce sens qu'il n'est pas nécessaire d'être physiquement au même endroit ». Grâce à la rhumatologie virtuelle, vous n'avez pas plus besoin d'être physiquement au même endroit que votre patient. Est-ce mieux que la réalité? Cette question pourrait être posée lors d'un futur examen de rhumatologie, mais vous devrez trouver la réponse par vous-même.

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

Énoncé de mission. La mission du JSCR est de promouvoir l'échange d'information et d'opinions au sein de la collectivité des rhumatologues du Canada.

RÉDACTEUR EN CHEF

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP
Président,
Ontario Rheumatology Association,
Ancien président,
Section de rhumatologie,
Ontario Medical Association
Scarborough (Ontario)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP
Présidente,
Société canadienne de rhumatologie
Vice-doyenne,
Enseignement médical prédoctoral
Professeure de médecine,
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Nigil Haroon, M.D., Ph. D., DM, FRCPC,
Vice-président,
Société canadienne de rhumatologie
Co-directeur,
Programme sur la spondylarthrite, UHN
Clinicien-chercheur, UHN
Scientifique,
Institut de recherche de Krembil,
Professeur agrégé, Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
Présidente sortante,
Société canadienne de rhumatologie
Ancienne chef de la direction,
Service de rhumatologie,
William Osler Health Centre
Brampton (Ontario)

MEMBRES

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

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

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

May Y. Choi, M.D., FRCPC
Conférencière clinique en rhumatologie,
Cumming School of Medicine
Université de Calgary et
Services de santé de l'Alberta
Calgary (Alberta)

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



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

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

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

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

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

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

Le JSCR est en ligne!
Vous nous trouverez au :
www.craj.ca/index_fr.php

Code d'accès : **craj**

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

ÉQUIPE DE PUBLICATION

Paul F. Brand
Directeur exécutif

Jyoti Patel
Rédactrice en chef

Catherine de Grandmont
Rédactrice-révisrice principale
(version française)

Donna Graham
Chef de production

Dan Oldfield
Directeur du design

Mélissa Drouin
Services financiers

Robert E. Passaretti
Éditeur

© STA HealthCare Communications inc., 2020. Tous droits réservés. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : septembre 2020.

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

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

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS

D^{re} May Choi

Prix Gary S. Gilkeson pour
le développement de
la carrière (2019)



En 2019, May Choi a reçu le prix *Gary S. Gilkeson pour le développement de la carrière* offert par la Lupus Foundation of America, un prix conçu pour soutenir les cliniciens et les chercheurs qui commencent leur carrière dans le domaine de la recherche sur le lupus. Grâce à ce prix, May obtient sa maîtrise en épidémiologie de l'École de santé publique Chan de l'Université Harvard. Elle approfondit par ailleurs sa formation sur le lupus au Brigham and Women's Hospital sous la supervision et le mentorat de la D^{re} Karen Costenbader, professeure de médecine à l'École de médecine de l'Université Harvard et experte en lupus. Les intérêts de recherche de May comprennent l'identification de facteurs déterminant l'expression des anticorps antinucléaires (AAN) au fil du temps, en vue d'alimenter la classification du lupus érythémateux disséminé (LED), de même que les nouveaux biomarqueurs visant à améliorer notre capacité à prédire l'activité de la maladie et les résultats pour les patients.

D^{re} Gillian Hawker

Prix de la Société Internationale de
Recherche sur l'Arthrose (OARSI)
pour la recherche clinique (2020)



La D^{re} Gillian Hawker est professeure titulaire de la chaire de médecine Sir John and Lady Eaton, directrice du département de médecine de l'Université de Toronto ainsi que chercheuse principale au Women's College Research Institute. En 2020, elle a reçu le prix de la Société internationale de recherche sur l'arthrose (OARSI) pour la recherche clinique sur l'arthrose.

La D^{re} Hawker a déclaré : « En tant que chercheuse dans le domaine des services de santé, je me suis surtout concentrée sur l'étude des déterminants et des résultats des soins de l'arthrose (ou de l'absence de soins), en mettant l'accent sur la chirurgie de remplacement des articulations et, plus récemment, sur les personnes souffrant d'autres affections concomitantes courantes, comme le diabète. Ceux d'entre nous qui sommes des rhumatologues spécialisés dans l'arthrose ont toujours eu le sentiment d'être un peu à part de leurs pairs rhumatologues. L'OARSI réunit des chercheurs spécialisés dans tous les domaines liés à l'arthrose; la communauté OARSI a été inestimable pour moi en tant que chercheuse - elle m'a mise au défi de penser différemment et de voir grand. L'OARSI rassemble les principaux acteurs de la recherche sur l'arthrose. C'est donc très agréable d'être honorée par mes pairs de l'OARSI en recevant le prix 2020 de la recherche clinique ! Je leur en suis très reconnaissante. »

Quels sont les rouages de la SCR?

Le bulletin des membres du personnel (1^{re} partie)

Bienvenue à cette première partie du bulletin *Quels sont les rouages de la SCR? Bulletin des membres du personnel!* Nous espérons vous faire connaître certains membres du personnel de la SCR qui offre un appui constant à nos membres. Des entretiens avec d'autres membres du personnel seront publiés dans le numéro d'hiver.

	 Mona Bosinceanu	 Sharon Brinkos	 Sue Ranta
Veillez décrire votre rôle au sein de la SCR en une phrase.	À titre de directrice du bureau relevant du directeur général, m'incombe d'assurer le bon fonctionnement de la SCR, et particulièrement l'excellence administrative et opérationnelle.	Je suis la coordonnatrice des adhésions et des parrainages et je réponds également à toutes les demandes générales.	Je coordonne et j'appuie les activités des comités opérationnels et des groupes de travail.
Depuis combien de temps travaillez-vous à la SCR?	Depuis novembre 2018.	Depuis octobre 2018.	Depuis juin 2013.
Quel est votre meilleur souvenir de la SCR à ce jour?	La réussite de la soirée canadienne à Atlanta en 2019.	Je ne peux en nommer qu'un seul, car à chaque assemblée générale, il se produit quelque chose qui me met le cœur en fête ou qui fait rire tout le monde aux larmes.	La prestation en chair et en os de Claire LeBlanc au banquet de l'assemblée 2020 – elle était sublime!
Quelles répercussions la COVID-19 a-t-elle eues sur votre travail au quotidien?	Des « interruptions » du service Internet qui surviennent assez souvent.	Oui, j'ai dû tenir compte de l'horaire des classes à distance de ma fille dans l'organisation de réunions importantes pour ne pas trop solliciter notre service Internet.	Il n'y en a pas eu vraiment, mise à part l'agréable distraction de retrouver mes deux filles sous le même toit.
Quels étaient vos projets de vacances d'été cette année avant la pandémie de COVID?	Voyager/faire un safari en Afrique	Comme nous allions déménager, nous n'avions pas prévu voyager, car nous devions nous installer.	Camping et chalet... alors la COVID-19 n'a pas changé grand-chose à mes projets.
Quelle sera votre prochaine destination lorsqu'il sera sécuritaire de voyager?	J'espère faire le safari en Afrique que j'ai dû repousser.	Je ne suis pas une globe-trotteuse, mais j'espère prendre la route pour les Maritimes, plus précisément Terre-Neuve, pour revoir ma famille. Je ne ferai pas de voyage en avion de si tôt!	J'irai visiter ma sœur en Australie.
Nommez deux choses que vous aimeriez avoir avec vous si vous étiez naufragées sur une île déserte (excluant les objets de première nécessité).	Mon chien et une bouteille de vin.	Une loupe et un couteau suisse.	Un carnet de notes et un stylo.
Pouvez-vous nous dévoiler l'un de vos talents cachés ou passe-temps?	Ping-pong, badminton, tennis.	Il n'y a rien que j'aime mieux que de cuisiner et j'ai même remporté quelques prix dans le cadre de concours. Les tartelettes au beurre sont ma spécialité!	Mise en valeur d'objets usagés et restauration de meubles.
Qu'aimez-vous regarder à la télé ou que lisez-vous ces temps-ci?	<i>Modern Family</i>	Je lis des livres de recettes. Ceux de la série <i>Taste of Home</i> sont mes préférés.	<i>Imperfect Birds</i> d'Anne Lamott.
Quelle est votre musique préférée des années 1980 ou 1990?	Vanessa Paradis	J'aime profondément la musique country et j'écoutais constamment Garth Brooks, Reba McEntyre, Brooks & Dunn et Alan Jackson à la radio à cette époque.	Tout ce qu'a fait le groupe <i>The Tragically Hip</i> – cette musique était la trame sonore de ma vie à cette époque!

Épidémiologie de l'artérite à cellules géantes en Ontario

Par Jessica Widdifield, Ph. D., et Lillian Barra, M.D., Ph. D., FRCPC



Il existe peu de données sur l'incidence et la prévalence de l'artérite à cellules géantes (ACG) au Canada. En outre, des rapports contradictoires ont été publiés sur le risque de mortalité chez les personnes atteintes d'ACG.

Nous avons d'abord réalisé une étude de validation des données administratives sur la santé afin d'évaluer l'exactitude des algorithmes de données administratives pour repérer les patients atteints d'ACG dans les bases de données populationnelles. Notre algorithme le plus performant (VPP de 81 %, sensibilité de 60 %, VPN de 99 %) définissait les patients atteints d'ACG comme ceux ayant été hospitalisés au moins une fois ou ayant reçu au moins deux diagnostics présumés (dont au moins un de la part d'un rhumatologue, d'un interniste ou d'un ophtalmologiste) et ayant reçu au moins une ordonnance de glucocorticoïde ou pour lesquels il y avait au moins un code d'honoraires pour une biopsie de l'artère temporale au cours d'une période de trois ans, mais pour lesquels il n'y avait pas de codes d'honoraires pour des biopsies rénales, pulmonaires, cutanées et nasales (associées à d'autres formes de vascularite).

La mise en application de cet algorithme aux données de l'ensemble de la province de l'Ontario a permis de déterminer que le nombre brut de patients atteints d'ACG était de 861 (0,03 %) en 2000 et de 1 662 (0,03 %) en 2018 parmi les résidents de 50 ans et plus. Nous avons observé que l'incidence de l'ACG, normalisée en fonction de l'âge et du sexe était stable dans le temps (environ 25 nouveaux cas pour 100 000 personnes par année dans la population de plus de 50 ans). Les taux d'incidence normalisés selon l'âge étaient significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Les tendances en matière de taux d'incidence normalisés en fonction de l'âge se sont révélées stables sur

le plan de l'incidence chez les femmes, mais avec le temps, une incidence accrue a été observée chez les hommes. Les taux d'incidence étaient les plus élevés chez les personnes âgées de 70 ans et plus. Le nombre cumulatif de patients atteints d'ACG est passé de 4 306 en 2000 à 13 832 en 2018. Les taux de prévalence normalisés sont passés de 125 cas (IC à 95 % : 121-129) à 235 cas (IC à 95 % : 231-239) pour 100 000 personnes âgées de 50 ans et plus au cours de la même période.

Sur une période de 19 ans, la mortalité est demeurée plus élevée chez les patients atteints d'ACG que dans la population générale. Les taux de mortalité liés à l'ACG étaient plus élevés chez les hommes et les décès prématurés étaient plus nombreux dans les groupes de patients plus jeunes. Dans le cadre de notre étude, aucune amélioration au chapitre de la surmortalité relative des patients atteints d'ACG au fil du temps (écart de mortalité) n'a été observée.

Jessica Widdifield, Ph. D.

Scientifique,

Sunitinib Research Institute, ICES

Professeure adjointe, Université de Toronto,

Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé Toronto (Ontario)

Lillian Barra, M.D., Ph. D., FRCPC

Division de rhumatologie,

St. Josephs Health Care

Université Western Ontario,

London (Ontario)

Nouvelles du comité de spécialité en rhumatologie du Collège royal : nouveaux membres, programme de CPC et examens en situation de COVID

Par Trudy Taylor, M.D., FRCPC, et Kristin Houghton, M.D., M. Sc., FRCPC, Dipl. en médecine sportive

Avant de vous présenter une mise à jour du Comité de spécialité en rhumatologie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), nous avons pensé qu'il fallait d'abord vous rappeler ou vous expliquer son rôle. Chaque spécialité et sous-spécialité dispose d'un comité de spécialité au Collège royal, chargé d'établir les normes de spécialité sur lesquelles se fonde la formation, l'accréditation, la délivrance de titres et les examens. En outre, le comité de spécialité est chargé de la nomination des membres de la commission d'examen et du soutien du processus d'accréditation des programmes de formation en résidence. Enfin, le comité est chargé de l'examen de la spécialité pour toute modification du champ de pratique ou tout chevauchement avec d'autres spécialités.

