

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie

Point de mire :

Le 75^e anniversaire de la SCR : un regard sur l'avenir

Éditorial

Un siècle de progrès?

Que fait la SCR pour vous?

Des nouvelles de la FSCR

Des nouvelles de l'ICORA

Bourses de l'ICORA : incapacité de travail et fonction dans le LED

Hommage boréal

La Nuit du Canada de l'ACR

Réflexions sur la retraite

L'avenir de la rhumatologie

Évolution des effectifs canadiens en rhumatologie

Prix, nominations et distinctions

À l'honneur : les docteurs Catherine Backman, Mo Bardi, Daniel Ennis, Debbie Ehrmann Feldman, Monique Gignac, John G. Hanly, Nigil Haroon, Rayfel Schneider et Stuart Seigel

In Memoriam

Hommage au D^r Tom Hunter

Arthroscopie

Caractérisation du modèle de soins rhumatologue-praticien à rôle élargi dans un réseau de soins tertiaires pour patients hospitalisés

Vérité et réconciliation et la communauté de l'arthrite : un appel à l'action collective

Pleins feux sur les prix pour résumés de la SCR de 2022

Dépêches de l'unité de la COVID de l'Hôpital général de Vancouver

Optimisation des soins virtuels pendant la pandémie de COVID-19 et au-delà

Incidence de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez les patients présentant des affections rhumatismales : une étude monocentrique

Points forts de l'ACR Convergence 2021

Si vous recherchez l'innovation, elle viendra

Articulons nos pensées

Résultats de sondage : réflexions sur la rhumatologie

Nouvelles régionales

Des nouvelles de Terre-Neuve-et-Labrador

DÉCOUVREZ UNE NOUVELLE INDICATION DE TREMFYA® POUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME PSORIASIQUE ACTIF¹



Réponses ACR20*† à la semaine 24 avec TREMFYA® à 100 mg toutes les 8 semaines vs placebo^{1-3†‡}

ESSAI DISCOVER-2 (patients n'ayant jamais reçu de médicament biologique)^{2,24} :

64 %

DES PATIENTS SOUS TREMFYA® (159/248)

VS

33 %

DES PATIENTS SOUS PLACEBO (81/246) ($p < 0,0001$)

ESSAI DISCOVER-1^{1,3‡} :

52 %

DES PATIENTS SOUS TREMFYA® (66/127)

VS

22 %

DES PATIENTS SOUS PLACEBO (28/126) ($p < 0,0001$)

Améliorations démontrées de l'indice HAQ-DI et du score PCS SF-36 par rapport au départ avec TREMFYA® à 100 mg toutes les 8 semaines à la semaine 24 comparativement au placebo^{1-3*†}

- Variation moyenne du score HAQ-DI : -0,32 vs -0,07 (DISCOVER-1) et -0,37 vs -0,13 (DISCOVER-2) ($p < 0,001$ dans les deux essais)
- Variation moyenne du score PCS SF-36 : 6,1 vs 2,0 (DISCOVER-1; $p < 0,0001$) et 7,4 vs 3,4 (DISCOVER-2; $p = 0,011$)

Indications et usage clinique :

TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS™ (injection de guselkumab) est indiqué pour le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez les adultes. TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS™ peut être utilisé seul ou en association avec un antirhumatismal modificateur de la maladie conventionnel (ARMMc) (p. ex. du méthotrexate).

TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS™ est aussi indiqué pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les adultes qui sont candidats à un traitement systémique ou à une photothérapie.

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Il ne faut pas instaurer de traitement par TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS™ chez les patients ayant une infection active cliniquement importante tant que l'infection n'est pas guérie ou adéquatement traitée.
- Si un patient contracte une infection grave ou ne répond pas au traitement classique, il faut arrêter le traitement par TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS™.
- Les patients doivent faire l'objet d'un dépistage de la tuberculose avant l'instauration du traitement par TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS™ et d'une surveillance visant à déceler une tuberculose active pendant et après le traitement.
- Il faut envisager l'administration de tous les vaccins avant l'instauration du traitement par TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS™.
- L'administration concomitante de vaccins vivants n'est pas recommandée.
- En cas de réaction grave d'hypersensibilité, dont anaphylaxie, urticaire et dyspnée, un traitement approprié doit être instauré et l'administration de TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS™ doit être arrêtée.

- Les femmes en âge de procréer doivent utiliser une méthode de contraception adéquate.
- TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS™ ne doit être utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité évidente.
- Les bienfaits de l'allaitement et les besoins cliniques de la mère doivent être pris en considération.
- L'effet de TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS™ sur la fertilité humaine n'a pas été évalué.
- L'innocuité et l'efficacité de TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS™ n'ont pas été évaluées chez les enfants.
- Les données chez les patients de ≥ 65 ans sont limitées.

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, la posologie et l'administration qui n'ont pas été abordés dans ce document.

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

ACR20 = amélioration de 20 % du score de l'American College of Rheumatology par rapport au départ; HAQ-DI = Health Assessment Questionnaire-Disability Index; PCS SF-36 = score de la composante physique du questionnaire SF-36 (score PCS SF-36); TNF α = facteur de nécrose tumorale alpha; IC = intervalle de confiance.

* Les patients présentant une amélioration < 5 % par rapport au début de l'étude pour le nombre d'articulations sensibles et enflées à la semaine 16 étaient admissibles à un retrait anticipé et étaient autorisés à instaurer ou à augmenter la dose de médicaments concomitants, y compris les AINS, le corticostéroïde oral et l'ARMMc, et ils ont continué le traitement randomisé à l'étude. À la semaine 16, 19,0 % et 3,1 % (DISCOVER-1) et 15,4 % et 5,2 % (DISCOVER-2) des patients des groupes placebo et TREMFYA® à 100 mg toutes les 8 semaines, respectivement, répondaient aux critères de retrait anticipé.

† Les patients qui avaient des données manquantes à la semaine 24 ont été imputés comme non-réponders. Les patients qui ont commencé un ARMMc ou augmenté leur dose d'ARMMc ou de corticostéroïdes oraux par rapport au début de l'étude, qui se sont retirés de l'étude, qui ont arrêté le médicament à l'étude ou qui ont commencé à prendre des médicaments ou des traitements pour le RP interdits par le protocole avant la semaine 24 étaient considérés comme des échecs de traitement et des non-réponders. À la semaine 24, 16,7 % et 5,5 % (DISCOVER-1) et 6,9 % et 4,8 % (DISCOVER-2) des patients des groupes placebo et TREMFYA® à 100 mg toutes les 8 semaines, respectivement, répondaient aux critères d'échec du traitement.

‡ DISCOVER-2 : étude de phase III multicentrique, randomisée, à double insu et contrôlée par placebo, menée auprès d'adultes atteints de rhumatisme psoriasique actif (≥ 5 articulations enflées, ≥ 5 articulations sensibles et un taux de protéine C-réactive [CRP] $\geq 0,6$ mg/dL), qui n'ont jamais été traités par des agents biologiques, qui avaient présenté une réponse inadéquate aux traitements standard (p. ex. antirhumatismal modificateur de la maladie conventionnel (ARMMc), apremilast ou anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)) et qui avaient reçu depuis au moins 6 mois un diagnostic de RP. La durée médiane de RP pour ces patients était de 4 ans au début de l'étude. Les patients ont été randomisés pour recevoir soit des injections sous-cutanées de 100 mg de TREMFYA® aux semaines 0 et 4, puis toutes les 8 semaines, soit un placebo. Le paramètre principal était le pourcentage de patients ayant obtenu une réponse ACR20 à la semaine 24.

§ DISCOVER-1 : étude de phase III multicentrique, randomisée, à double insu et contrôlée par placebo, menée auprès d'adultes atteints de rhumatisme psoriasique actif (≥ 3 articulations enflées, ≥ 3 articulations sensibles et un taux de CRP $\geq 0,3$ mg/dL). Les critères d'admissibilité incluaient également une réponse inadéquate aux traitements standard (p. ex. ARMMc, apremilast ou AINS), un diagnostic de RP depuis au moins 6 mois et une durée médiane de RP de 4 ans au début de l'étude. Environ 30 % des participants à l'étude pouvaient avoir reçu un ou deux anti-TNF α . Les patients ont été randomisés pour recevoir soit des injections sous-cutanées de 100 mg de TREMFYA® aux semaines 0 et 4, puis toutes les 8 semaines, soit un placebo. Le paramètre principal était le pourcentage de patients ayant obtenu une réponse ACR20 à la semaine 24.

¶ Les différences entre les traitements, les IC à 95 % et les valeurs p étaient basées sur le test de Cochran-Mantel-Haenszel stratifié selon le traitement initial par un ARMMc non biologique et soit le taux de CRP antérieur ($< 2,0$, $\geq 2,0$ mg/dL) (DISCOVER-2) ou le traitement antérieur par un anti-TNF α (DISCOVER-1).

Références : 1. Monographie de TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS™ (injection de guselkumab), Janssen Inc., 4 septembre 2020. 2. Mease PJ, Rahman R, Gottlieb AB, et al. Guselkumab in biologic-naïve patients with active psoriatic arthritis (DISCOVER-2): a double-blind, randomized, placebo-controlled phase 3 trial. Publié en ligne le 13 mars 2020 à l'adresse : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30263-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30263-4). 3. Doodnar A, Hellmell PS, Boehncke W, et al. Guselkumab in patients with active psoriatic arthritis who were biologic-naïve or had previously received TNF α inhibitor treatment (DISCOVER-1): a double-blind, randomized, placebo-controlled phase 3 trial. Publié en ligne le 13 mars 2020 à l'adresse : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30265-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30265-8).



L'image présente des modèles et sert à des fins d'illustration seulement.

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

© 2021 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence. | CP-2100665F



Un siècle de progrès?