Le comité compte deux types de membres : les membres votants (président, vice-président, membre votant pour chacune des cinq régions géographiques) et les membres non votants (principalement les directeurs de programmes et les présidents des comités d'examen). Les membres du comité assurent un mandat de deux ans, renouvelable deux fois.

L'année dernière a constitué une période d'énormes changements au sein du comité de spécialité de la rhumatologie. Nous avons connu une rotation importante de nos membres, notamment une nouvelle présidente (Trudy Taylor) et une nouvelle vice-présidente (Kristin Houghton, pédiatrie) qui ont pris la relève de David Robinson en juillet 2019. Nous avons également accueilli plusieurs nouveaux membres votants, dont Rosie Scuccimarri (région 4, pédiatrie), Dharini Mahendira (région 3) et Robert McDougall (région 2). Ils rejoignent la « vieille garde » d'Elana Murphy (région 5) et de Raheem Kherani (région 1 et représentant communautaire) pour compléter les membres votants du comité qui, en plus d'établir des normes, jouent un rôle important dans l'examen des documents d'accréditation pour chacun des programmes de résidence en rhumatologie.

Après des années de travail acharné et de dévouement, Elaine Yacshyn et Shirley Tse ont terminé leur mandat de présidente du comité d'examen de rhumatologie adulte et pédiatrique. Michael Stein (adulte) et Tania Cellucci (pédiatrie) prennent la relève. En plus de son travail habituel, la commission d'examen a dû faire face à des changements de dernière minute pour les examens de l'automne 2020 en raison de la pandémie de COVID-19. Aucun examen appliqué (OSCE) n'aura lieu cette année et tous les candidats passeront un examen écrit.

La dernière série de mises à jour sur les changements de la composition des comités concerne nos directeurs de programmes. On compte 15 programmes de résidence en rhumatologie adulte et 3 programmes de résidence en rhumatologie pédiatrique. Dans l'ensemble du pays, il y a également eu des changements importants au sein des directeurs de programmes adultes, notamment l'arrivée de nouveaux directeurs dans les universités suivantes : Dalhousie (Elana Murphy), Saskatchewan (Keltie Anderson), McMaster (Kimberly Legault), Manitoba (Ramandip Singh), Université Laval (Myriam Allen) et Université de la Colombie-Britannique (Raheem Kherani). Ils rejoignent le groupe solide de directeurs de programmes qui ont dirigé de façon intrépide la mise en œuvre du programme de « compétence par conception » (CPC) pour nos résidents en rhumatologie.

Ce groupe très soudé d'anciens et d'actuels formateurs en rhumatologie a passé d'innombrables heures à concevoir et à mettre en œuvre le curriculum de nos différents programmes de formation en résidence. Ensemble, ils ont fait en sorte que nos programmes canadiens de formation en résidence permettent à nos résidents d'acquérir les meilleures connaissances et expériences, afin de les préparer à la réussite. La première cohorte de résidents du programme de CPC a maintenant terminé sa première année! La rétroaction des directeurs de programme est essentiellement positive, malgré les défis imposés par la pandémie de COVID-19 depuis la mi-mars.

Trudy Taylor, M.D., FRCPC

Professeure agrégée

Division de rhumatologie,

Département de médecine

Division de l'éducation médicale

Université Dalhousie

Halifax (Nouvelle-Écosse)

Kristin Houghton, M.D., M. Sc., FRCPC, Dipl. en médecine sportive

Professeure agrégée de clinique

Division de rhumatologie,

Département de pédiatrie

Université de la Colombie-Britannique

Vancouver (Colombie-Britannique)

L'EULAR 2020

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Après trois mois de distanciation sociale imposée par la pandémie, tout le monde a assisté à des webinaires trop nombreux pour qu'on puisse les compter sur Zoom, GoToMeeting, Adobe Connect, Microsoft Teams, Google Meet et probablement d'autres plateformes également. Les réunions d'une heure sont gérables, mais celles qui sont plus longues nécessitent d'éteindre stratégiquement le webcam pour faire des étirements et se promener autour de sa chaise.

À quoi donc une assemblée scientifique virtuelle de plus de quatre jours pourrait-elle ressembler? Étant donné la tenue de l'assemblée de la SCR de justesse avant le confinement en février et l'annulation de l'assemblée annuelle de l'ORA en avril, le congrès électronique 2020 de l'EULAR a été ma première occasion de le découvrir. La décision de passer au virtuel a été prise assez tard, à mon avis, soit fin mars 2020. À ce moment-là, la situation liée à la COVID-19 était bien pire en Europe qu'au Canada. Les frais d'inscription habituels sont alors passés à 175 dollars américains pour le congrès électronique, une somme nettement moins élevée. J'ai pu annuler mon séjour à l'hôtel sans frais, et Air Canada de son côté n'a conservé que 150 \$ du prix de mon vol. J'ai pris congé de mon bureau virtuel pour les trois jours du congrès EULAR : un répit bienvenu après 12 semaines d'appels téléphoniques quotidiens et de tentatives de consultations par vidéo avec mes patients.

L'un des mystères était de savoir si des gens se trouvaient réellement à Francfort pour l'EULAR. À part les professionnels de la santé en rhumatologie qui y vivent, probablement pas.

Les communications étaient plutôt bonnes. Fin mai, deux semaines avant le début du congrès, tous les résumés ont été publiés aux fins d'examen et de planification de l'assemblée. Aucune application EULAR n'était disponible cette fois-ci. Je me suis assuré de la mise à jour de mes identifiants de connexion EULAR. En examinant le programme scientifique, j'ai constaté que toutes les séances étaient maintenues à l'heure de l'Europe centrale. Pour moi, à Toronto, l'assemblée a donc commencé le mercredi à 7 h, et les autres jours à 4 h.

Le programme proposait un mélange d'affiches, de présentations de résumés en direct et de conférences d'experts préenregistrées, chacune ne devenant disponible que le jour de la présentation pour ensuite être mise en ligne sur le site web jusqu'à la fin du mois d'août 2020. Les affiches étaient au format électronique, tandis que le résumé, mais pas l'affiche électronique, était disponible en téléchargement. La plupart des affiches comprenaient un bref commentaire vidéo de l'auteur qui les présentait. Lors de la conférence en direct, certains problèmes ont surgi, notamment l'absence d'affiche et le fait qu'aucun présentateur d'affiche n'était disponible pour la discussion. En revanche, lors du congrès en ligne, on pouvait trouver un résumé, mais aucune affiche électronique et/ou aucune vidéo. Dans l'ensemble, cependant, ce système a bien fonctionné.

Bien entendu, la question clé qui ne pouvait être résolue avant le début du congrès était de savoir si la plateforme était à même de fonctionner avec tous les participants qui tentaient d'y accéder. Lors de la connexion le mercredi à 6 h du matin, des messages concernant la surcharge de la plateforme s'affichaient. Finalement, j'ai pu accéder à la cérémonie de bienvenue et à la conférence de presse, mais pas à la plénière d'ouverture. Heureusement, la situation s'est améliorée au cours des trois jours suivants. Les conférences préenregistrées consacrées aux thèmes WIN (*What is New*) et HOT (*How to Treat*) se sont déroulées comme prévu. La disponibilité du matériel

pendant trois mois, calquée sur celle des plateformes *ACR Beyond* et *ACR SessionSelect*, permet une revue ultérieure ainsi que le rattrapage des séances qui étaient prévues simultanément.

Cela dit, on s'ennuie de l'énergie d'une conférence en personne, des interactions fortuites et du réseautage, des séances « *Meet the Professor* » ainsi que des tournées d'affiches en personne. Le fait de rester assis devant un écran d'ordinateur pendant des heures entraîne sa propre fatigue. Les symposiums de l'industrie ont bien eu lieu, mais il n'y avait pas de stands d'exposition ni aucune aventure en ce qui concerne la nourriture et les boissons.

Parmi les lauréats des prix de résumé clinique, on compte un Canadien, Andre Luquini, M.D., d'Arthritis Research Canada, à Richmond, et un candidat au doctorat de l'Université de Colombie-Britannique, à Vancouver, pour avoir étudié les effets du programme d'autogestion en ligne *Making-it-Work* pour les personnes atteintes d'arthrite inflammatoire sur le présentisme et la cessation du travail (résumé OP0010).

C'est également un Canadien qui a remporté le prix du résumé de premier cycle : Hsin Yen Liu, étudiant en troisième année de médecine à la Western University de Londres supervisé par Janet Pope, a été récompensé pour ses recherches sur les facteurs de risque de la rétinopathie induite par les antipaludiques pour le traitement du lupus érythémateux disséminé (LED) et d'autres troubles auto-immuns (résumé OP0333).

Cette année, la SCR a également fourni un commentaire vidéo d'experts sur les résumés EULAR, avec la participation des docteurs Janet Pope, Louis Bessette et Susa Benseler, qui ont tous fourni des analyses incisives et stimulantes sur des études clés.

Parmi les points forts, on peut citer de nombreuses études sur les inhibiteurs de JAK, comportant des études comparatives d'efficacité telles que SELECT-CHOICE et JAK-pot ainsi que de nombreux autres essais cliniques portant sur l'upadacitinib et le filgotinib, à la fois dans le traitement de la PR et de troubles séronégatifs tels que l'arthrite psoriasique et la spondylarthrite ankylosante. La corrélation entre le risque de TEV et l'activité élevée de la PR ainsi qu'entre la réduction du risque de TEV et les inhibiteurs du TNF par rapport aux ARMM classiques ont également été explorées. Des études ont révélé que les inhibiteurs de JAK pouvaient fonctionner après une déficience de JAK antérieure, et qu'ils pouvaient permettre une diminution progressive des stéroïdes.

Une étude du groupe de travail appelée ASAS MRImagine, dirigée par notre propre Dr Walter Maksymowycz, a élaboré de nouvelles définitions qui se sont révélées hautement spécifiques pour l'identification des lésions structurelles des articulations sacro-iliaques sur l'IRM, indiquant une spondylarthrite axiale. La Dr^e Dafna Gladman a présenté son point de vue d'experte sur le risque de maladie cardiovasculaire chez les patients atteints de psoriasis et d'arthrite psoriasique lors d'une séance sur le thème du « Risque cardiovasculaire et prise en charge associés à l'IMIDS ».

Les résultats de l'essai COMPARATIF indiquent que l'introduction de l'adalimumab donne de meilleurs résultats que l'intensification graduelle du méthotrexate dans le traitement de l'arthrite psoriasique. D'un autre côté, d'après une autre étude, le méthotrexate pourrait en fait prévenir plutôt qu'exacerber la PR-MPI.

Je pourrais continuer, mais vous pouvez accéder vous-même à la version en ligne du congrès de l'EULAR si vous souhaitez en apprendre davantage. Compte tenu des espoirs de succès rapide des antiviraux et des vaccins qui s'évanouissent, c'est la nouvelle norme. En mai, l'ACR a rebaptisé son assemblée annuelle « ACR Convergence » et en juin, elle a annoncé que l'assemblée de 2020 serait également entièrement virtuelle en novembre. Des décisions difficiles se profilent pour la SRC en 2021 à Québec, et l'EULAR de 2021 qui devait se tenir à Paris.

Chercheuse émergente de la SCR en 2020 : D^{re} Claire Barber

Vos travaux à ce jour sont axés sur la mesure de la qualité des soins prodigués aux patients atteints d'arthrite inflammatoire dans le but de déterminer s'il existe des lacunes dans les processus de soins ou des résultats sous-optimaux et d'y remédier rapidement. Pouvez-vous nous en dire plus sur vos recherches et sur la manière dont vos résultats se transposent dans le contexte clinique?

Mon intérêt pour le domaine de la qualité des soins est né alors que je travaillais avec l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) pour élaborer des mesures de performance systémiques pour l'arthrite inflammatoire. Le comité exécutif sur les modèles de soins de l'AAC était alors dirigé par les D^{rs} Vandana Ahluwalia, Dianne Mosher et Michel Zimmer ainsi que par M^{me} Anne Lyddiatt. Ils ont développé une approche pancanadienne en matière de modèle de soins pour l'arthrite inflammatoire ainsi qu'une trousse d'outils connexe pour favoriser des soins de haute qualité et de meilleurs résultats pour les patients aux prises avec la maladie. Nous avons ensuite travaillé à l'élaboration de mesures de performance pour tester si les patients avaient rapidement accès aux soins et aux traitements nécessaires dans cinq provinces canadiennes. Les résultats de ces travaux ont permis de mieux comprendre comment examiner la qualité des soins au Canada à l'aide de différentes sources de données et ont également mis en évidence certains domaines où des améliorations pourraient être apportées¹⁻⁴. Sur la base de ces travaux, nous avons récemment collaboré avec des patients, des fournisseurs de soins de santé et des responsables de la santé à l'échelle nationale pour définir des objectifs stratégiques clés et des mesures de performance associées afin de définir un cadre plus complet de surveillance des soins de la polyarthrite rhumatoïde (PR), y compris les résultats chez les patients. À l'échelle locale, nous avons commencé à tester ces mesures et nous avons mis au point des mécanismes de production de rapports en continu pour aider à surveiller les soins en permanence par l'intermédiaire du groupe de travail sur les analyses liées à la santé du département de médecine de l'Université de Calgary. Nous avons collaboré avec le programme d'apprentissage des médecins de l'Alberta Medical Association afin de préparer des rapports individualisés sur les mesures et les avons présentés à des médecins pour qu'ils les commentent en groupe. Nous travaillons actuellement sur un certain nombre de projets d'optimisation des soins.

[Vous avez également pris part à une collaboration internationale en travaillant avec l'American College of Rheumatology \(ACR\) sur des efforts de développement de mesures et avez récemment dirigé la mise à jour des mesures d'évaluation de l'état fonctionnel de l'American College of Rheumatology. Comment décririez-vous votre expérience de travail avec les organisations internationales?](#)

Au début de ma carrière, mon directeur de thèse de doctorat, le D^r John Esdaile, m'a présenté la D^{re} Jinoos Yazdany, qui présidait le sous-comité

de mesure de la qualité de l'American College of Rheumatology, et elle m'a invitée à me joindre au comité. Ce fut un moment charnière dans ma carrière, car j'ai acquis

une expérience inestimable en siégeant au comité sous la direction de la D^{re} Yazdany et, plus tard, des D^{rs} Lisa Suter et Alex Limanni. J'en ai appris davantage sur les mesures de la qualité de haut niveau et j'ai contribué à un certain nombre de projets visant à faire progresser la science dans ce domaine, notamment en ce qui concerne la mesure des résultats et les spécifications électroniques des mesures. J'ai finalement été chargée d'aider à diriger la récente mise à jour des mesures d'évaluation de l'état fonctionnel de l'ACR sous le mentorat du D^r Kaleb Michaud⁵. Le fait de rencontrer ces personnes extraordinaires et de travailler directement avec elles a été une expérience agréable et très enrichissante.

[Y a-t-il d'autres domaines d'intérêt que vous voudriez approfondir un jour? Quels projets allez-vous entreprendre cette année?](#)

L'objectif principal de ma recherche est vraiment de combler les lacunes que nous avons ciblées en matière de qualité des soins et de mieux comprendre les répercussions de ces lacunes sur les patients et les résultats dans le système de santé. Voici quelques-uns de mes projets en cours :

Le D^r Glen Hazlewood (cochercheur principal) et moi-même avons obtenu une subvention de l'ICORA pour mettre en place un outil d'aide à la décision pour la PR précoce afin d'améliorer la prise de décisions partagée entre les médecins et les patients.

Les D^{res} Jessica Widdifield, Diane Lacaille et moi-même, cochercheuses principales, avons obtenu une subvention des IRSC et dirigeons une équipe de chercheurs de trois provinces afin de mieux comprendre l'impact de l'observance des mesures de performance systémiques de l'AAC sur les résultats chez les patients et dans le système de santé.

Mon équipe de recherche a également mis au point une enquête sur la qualité des soins prodigués aux patients atteints de PR, que nous mettrons à l'essai prochainement comme option de rechange à l'examen des dossiers pour le suivi des soins.

En compagnie de la D^{re} Widdifield, je copréside le Comité des ressources humaines de la Société canadienne de rhumatologie. La D^{re} Stephanie Kulhawy-Wibe, les membres du comité et moi-même lancerons bientôt le sondage 2020 sur les effectifs de la SCR, qui examinera l'impact de la pandémie sur les effectifs en rhumatologie.

Grâce à ma Bourse des étoiles pour le développement de carrière (financée par l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des IRSC), j'examinerai comment améliorer la prestation des soins aux



patients par une meilleure compréhension des besoins et de la complexité des patients.

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

Avoir une carrière de clinicienne-chercheuse est un grand privilège pour lequel je suis reconnaissante chaque jour. J'ai le temps d'enrichir mes connaissances et mes expériences dans ma pratique clinique et de réfléchir à la manière d'améliorer les soins aux patients. Je crois fermement au concept d'un système de soins de santé apprenant, où nous nous instruisons constamment de chaque rencontre et où nous écoutons chaque patient afin d'améliorer la prestation des soins et les résultats chez les patients.

Chaque projet, chaque subvention et chaque article est associé à des défis et à des récompenses uniques. J'essaie d'aborder chaque défi en le décomposant en parties gérables. Dans la recherche en santé, les « échecs » sont fréquents, qu'il s'agisse de demandes de subventions rejetées, d'articles refusés, etc. La persévérance est la clé du succès!

Mes mentors et collègues chercheurs ont joué un rôle déterminant dans l'orientation de ma carrière et le soutien de mes recherches. Les D^{rs} John Hanly, Paul Fortin, Dianne Mosher, Deborah Marshall, Diane Lacaille, Cheryl Barnabe, Glen Hazlewood, John Esdaile, Jessica Widdifield et bien d'autres m'ont inspirée et soutenue tout au long de mon parcours.

Quelle est la réalisation dont vous êtes la plus fière à ce jour dans vos recherches?

L'obtention du Prix du chercheur émergent de la SCR est probablement la réalisation la plus mémorable à ce jour, d'autant plus que j'ai remporté ce prix à peu près en même temps qu'une Bourse des étoiles pour le développement de carrière et qu'une subvention des IRSC. Aucune de ces victoires n'aurait été possible sans le soutien des mentors et collègues que j'ai cités plus haut. Je suis également très fière des succès de mes étudiants – ils contribuent vraiment à rendre une carrière universitaire stimulante et amusante!

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

J'ai été très émue, particulièrement parce que mon mentor de recherche, le D^r Fortin, recevait de son côté le Prix du chercheur émérite de la SCR. Le D^r Fortin était mon directeur de recherche lorsque j'étais résidente en rhumatologie à l'Université de Toronto. Sans ses encouragements et son soutien, je n'aurais pas suivi une formation avancée en épidémiologie, laquelle a subséquentement lancé ma carrière. De plus, ma bonne amie et collègue, la D^{re} Mahendra, a remporté le Prix du formateur émergent de la SCR, ce qui est un drôle de hasard puisque nous étions résidentes à l'Université de Toronto la même année.



La D^{re} Barber reçoit son prix des mains de Vandana Ahluwalia, alors présidente de la SCR, et de Raheem Kherani.

Quel conseil donneriez-vous aux personnes qui désirent se spécialiser en rhumatologie et poursuivre une carrière en recherche?

Entourez-vous de mentors extraordinaires (il y en a tellement dans le domaine de la rhumatologie au Canada!) et travaillez tôt à bâtir des réseaux. Aussi, je suis toujours ouverte à rencontrer tout stagiaire potentiel!

Si vous ne meniez pas une carrière en recherche, que feriez-vous?

Mon mari dit que je serais probablement chef végétalien. Sérieusement, je serais vraisemblablement rhumatologue clinicienne. J'aime beaucoup m'occuper de patients.

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

J'irais probablement courir avec ma fille et mon mari!

Lequel de vos talents est mal employé dans le cadre de votre travail?

Quand j'étais plus jeune, j'ai passé beaucoup de temps à étudier la musique; je jouais du violoncelle et du piano et je chantais dans des chorales. Nous devrions probablement organiser plus d'événements musicaux, car cela aide les gens à travailler en équipe et à s'amuser. Pendant la pandémie, je me suis jointe à la chorale des médecins de Calgary et nous avons répété sur Zoom! La musique contribue vraiment à réduire le stress dans une période par ailleurs difficile.

Si vous ne deviez manger qu'un seul aliment jusqu'à la fin de vos jours, lequel serait-ce?

Je ne résiste à aucun légume!

Quel est votre livre préféré de tous les temps?

J'ai beaucoup de livres préférés, et il est un peu difficile de choisir... L'un des livres particulièrement mémorables que j'ai lus au cours de la dernière année est « *10% Happier – How I tamed the voice in my head, reduced stress without losing my edge, and found self-help that actually works – a true story* », écrit par Dan Harris. Il s'agit d'une introduction simple et accessible à la méditation qui convient aux publics plus cyniques. Je ne me doutais pas à quel point il serait utile de découvrir des outils supplémentaires pour aider à gérer le stress pendant la pandémie. L'auteur offre également un balado avec des invités exceptionnels ainsi qu'une application de méditation (je ne reçois pas de commission, promis!).

*Claire Barber, M.D., Ph. D., FRCPC
Professeure adjointe, rhumatologue,
Université de Calgary
Calgary (Alberta)*

Références

1. Barber CEH, Marshall DA, Szefer E, Barnabe C, Shiff NJ, Bykerk V, et coll. A population-based approach to reporting system-level performance measures for rheumatoid arthritis care. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020; doi: 10.1002/acr.24178. [Publication électronique avant l'impression].
2. Barber CEH, Lix LM, Lacaille D, Marshall DA, Kroeker K, Benseler S, et coll. Testing population-based performance measures identifies gaps in juvenile idiopathic arthritis (JIA) care. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19(1):572.
3. Barber CEH, Thorne JC, Ahluwalia V, Burt J, Lacaille D, Marshall DA, et coll. Feasibility of Measurement and Adherence to System Performance Measures for Rheumatoid Arthritis in 5 Models of Care. *J Rheumatol*. 2018; 45(11):1501-8.
4. Barber CEH, Schieir O, Lacaille D, Marshall DA, Barnabe C, Hazlewood G, et coll. High Adherence to System-Level Performance Measures for Rheumatoid Arthritis in a National Early Arthritis Cohort Over Eight Years. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018; 70(6):842-50.
5. Barber CEH, Zell J, Yazdany J, Davis AM, Cappelli L, Ehrlich-Jones L, et coll. 2019 American College of Rheumatology Recommended Patient-Reported Functional Status Assessment Measures in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019; 71(12):1531-9.

Formateur d'enseignants émérite de la SCR en 2020 : Dr Rayfel Schneider

D'où vous vient votre passion pour la formation médicale, selon vous? Avez-vous le souvenir d'un professeur qui vous a inspiré et qui a orienté votre propre parcours vers l'enseignement?

Mon intérêt pour l'enseignement médical a pris naissance pendant ma formation médicale. En tant que chef des résidents en pédiatrie, j'ai eu l'occasion de participer à l'organisation de séances de formation pour les résidents et d'enseigner aux étudiants et aux jeunes résidents. J'ai également eu la chance de travailler en étroite collaboration avec le directeur du département de pédiatrie de l'époque, le Dr Bob Haslam. C'était un maître clinicien et un éducateur hors pair, intensément dévoué aux apprenants de tous les niveaux. Il m'a plus ou moins pris sous son aile et m'a inspiré, encouragé et aidé à poursuivre une carrière fortement axée sur l'enseignement médical. Je n'aurais pas pu avoir un meilleur mentor.

Ma bourse de recherche en rhumatologie pédiatrique s'est révélée un bon complément à une concentration en enseignement, car mes mentors en rhumatologie étaient également parmi les enseignants les plus talentueux et les plus dévoués du département. J'ai appris des plus grands!

En tant que directeur de programme, vous avez fait du programme de formation en rhumatologie pédiatrique de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids) l'un des plus importants et des plus réussis au monde. Quels défis avez-vous dû relever?

En fait, la direction du programme en rhumatologie pédiatrique a été le rôle le plus gratifiant de ma carrière. En tant que directeur du programme, nous avons le privilège d'accompagner les jeunes hommes et les jeunes femmes les plus brillants et les plus passionnés dans leur parcours de formation en rhumatologie. Cela donne aussi l'occasion d'en apprendre avec eux et de profiter de leurs connaissances. Il a été particulièrement gratifiant de voir les résidents et les boursiers passer du statut de stagiaires à celui de collègues et de collaborateurs, de même que de pouvoir cimenter des amitiés de longue date avec eux au fil des ans. Un des meilleurs aspects du travail dans un centre de formation pour les médecins du Canada et du monde entier consiste à faire partie d'un réseau national et international d'anciens étudiants.