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« *L'histoire ne se répète pas, mais parfois, elle rime.* »

– Citation attribuée à Samuel Clemens (Mark Twain)

La pandémie dont nous sommes tous fatigués continue de nous épuiser physiquement et mentalement. Les chiffres jaillissent d'heure en heure du canal d'information : cas, hospitalisations, admissions en soins intensifs, décès, pourcentage de vaccinés, retards dans les tests, etc. Chaque numéro est décliné en plusieurs versions : municipal, unités de santé publique, provincial, national et international. Même dans le cadre d'un débat raisonnable, on trouve des points de vue incroyablement divers et contradictoires couvrant pratiquement toutes les possibilités : nous en faisons trop ou pas assez, nous agissons trop tard ou prématurément, nous devrions ou non suivre l'exemple d'un endroit « X ».

Alors, que peut-on faire? Pour commencer, réduisez au minimum l'exposition aux médias traditionnels, tels que la télévision, la radio et les journaux. Bien sûr, les médias sociaux sont inondés de memes, de GIF et de publications, alors évitez-les aussi. Il ne sera pas évident d'empêcher la famille, les amis et les collègues de discuter de la préoccupation numéro un de la journée.

L'histoire et la fiction constituent peut-être une échappatoire plus prometteuse. Les pandémies sont abondamment représentées dans les films et les livres. Les versions modernes telles que « Contagion », « 28 jours plus tard », « Épidémie », « Je suis une légende », « Zone rouge » et le film canadien « Pontypool » sont peut-être trop étroitement liées aux événements actuels pour apporter un soulagement. Un classique comme « La Peste » serait peut-être préférable.

J'ai trouvé ce que je cherchais dans « *The Pull of the Stars* » d'Emma Donoghue, qui vit maintenant à London, en Ontario. En 2018, elle a décidé d'écrire un livre centré sur les événements de la pandémie de grippe espagnole de 1918, et ses effets particuliers sur les femmes enceintes et ceux qui les soignent dans un hôpital de Dublin. Ma femme nous a proposé d'animer une discussion sur le livre dans le cadre de notre club de lecture local, composé de nombreux professeurs d'anglais à la retraite, ce qui nous a obligés à analyser le manuscrit avec beaucoup plus d'attention que les lecteurs occasionnels.

Ce faisant, des parallèles frappants apparaissent avec notre situation actuelle. Les progrès technologiques et scientifiques ont été spectaculaires au cours du siècle dernier, mais le comportement humain et notre réaction aux crises ne sont pas si différents. Les virus étant inconnus en 1918, les théories abondent quant à la cause de la pandémie, notamment la Première Guerre mondiale et diverses toxines. L'Espagne a fait preuve d'ouverture dans ses rapports sur la pandémie, d'où le nom de « grippe espagnole », bien qu'elle soit apparemment née aux États-Unis. Cette fois, nous avons eu droit à des noms initiaux tels que « grippe de Wuhan » et à des histoires d'origine tout aussi spéculatives mettant en cause des expériences de laboratoire qui ont mal tourné, des marchés humides, des

incursions humaines dans la nature, etc. Blâmer l'Afrique du Sud pour Omicron plutôt que de féliciter les scientifiques de ce pays pour avoir découvert cette variante est un autre exemple.

La crise comme occasion est un autre thème commun aux deux époques. Dans le livre, les médecins sont en nombre insuffisant, ce qui donne aux infirmières et aux sages-femmes plus d'autorité qu'elles n'auraient normalement été autorisées à exercer. De même, nous avons actuellement tiré parti de l'expertise des pharmaciens pour administrer des vaccins bien plus qu'ils ne le font habituellement, et nous avons créé des équipes pour étendre la portée de notre petit groupe de médecins spécialisés dans les soins intensifs et les maladies infectieuses afin de fournir des soins à tous ceux qui en ont besoin.

D'autres similitudes abondent : les « héros de la santé » sont une étiquette familière actuellement, souvent apposée par nos dirigeants à ceux qui, avant la pandémie, occupaient des emplois difficiles et précaires pour un faible salaire, mais dont la valeur a été tardivement reconnue. De même, le roman met en lumière les efforts de ceux qui peinent avec peu de reconnaissance dans les tranchées de la pandémie : volontaires, infirmières débutantes, sages-femmes et aides-soignantes.

Les questions d'équité ont été mises en évidence dans notre pandémie actuelle, les travailleurs marginalisés et racialisés qui doivent travailler dans des lieux de rassemblement étant les plus exposés au risque d'infection. Il y a un siècle, l'insécurité alimentaire et la pauvreté étaient endémiques, et les résultats étaient tout aussi déformés.

« Le patient d'abord, l'hôpital ensuite, soi-même en dernier » est une citation du roman qui a trouvé un écho en moi. Il s'agit là d'une recette pour l'épuisement, qui ne peut être maintenue au-delà de la réponse initiale à une pandémie ou à toute autre crise.

Les préjugés sexistes en 1918 ne sont pas surprenants. Le livre met en scène des aides-soignants masculins dominants des infirmières mieux formées et des médecins masculins de toutes spécialités exerçant une autorité clinique sur des sages-femmes compétentes. Aujourd'hui, l'écart de rémunération entre les sexes est toujours présent dans le domaine de la médecine au Canada, et un récent article sur le sort de la première femme chef du service de chirurgie cardiovasculaire à l'université McMaster montre que nous n'avons pas fait autant de progrès que nous le pensions¹.

Les controverses sur les masques et les remèdes non conventionnels (oignons et ail par rapport à l'ivermectine) sont également bien représentées dans les deux époques.

Enfin, mes recherches pour cet article ont révélé qu'Edward Munch avait survécu à la grippe espagnole et qu'il avait

Suite à la page 5

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., M. Sc., FRCPC
Professeur de médecine,
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)

Trudy Taylor, M.D., FRCPC
Professeure agrégée,
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

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
Responsable de la rédaction

Catherine de Grandmont
Rédactrice médicale principale, version française

Donna Graham
Responsable de la production

Dan Oldfield
Directeur de création

Robert E. Passaretti
Éditeur

© STA HealthCare Communications inc., 2022. 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 : mars 2022.

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

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

Un siècle de progrès?

Suite de la page 3

peint un autoportrait à cette époque. Non, il ne s'agit pas du « Cri », qui a été peint en 1893, mais plutôt de l'œuvre intitulée « Autoportrait à la grippe espagnole », peinte en 1919, et que l'on peut voir en cliquant sur le lien ci-dessous². Si cela vous intrigue, vous pouvez en apprendre davantage sur l'utilisation de l'art pour gérer le stress de la pratique médicale dans la dernière référence ci-dessous, qui présente un programme lancé à Harvard et désormais proposé au Canada par le Musée des beaux-arts de l'Ontario³.

Faites ce qui vous convient, et restez en sécurité.

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR
Rédacteur en chef, JSCR

Références :

1. Frangou, Christina. « The Only Woman in the Room. » Toronto Life. 30 décembre 2021. Accessible à l'adresse <https://torontolife.com/city/irene-cybulsky-surgeon-fired-for-being-female-hamilton-general-hospital/>
2. « Autoportrait à la grippe espagnole ». Metmuseum.org. Accessible à l'adresse <https://www.metmuseum.org/art/collection/search/668328>
3. Francine Kopun « For physicians stressed out from COVID-19, a brush with fine art might be just what the doctor ordered? » Toronto Star. 28 décembre 2021. Accessible à l'adresse <https://www.thestar.com/news/gta/2021/12/28/for-physicians-stressed-out-from-covid-19-a-brush-with-fine-art-might-be-just-what-the-doctor-ordered.html>

BIENVENUE EN RHUMATO

Nous souhaitons la bienvenue aux nouveaux membres de la SCR :

Shahad Al-Matar, Toronto, Ont.	Oscar Mwizwerwa, Toronto, Ont.
Danya Alnujaidi, Vancouver, C.-B.	Yuan Qi, Montreal, Qc
Michael Buchanan, Prince George, C.-B.	Wen Qi, Québec, Qc
Matthew Chan, Saskatoon, Sask.	Patricia Remalante-Rayco, Toronto, Ont.
Daksh Choudhary, Vancouver, C.-B.	Micol Romano, London, Ont.
Thaisa Cotton, Verdun, Qc	Teresa Semalulu, Hamilton, Ont.
Evelyne Gendron, Québec, Qc	Zachary Shaffelburg, Halifax, N.-É.
Genevieve Gyger, Montreal, Qc	Ali Shams, Calgary, Alb.
Thomas Hahn, Vancouver, C.-B.	Tara Swami, Ottawa, Ont.
Angela Hu, Surrey, C.-B.	Simone ten Kortenaar, Kingston, Ont.
Matthew Jesome, Hamilton, Ont.	Karine Toupin April, Ottawa, Ont.
Fares Kalache, Montreal, Qc	Michael Vernon, Kingston, Ont.
Hengameh Kheirkhah, Calgary, Alb.	Stefanie Wade, Vancouver, C.-B.
Adam Kovacs-Litman, Toronto, Ont.	Ashley Yip, Edmonton, Alb.
Dalal Mohammad, Vancouver, C.-B.	

Des nouvelles de la FSCR

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

La mise sur pied de la Fondation de la Société canadienne de rhumatologie (FSCR) va bon train.

Nous sommes heureux d'annoncer le lancement du fonds de la FSCR grâce à un partenariat avec la Community Foundation of Greater Peterborough (CFGF). Ainsi, la CFGF est désormais en mesure d'accepter, de recevoir et de conserver des dons au nom de la Fondation de la Société canadienne de rhumatologie, en attendant l'approbation de son statut d'organisme de bienfaisance.