De nombreux anciens stagiaires sont devenus des leaders dans leurs propres centres et des experts de maladies précises. C'est fantastique d'avoir des amis aux quatre coins de la planète, à qui je peux facilement faire appel pour m'aider à poser des diagnostics difficiles ou à résoudre des dilemmes en matière de traitement.

Compte tenu de l'énorme travail que vous avez accompli dans le domaine de l'enseignement médical, comment voyez-vous l'avenir de la discipline?

Nous nous trouvons au cœur des changements les plus spectaculaires et les plus passionnants que l'enseignement médical a connus depuis des décennies, soit le passage à l'enseignement fondé sur les compétences, dans le cadre duquel on favorise l'observation directe des aptitudes et de l'encadrement cliniques, plutôt que de mettre l'accent sur

des évaluations ayant des enjeux considérables. Cette évolution s'accompagne d'une dynamique attendue depuis longtemps, en vue de garantir que l'environnement d'apprentissage est sûr, respectueux et accueillant pour tous.

Vous avez remporté de nombreux prix prestigieux en enseignement, mais quelle a été votre première pensée lorsque vous avez appris que vous remportiez ce prix?

J'ai ressenti de la gratitude pour les efforts déployés par les personnes qui m'ont mis en nomination, mes mentors et mes collègues, ainsi que pour la chance d'avoir connu autant de résidents et de boursiers qui ont participé à notre programme de formation et avec qui j'ai beaucoup appris.

En tant qu'enseignant et éducateur respecté, que conseillez-vous aux futurs rhumatologues?

Si vous souhaitez œuvrer au sein d'une spécialité qui évolue rapidement, qui prend en charge un large éventail de maladies, qui recourt à un nombre croissant de modalités thérapeutiques de plus en plus efficaces et qui offre la possibilité de développer des relations à long terme avec les patients et leurs familles, alors la rhumatologie est un bon choix pour vous. Dans l'ensemble, je trouve que les rhumatologues sont des médecins aimables, attentionnés, empathiques et participatifs, qui tirent une grande satisfaction de leur travail.



Le Dr Schneider a reçu son prix par vidéoconférence des mains de Vandana Ahluwalia, alors présidente de la SCR, et de Raheem Kherani.

Êtes-vous plutôt matinal ou nocturne?

Je suis certainement une personne matinale, surtout lorsque je n'essaie pas aussi d'être nocturne.

Combien de tasses de café vous faut-il pour avoir une journée productive?

Au moins deux; la troisième tasse doit être soupesée vis-à-vis du risque de tremblements.

*Rayfel Schneider, MBBCh, FRCPC
Professeur et directeur adjoint (Éducation)
Membre du personnel,
Division de rhumatologie,
Département de pédiatrie,
Université de Toronto et The Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)*

Passer à l'action, sensibiliser la population

Par Trish Barbato, présidente et chef de la direction,
Société de l'arthrite



A lors que le Canada continue de faire face à la COVID-19, la Société de l'arthrite travaille avec acharnement pour attirer l'attention du public sur un défi de taille qui prend de l'ampleur dans le domaine de la santé : l'arriéré considérable d'arthroplasties.

Plus de 5 000 Canadiens se sont déjà joints à nous pour demander à leurs élus de faire de ce sujet une priorité. Cet été, nous avons également entamé des efforts pour organiser un groupe de travail pancanadien visant à recommander des pratiques stratégiques pour faire augmenter le nombre de chirurgies et pour mettre en place de nouveaux modèles novateurs de soin et prévention. La SRC peut s'attendre à entendre parler davantage à propos de ces efforts dans les mois à venir.

Les différents gouvernements du Canada ont réagi avec une célérité et une détermination admirables pour faire face aux retombées économiques causées par la pandémie de COVID-19. Nous savons maintenant que nous devons agir avec ce même sentiment d'urgence pour aborder la crise majeure que vit le secteur des soins aux personnes arthritiques.

Le Mois de l'arthrite, en septembre, nous offre une autre tribune pour sensibiliser la population à ces enjeux. Pendant ce mois, la Société de l'arthrite a invité des Canadiens, d'un bout à l'autre du pays, à se joindre à nous pour amasser 1 million de voix et de dollars pour les 6 millions de Canadiens vivant avec l'arthrite! Restez à l'affût des nouvelles sur notre campagne #1MillionPour6Millions et joignez-vous à nous. Visitez arthritis.ca pour en savoir plus.

Il était une fois la rhumatologie canadienne : 1974-1984, une décennie dans l'histoire de la SCR (bien avant l'avènement des produits biologiques et des inhibiteurs de JAK)

Par le D^r Manfred Harth, président de la SCR de 1982 à 1984

« *Le souvenir des choses passées n'est pas nécessairement le souvenir des choses telles qu'elles furent* »
– Marcel Proust

On m'a demandé de me remémorer la période où j'ai participé à la direction de la SCR, c'est-à-dire la décennie 1974-1984. J'ai été membre extraordinaire du comité exécutif de 1974 à 1976, je me suis retiré de l'organisation pendant deux ans avant d'y revenir jouer un rôle en tant que secrétaire de 1978 à 1980, vice-président de 1980 à 1982 et président de 1982 à 1984.

Certains se souviennent peut-être qu'à l'époque, l'acronyme « SCR » correspondait à Société canadienne de rhumatisme, ce qui était nouveau par rapport au nom de la désignation originale de 1936, qui était Société canadienne des maladies rhumatismales. De 1974 à 1984, la SCR était une organisation beaucoup plus petite et plus pauvre qu'aujourd'hui. Bien modestes au départ, nos réunions étaient brèves, ne se déroulant que sur une seule journée. Finalement, le Collège royal nous a demandé, ainsi qu'à d'autres sociétés spécialisées, de nous joindre à lui. Nous avons accueilli favorablement cette invitation, car le Collège assumait une grande partie des frais de réunion.

Ce n'est qu'en 1972 que le Collège royal a introduit les examens en rhumatologie. Jusqu'alors, la plupart des rhumatologues étaient des internistes qui obtenaient généralement d'une à deux années de formation dans la spécialité et consacraient au moins 50 % de leur temps clinique à la rhumatologie.

Metro Ogrzylo, qui avait fondé la revue *Journal of Rheumatology* en 1974, espérait que la SCR puisse prendre le relais, mais nous ne disposions pas des ressources financières nécessaires. La SCR a fini par l'adopter en tant qu'organe officiel, laissant aux membres le soin de décider s'ils voulaient s'y abonner ou non.

La ville de Toronto avait dominé la rhumatologie pendant des années au pays, mais au cours des années 1970 et 1980, d'autres centres universitaires canadiens de rhumatologie se sont de plus en plus engagés dans le domaine de la recherche et de la formation postuniversitaire. Une rivalité (pas toujours) amicale s'ensuivit et les réunions de la SCR ne s'en portèrent que mieux.

La relation entre la Société de l'arthrite et la SCR était très étroite. La Société de l'arthrite était dirigée par Edward Dunlop, un héros de guerre ayant perdu la vue et un homme extraordinaire dont la contribution à la rhumatologie canadienne reste inégalée à

ce jour. La SCR a institué une conférence annuelle en son honneur et en celui de Rita Dottridge, sa proche collaboratrice. C'est grâce à la Société de l'arthrite que des unités de traitement des maladies rhumatismales dotées de lits ont été créées et que des professionnels de la santé essentiels y ont été attirés. La Société de l'arthrite a financé de nombreuses bourses de rhumatologie, à une époque où les départements de médecine étaient quelque peu réticents à soutenir pleinement le développement de notre spécialité. Elle a remis des bourses aux jeunes professeurs nouvellement nommés et a offert des subventions de recherche évaluées par les pairs.

La SCR a été l'hôte de la réunion de la PANLAR (jadis la *Pan-American League against Rheumatism* et maintenant la *Pan-American League of Associations of Rheumatology*) de 1974 à Toronto, bien que le principal travail d'organisation ait été effectué par la Société de l'arthrite.

C'est au cours de cette décennie que nous avons créé les prix Ian Watson et Phil Rosen (ce dernier honorant un président de la SCR pour ses services exceptionnels).

En 1976, un comité de membres de la SCR ayant participé à une étude sur la main-d'œuvre médicale, parrainée par le Collège royal et le ministère fédéral de la Santé, révélait que le ratio de rhumatologues dans la population était de 1 pour 180 000. En 1983, le comité de la main-d'œuvre de la SCR a publié une étude sur les programmes de formation en rhumatologie au Canada qui révélait que 61 stagiaires avaient terminé les deux années requises au cours de la période de 1973 à 1978, ce qui a alimenté l'espoir que ce ratio s'améliorerait progressivement.

La rhumatologie a commencé à attirer un nombre croissant de femmes stagiaires, et il y a eu un plus grand nombre de femmes qui occupaient des postes universitaires à temps plein ou partiel et qui exerçaient en cabinets privés.

L'intérêt des grandes entreprises pharmaceutiques pour la rhumatologie était modéré. Nous utilisions alors des antipaludéens, de l'or, de la pénicillamine, des stéroïdes, de l'azathioprine, du cyclophosphamide et une multitude d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS); nous venions de commencer à prescrire la sulfasalazine. Quelques audacieux avaient essayé le méthotrexate. Rien de tout cela ne favorisait beaucoup le soutien.

Les analyses de laboratoire immunologiques disponibles permettaient de mieux évaluer les différentes maladies rhumatologiques. L'imagerie en rhumatologie avait quelque peu progressé avec l'arrivée de la tomodensitométrie et de la scintigraphie. Les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont commencé à faire leur apparition dans les hôpitaux universitaires. L'échographie diagnostique en rhumatologie en était à ses premiers pas.

Dans l'ensemble, ce fut une période de progrès modestes pour notre organisation, de même que pour les avancées théra-

peutiques. Nous étions bien meilleurs pour diagnostiquer les maladies que pour traiter les patients. Nous n'étions pas tout à fait à l'âge des ténèbres, mais nous étions encore à de nombreuses années de la « Renaissance ».

*Manfred Harth, M.D., FRCPC
Professeur émérite de médecine,
Université Western Ontario
London (Ontario)*

La renaissance de la SCR

Par le D^r Jean-Luc Senécal, président de la SCR de 1992 à 1994

À la demande du comité de rédaction du JSCR, j'ai le plaisir d'écrire sur les réalisations de la SCR durant mon mandat de président de 1992 à 1994.

En 1987, j'ai reçu un appel d'André Lussier* (Université de Sherbrooke), président de la SCR. Le D^r Lussier m'a invité à soumettre ma candidature au comité de direction de la SCR. Pour vous donner une idée du contexte, j'avais obtenu quatre ans plus tôt une bourse de trois ans en rhumatologie pour étudier les maladies auto-immunes systémiques à l'Université du Connecticut, à Farmington, au Connecticut, aux États-Unis. À mon retour à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal en 1983, j'avais fondé le Laboratoire de recherche en auto-immunité et la Clinique des maladies des tissus conjonctifs, qui existent encore tous deux à ce jour, et j'ai été professeur adjoint de médecine à l'Université de Montréal. Mes recherches ont été financées par une subvention d'exploitation offerte par le Conseil de la recherche médicale du Canada (les futurs IRSC) et j'ai bénéficié d'une bourse salariale de la Société d'arthrite. J'ai été profondément honoré par l'invitation du comité de direction de la SCR et la reconnaissance nationale qui en découlait, et ce, malgré ma jeune carrière de rhumatologue. J'ai donc rapidement accepté l'invitation du D^r Lussier. Je ne soupçonnais pas le difficile mandat qui m'attendait!

Une fois élu, j'ai été membre du comité de direction de 1988 à 1990. En 1990, Paul Davis (Université de l'Alberta) a été élu président pour la période de 1990 à 1992, j'ai été élu vice-président et François Beaudet (Université de Montréal), trésorier. À l'époque, les ordinateurs étaient énormes et lents; Internet, les cellulaires,



Zoom et Skype n'existaient pas et les appels interurbains coûtaient cher. Ainsi, nos communications d'un bout à l'autre du Canada se faisaient essentiellement par lettre et télécopieur.

Le D^r Lussier était un rhumatologue exceptionnel et très intelligent. Il avait mentionné que la SCR avait une tradition voulant que la présidence alterne entre président anglophone et président francophone. Je soupçonnais donc qu'il me voyait, en 1987, éventuellement succéder à Paul Davis.

En effet, en 1992, j'ai été élu à la présidence de la SCR, dont le comité de direction était remarquable : Barry Koehler, vice-président (Barry exerçait alors à Thunder Bay, en Ontario), Paul Davis, président sortant, François Beaudet, trésorier et Dafna Gladman (Université de Toronto), conseillère. A cette époque, ma femme et moi étions les fiers parents de trois enfants âgés de 7 ans, 5 ans et 1 an!

Pour comprendre les événements qui ont mené à la renaissance de la SCR, il faut savoir que les réunions annuelles autonomes de la SCR n'existaient pas encore à ce moment-là. La réunion annuelle de la SCR avait lieu en même temps que celle du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et des sociétés participantes.

Dans le cadre de ses mandats antérieurs, le comité de direction de la SCR avait progressivement pris conscience que cela n'était pas nécessairement avantageux pour la SCR, car nous avons constaté avec inquiétude une diminution de la présence des rhumato-

Suite à la page 18


Tofacitinib : Le premier inhibiteur des protéines JAK pour la

XELJANZ XR
[citrate de tofacitinib]
libération prolongée • comprimés à 11 mg

FORMULATION PRATIQUE

UNE FOIS PAR JOUR POUR LE TRAITEMENT

DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE | 11 mg 1 f.p.j.^{2,3}



XELJANZ XR n'est pas indiqué dans le traitement de l'arthrite psoriasique ou de la colite ulcéreuse.

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

^{Pr}XELJANZ^{MD}/^{Pr}XELJANZ^{MD} XR (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 sévère qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ/XELJANZ XR (tofacitinib) en monothérapie.

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

ARTHRITE PSORIASIQUE

^{Pr}XELJANZ^{MD} (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX) ou un autre antirhumatisme modificateur de la maladie (ARMM) synthétique classique, est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de l'arthrite psoriasique chez les adultes atteints d'arthrite psoriasique évolutive qui ont eu une réponse insatisfaisante à un traitement antérieur par un ARMM.

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.

COLITE ULCÉREUSE

^{Pr}XELJANZ^{MD} (tofacitinib) est indiqué pour le traitement de la colite ulcéreuse évolutive modérée ou sévère chez les adultes qui ont eu une réponse insatisfaisante, une perte de la réponse ou une intolérance au traitement classique de la colite ulcéreuse ou à un inhibiteur du TNF α .

Il n'est pas recommandé d'utiliser XELJANZ en association avec des traitements biologiques contre la colite ulcéreuse ni avec des immunosuppresseurs puissants, comme l'azathioprine et la cyclosporine.

Veillez consulter la monographie du produit à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour obtenir des renseignements importants sur :

- les contre-indications relatives à la grossesse, à l'allaitement et à l'insuffisance hépatique sévère;
- les mises en garde et précautions les plus importantes concernant le risque d'infections graves, de cancers et de thrombose;
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes concernant le risque d'infection et d'immunosuppression lorsque le médicament est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants, les femmes en âge de procréer, les réactions d'hypersensibilité, le risque de réactivation virale, l'administration préalable de tous les vaccins recommandés (conformément aux directives d'immunisation en vigueur), le vaccin vivant contre le zona, le risque de cancer, de trouble

polyarthrite rhumatoïde^{1*}

Pr **XELJANZ**^{MD}
[citrate de tofacitinib]
comprimés à 5 mg

VASTE EXPÉRIENCE MONDIALE POUR TOUTES LES INDICATIONS CONFONDUES



- Offert au Canada depuis **plus de 5 ans pour toutes les indications confondues**⁴⁻⁶ :
 - **depuis 2014** pour la polyarthrite rhumatoïde
 - **depuis 2018** pour l'arthrite psoriasique et la colite ulcéreuse
- **Plus de 12 000 Canadiens** se sont inscrits au programme de soutien pour les patients recevant XELJANZ[†].
- XELJANZ a été prescrit à **plus de 208 000 patients** dans plus de 80 pays du monde entier[†].
- **Plus de 500 médecins** canadiens ont prescrit XELJANZ par l'intermédiaire du programme de soutien pour les patients recevant XELJANZ[†], et la majorité d'entre eux (87 %) ont renouvelé l'ordonnance[†].

lymphoprolifératif et de cancers de la peau non mélaniques, le risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques, les patients atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, les patients sous hémodialyse, l'élévation des taux d'enzymes hépatiques, les patients présentant une sténose digestive sévère préexistante traités par XELJANZ XR, la prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque, les enfants, les personnes âgées, les patients atteints de diabète, les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire chronique, le nombre de lymphocytes, les patients d'origine asiatique, les patients exposés à un risque de perforation du tube digestif, la hausse des taux de créatine kinase, la réduction de la fréquence cardiaque et la prolongation de l'intervalle PR, les patients qui pourraient être exposés à un risque accru de thrombose, les patients ayant des symptômes de thrombose et les considérations posologiques chez les patients atteints de colite ulcéreuse (la dose efficace la plus faible possible de XELJANZ doit être utilisée pendant la durée de traitement la plus courte possible pour obtenir ou maintenir une réponse thérapeutique);

• les conditions d'usage clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques.

Vous pouvez également obtenir la monographie en vous adressant au Service de l'information pharmaceutique au 1-800-463-6001.

JAK = Janus kinase; f.p.j. = fois par jour

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

† Patients inscrits au programme auparavant appelé « programme de soutien eXel^{MC} », exclusif aux patients prenant XELJANZ et non XELJANZ XR. Le programme eXel^{MC} a été remplacé par PfizerFlex.

‡ Les données relatives aux ordonnances et aux médecins ont été obtenues au moyen des formulaires d'inscription au programme de soutien eXel^{MC}, de juin 2014 à novembre 2018.

Références :

1. Données internes de Pfizer Inc., 2019.
2. Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR.
3. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ XR.
4. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ (polyarthrite rhumatoïde).
5. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ (arthrite psoriasique).
6. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ (colite ulcéreuse).



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
PFIZERFLEX, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2020 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5



Pr **XELJANZ**^{MD}
[citrate de tofacitinib]
comprimés à 5 mg

Pr **XELJANZ XR**^{MD}
[citrate de tofacitinib]
libération prolongée • comprimés à 11 mg

La renaissance de la SCR

Suite de la page 15

logues. En outre, la tenue de la réunion de la SCR en même temps que celle du Collège royal était coûteuse et, rétrospectivement, n'était pas absolument bonne pour l'image de la SCR et notre identité en tant que rhumatologues, étant donné que nous nous noyions dans un océan d'autres spécialités bien plus vastes que la nôtre.

La réunion annuelle du Collège royal qui a eu lieu du 11 au 14 septembre 1992 à Ottawa a marqué un tournant, plutôt catastrophique du point de vue de la SCR. Sur un total de plus de 200 membres, seuls quelque 25 rhumatologues y ont participé. Si je me souviens bien, la séance de présentation des affiches de la SCR a eu lieu au deuxième sous-sol labyrinthique du Centre des congrès dans une salle pratiquement vide. À la fin du congrès, il ne nous restait que quelques milliers de dollars dans le compte de banque de la SCR. L'organisation était au bord de la faillite!

De mon point de vue et de celui de mes collègues, la SCR était moribonde et, si rien n'était fait, l'attrition du nombre de membres et l'assèchement du flux de trésorerie risquaient de lui être fatal. Que pouvions-nous faire?

J'ai suggéré au comité de direction que la seule manière de faire renaître la SCR de ses cendres consistait à tenir la réunion annuelle indépendamment de celle du Collège royal.

Oh là là! Un tel point de vue était impensable étant donné l'existence de liens très étroits avec certains des membres universitaires de la SCR qui jouaient un rôle important au sein du Collège royal. Comment m'est venue cette idée? J'ai probablement eu cette idée parce que la certification pour la pratique spécialisée au Québec était différente de celle des autres provinces : au Québec, le droit d'exercer est accordé par le Collège des médecins du Québec et la certification du Collège royal n'est pas obligatoire (bien qu'elle était jugée comme telle pour les nominations à des postes universitaires). De plus, j'ai souvent pensé qu'il était peut-être plus naturel pour moi d'envisager de tenir l'assemblée annuelle de la SCR séparément de celle du Collège royal puisque j'habitais dans une province où l'indépendance politique était depuis longtemps un sujet d'actualité! Après de nombreuses discussions, maintenant notre position malgré l'opposition du Collège royal et de certains membres de la SCR, le comité de direction a approuvé à l'unanimité le principe de la tenue autonome des futures réunions annuelles de la SCR à partir de 1994.

Il a ensuite fallu déterminer à quel moment et à quel endroit se tiendrait l'assemblée annuelle de la SCR. J'ai proposé que les réunions alternent entre l'Ouest et l'Est du Canada. J'ai aussi recommandé de tenir la réunion de 1994 au lac Louise, en Alberta. Le conseil d'administration m'a nommé organisateur de la première conférence d'hiver de la SCR, qui a eu lieu du 24 au 26 février 1994 au Château du lac Louise. Sous la présidence de Barry Koehler, la deuxième conférence d'hiver et l'assemblée annuelle de la SCR de 1995 se sont tenues au nouvel hôtel Château Mont-Tremblant, à Mont-Tremblant, au Québec. L'industrie pharmaceutique a pleinement soutenu les efforts de la SCR.

Le succès de ces réunions a été aussi instantané qu'extraordinaire. La réunion de 1994 a attiré plus de 200 participants de partout au Canada, dont beaucoup étaient accompagnés de membres de leur famille. Le sentiment d'appartenance, de camaraderie et de maîtrise de notre destin qui en est résulté a été décisif dans le lancement d'une SCR rajeunie, dynamique et fière. Ces décisions ont marqué un tournant dans l'histoire de la SCR et, en plus de nombreuses autres décisions clés prises par les présidents et membres du comité de direction qui ont suivi, ont ouvert la voie à l'association autonome et prospère qu'est devenue la SCR.

J'ai eu la chance d'être conseillé par un comité de direction remarquable et sage. À ce jour, la renaissance de la SCR entreprise par le comité de direction de 1992 à 1994 représente une réalisation collective dont je suis très fier. Je serai à jamais reconnaissant envers les membres de la SCR de leur confiance et leur fidélité.

Merci beaucoup à Barry Koehler, M.D., professeur émérite de l'Université de Colombie-Britannique pour la révision du présent texte.

** Le Dr Lussier est décédé depuis.*

*Jean-Luc Sénécal, M.D., FRCPC
Maître de la SCR
Professeur de médecine, Université de Montréal
Rhumatologue
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Montréal (Québec)*

La SCR : une odysée

Par le Dr Glen T.D. Thomson, président de la SCR de 1998 à 2000

Adel Fam m'a nommé au conseil d'administration de la SCR en 1992 et m'a assuré que cette activité ne prendrait pas beaucoup de mon temps. Cela ne s'est pas avéré. L'odyssée qui a suivi a duré deux décennies.

Un an plus tard, j'ai été nommé président du comité scientifique, et l'on m'a confié la tâche d'organiser la réunion annuelle de la SCR. J'ai siégé au conseil qui a vu à la tenue distincte des réunions de la SCR et du Collège royal. On a ainsi mis au point un nouveau modèle de réunion, qui a évolué au fil des cinq années de ma présidence. L'objectif consistait à inclure tous les rhumatologues canadiens. La structure des réunions devait permettre la présidence des séances par des rhumatologues œuvrant non seulement en milieu hospitalier, mais aussi communautaire et inclure l'examen des recherches et la discussion des enjeux médicaux du jour.

Simon Carette et moi-même avons organisé la première assemblée des membres (Washington, American College of Rheumatology [ACR] à l'ambassade canadienne), en vue de discuter des nouvelles orientations de l'organisation. À ma deuxième année en tant que président, la première retraite des dirigeants de la SCR a eu lieu à Winnipeg. Cette réunion a fondamentalement changé la fonction du conseil d'administration de la SCR. Un mandat a été donné pour créer des comités visant à renforcer le rôle de leadership de la SCR dans un large éventail d'activités, y compris la formation médicale continue (FMC), le recrutement, l'engagement du public et la promotion scientifique. Ce changement structurel a permis à un plus grand nombre de membres de la SCR de participer activement aux programmes nationaux, contribuant ainsi à la pertinence et au succès de la SCR. Après mon mandat de président, on m'a confié le rôle de rédacteur en chef du Journal de la Société canadienne de rhumatologie. Le format du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR)* a été revu et s'est développé au cours de la décennie suivante dans le but non seulement de diffuser les nouvelles initiatives de la SCR, mais aussi de faire connaître le parcours des rhumatologues dans leurs diverses pratiques d'un océan à l'autre.