Nous nous réjouissons d'avoir déjà reçu plusieurs dons. Les dons effectués par le biais du fonds de la FSCR contribueront à soutenir la recherche, la formation et la prestation de soins par les professionnels de la rhumatologie au bénéfice des personnes atteintes de maladies rhumatismales. Les fonds recueillis serviront à organiser des activités qui appuient la mission de la Société canadienne de rhumatologie (SCR), comme l'Initiative canadienne pour l'amélioration des résultats des soins en rhumatologie (ICORA), une possibilité de subvention unique qui sert de catalyseur afin d'améliorer les soins dispensés aux Canadiens atteints de maladies rhumatismales. Les dons reçus et destinés au fonds de la FSCR donnent droit à un reçu fiscal pour don de bienfaisance.



CANADIAN
RHEUMATOLOGY
ASSOCIATION

SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE RHUMATOLOGIE

Si vous souhaitez faire un don au fonds de la FSCR, vous pouvez le faire directement auprès de la Fondation de la CFGF, à l'adresse suivante : www.cfgp.ca/project/craf-fund.

Si vous avez des questions ou désirez savoir comment contribuer à la Fondation, veuillez communiquer directement avec moi à l'adresse suivante : executivedirector@crafoundation.ca (notre autre grande nouvelle... nous avons maintenant une adresse électronique officielle!).

Ahmad M. Zbib, M.D., CPHIMS-CA
PDG, Société canadienne de rhumatologie
Directeur exécutif,
Fondation de la Société canadienne de rhumatologie



La Société canadienne de rhumatologie reçoit un prix d'excellence

La Société canadienne de rhumatologie est heureuse d'annoncer qu'elle a reçu un prix d'excellence de la part de la Société canadienne des directeurs d'association (SCDA) pour le travail et la planification entrepris pour sa série de webinaires sur la réponse à la COVID-19.

Depuis le début de la pandémie, les membres de la SCR, le conseil d'administration, les présidents des comités, le personnel, les bénévoles, les partenaires communautaires, les commanditaires et les partisans ont tous joué un rôle de premier plan en s'unissant pour soutenir la communauté rhumatologique au cours de cette période sans précédent.

Merci à tous pour vos efforts et vos contributions!

Bourses de l'ICORA : incapacité de travail et fonction dans le LED

Par Janet Pope, M.D., maîtrise en santé publique, FRCPC

Neuf résumés de travaux financés par l'ICORA ont été présentés lors de la réunion scientifique annuelle de la SCR et de l'ADHA de 2022, dont six affiches, deux visites d'affiches et une présentation sur podium. Le Dr Behdin Nowrouzi-Kia a présenté sa bourse de l'ICORA sur l'incapacité de travail et la fonction dans le LED, qui est résumée ci-dessous.

Visitez le site www.rheum.ca pour plus de détails sur tous les résumés de travaux de l'ICORA.

Incapacité de travail et fonctionnement chez les patients atteints de lupus érythémateux disséminé (LED) : une étude explicative séquentielle nationale à méthodes mixtes

Auteurs : Behdin Nowrouzi-Kia, Antonio Avina-Zubieta, Mary Fox, William Shaw, Maggie Ho, Jiandong Su, Catherine Ivory, Paul Fortin, Mark Mastro, Kim Legault, Konstantinos Tselios, Christine Peschken, Stephanie Keeling, Amanda Steiman, Earl Silverman, Antonio Avina, Jennifer Reynolds, Derek Haaland, Janet Pope, Murray Urowitz, Dafna Gladman, Jorge Sanchez-Guerrero, Stephanie Keeling, Patricia Katz, Zahi Touma

Le LED est une maladie auto-immune multisystémique associée à une incapacité de travail (IT) importante qui nécessite une approche multidisciplinaire pour sa prise en charge. Le LED a une incidence importante sur la performance fonctionnelle, l'engagement et l'estime de soi, et diminue la fonction. En outre, le LED est l'une des principales causes de l'IT. Nous supposons que la création d'un profil fonctionnel améliorera notre compréhension de l'incidence du LED sur le fonctionnement quotidien des patients, ce qui nous permettra d'optimiser les interventions interdisciplinaires.

L'objectif global de ce projet proposé est de comprendre les déterminants de l'IT et de la fonction, et de définir comment une intervention collaborative multidisciplinaire centrée sur le patient soutiendra la prestation de soins. Plus précisément, les résultats de l'étude appuieront la création d'un profil fonctionnel de l'IT chez les patients atteints de LED au Canada; définiront les facteurs associés à l'IT chez les patients atteints de LED au Canada, et exploreront les expériences vécues par les patients atteints de LED pendant leur parcours de retour au travail.

L'un des points forts de cette proposition est que l'expertise, l'expérience et les perspectives de notre équipe correspondent au pilier de l'ICORA, à savoir les « équipes de soins multidisciplinaires ». Des études indiquent que le travail en équipe multidisciplinaire dans le domaine des soins de santé est associé à un meilleur engagement du patient et à une meilleure participation aux processus de soins dans le cadre de la réadaptation au travail. De plus, notre équipe nationale et la participation de différents centres dans tout le Canada sont essentielles pour donner un aperçu de l'étendue et de la profondeur de l'IT et de la fonction dans le LED, et pour améliorer la validité externe des résultats de ce projet. L'analyse préliminaire portant sur 91 cas confirmés présentant un niveau élevé d'IT a révélé que l'IT était associée à plusieurs facteurs, dont le traitement et la présence d'autres comorbidités (sur la base des résultats rapportés par les patients : fatigue, fibromyalgie et dépression). On s'attend à ce que la création d'un tout premier profil fonctionnel de l'IT permette à une équipe multidisciplinaire d'améliorer les soins et la gestion de l'IT, et les résultats fonctionnels.

La Nuit du Canada de l'ACR

Par les docteurs Brian Feldman, M.D., M. Sc., FRCPC; Nigil Haroon, M.D., Ph. D., D.M., FRCPC; et Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP

Le mercredi 6 octobre 2021, la Société canadienne de rhumatologie (SCR) a organisé son événement annuel de la Nuit du Canada, qui revient pour la première fois depuis 2019. La Nuit du Canada avait lieu traditionnellement sur le site de la réunion Convergence de l'American College of Rheumatology (ACR); elle a toutefois été annulée en 2020 en raison de la pandémie de COVID-19. Cette soirée avait généralement pour but de réunir tous les rhumatologues canadiens qui se réunissaient à l'ACR, car c'est une excellente occasion de passer une soirée de réseautage et de divertissement. En 2021, la décision a été prise d'organiser la Nuit du Canada de manière virtuelle afin de réunir tous les membres de la SCR.

La pandémie a incité de nombreuses personnes à faire une pause et à réfléchir sur elles-mêmes, ce qui est l'une des raisons pour lesquelles « L'avenir de la rhumatologie » a été choisi comme thème de la Nuit du Canada. Pour planter le décor, Dan Trommater, qui est un illusionniste, a été invité à donner le coup d'envoi de l'événement. Dan Trommater a fait participer les invités à une présentation interactive visant à remettre en question les hypothèses et à stimuler la communication, ainsi qu'à quelques occasions de faire « asseoir » virtuellement tout le monde dans un groupe pour discuter de sujets difficiles.

Ensuite, une séance accréditée sur l'avenir de la rhumatologie a débuté, dirigée par les docteurs Evelyn Sutton, Nigil Haroon et Brian Feldman. Cette séance était axée sur les questions, les défis imminents et les occasions qui auront le plus d'incidence sur l'avenir de la rhumatologie au Canada. Les trois présentateurs ont fourni des angles différents sur le sujet, y compris un examen de l'évolution de la pratique de la rhumatologie au fil des ans, les progrès majeurs dans la science et la pratique de la rhumatologie, et une exploration de la façon dont ces tendances peuvent influencer la pratique de la rhumatologie.

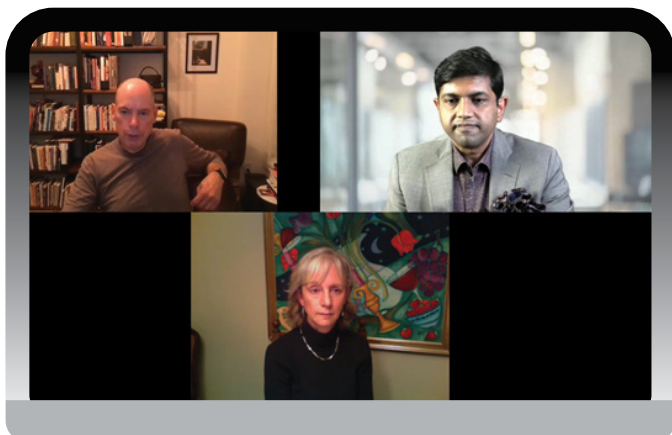
La séance s'est terminée par une période de questions et réponses avec le public, qui a donné lieu à des discussions animées sur des sujets liés à l'avenir de la rhumatologie, tels que l'intelligence artificielle, l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI), la sensibilisation à l'environnement, autant de domaines critiques qui affecteront la façon dont nous pratiquons la rhumatologie à l'avenir.

La SCR remercie tous ceux qui ont participé à la planification de cet événement, y compris nos conférenciers, notre personnel, nos fournisseurs et nos partisans. Nous attendons avec impatience de voir nos membres lors du prochain événement (en personne, nous l'espérons) Nuit du Canada.