Ma dernière responsabilité a été de présider la réunion de rhumatologie canado-mexicaine à Cancún en 2011, ce qui a été pour moi un honneur. Cela s'est révélé à la fois épuisant et gratifiant. Mon travail à la SCR et au JSCR prenait ainsi fin. Ce fut un privilège de servir mes collègues de partout au pays et une joie de travailler avec ceux qui partageaient la vision et l'enthousiasme pour l'innovation au fur et à mesure que la SCR prenait forme et évoluait. Il y a trop de personnes à remercier pour toutes les nommer.



À toutes ces personnes, sachez que ma reconnaissance n'en est pas moindre pour autant. Je suis infiniment reconnaissant envers Janine, Shanleigh et Ian, qui m'ont accordé le temps et excusé les nombreuses absences nécessaires pour vivre ce parcours. Longue vie à la SCR et bonne chance pour les 75 prochaines années!

Glen T.D. Thomson, M.D., FRCPC
Winnipeg (Manitoba)

Construire des ponts

Par le D^r Arthur Bookman, président de la SCR de 2002 à 2004

J'ai été président de la SCR de 2002 à 2004. L'année précédant ma nomination, j'avais travaillé avec ma prédécesseure Dianne Mosher afin d'établir une nouvelle relation avec la Société de l'arthrite et de créer un conseil consultatif médical et scientifique qui reconnaîtrait le rôle de leadership en matière de consultation joué par les rhumatologues et la SCR dans le traitement de l'arthrite. À la fin de ma présidence, je suis devenu le premier président du comité consultatif médical et le premier conseiller médical auprès de la Société de l'arthrite.

En tant que président de la SCR, j'ai entamé des discussions avec la Canadian Pediatric Rheumatology Association pour faciliter la fusion de celle-ci avec la SCR et de garantir son autonomie



Le D^r Bookman visitant les ruines mayas au Mexique à l'occasion des activités de prospection pour la réunion de rhumatologie mexico-canadienne

et sa santé financière. J'ai engagé les premières discussions avec l'Association mexicaine de rhumatologie, que mon collègue Michel Zummer a menées à terme sous la forme d'une réunion de rhumatologie mexico-canadienne conjointe, qui s'est tenue à Acapulco en 2006. J'ai participé à la première application des règles de Rx&D à notre réunion scientifique, à la création des certificats que nous avons remis à tous les anciens présidents de la SCR à l'occasion de notre réunion annuelle de 2003 ainsi qu'à la création des affiches honorant les lauréats qui seront exposées lors de nos réunions annuelles. Ma présidence a été un moment fort de ma vie. Je me suis fait beaucoup d'excellents amis grâce à la SCR et j'ai élargi mon réseau de collègues partout au pays.

*Arthur Bookman, M.D., FRCPC
Coordinateur, Clinique multidisciplinaire Sjogren's
Réseau universitaire de santé
Professeur agrégé de médecine,
Université de Toronto,
Toronto (Ontario)*



Au Mexique pendant l'hiver 2003 pour organiser une réunion conjointe mexico-canadienne. De gauche à droite : D^r Arthur Bookman, Sandra Zummer, Ann Bookman et D^r Michel Zummer.



Lors de la réunion annuelle de 2008. De gauche à droite : les D^s Michel Zummer, Anthony Russel, Gunnar Kraag, John Esdaile et Simon Carette.



Les anciens présidents de la SCR à la remise des diplômes lors du banquet annuel en 2003. De gauche à droite : les D^s Paul Davis, André Lussier, Manfred Harth, Anthony Russel, Dianne Mosher, Barry Koehler, Simon Carette, Joseph Houpt, Jean-Luc Sénécal et Arthur Bookman.

Danser lors de nos réunions

Par le Dr Michel Zimmer, président de la SCR de 2004 à 2006

Pendant ma présidence, la SCR s'est concentrée à améliorer les soins pour nos patients et à attirer les résidents en médecine vers les programmes de rhumatologie. Je suis reconnaissant au conseil d'administration qui a contribué à de nombreux projets pendant ces deux années. En 2004, le projet « *Canadian Consensus Statement on Early Optimal Therapy in Early Rheumatoid Arthritis* » mené par un sous-comité du comité thérapeutique de la SCR dirigé par Vivian Bykerk, a été publié. La conférence « *Frontiers in Inflammatory Joint Diseases* », organisée par Hani El-Gabalawy et Rob Inman, a fixé des objectifs de recherche. En 2005, j'ai représenté la SCR au *Summit on Arthritis Prevention and Care (SAPC) – Rock This Joint*, coprésidé par Dianne Mosher, Gillian Hawker, John Esdaile et Cheryl Koehn, un important événement qui a établi les normes en matière de prévention et de traitement de l'arthrite. Arthur Bookman et moi-même avons représenté la SCR au sein du groupe d'experts de Santé Canada sur les coxibs à la suite du retrait de Vioxx. La SCR a ensuite publié sa déclaration provisoire sur les anti-inflammatoires.

Le legs de loin le plus durable de ma présidence a été la danse de la SCR après les soupers lors des réunions annuelles. Elle est née après la première réunion conjointe avec le Collège mexicain de rhumatologie et la SCR en 2006, qui s'est tenue à Acapulco, mais seulement parce que nous avons été forcés de la déplacer de Cancún en raison de l'ouragan Wilma, qui avait frappé trois mois plus tôt. Nous avons tissé de bons liens et saisi des occasions de collaboration, et j'ai coorganisé une formidable réunion avec Arthur Bookman. La présidente scientifique était Janet Pope, qui a héroïquement planifié simultanément les réunions de 2005 et de 2006. Cette année-là, le gala de clôture offrait la prestation d'un



Le conseil d'administration de la SCR en 2005. **Rangée du fond (de gauche à droite)** : les D^s Janet Markland, Jerry Tennenbaum, Michel Zimmer et Carter Thorne. **Deuxième rangée** : les D^s Gunnar Kraag, Jackie Stewart, John Thomson et Glen Thomson. **Troisième rangée** : les D^s Janet Pope, Christine Peschken, Dianne Mosher, Jamie Hendersen et Alf Cividino. **Au premier rang** : Jean-Claude Dairon et les D^s Liam Martin, Kam Shojania, Stephanie Ensworth, Gilles Boire et Douglas Smith.

groupe de musique au bord de la piscine, où s'est tenu un grand bal, qui a donné naissance à la tradition qui se déroule désormais chaque année depuis 2007. Malgré les circonstances actuelles, je nous souhaite de pouvoir continuer à danser lors des prochaines réunions.

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



La toute première danse lors d'une réunion de la SCR (en 2006).
En photo ici : la D^{re} Evelyn Sutton, notre présidente actuelle de la SCR.

Le *JRheum* et la SCR : une évidence

Par le D^r Gunnar Kraag, président de 2006 à 2008

On m'a demandé, ainsi qu'à d'autres anciens présidents de la SCR, de fournir quelques brèves réflexions sur mon mandat de président de 2006 à 2008 en prévision du 75^e anniversaire de l'organisation.

L'événement le plus important de mon mandat a assurément commencé par un appel de Murray Urowitz. Après quelques plaisanteries d'usage, Murray est allé droit au but et m'a demandé si la SCR voulait acheter la revue *Journal of Rheumatology*. S'il se concrétisait, l'achat de la revue *Journal of Rheumatology* serait l'entreprise la plus importante et la plus audacieuse de la SCR à ce jour. La discussion a pris fin par mon engagement à présenter l'idée aux membres du comité de direction dès que possible. Jane Pope est l'une des premières personnes que j'ai appelées pour lui demander son avis sur la proposition. Elle m'a répondu qu'il lui semblait évident que nous devions acheter la revue. Le comité de direction de la SCR était d'accord et a demandé à Arthur Bookman



de présider un comité qui a travaillé très fort pour explorer la faisabilité de l'achat, puis pour négocier les modalités financières et certains enjeux comme la gouvernance de la revue. Cela a abouti à la signature d'une lettre d'intention pour passer à l'étape suivante, à savoir l'élaboration et la conclusion d'une entente d'achat. Le conseil d'administration de la SCR a recommandé à l'unanimité que la SCR procède à l'achat, ce que les membres ont soutenu lors d'un vote presque unanime. Ce vote a confirmé que la décision allait véritablement de soi.

Je ne peux pas parler de ma présidence sans mentionner Christine Charnock, qui était alors coordinatrice adjointe de la SCR. Je ne peux pas imaginer comment nous aurions

pu survivre sans son dévouement et son travail acharné. Au fur et à mesure que notre organisation a grandi, nous avons constaté que nous aurions besoin d'un directeur administratif à temps plein appuyé par une équipe de soutien adéquate. Nous n'avons pas eu à chercher très loin ni très longtemps. Nous avons déjà la candidate parfaite. Christine a assumé ce rôle et l'organisation a prospéré.

Depuis le tout début, la force de la SCR réside dans ses membres. Je m'attendais à ce que le travail avec mes collègues soit passionnant, productif et amusant. Je n'ai pas été déçu. Le comité de direction, le conseil d'administration, les présidents de comité, les membres des comités ainsi que les membres extraordinaires travaillent très fort en notre nom à tous. De plus, les rhumatologues pédiatriques canadiens se sont officiellement joints à la SCR durant la présidence de Bianca Lang.

J'ai véritablement eu beaucoup de plaisir durant ces deux années.

*Gunnar Kraag, M.D., FRCPC
Professeur de médecine (retraite),
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)*



Christine Charnock, qui était auparavant coordinatrice exécutive puis directrice générale de la SCR, et le D^r Gunnar Kraag.

Le projet de la revue *JRheum* et la crise économique de 2008

Par le Dr John Thomson, président de la SCR de 2008 à 2010

Au début, lorsque j'ai joint le conseil d'administration de la SCR, je n'avais jamais imaginé que j'en deviendrais le président. Or, voilà que je m'apprêtais, début de 2008, à prendre la barre de l'organisation, nouveau BlackBerry en main, pour une période de deux ans qui seraient les plus chargées de ma vie, mais aussi les plus agréables et satisfaisantes.

Le poste de président de la SCR, c'était comme avoir un deuxième emploi. Je recevais des courriels, très, peu ou pas urgents tout au long de la journée et j'y répondais à chaud, entre deux patients. Je passais aussi quelques heures chaque soir à traiter des questions plus complexes par courriel, par téléphone et par téléconférence. Dans l'ensemble, mon mandat s'est déroulé sans incident et la plupart de mon temps a été consacré à d'importantes tâches courantes.

Cependant, mon mandat comprenait l'année 2008. Comme vous vous en souvenez peut-être et comme nous le rappelle la crise actuelle de la COVID-19, l'année 2008 a été marquée par une crise économique mondiale majeure. Cette crise a paralysé une grande partie de l'activité économique mondiale, l'économie mondiale ayant été marquée par une grande incertitude qui n'est pas sans rappeler celle que nous connaissons actuellement. Au beau milieu de cette crise, la SCR devait décider si elle allait faire ou non la très importante acquisition de la revue *Journal of Rheumatology*. Après de nombreuses remises en question, tergiversations et discussions, la SCR a procédé à la transaction courageuse, qui s'est (en fin de compte) révélée judicieuse.

Mais la clé de la réussite a été les gens. Le conseil d'administration semblait attirer des personnes ayant un sens du bénévolat, de la collaboration et du professionnalisme hors pair. En tant que président, je me suis senti très bien soutenu et jamais seul. Nous avons travaillé ensemble pour améliorer le sort des rhumatologues canadiens. Ce fut vraiment un grand honneur et un grand privilège.



Je ne peux pas écrire sur ces années sans rendre hommage à quelques personnes qui m'ont aidé à passer au travers : Christine Charnock, notre directrice administrative de l'époque; Gunnar Kraag, le président sortant; Michel Zimmer, le président sortant précédent; Arthur Bookman, le prédécesseur de ce dernier et Jamie Henderson, le vice-président.