Brian Feldman, M.D., M. Sc., FRCPC
Chef,
Division de rhumatologie,
Hôpital SickKids
Professeur,
Département de pédiatrie et Institut des politiques,
de la gestion et de l'évaluation de la santé
Chaire de la famille Ho sur les maladies auto-immunes
Toronto (Ontario)

Nigil Haroon, M.D., Ph. D., D.M., FRCPC
Vice-président,
Société canadienne de rhumatologie
Directeur adjoint, Programme de spondylarthrite, UHN
Clinicien scientifique, UHN
Scientifique, Institut de recherche Krembil
Professeur agrégé,
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP
Présidente,
Société canadienne de rhumatologie
Vice-doyenne,
Études médicales de premier cycle
Professeure de médecine,
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)



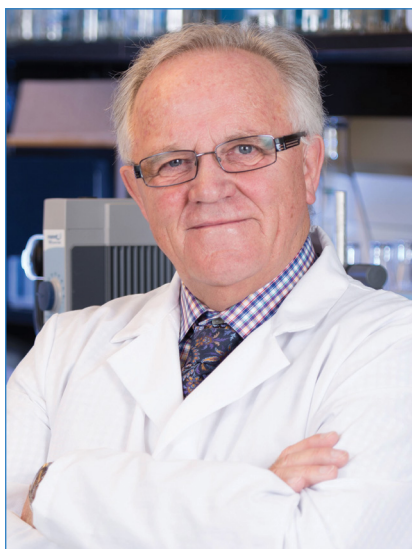
De gauche à droite : Les docteurs Brian Feldman, Nigil Haroon et Evelyn Sutton.

Réflexions sur la retraite

Par Marvin J. Fritzler, Ph. D., M.D.

J'ai récemment pris ma retraite de l'Université de Calgary après 50 ans de carrière dans le milieu universitaire. La retraite est un moment de réflexion et d'évaluation « post-mortem ». En pensant aux nombreuses personnes qui ont marqué mes années de formation et m'ont fait découvrir la rhumatologie universitaire, je me souviens avec gratitude de la sagesse et des encouragements de Ian Watson, Bob Church, Doug Kinsella, Phil Gofton, Manfred Harth, Henri Menard, Dave Bell, Earl Decoteau et Dave Hawkins (une légende à son époque). Comme je n'ai pas fixé d'objectif ou de mission pour ma carrière universitaire, je n'ai pas de liste de contrôle qui me rassure quant à mes réalisations. J'ai récemment commencé à faire le ménage dans mon bureau à l'université, une purge physique et mentale aux proportions considérables. J'ai accumulé des centaines de livres et des milliers de dossiers de recherche et de cahiers contenant des projets qui, je pensais, seraient importants un jour : 99,9 % ont été jetés! J'ai réfléchi à ce sujet dans un article récent que j'ai cosigné : *Autoantibody Discovery, Assay Development and Adoption: Death Valley, the Sea of Survival and Beyond*¹. Bien sûr, il y a des dossiers de recherche qui sont toujours intéressants pour moi, mais je parie que ce n'est pas le cas pour vous. Je doute que quelqu'un me demande « qu'est-il advenu de vos recherches sur les "LINES" (éléments nucléaires à longue dispersion), les ERCC1 anti-sens ou (mon préféré) le kappa-phredon (alias le "diméthylbroche-à-poule") ».

Parce qu'elles apportent un certain réconfort, il y a deux choses que je n'ai pas jetées. La première est une collection de lettres, de cartes et de courriels d'anciens patients ou de membres de leur famille qui me remercient pour les soins cliniques que j'ai prodigués. La seconde est une plaque que mes enfants m'ont offerte et qui cite Albert Einstein : « Si nous savions ce que nous faisons, cela ne s'appellerait plus de la recherche ». La pandémie a laissé amplement le temps de réfléchir à la recherche scientifique. Une « leçon » importante m'a été donnée par un collègue alors que plusieurs d'entre nous étions engagés dans un débat par courrier électronique sur certaines données publiées sur la COVID-19. Il a dit : « Il est important de se rappeler que la science est provisoire »; ou, comme je l'ai souvent dit, « les données ne parlent jamais d'elles-mêmes, elles doivent être interprétées ». Ainsi, l'aphorisme souvent utilisé aujourd'hui, « nous suivons la science », témoigne du fait que de nombreuses personnes ne comprennent pas la science.



Au cours de ma carrière, j'ai eu la chance de faire partie de nombreuses agences, conseils d'administration, cabinets de conseil et comités. Certains existent toujours, d'autres non. Je pense que les comités les plus utiles sont ceux qui peuvent se dissoudre après avoir accompli leur mission. Beaucoup d'autres persistent à éplucher l'oignon proverbial.

Qu'ai-je appris et quels sont mes messages à retenir? Premier paradoxe, le progrès ne se voit qu'en regardant dans le rétroviseur. Les insectes sur le pare-brise ne servent qu'à distraire du paysage et le tableau de bord n'est qu'une référence pour ce moment précis. Deuxièmement, ce qui est intuitif (en particulier dans le milieu universitaire) se produit rarement. Troisièmement, les rumeurs (aujourd'hui sur les médias sociaux et même de masse)

sont rarement vraies ou exactes.

Quelles sont mes préoccupations? 1) nos jeunes universitaires sont surchargés par des institutions legalistes et peu enclines à prendre des risques, qui les submergent de minuties; 2) l'examen par les pairs est sur le point d'échouer (il est devenu un « examen politique ») et s'il poursuit sa tendance actuelle, il conduira la science à l'inutilité (essayez alors de la suivre); 3) à quoi ressembleront les soins de santé ou la recherche universitaire post-pandémie?

Je laisse ces préoccupations entre les mains d'une nouvelle génération très compétente qui, j'en suis sûr, apportera les corrections nécessaires. Ils sont beaucoup plus brillants et dévoués aux soins et à la recherche équitables, diversifiés et inclusifs que je ne l'étais lorsque j'ai commencé. Dans tout cela, la Société canadienne de rhumatologie a été, et je pense qu'elle continuera à être, un point d'ancrage dynamique et rassurant de leadership et de collégialité. Je considère que c'est un honneur d'être l'un des vôtres.

Référence :

1. Fritzler MJ, Choi MY, Satoh M, et coll. *Autoantibody Discovery, Assay Development and Adoption: Death Valley, the Sea of Survival and Beyond*. 2021; 12. doi.org/10.3389/fimmu.2021.679613.

Marvin J. Fritzler, Ph. D., M.D.
Professeur adjoint,
Départements de médecine, de biochimie et
de biologie moléculaire,
Cumming School of Medicine,
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

L'avenir de la rhumatologie

Par Reza Mirza, M.D., FRCPC

La rhumatologie fait partie des spécialités qui progressent le plus rapidement. Bien que l'oncologie nous rivalise, nous méritons le plaisir d'atteindre régulièrement la rémission. À l'approche du 75^e anniversaire de la découverte de la cortisone, le *Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR)* m'a demandé de donner mon avis sur cette question : Que nous réservent les 75 prochaines années?

Les rhumatologues obtiendront le Saint Graal de la thérapie personnalisée. Nous avons les moyens de moduler des cibles cellulaires, protéiques ou nucléaires spécifiques. L'approche « tout inhiber » employée par les glucocorticoïdes peut être efficace à court terme, mais n'est pas tenable à long terme. La question ultime est de savoir quoi cibler et dans qui?

Nous savons que les phénotypes cliniques sont insuffisants pour prédire la réponse biochimique. De petits essais japonais nous donnent un avant-goût de la manière de prédire, en utilisant les modèles de cytométrie de flux des lymphocytes¹. Nous devons continuer à stratifier nos patients en groupes plus significatifs, comme les médecins l'ont toujours fait. Nous avons la résolution : séquençage à long terme, -omique, cytométrie de masse. Nous devons simplement offrir ces données, ainsi que des données longitudinales de haute qualité sur la relation traitement-réponse, à l'autel de l'intelligence artificielle.

Nous sommes déjà experts dans la mesure et l'extrapolation des phénotypes associés au récepteur des cellules B, en particulier sous sa forme d'anticorps soluble (nous t'en sommes toujours reconnaissants, Marv). Nous devons aller au-delà des anticorps anti-cellulaires qui définissent la rhumatologie moderne.

Notre caractérisation du bras inné est maigre, et nous avons moins de la moitié de l'histoire des lymphocytes. Comme Alice au pays des merveilles, nous sommes aveugles au magicien qui se cache derrière le rideau, le lymphocyte T et son récepteur. Contrairement aux lymphocytes B, les lymphocytes T peuvent surveiller les processus intracellulaires, peuvent induire l'apoptose là où ils se trouvent et leur répertoire est estimé être un ordre de grandeur plus diversifié.

Le premier obstacle que nous devons surmonter pour réaliser le phénotypage fondamental nécessaire à la thérapie personnalisée est la caractérisation des schémas de signalisation moléculaire du bras inné et du récepteur des cellules T. La « lymphadénopathie réactive » va disparaître. Adoptez plutôt ce type de rapport de laboratoire : « présence de lymphocytes T cytotoxiques activés et en prolifération ». Le séquençage de ces cellules T révèle un récepteur de cellules T avec une spécificité pour une cible inconnue. » Il en sera ainsi, jusqu'à ce que nos connaissances soient plus affinées.

Une fois que nous avons terminé nos mesures, nous pouvons commencer à prédire. Les simulations virtuelles de la biologie (« in silico ») continueront à avancer sans fin vers la prédiction asymptotique parfaite. De nombreux philosophes abandonnent l'éternelle énigme de l'existence du libre arbitre. (Malheureusement, elle n'existe pas au-delà de notre propre perception). Les cellules T inconnues et activées de

votre échantillon de pathologie seront soumises au bioinformaticien clinique pour que la topologie de leurs récepteurs soit prédite par AlphaFold, mugissant dans le serveur pour sa prochaine énigme². L'évaluation in silico permettra de déterminer l'affinité du récepteur des cellules T par rapport à toutes les protéines connues et inconnues. Remarquez, techniquement, ce n'est pas futuriste. Tous ces outils existent, l'avenir n'est donc qu'à l'application et au perfectionnement (faites-nous signe si vous êtes intéressé).