*John Thomson, M.D., FRCPC,
Rhumatologue,
Ottawa (Ontario)*

Une réunion conjointe avec le Collège mexicain de rhumatologie

Par le Dr Jamie Henderson, président de la SCR de 2004 à 2006

Mon mandat de président de la SCR a été largement dominé par les préparatifs de la réunion conjointe du Collège mexicain de rhumatologie (CMR) et de la SCR prévue en 2011. Ce projet a été planifié comme suite à la réunion conjointe de 2006. La planification a été entreprise par un comité organisateur, qui comprenait les Drs John Thomson, Cory Baillie, Michel Zimmer et moi-même. Le Dr Thomson s'est occupé du comité scientifique, qui a vu aux détails du programme. Plusieurs réunions d'organisation ont eu lieu en divers lieux, notamment lors des réunions annuelles de l'American College of Rheumatology (ACR), du CMR et de la SCR. Nous avons invité trois membres du CMR à la réunion annuelle de la SCR et, en retour, nous avons envoyé trois membres du comité organisateur aux réunions annuelles du CMR. Nous avons dû nous adapter au changement annuel de direction du CMR, ce qui signifiait souvent que nous devions reprendre les négociations avec chaque nouveau président. Malgré les difficultés, la réunion qui s'est tenue à Cancún a été couronnée de succès selon les sondages effectués par la suite.

Le placement de l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques, également connue sous le nom d'ICORA, sous l'égide de la SCR, alors qu'il s'agissait au départ d'un projet



parrainé par l'industrie, a su résister à l'épreuve du temps. La transition a été facilitée par le leadership des Drs Paul Haraoui et Alf Cividino.

L'intégration de la réunion annuelle de l'Association des professionnels de la santé pour l'arthrite (APSA) dans la réunion scientifique annuelle de la SCR constitue un autre legs de cette époque. La symbiose des deux organisations a contribué à la plus grande réussite encore de nos réunions.

Nombre de détails sont maintenant un peu flous une décennie plus tard, mais mon engagement de six ans au sein du comité exécutif m'a permis de rencontrer des collègues rhumatologues de partout au pays et de tisser des liens qui tiennent encore aujourd'hui.

Je m'en voudrais de ne pas souligner la contribution de Christine Charnock qui, grâce à son engagement indéfectible et à son énergie, nous a permis d'accomplir tout ce que j'ai mentionné.

Jamie Henderson, M.D., FRCPC

Rhumatologue (retraité)

Président,

The Journal of Rheumatology

Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Réflexions

Par le Dr Carter Thorne, président de la SCR de 2012 à 2014

Chers collègues,

la SCR célébrera son 75^e anniversaire en 2021 et cela fera 40 ans que j'en suis un membre régulier. J'ai eu le privilège d'assumer la présidence de la SCR en 2012, pendant ce que je considère comme la troisième ère de mon adhésion. De mes débuts comme praticien en 1981 jusqu'en 1990, j'ai eu très peu d'interaction avec la SCR, sauf pour payer mes frais d'adhésion annuels comme la plupart des membres.

En 1990, Paul Davis est devenu président de la SCR et, pour la première fois, les rhumatologues exerçant dans la communauté ont été invités à poser leur candidature au Conseil d'administration. À la deuxième ère de mon adhésion, à titre de membre du Conseil d'administration de 1990 à 2004 et de membre du Comité exécutif (comme secrétaire-trésorier) de 1996 à 2004, j'ai connu l'effervescence de la « nouvelle SCR » distincte du Collège royal et désormais à la fois au service de ses membres et responsable d'eux. À la même époque, j'ai joué un rôle-clé dans la création du Consortium canadien de recherche en rhumatologie, le CCRR (lequel a malheureusement été dissous récemment), ainsi que dans la mise sur pied de l'Association ontarienne de rhumatologie (AOR). Ma plus récente participation à la SCR a commencé en 2010 lorsqu'on m'a invité à siéger au Comité exécutif à titre de vice-président, après quoi j'ai été élu président.

Dans mon mot de bienvenue aux membres lors de l'assemblée générale annuelle de mars 2012, j'avais énuméré trois impératifs :

1. Améliorer la durabilité du soutien à l'industrie. Tous nos partenaires de l'industrie ont adopté notre nouveau modèle novateur de « soutien aux entreprises » qui s'éloignait du simple soutien à leur réunion annuelle et qui est maintenant reconnu comme étant à la fois avant-gardiste et conforme aux lignes directrices évolutives de MNC et du Collège royal.
2. Modifier l'approche de gouvernance de notre organisation et accroître l'efficacité de notre secrétariat. La SCR était une organisation « mature » et cette évolution, entamée sous ma présidence et menée à terme grâce aux efforts de mon successeur Cory Baillie, a permis d'en faire l'organisation forte et adaptée qu'elle est aujourd'hui.
3. Obtenir du Collège royal la responsabilité de l'agrément des rhumatologues. Cela nous a permis de rehausser notre réputation, car nous sommes maintenant reconnus comme les véritables « experts de l'arthrite ». Je tiens à mentionner aussi que nous avons maintenant une bien meilleure relation avec l'Association médicale canadienne (AMC). Nous avons aussi figuré parmi les huit associations professionnelles canadiennes invitées à participer au lancement de la campagne nationale *Choisir avec soin* dirigée par la D^{re} Shirley Chow. Nous avons également participé à une autre nouvelle initiative axée sur les services de santé aux Premières Nations et mise de l'avant par le programme des SSNA.



Notre assemblée annuelle est toujours aussi courue comme en témoigne l'augmentation du nombre de participants (10 en 1990, 75 en 1996, 544 en 2014 et 700 en 2020) qui ne sont plus seulement des membres et leurs invités, mais aussi des professionnels de la santé alliés, des partenaires de l'industrie et d'autres intervenants ayant un intérêt pour la rhumatologie.

Je dois une grande part de la réussite de ma présidence aux bénévoles dévoués qui m'ont précédé, particulièrement Paul Davis qui a reconnu la valeur et le rôle que pouvaient jouer au sein de la SCR les rhumatologues qui exercent dans la communauté et les membres du Comité exécutif dont Cory Baillie (vice-président), Jamie Henderson (ancien président) et Jacob Karsh (secrétaire-trésorier). Christine Charnock (que j'ai engagée en 1997 à titre d'adjointe administrative à temps partiel et qui est devenue directrice de la SCR en 2012) et les dévoués membres de son équipe (tous de la région de Newmarket/Aurora) ont joué un rôle-clé dans la gestion des changements successifs qui ont été nécessaires.

Cela a été un privilège d'être à votre service à titre de président de 2012 à 2014. Je continue à participer aux activités de cette vibrante organisation en assumant d'autres rôles.

*Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP, MACR, MCRA
Directeur médical du programme de lutte contre l'arthrite
Chef de la division de rhumatologie,
Centre de santé régional Southlake, Newmarket (Ontario)*

Modernisation de la gouvernance

Par le Dr Cory Baillie, président de la SCR de 2014 à 2016

Lorsque j'ai commencé mon mandat de président de la SCR en février 2014, l'organisation avait connu une croissance considérable tant pour ce qui est du nombre de membres que du nombre d'activités et de services offerts à ces derniers. L'assemblée scientifique annuelle de la SCR connaissait une participation record. La SCR offrait de nombreux programmes englobant le partage des connaissances et l'éducation, le réseautage, la défense des intérêts et le soutien à la recherche. Cependant, la gouvernance de la SCR n'avait pas suivi l'expansion de l'organisation. Le conseil d'administration était responsable d'une multitude de choses. Ses téléconférences trop nombreuses et trop longues nous empêchaient de recruter de nouveaux membres. Qui relevait de qui et qui était responsable de quoi? Qui avait le pouvoir de donner le feu vert à un nouveau projet, à une nouvelle activité ou à une nouvelle dépense? Nous avions clairement besoin d'aide.

Au cours de mon mandat de président de la SCR, le conseil d'administration a entrepris un examen approfondi de la gouvernance et cela l'a aidé à préciser son rôle et ses responsabilités. Armé de ces nouvelles connaissances, le conseil d'administration a pu mettre en place un certain nombre de changements, ce qu'il continue toujours à faire aujourd'hui. Le plus visible de ces changements a été la création du poste de président-directeur général



(PDG) de la SCR, occupé par Christine Charnock à l'époque et maintenant, par Ahmad Zbib. Le PDG serait désormais responsable de l'exploitation de la SCR, guidé par un plan stratégique élaboré par le conseil d'administration sur la base des commentaires formulés par les membres.

La modernisation de la gouvernance de la SCR ne s'est pas faite sans heurts. Il aura fallu du courage aux présidents des comités, qui relevaient auparavant du président et du conseil d'administration, pour s'adapter à l'obligation de rendre des comptes au PDG. Nous craignons également un recul dans l'engagement des présidents des comités, qui ne participaient plus aux réunions ni aux retraites du conseil d'administration. Trois présidences de

la SCR plus tard, le conseil d'administration maintient toujours en place les changements apportés à la gouvernance et j'espère qu'ils continueront à apporter à l'organisation tout le succès qu'elle mérite.

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

« Autour de la rhumato » : le balado officiel de la SCR

Par Dax G. Rumsey, M.D., M. Sc., FRCP(C)

Après de nombreuses années de réflexion et de préparation, le projet de balado par et pour des rhumatologues canadiens (et, espérons-le, bien d'autres professionnels de la santé) du comité des communications de la SCR a enfin vu le jour!

Le lancement officiel du balado « Autour de la rhumato » a eu lieu cette année. Notre animateur, Daniel Ennis, est un jeune rhumatologue de Vancouver, en Colombie-Britannique, qui s'intéresse tout particulièrement à la vascularite et qui est « né avec le don d'une voix en or » pour reprendre les paroles de Leonard Cohen. En ce qui concerne la production, nous avons travaillé en étroite collaboration avec David McGuffin, un journaliste de radiotélévision de renommée mondiale, animateur et producteur de balados. David a une grande expérience en journalisme, notamment en tant que correspondant en Afrique pour CBC ainsi que dans ses rôles actuels de reporter sur le Canada pour la National Public Radio (NPR) et le balado *Explore* de Canadian Geographic. En plus de David, nous avons profité de l'expertise d'Aaron Fontwell, musicien et producteur qui a travaillé avec des artistes comme Snoop Dogg et Tiesto!

Notre premier épisode consistait en une entrevue avec la Dr^e Mary-Ann Fitzcharles, l'auteure principale de l'énoncé de position de la SCR sur le cannabis médical. Depuis ce temps, nous avons enregistré plusieurs autres balados, dont une mini-série sur la COVID-19 et la rhumatologie, qui bénéficie du soutien de l'Association médicale canadienne (AMC), MD Management et la Banque Scotia.

Nous avons collaboré avec David et Aaron pour produire des produits finis de haute qualité. Notre balado a été très bien accueilli jusqu'à présent, ayant été téléchargé plus de 1 000 fois à ce jour, et les réactions que nous avons reçues ont été très positives. « Autour de la rhumato » est disponible sur toutes les grandes plateformes qui offrent des balados, notamment Spotify, Apple Podcasts et Google Play. N'hésitez donc pas à télécharger le balado, à vous abonner à notre chaîne et à évaluer notre(votre) balado! Plus il y a de téléchargements et d'évaluations positives, mieux c'est!

Nous tenons à remercier la SCR pour son important soutien, en particulier Kevin Baijnauth qui nous a tous réunis, de même que Ahmad Zbib, notre PDG, pour tout son appui.

Dax G. Rumsey, M.D., M. Sc., FRCP(C)
 Chef de section de zone, rhumatologie pédiatrique,
 Services de santé de l'Alberta - Zone d'Edmonton
 (Hôpital pour enfants Stollery)
 Directeur de division, rhumatologie pédiatrique,
 Professeur adjoint, Université de l'Alberta
 Edmonton (Alberta)



Des nouvelles de l'Alberta

Des nouvelles de Calgary

Par Cheryl Barnabe, M.D., FRCPC, M. Sc., et May Choi, M.D., FRCPC

Le printemps et l'été 2020 ont été différents de tout ce que nous avons connu auparavant : fermetures, redéploiement pour soutenir la lutte contre la COVID-19, reprise subséquente des activités cliniques, réalisation de nombreuses études de recherche sur la COVID-19, école à la maison, annulation du Stampede de Calgary pour la première fois en près de 100 ans et quatrième catastrophe naturelle la plus coûteuse de l'histoire du Canada (une tempête de grêle record). Nous avons toutefois eu l'occasion de découvrir des paysages incroyables beaucoup moins fréquentés dans notre province et notre division s'est renforcée grâce aux praticiens communautaires et universitaires qui ont uni leurs efforts pour assurer la continuité des soins cliniques à Calgary et dans les régions du sud, et pour veiller à ce que la formation des stagiaires demeure une priorité.