Dans 75 ans, nous aurons la capacité de mesurer les vastes données contenues dans le sang en utilisant des propriétés physico-chimiques multi-sensorielles, bien au-delà des deux dimensions de la spectrométrie de masse (masse et quantité). Imaginez l'objet global Array (dont on s'est inspiré pour le film « La Matrice »), où chaque constituant est évalué par sa réponse à une distribution de longueurs d'onde non destructives, permettant une empreinte digitale unique. Cette vaste étendue de données éclipserait notre mémoire de travail par des milliers d'ordres de grandeur. La machine interpréterait et nous dessinerait un dessin du système immunitaire avec des lignes rouges et en gras utiles sur les voies régulées qui nous conduiraient à la source la plus proche de l'inflammation.

Il n'y aura pas de discordance entre les sérotypes et les phénotypes, et les étiquettes diagnostiques seront redéfinies en utilisant les approches de sérotypage en premier. Les frontières entre les spécialités s'estompent lorsque votre patient rhumatoïde présente un signal profond de kératite ulcéreuse périphérique ou de pneumopathie interstitielle.

Nous nous familiariserons avec les génotypes et leur grammaire non codante. L'édition de gènes continuera à connaître des hauts et des bas. Son cycle d'expansion actuel s'effondrera lorsque les effets hors cible seront mesurés. La prudence plaidera pour des traitements réversibles, non curatifs, qui fonctionnent systématiquement et, surtout, qui ne débordent pas sur les gamètes et ne se perpétuent pas. L'édition génétique ex-vivo des cellules, à la manière des cellules CAR-T, sera encouragée.

Le monde sera radicalement différent dans 75 ans. Notre capacité à exploiter la science pour éliminer les maladies augmentera de façon spectaculaire, à la mesure des risques existentiels que nous nous posons à nous-mêmes. Il nous faut encore nous défaire de notre propre bête.

Références :

1. Miyagawa I, Nakayama S, Nakano K, et al. Precision medicine using different biological DMARDs based on characteristic phenotypes of peripheral T helper cells in psoriatic arthritis. *Rheumatology*. 2019;58(2):336-344. doi:10.1093/rheumatology/key069
2. Jumper J, Evans R, Pritzel A, et al. Highly accurate protein structure prediction with AlphaFold. *Nature*. 2021;596(7873):583-589. doi:10.1038/s41586-021-03819-2

Reza Mirza, M.D., FRCPC
Clinicien adjoint, Hôpital Sunnybrook,
Toronto (Ontario)
Programme de clinicien-chercheur,
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Évolution des effectifs canadiens en rhumatologie

Par Stephanie Kulhawy-Wibe, M. Sc., M.D.

L'avenir de la rhumatologie au Canada sera sans doute façonné par la féminisation de notre main-d'œuvre. Notre spécialité compte déjà plus de la moitié de femmes, mais cette prédominance féminine va encore s'accroître, puisque les femmes représentent aujourd'hui 75 % des rhumatologues âgés de moins de 45 ans¹. Cette situation a des répercussions sur la planification des effectifs, mais elle peut également entraîner un changement positif dans la façon dont la rhumatologie est pratiquée. Cette tendance existe également aux États-Unis, mais nous avons environ 10 ans d'avance au Canada, ce qui nous donne l'occasion de devenir des chefs de file en soutenant les femmes dans la main-d'œuvre de façon novatrice et audacieuse^{1,2}. Voici quelques domaines dans lesquels nous pourrions mieux soutenir les femmes dans la main-d'œuvre en rhumatologie :

- L'inégalité entre les sexes reste un problème dans notre domaine : les femmes gagnent moins d'argent, publient moins de publications de premier et de dernier auteur, obtiennent moins de subventions et ont moins de chances d'être promues au rang de professeur associé ou titulaire que leurs homologues masculins^{3,4}. Alors, comment repenser la rémunération des services? Comment pouvons-nous mieux aider les femmes à publier et à obtenir des subventions? Quels sont les obstacles à la promotion?
- La moitié des rhumatologues au Canada font état d'épuisement professionnel, et les femmes sont plus touchées de façon disproportionnée. Les femmes sont également moins susceptibles de percevoir leur lieu de travail comme un soutien⁵. Historiquement, la rhumatologie s'est targuée d'être une spécialité heureuse, mais nous rapportons aujourd'hui des niveaux d'épuisement parmi les plus élevés de toutes les spécialités médicales⁶. Quels sont les facteurs modifiables de l'épuisement? Comment pouvons-nous aborder cette question essentielle pour protéger et conserver notre main-d'œuvre actuelle?
- Les femmes rhumatologues ont des habitudes de travail différentes. Elles sont plus susceptibles de travailler à temps partiel, et même lorsqu'elles travaillent le même nombre d'heures par semaine, elles voient moins de patients^{3,5}. Cela pourrait nuire à notre capacité à répondre à la demande déjà élevée de services de rhumatologie. Existe-t-il des moyens créatifs de répondre aux demandes de service sans nécessairement travailler plus d'heures?

- Les femmes sont plus susceptibles de prendre des congés⁷. Comment pouvons-nous faciliter les transitions autour des congés? Comment ne pas pénaliser leurs objectifs à long terme et leur future trajectoire de carrière?
- De même, prendre un congé de maternité pendant la résidence est devenu plus acceptable et plus courant ces dernières années. Cependant, certains résidents peuvent ne pas pouvoir se permettre de différer plus longtemps le salaire de leur personnel. En outre, chaque année où votre salaire est différé, vous renoncez non pas à votre première, mais à votre dernière année de revenu, qui représente généralement une plus grande proportion du revenu à vie. Avec l'introduction de la compétence par conception, pourrait-il y avoir une certaine flexibilité pour un avancement plus précoce si les normes de compétence sont respectées?

La rhumatologie au Canada n'est pas encore équitable, mais la féminisation de notre main-d'œuvre donne un élan au changement. Ensemble, nous pouvons façonner un avenir qui offre des possibilités équitables d'avancement professionnel, de rémunération et de bien-être à tous les membres de notre main-d'œuvre diversifiée.

Références :

1. Association médicale canadienne (AMC). Profils des spécialités canadiennes – Profil rhumatologique [Internet. Consulté le 16 février 2022.] Disponible sur : <https://surveys.cma.ca>.
2. Battafarano DF, Ditmyer M, Bolster MB, et coll. 2015 American College of Rheumatology Workforce Study: Supply and Demand Projections of Adult Rheumatology Workforce, 2015–2030. *Arthritis care & research* 2018;70:617–26.
3. Widdifield J, Gately JM, Pope JE, et coll. Feminization of the Rheumatology Workforce: A Longitudinal Evaluation of Patient Volumes, Practice Sizes, and Physician Remuneration. *J Rheumatol*. 2021 Jul;48(7):1090-1097.
4. Jorge A, Bolster M, Fu X, et coll. The Association Between Physician Gender and Career Advancement Among Academic Rheumatologists in the United States. *Arthritis Rheumatol*. 2021 Jan;73(1):168-172.
5. Kulhawy-Wibe S, Widdifield J, Lee J, et coll. Results from the 2020 Canadian Rheumatology Association's Workforce and Wellness Survey. *J Rheumatol*. In Press.
6. Kane L. 'Death by 1000 Cuts': Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2021. [Internet. Consulté le 16 février 2022.] Disponible à l'adresse : <https://www.medscape.com/slideshow/2021-lifestyle-burnout-6013456#1>.
7. Weizblit N, Noble J, Baerlocher MO. The feminisation of Canadian medicine and its impact upon doctor productivity. *Med Educ* 2009;43:442-8.

*Stephanie Kulhawy-Wibe, M.Sc., M.D.
Rhumatologie (R5),
Cumming School of Medicine,
Université de Calgary
Calgary (Alberta)*

Caractérisation du modèle de soins rhumatologue-praticien à rôle élargi dans un réseau de soins tertiaires pour patients hospitalisés

Lena Nguyen; Marie-Andrée Brosseau, physiothérapeute; Nancy Granger, M.Sc PT, M. Sc.; Julia Ma, MPH; Andrew Chow, M.D., FRCPC; et Stephanie Tom, M.D., FRCPC

Introduction

Les modèles de soins (MS) sont devenus essentiels pour faire face à la pénurie de rhumatologues et aux besoins de plus en plus complexes des patients. Au Canada, il a été démontré que le recours à des praticiens à rôle élargi (PRE) dans les services ambulatoires de rhumatologie permet de réduire les temps d'attente¹⁻². Le premier MS canadien pour rhumatologues (MD)-PRE pour les patients hospitalisés a été introduit chez Trillium Health Partners (THP) en 2015. Nos PRE sont des physiothérapeutes qui ont suivi le programme *Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care* (ACPAC).

Méthodologie :

Nous avons entrepris une analyse rétrospective et transversale des dossiers de tous les patients adressés au service de consultation de rhumatologie pour patients hospitalisés de THP, qui comprend les sites de l'hôpital de Mississauga (MH) et de l'hôpital de Credit Valley (CVH), afin de caractériser le service de consultation de rhumatologie pour patients hospitalisés moderne où ils ont été évalués par l'équipe du PRE-MD du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2019. Une étude rétrospective des dossiers a été réalisée à l'aide du système de dossiers médicaux électroniques de l'hôpital et des analyses descriptives ont été effectuées.

Résultats :

Au total, 2 361 patients ont été vus par l'équipe MD-PRE entre janvier 2015 et décembre 2019. La cohorte globale avait un âge médian de 72 ans et comprenait plus de femmes (59 %) que d'hommes (41 %). La majorité des références en rhumatologie (96 %) provenaient des services (hospitalier, médecine interne, chirurgie); seules quelques-unes provenaient des unités de soins intensifs ou de soins coronaires (3 %). La plupart des consultations concernaient de nouveaux patients sans contact préalable avec la rhumatologie (69 %). La raison la plus fréquente de l'hospitalisation était un diagnostic musculosquelettique (30 %), qui comprenait une possible étiologie rhumatologique ou orthopédique, suivie par les diagnostics d'admission neurologiques (19 %) et infectieux (16 %) (Tableau 1).

Les diagnostics rhumatologiques les plus fréquents étaient la maladie à cristaux (28 %), suivie par l'arthrose/les douleurs musculosquelettiques (27 %). Les maladies rhumatismales auto-immunes systémiques (15 %), l'arthrite inflammatoire (14 %), la

Tableau 1 :

Population de la consultation rhumatologique de THP

Nombre de patients	2 361
Âge du patient (médiane, [EI])	72 [52,82]
Sexe du patient, nombre (%)	
Femme	1 397 (59,2)
Homme	964 (40,8)
Service de référence, nombre (%)	
Médecine interne	2 254 (95,5 %)
Soins intensifs, cardiaques et neurochirurgicaux	69 (2,9 %)
Autre	38 (1,6%)
Soins rhumatologiques avant l'admission	
Pas de rhumatologue précédent	1 637 (69,3 %)
A déjà un rhumatologue	724 (30,7 %)
Nombre de diagnostics d'admission	
1	2 277 (96,4 %)
2 et plus	84 (3,6 %)
Type de diagnostic à l'admission, nombre (%)	2 445
Musculosquelettique	738 (30,1 %)
Neurologique	453 (18,5 %)
Infectieux	381 (15,6 %)
Cardiovasculaire	248 (10,1 %)
Abdominal/GI	180 (7,4 %)
Rénal	121 (4,9 %)
Respiratoire	104 (4,3 %)
Indifférencié	101 (4,1 %)
Hématologie/Endocrinologie	69 (2,8 %)
Tumeur maligne	50 (2,0 %)
PStatut du patient à la sortie de l'hôpital	
En vie	2 213 (93,7 %)
Décédé	148 (6,3 %)

Tableau 2 :

Service de consultation des patients hospitalisés en rhumatologie

Nombre de patients	2 361
Nombre de diagnostics rhumatologiques	
0	258 (10,9 %)
1	1 934 (81,9 %)
2	169 (7,2 %)
Diagnostics rhumatologiques	
Maladie à cristaux	646 (28,4 %)
Douleur musculosquelettique/arthrose	622 (27,3 %)
Maladie rhumatismale auto-immune systémique	347 (15,2 %)
Arthrite inflammatoire	309 (13,6 %)
Vascularite	262 (11,5 %)
Infectieux	87 (3,8 %)
Nombre d'interventions	
0	49 (2,1 %)
1	719 (30,5 %)
2	791 (33,5 %)
3	695 (29,4 %)
4 et plus	107 (4,5 %)
Interventions	
Analyse de sang	1 622 (68,7 %)
Médicaments	1 329 (56,3 %)
Imagerie	1 097 (46,5 %)
Injection	675 (28,6 %)
Non pharmacologique	89 (3,8 %)
Références	
Spécialité en médecine	146 (6,2 %)
Chirurgie	145 (6,1 %)
Services paramédicaux	25 (1,1 %)
Radiologie	26 (1,1 %)
Autre	5 (0,2 %)
Suivi ambulatoire nécessaire	
Non	1 360 (57,6 %)
Oui	1 001 (42,4 %)

vascularite (12 %) et l'infection (4 %) étaient moins fréquentes. Sur les 169 patients présentant des diagnostics concomitants, les diagnostics concomitants les plus fréquents étaient la maladie à cristaux et les douleurs liées à l'arthrose/musculosquelettiques (50 %). Presque toutes les consultations de rhumatologie ont nécessité des interventions (98 %), notamment des analyses de sang (69 %), des médicaments (56 %), des examens d'imagerie (47 %) ou des injections intra-articulaires (29 %), la plupart nécessitant plus d'une intervention (Tableau 2).

Tableau supplémentaire A :

Patients nécessitant un suivi en fonction des diagnostics rhumatologiques

Nombre de patients	Suivi	
	Oui	Non
Maladie à cristaux	1 001	1 360
Maladie à cristaux	167 (16,7 %)	479 (35,2 %)
Douleur musculosquelettique /arthrose	94 (9,4 %)	528 (38,8 %)
Auto-immune systémique		
Maladie rhumatismale	279 (27,9 %)	68 (5,0 %)
Arthrite inflammatoire	269 (26,9 %)	40 (2,9 %)
Vascularite	200 (20,0 %)	62 (4,6 %)
Infectieux	32 (3,2 %)	55 (4,0 %)

Parmi tous les patients consultés, 42 % ont nécessité un suivi ambulatoire (Tableau 2), en particulier ceux atteints de rhumatisme auto-immun systémique (28 %), d'arthrite inflammatoire (27 %) et de vascularite (20 %) (Tableau supplémentaire A).

Discussion :

Dans le but de répondre aux besoins non satisfaits des patients hospitalisés et d'assurer la viabilité de la pratique communautaire affiliée à l'hôpital, THP a mis en œuvre le premier MS MD-PRE canadien pour les patients hospitalisés. La plupart des patients n'avaient pas eu de contact préalable avec la rhumatologie et n'ont eu besoin d'une intervention que pendant leur hospitalisation. Les diagnostics rhumatologiques les plus fréquents étaient la maladie à cristaux et les douleurs liées à l'arthrose/musculosquelettiques, ce qui correspond à leur prévalence dans la population générale³.

Bien qu'il soit important d'avoir accès à une prise en charge rhumatologique dans les situations d'hospitalisation à forte acuité (c'est-à-dire en cas de vasculite mettant en jeu le pronostic vital), le service de rhumatologie moderne comprend également la prise en charge de la douleur et de la maladie à cristaux liées à l'arthrose et musculosquelettique. La maladie à cristaux était le diagnostic rhumatologique le plus fréquent, une observation qui s'aligne sur les études rapportant que la goutte et la pseudogoutte sont les principales causes d'hospitalisations liées aux arthropathies cristallines⁴⁻⁶. Notamment, plusieurs études établissent des liens entre les déficiences des soins préhospitaliers⁷⁻⁹ et l'absence de traitement de diminution de l'acide urique chez les patients hospitalisés¹⁰⁻¹². L'arthrose était un autre motif fréquent de consultation en rhumatologie, probablement en raison de la comorbidité, c'est-à-dire de l'incidence de l'arthrose sur la sécurité de la marche et la planification des sorties. Le champ d'activité de nombreux rhumatologues étant axé sur les affections inflammatoires pour faire face à la pénurie de ressources humaines¹³, les problèmes liés à l'arthrose et à la maladie à cristaux sont généralement pris en charge par les prestataires de soins primaires avant et après l'admission.

Caractérisation du modèle de soins rhumatologue-praticien à rôle élargi dans un réseau de soins tertiaires pour patients hospitalisés

Suite de la page 13

Conclusion :

Compte tenu de la charge croissante des maladies rhumatismales et du nombre insuffisant de rhumatologues, les PRE sont indispensables pour soutenir les soins rhumatologiques en milieu hospitalier. Notre étude fournit un point de référence pour les futures mises en œuvre de MS similaires et met en évidence une occasion d'améliorer la gestion ambulatoire des maladies chroniques afin d'atténuer la charge de morbidité future. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'incidence économique de la consultation en rhumatologie et du MS MD-PRE en milieu hospitalier.

Remerciements :

Nous remercions nos patients, leurs familles et leurs équipes de prestataires de soins de santé d'avoir rendu cette étude possible, ainsi que la D^{re} Judith Versloot pour sa contribution experte à l'analyse de la recherche.

Déclaration d'intérêts :

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas d'intérêts financiers concurrents connus ou de relations personnelles qui auraient pu sembler influencer le travail rapporté dans cet article. Cette recherche a été réalisée à des fins d'amélioration de la qualité pour évaluer notre MS actuel.

Références :

- Ahluwalia V, Lineker S, Sweezie R, Bell MJ, Kendzerska T, Widdifield J, Bombardier C, Allied Health Rheumatology Triage Investigators. The effect of triage assessments on identifying inflammatory arthritis and reducing rheumatology wait times in Ontario. *The Journal of rheumatology*. 2020 Mar 1;47(3):461-7.
- Passalent L, Hawke C, Lawson DO, et coll. Advancing early identification of axial spondyloarthritis: an interobserver comparison of extended role practitioners and rheumatologists. *The Journal of rheumatology*. 2020 Apr 1;47(4):524-30.
- Vos T, Lim SS, Abbafati C, et coll. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1204-22.
- Zleik N, Elfishawi MM, Kvrjic Z, et coll. Hospitalization increases the risk of acute arthritic flares in gout: a population-based study over 2 decades. *The Journal of rheumatology*. 2018 Aug 1;45(8):1188-91.
- Villion A, Arinon Z, Feldman J, et coll. Crystal-Induced Arthropathy in Elderly Patients Hospitalized for Acute Conditions. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*. 2017 Mar 1;19(3):183-5.
- Lim SY, Lu N, Oza A, et al. Trends in gout and rheumatoid arthritis hospitalizations in the United States, 1993-2011. *Jama*. 2016 Jun 7;315(21):2345-7.
- Kuo CF, Grainge MJ, Mallen C, et coll. Rising burden of gout in the UK but continuing suboptimal management: a nationwide population study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2015 Apr 1;74(4):661-7.
- Neogi T, Hunter DJ, Chaisson CE, et coll. Frequency and predictors of inappropriate management of recurrent gout attacks in a longitudinal study. *The Journal of Rheumatology*. 2006 Jan 1;33(1):104-9.
- Singh JA, Hodges JS, Toscano JP, et coll. Quality of care for gout in the US needs improvement. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 2007 Jun
- Wright S, Chapman PT, Frampton C, et al. Management of gout in a hospital setting: a lost opportunity. *The Journal of rheumatology*. 2017 Oct 1;44(10):1493-8.
- Nitichaijulvatana P, Upchurch KS, Harrold LR. The Impact of Deficits in Gout Care on Hospitalizations. *Journal of clinical rheumatology: practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases*. 2011 Oct;17(7):389.
- Hutton I, Gamble G, Gow P, et coll. Factors associated with recurrent hospital admissions for gout: a case-control study. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*. 2009 Sep 1;15(6):271-4.
- Barber CE, Jewett L, Badley EM, et coll. Stand up and be counted: measuring and mapping the rheumatology workforce in Canada. *The Journal of rheumatology*. 2017 Feb 1;44(2):248-57.