En juillet 2019, le D^r Paul MacMullan est devenu chef de la division de rhumatologie pour les adultes, tandis que la D^{re} Dianne Mosher est devenue doyenne adjointe de Santé autochtone, locale et mondiale. La D^{re} Heinrike Schmeling est devenue chef de la division de rhumatologie pour les enfants, et la D^{re} Susa Benseler est devenue la première femme à occuper le poste de directrice d'un institut de recherche à Calgary, à titre de directrice scientifique de l'Institut de recherche de l'hôpital pour enfants de l'Alberta. Nous tenons à féliciter les D^{rs} Aurore Fifi-Mah (professeure clinique adjointe), Glen Hazlewood (professeur associé), Steven Thomson (professeur clinique adjoint) et Cristina Morantoro (professeur adjoint de clinique) pour leurs promotions de l'année dernière. Nous aimerions aussi souhaiter la bienvenue à la division à nos nouveaux collègues, les D^{rs} Erin Butler, Mehveen Merchant et May Choi. Les D^{rs} Martha Decker et Nathan Puhl ont ouvert leur cabinet à Lethbridge l'été dernier, assurant un service essentiel dans la région du sud.



La D^{re} Dianne Mosher passe volontiers le flambeau de la division au D^r Paul MacMullan.

Du nouveau à Lethbridge

Par Martha Decker, M.D., FRCPC

La mise sur pied d'une toute nouvelle clinique de rhumatologie n'a pas été chose facile (surtout en période de pandémie!), mais nous sommes reconnaissants envers nos mentors de Calgary et d'Edmonton, qui nous ont aidés tout au long du processus. Nous avons tous deux obtenu notre diplôme en rhumatologie à l'Université de l'Alberta en juin 2019. Nathan, qui est né et a grandi à Lethbridge, était enthousiaste à l'idée de rentrer chez lui, tandis que Martha (originaire de Calgary) a déménagé à Lethbridge pour être proche des parents de son mari, Jeff, qui vivent tout juste à l'extérieur de Pincher Creek. Le sud de l'Alberta est un véritable joyau et nous ne pourrions pas être plus heureux étant donné les activités de plein air et la proximité des Rocheuses. Nous espérons pouvoir agrandir notre clinique plus tard en y ajoutant un troisième rhumatologue pour nous aider à soigner les patients du sud de l'Alberta.



Le D^r Nathan Puhl et la D^{re} Martha Decker dans leur nouvelle clinique de rhumatologie à Lethbridge.



Des nouvelles d'Edmonton

Par Stephanie Keeling, M.D., FRCPC

La rhumatologie continue de prendre son essor à Edmonton en dépit des obstacles posés par la COVID-19. De récents diplômés de la Division de rhumatologie de l'Université de l'Alberta, Jason Soo, Tharindri Dissanayake et Saurash Reddy ont ouvert un nouveau cabinet en face du Centre hospitalier de l'Université de l'Alberta, qui constitue un judicieux complément à la Division. Nous avons aussi la chance de pouvoir orienter nos patientes enceintes atteintes d'une maladie rhumatismale vers la D^{re} Sarah Troster qui continue d'accroître la capacité de sa clinique pour femmes enceintes d'Edmonton tout en collaborant avec des intervenants de partout au Canada pour créer un registre de grossesses. Les types de consultations avec les patients sont désormais très diversifiés et comprennent les entretiens téléphoniques et virtuels sur des plateformes comme Zoom en plus des consultations classiques en personnes pour lesquelles des mesures de précaution contre la COVID-19 sont mises en œuvre.

Les rhumatologues du nord de l'Alberta sont particulièrement fiers de la récente campagne virtuelle lancée le 18 juin 2020 sur YouTube pour renflouer le Fonds de bourses d'études Anthony Russell de concert avec l'Alberta Arthritis Society. Vous pouvez visionner le lancement à l'adresse suivante :

www.youtube.com/watch?v=o-yqGOyTDz8



Une lecture avec le D^r Anthony Russell.



Des professionnels de la santé ont également participé à la collecte de fonds virtuelle.

SIMPONI®

Effacité démontrée.
Profil d'innocuité démontré.



SIMPONI®, en association avec le MTX, est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes et l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de PR modérément à sévèrement active, et pour ralentir la progression des dommages structuraux chez les patients adultes atteints de PR modérément à sévèrement active et qui n'ont pas reçu de traitement antérieur par le MTX.

SIMPONI® est indiqué pour : 1) La réduction des signes et des symptômes de la maladie, pour le ralentissement de la progression des dommages structuraux et pour l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de RP modérément à sévèrement actif. SIMPONI® peut être utilisé en association avec du MTX chez les patients qui ne répondent pas bien au MTX seul. 2) La réduction des signes et des symptômes chez les patients adultes atteints de SA active dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante. 3) Le traitement des adultes atteints de nr-Ax SpA active grave qui présentent des signes objectifs d'inflammation, tels qu'un taux élevé de CRP et/ou des signes visibles à l'IRM et dont la réponse aux AINS est inadéquate ou qui ne tolèrent pas ces médicaments.

Réactions indésirables les plus fréquentes :

Infection des voies respiratoires supérieures : SIMPONI® 7 %, placebo 6 %; nasopharyngite : SIMPONI® 6 %, placebo 5 %

USAGE CLINIQUE :

Patients pédiatriques : L'innocuité et l'efficacité de SIMPONI® n'ont pas été établies chez les enfants.

Personnes âgées (≥ 65 ans) : La prudence s'impose lors du traitement des patients âgés.

CONTRE-INDICATIONS :

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

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS LES PLUS IMPORTANTES :

Infections :

- Des infections graves ayant entraîné une hospitalisation ou un décès, y compris le sepsis, la tuberculose, les infections fongiques invasives et d'autres infections opportunistes, ont été observées à la suite de l'emploi d'antagonistes du TNF, y compris le golimumab. Si un patient présente une infection

grave ou un sepsis, le traitement par SIMPONI® doit être cessé. Le traitement par SIMPONI® ne doit pas être instauré chez des patients présentant des infections actives, y compris des infections chroniques et localisées.

- Les médecins doivent user de prudence lorsqu'ils envisagent de prescrire SIMPONI® aux patients ayant des antécédents d'infections récurrentes ou latentes (y compris la tuberculose), ou des troubles sous-jacents, qui pourraient les prédisposer à des infections, ou aux patients ayant résidé dans des régions où la tuberculose et les infections fongiques invasives, comme l'histoplasmosse, la coccidioïdomycose ou la blastomycose, sévissent à l'état endémique.
- La tuberculose (principalement sous la forme clinique disséminée ou extrapulmonaire) a été observée chez des patients ayant reçu des inhibiteurs du TNF, y compris le golimumab. La tuberculose pourrait être due à la réactivation d'une tuberculose latente ou à une nouvelle infection.
- Avant d'entreprendre un traitement par SIMPONI®, il importe d'évaluer tous les patients, afin de s'assurer

qu'ils ne sont pas atteints de la forme active ou latente de la tuberculose.

- Chez les patients faisant l'objet d'un diagnostic de tuberculose latente, un traitement antituberculeux doit être instauré avant de commencer un traitement par SIMPONI®.
- Les médecins doivent surveiller les patients recevant SIMPONI®, y compris les patients ayant un résultat négatif au test de dépistage de la tuberculose latente, afin de détecter tout signe ou symptôme de tuberculose active.

Affections malignes :

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

EFFICACITÉ
DÉMONTRÉE

une fois par mois
Simponi[®]
golimumab

PLUS DE **10** ANS
D'EXPÉRIENCE



PLUS DE 10 ANS
d'expérience au Canada.

Soutien pour vous et vos patients
dans les années à venir.

UN SCHÉMA POSOLOGIQUE
mensuel **SIMPLE**

50 mg **UNE FOIS PAR MOIS** à la même date chaque mois



**AUTRES MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS
PERTINENTES :**

- 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 ou de l'abatacept ou d'autres agents biologiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.
- Risque de réactions hématologiques.
- Risque de réactions d'hypersensibilité.
- Risque 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 6 mois après le dernier traitement.
- Les femmes ne doivent pas allaiter durant le traitement ni pendant au moins 6 mois après le dernier traitement par SIMPONI[®].
- À utiliser avec prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique.
- Pourrait exercer une légère influence sur la capacité à conduire, car son administration pourrait entraîner des étourdissements.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse www.janssen.com/canada/fr/products 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.

RP = rhumatisme psoriasique | SA = spondylarthrite ankylosante
PR = polyarthrite rhumatoïde | nr-Ax SpA = spondylarthrite axiale non radiographique | MTX = méthotrexate
CRP = protéine C-réactive | IRM = imagerie par résonance magnétique | AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens

Référence :

1. Monographie de SIMPONI[®], Janssen Inc., 20 juin 2019.

© 2020 Janssen Inc.

Marques de commerce utilisées sous licence.

Janssen Inc. | 19 Green Belt Drive | Toronto (Ontario) | M3C 1L9
www.janssen.com/canada/fr | CP-131909F



XELJANZ : le premier inhibiteur des protéines JAK pour la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique et la colite ulcéreuse^{1*}

^{Pf}**XELJANZ**^{MD}
[citrates de tofacitinib]



POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

^{Pf}XELJANZ^{MD}/^{Pf}XELJANZ^{MD} XR (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 sévère qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ/XELJANZ XR en monothérapie.

Il n'est pas recommandé d'utiliser

XELJANZ/XELJANZ XR en association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.

ARTHRITE PSORIASIQUE

^{Pf}XELJANZ^{MD} (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX) ou un autre antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM) synthétique classique, est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de l'arthrite psoriasique chez les adultes atteints d'arthrite psoriasique évolutive qui ont eu une réponse insatisfaisante à un traitement antérieur par un ARMM.

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

COLITE ULCÉREUSE

^{Pf}XELJANZ^{MD} (tofacitinib) est indiqué pour le traitement de la colite ulcéreuse évolutive modérée ou sévère chez les adultes qui ont eu une réponse insatisfaisante, une perte de la réponse ou une intolérance au traitement classique de la colite ulcéreuse ou à un inhibiteur du TNF- α .

Il n'est pas recommandé d'utiliser XELJANZ en association avec des traitements biologiques contre la colite ulcéreuse ni avec des immunosuppresseurs puissants, comme l'azathioprine et la cyclosporine.

Veillez consulter la monographie de XELJANZ/XELJANZ XR à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour obtenir des renseignements importants sur :

- les contre-indications relatives à la grossesse, à l'allaitement et à l'insuffisance hépatique sévère;
- les mises en garde et précautions les plus importantes concernant le risque d'infections graves, de cancers et de thrombose;
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes concernant le risque d'infection et d'immunosuppression lorsque le médicament est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants, les femmes en âge de procréer, les réactions d'hypersensibilité, le risque de réactivation virale, l'administration préalable de tous les vaccins recommandés (conformément aux directives d'immunisation en vigueur), le vaccin vivant contre le zona, le risque de cancers, de trouble lymphoprolifératif et de cancers de la peau non mélaniques, le risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques, les patients atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, les patients sous hémodialyse, l'élévation des taux d'enzymes hépatiques, les patients présentant une sténose digestive sévère préexistante traités par XELJANZ XR, la prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque, les enfants, les personnes âgées, les patients atteints de diabète, les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire chronique, le nombre de lymphocytes, les patients d'origine asiatique, les patients exposés à un risque de perforation du tube digestif, la hausse des taux de créatine kinase, la diminution de la fréquence cardiaque et la prolongation de l'intervalle PR, les patients qui pourraient être exposés à un risque accru de thrombose, les patients ayant des symptômes de thrombose et les considérations posologiques chez les patients atteints de colite ulcéreuse (la dose efficace la plus faible possible de XELJANZ doit être utilisée pendant la durée de traitement la plus courte possible pour obtenir ou maintenir une réponse thérapeutique);
- les conditions d'usage clinique, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et les directives relatives à la posologie et au mode d'administration.

Vous pouvez également obtenir la monographie en vous adressant au Service de l'information pharmaceutique, au 1-800-463-6001.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec votre représentant de Pfizer.

JAK = Janus kinase; PR = polyarthrite rhumatoïde

* La portée clinique de ces comparaisons est inconnue.

Références : 1. Données internes de Pfizer Inc. 2019. 2. Santé Canada. Avis de conformité relatif à XELJANZ. 3. Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V.
Pfizer Canada SRI, licencié
© 2020 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5

PP-XEL-CAN-0480-FR