Lena Nguyen
Étudiant en médecine,
Faculté de médecine
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Marie-Andrée Brosseau, PT
Physiothérapeute en pratique avancée,
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Nancy Granger, M.Sc. PT, M.Sc.
Physiothérapeute en pratique avancée,
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Julia Ma, MPH
Biostatisticienne
Institut pour une meilleure santé,
Partenaires en santé Trillium
Mississauga (Ontario)

Andrew Chow, M.D., FRCPC
Rhumatologue,
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)
Chargé de cours, Université de Toronto
Professeur agrégé, Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Stephanie Tom, M.D., FRCPC
Chef de division, Rhumatologie
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)
Chargée de cours, Université de Toronto,
Toronto (Ontario)

Vérité et réconciliation et la communauté de l'arthrite : un appel à l'action collective

Par Terri-Lynn Fox, Ph. D.; et Cheryl L. Koehn, présidente, Arthritis Consumer Experts

Le thème de la réunion scientifique annuelle de la Société canadienne de rhumatologie et de l'Arthritis Health Professions Association de 2022, qui s'est tenue récemment, était « Vers l'équité : La rhumatologie pour tous ». Pour progresser vers l'équité en matière d'arthrite, la collectivité doit prendre des mesures importantes allant au-delà de la simple prestation de soins équitables. Elle doit se réunir et prendre des mesures significatives et respectueuses en matière de vérité et de réconciliation.

L'arthrite touche les populations autochtones de manière plus importante et plus grave que les populations non autochtones. Plus précisément, les peuples autochtones du Canada ont :

- Des taux plus élevés d'arthrite inflammatoire tel que le lupus, la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante¹.
- Des taux plus élevés de décès dus au lupus et à ses complications par rapport aux patients non autochtones².
- Les résultats de la maladie sont plus mauvais chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde précoce que chez les patients blancs. Cela signifie une amélioration plus lente de la douleur et du gonflement, et une probabilité moindre d'obtenir une rémission (c'est-à-dire de maîtriser la maladie)³;
- Ils consultent moins de spécialistes que la population non autochtone et sont beaucoup plus souvent hospitalisés en raison de complications liées à l'arthrite⁴;
- Les taux d'utilisation des traitements de l'arthrite inflammatoire fondés sur des données probantes sont plus faibles chez les populations autochtones, bien que la maladie soit plus grave⁵.

Pourtant, aujourd'hui, la voie vers des soins appropriés et opportuns pour une personne autochtone aux prises avec des symptômes débilissants d'arthrite inflammatoire et non inflammatoire continue d'être ancrée dans le racisme systémique, les préjugés implicites et le défi géographique^{4,5}. Pour y remédier, la communauté de l'arthrite, chercheurs en rhumatologie, professionnels de la santé, associations de patients et leurs membres, doit commencer par le commencement en s'informant et en comprenant le traumatisme et la douleur historiques et intergénérationnels auxquels les populations autochtones souffrant d'arthrite ont survécu et continuent de faire face en raison de politiques telles que la Loi sur les Indiens (1876) et les pensionnats et externats autochtones.

La Commission de vérité et de réconciliation a été créée pour faire face à l'héritage horrible de l'assimilation forcée et des abus infligés aux peuples autochtones par le système des pensionnats. Le rapport final de la Commission contenait 94 appels à l'action que les Canadiens doivent lancer pour que la vérité et la réconciliation aient véritablement lieu. Les appels à l'action n° 18 à 24⁶ sont spécifiquement liés à la santé des peuples autochtones.

L'appel à l'action n° 22 nous demande, à nous qui pouvons apporter des changements au sein du système de santé canadien, de « reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande. » L'établissement d'un lien entre la pratique médicale universitaire/institutionnelle et les pratiques de guérison et les croyances autochtones, la fusion intentionnelle et respectueuse de deux visions du monde, facilitera le rapprochement de la société dominante et des voies des peuples autochtones dans l'unité, l'équité, la justice et l'harmonie, et commencera à combler les lacunes nuisibles des modèles de soins arthritiques.

Les appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation sont un point de départ pour guider notre communauté de l'arthrite qui compte plus de 6 millions de personnes au Canada. Si nous travaillons et agissons ensemble sur l'appel à l'action n° 22, nous pouvons contribuer de manière importante aux efforts de « Reconcili-ACTION » et à la conception et à la fourniture de soins de santé qui connaissent et soutiennent les approches autochtones de la santé et du bien-être.

Le rapport final de la Commission de vérité et de réconciliation est un témoignage du courage de chaque survivant et membre de la famille qui a partagé son histoire, qui continue de résonner aujourd'hui, six ans après la publication du rapport.

Le temps de l'action de la communauté de l'arthrite est venu. Marchez avec nous.

D^{re} Terri-Lynn Fox, chercheuse autochtone et Autochtone vivant avec la polyarthrite rhumatoïde.

Cheryl L. Koehn, présidente du comité ACE (Arthritis Consumer Experts) et pionnière vivant avec la polyarthrite rhumatoïde.

Références :

1. C. McDougall, K. Hurd, C. Barnabe Systematic review of rheumatic disease epidemiology in the indigenous populations of Canada, the United States, Australia, and New Zealand. *Semin Arthritis Rheum*, 46 (5) (2017), pp. 675-686
2. K. Hurd, C. Barnabe. Mortality causes and outcomes in Indigenous populations of Canada, the United States, and Australia with rheumatic disease: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum*, 47 (4) (2018), pp. 586-592
3. Nagaraj, S., Barnabe, C., Schieir, O., Pope, J., Bartlett, S. J., Boire, G., Keystone, E., Tin, D., Haraoui, B., Thorne, J. C., Bykerk, V. P., & Hitchon, C. Early rheumatoid arthritis presentation, treatment, and outcomes in Aboriginal patients in Canada: A Canadian early arthritis cohort study analysis. *Arthritis Care & Research*, 70(8) (2018). 1245-1250. <https://doi.org/10.1002/acr.23470>
4. Healthcare utilization for arthritis by Indigenous populations of Australia, Canada, New Zealand, and the United States: A systematic review <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049017216301664?via%3Dihub>
5. Thurston, W. E., Coupal, S., Jones, C. A., Crowshoe, L. F., Marshall, D. A., Homik, J., & Barnabe, C. Discordant indigenous and provider frames explain challenges in improving access to arthritis care: A qualitative study using constructivist grounded theory. *International Journal for Equity in Health*, 13(1) (2014) <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-46>
6. Gouvernement du Canada. Commission de vérité et de réconciliation du Canada : appels à l'action. <https://publications.gc.ca/site/fra/9.801240/publication.html>

Pleins feux sur les prix pour résumés de la SCR de 2022

PRIX POUR RÉSUMÉS	GAGNANTS
Meilleur Résumé de Recherche en Sciences Fondamentales Présenté par un Stagiaire	OMAR CRUZ CORREA
Prix Phil Rosen du Meilleur Résumé de Recherche Clinique ou Épidémiologique Présenté par un Stagiaire	MOLLY DUSHNICKY
Meilleur Résumé Présenté par un Étudiant de Médecine	SAMIR MAGDY ISKANDER
Meilleur Résumé de Recherche Pédiatrique Présenté par un Jeune Professeurs	CHELSEA DECOSTE
Meilleur Résumé par un Stagiaire de Recherche de Niveau Maîtrise ou Doctorat	HOLLY PHILPOTT
Meilleur Résumé sur les Initiatives Concernant la Qualité des Soins Rhumatologiques	MICHAEL ZEEMAN
Meilleur Résumé de Recherche Présenté par de Jeunes Professeurs	NANCY MALTEZ
Meilleur Résumé de Recherche par un Stagiaire en Rhumatologie de 2 ^e Ou 3 ^e Cycle	JENNIFER LEE
Meilleur Résumé de Recherche Présenté par un Résident en Rhumatologie	WEN QI
Prix Ian Watson du Meilleur Résumé de Recherche sur le LÉD Présenté par un Stagiaire	MAHER BANJARI
Meilleur Résumé de Recherche sur la Spondylarthrite	VANESSA OCAMPO
Meilleur Résumé de Recherche Présenté par un Étudiant de Premier Cycle	DANIEL ONWUKA

PRIX IAN WATSON DU MEILLEUR RÉSUMÉ DE RECHERCHE SUR LE LÉD PRÉSENTÉ PAR UN STAGIAIRE

Parrainé par la Lupus Society of Alberta

Lauréat : Maher Banjari, Université de Toronto

Titre du résumé : Evaluating COVID-19 Vaccination in Patients with Systemic Lupus Erythematosus

Superviseure : D^{re} Dafna Gladman

PRIX PHIL ROSEN DU MEILLEUR RÉSUMÉ DE RECHERCHE CLINIQUE OU ÉPIDÉMIOLOGIQUE PRÉSENTÉ PAR UN STAGIAIRE

Parrainé par La Société de l'arthrite – Bourse commémorative

Lauréate : Molly Dushnicky, Université McMaster

Titre du résumé : Impact of the COVID-19 Pandemic on Juvenile Idiopathic Arthritis Presentation and Research Recruitment: Results from the CAPRI Registry

Superviseure : D^{re} Michelle Batthish

MEILLEUR RÉSUMÉ DE RECHERCHE PRÉSENTÉ PAR UN RÉSIDENT EN RHUMATOLOGIE

Parrainé par la SCR

Lauréat : Wen Qi, Université Laval

Titre du résumé : Characteristics and Evolution of Patients with Difficult-to-Treat Rheumatoid Arthritis

Superviseure : D^{re} Laëtitia Michou

MEILLEUR RÉSUMÉ DE RECHERCHE EN SCIENCES FONDAMENTALES PRÉSENTÉ PAR UN STAGIAIRE

Parrainé par la SCR

Lauréat : Omar Cruz Correa, Réseau universitaire de santé

Titre du résumé : Prediction of Psoriatic Arthritis in Patients with Psoriasis Using DNA Methylation Profiles

Superviseure : D^{re} Dafna Gladman

MEILLEUR RÉSUMÉ PAR UN STAGIAIRE DE RECHERCHE DE NIVEAU MAÎTRISE OU DOCTORAT

Parrainé par la SCR

Lauréate : Holly Philpott, Université Western

Titre du résumé : Rethinking the Role of the Synovium in Late-Stage Knee Osteoarthritis: Ultrasound Imaging and Histopathological Features of Synovial Inflammation and Damage

Superviseur : D^r Tom Appleton

MEILLEUR RÉSUMÉ SUR LES INITIATIVES CONCERNANT LA QUALITÉ DES SOINS RHUMATOLOGIQUES

Parrainé par la SCR

Lauréat : Michael Zeeman, Université de l'Alberta

Titre du résumé : Characterization of patients with normal inflammatory markers in giant cell arteritis

Superviseure : D^{re} Alison Clifford

MEILLEUR RÉSUMÉ PRÉSENTÉ PAR UN ÉTUDIANT DE MÉDECINE

Parrainé par la SCR

Lauréat : Samir Magdy Iskander, Université Western

Titre du résumé : JAKi inhibitors have higher long-term durability of treatment in rheumatoid arthritis compared to other bDMARDs in a real world two-center Canadian Cohort study

Superviseure : D^{re} Janet Pope

MEILLEUR RÉSUMÉ DE RECHERCHE PRÉSENTÉ PAR UN ÉTUDIANT DE PREMIER CYCLE

Parrainé par la SCR

Lauréat : Daniel Onwuka, Université de la Colombie-Britannique

Titre du résumé : Diagnostic Testing in IgG4-related Disease

Superviseure : D^{re} Mollie Carruthers

MEILLEUR RÉSUMÉ DE RECHERCHE PAR UN STAGIAIRE EN RHUMATOLOGIE DE 2^E OU 3^E CYCLE

Parrainé par la SCR

Lauréate : Jennifer Lee, Université de Toronto

Titre du résumé : The Long-Term Cardiac Prognosis of Kawasaki Disease: Results from a Retrospective Matched Data Linkage Study

Superviseure : D^{rs} Brian Feldman et Jessica Widdifield

MEILLEUR RÉSUMÉ DE RECHERCHE PRÉSENTÉ PAR DE JEUNES PROFESSEURS

Parrainé par la SCR

Lauréate : Nancy Maltez, Université d'Ottawa

Titre du résumé : Improvement in Overall Survival, Skin Fibrosis and Lung Function with Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplantation in Systemic Sclerosis

MEILLEUR RÉSUMÉ DE RECHERCHE PÉDIATRIQUE PRÉSENTÉ PAR UN JEUNE PROFESSEURS

Parrainé par la SCR

Lauréate : Chelsea DeCoste, IWK Health Centre

Titre du résumé : High Adolescent Health Needs and Relationship to Disease in Patients with Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus

MEILLEUR RÉSUMÉ DE RECHERCHE SUR LA SPONDYLARTHRITE

Parrainé par l'Association canadienne de spondylarthrite

Lauréate : Vanessa Ocampo, Université de Toronto

Titre du résumé : Prevalence, Incidence and Predictors of Uveitis in Spondyloarthritis in a Canadian Cohort

Superviseure : D^{re} Dafna Gladman

Pour en savoir plus sur

Pr **XELJANZ**^{MD} **XR**



[citrate de tofacitinib]

Communiquez avec votre représentant Pfizer.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2022 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5
PP-XEL-CAN-0820-FR



Dépêches de l'unité de la COVID de l'Hôpital général de Vancouver

Par Kam Shojania, M.D., FRCPC

Bénévoles en rhumatologie pour la COVID-19 de l'Hôpital général de Vancouver :

Alice Mai, Ann Marie Colwill, Antonio Avina, Brent Ohata, Daniel Ennis, David Collins, Diane Lacaille, Fergus To, Hyein Kim, Jason Kur, Jennifer Corpuz, Jennifer Reynolds, Jonathan Chan, Kam Shojania, Kun Huang, Mohammad Bardi, Natasha Dehghan, Neda Amiri, Raheem Kherani, Shannon Galway, Shahin Jamal, Wendy Wong

En mars 2020, et pendant les 23 mois, et encore aujourd'hui, il y avait toujours au moins un rhumatologue travaillant au sein de l'unité COVID-19 de l'Hôpital général de Vancouver. Reportez-vous à mars 2020, lorsque nous étions tous inquiets de la COVID. Comment était-elle transmise? Que se passerait-il ici? Allions-nous finir comme à New York ou en Italie? A quoi allait ressembler l'unité COVID? J'avais des visions de couloirs remplis de personnes malades et mou-rantes, de réserves d'oxygène limitées et d'équipements de protection individuelle rares. Les vaccins n'étaient qu'un rêve. Pendant cette période incertaine et effrayante, ces 22 humatologues ont collectivement répondu à un appel à l'aide des internistes et de l'administration de l'Hôpital général de Vancouver (VGH). Pendant une semaine, nous avons travaillé aux côtés d'internistes, d'autres surspécialistes, d'infirmières et d'autres membres des professions paramédicales qui s'occupaient de patients très malades atteints de la COVID-19.

Au début, nous passions au crible les sources en ligne, mais nous avons fini par élaborer nos propres algorithmes de traitement et nous avons publié des articles sur le traitement de la tempête de cytokines associée à la COVID-19. Certains d'entre nous ont même dû « emprun-ter » du tocilizumab dans des cabinets privés et en apporter à l'unité de soins intensifs. Le fait que les rhumatologues aient été les premiers à se mobiliser a été une source d'inspiration pour les autres spécialistes de l'hôpital, qui se sont également portés volontaires. Quelques-uns d'entre nous ont été infectés par la COVID-19, mais tous se sont rétablis. En plus de travailler au sein de l'unité COVID-19, certains d'entre nous ont également siégé au comité thérapeutique sur la COVID-19, et d'autres ont fourni des conseils et rédigé des directives provinciales sur les vaccins contre la COVID-19 chez les patients immunodéprimés.

Rétrospectivement, notre plus grande crainte était que nos compétences en médecine interne soient trop rouillées



Raheem Kherani (à gauche) et Kam Shojania (à droite) dans le « sas » situé à l'arrière de l'unité COVID-19 de l'Hôpital général de Vancouver (décembre 2020).

et que nos soins soient médiocres. C'est tout le contraire qui s'est produit, car nous avons tous réalisé que nous étions plus que capables de traiter ces patients. C'est vrai que pour bien faire son travail de rhumatologue, il faut d'abord bien faire son travail d'interniste. Nous étions tous à l'aise pour prendre en charge des patients instables avec de multiples problèmes médicaux, dont la COVID-19. J'ose dire qu'il était en fait très stimulant de travailler en étroite collaboration avec des internistes, des spécialistes des maladies infectieuses, des pneumologues et des intensivistes. Il était difficile de gérer le fardeau émotionnel que représentait la prise en charge de patients malades et parfois mourants sans la présence de leur famille. Nous avons participé à de nombreuses vidéoconférences difficiles au chevet des malades avec des

membres de la famille désemparés qui ne pouvaient pas être présents en personne en raison des exigences d'isolement d'urgence.

Le 26 octobre 2021, un dîner d'appréciation a été organisé pour ces courageux médecins. Nous avons reçu des lettres de gratitude de notre Premier ministre, de notre ministre de la Santé, du maire de Vancouver et du PDG de l'Hôpital général de Vancouver. Il y a eu beau-coup de rires et quelques larmes lorsque nous avons parlé de la façon dont le travail dans le service COVID nous a changés. En regardant autour de la table, je savais que je n'oublierais jamais combien je suis immensément fier de mes merveilleux collègues qui, dans les premiers mois de la pandémie, ont héroïquement « couru vers le feu » pour aider alors qu'il y avait tant d'incertitude.

Kam Shojania M.D., FRCPC

Chef, Division de rhumatologie, Hôpital général de Vancouver

Directeur médical, Chaire de rhumatologie Mary Pack

Professeur clinique, Division de rhumatologie de l'Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique)

Optimisation des soins virtuels pendant la pandémie de COVID-19 et au-delà

Par Sahil Koppikar, M.D., FRCPC; et Brent Ohata, M.D., C.M., FRCPC

Avec la résurgence du variant Omicron de la COVID-19, nous avons de nouveau été contraints d'assister à l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR en ligne dans nos salons, et nombre d'entre nous ont recommencé à voir leurs patients de manière virtuelle. Après deux années, la fin de la pandémie n'est toujours pas en vue. Il est donc de plus en plus probable que nos modèles de pratique actuels – un mélange de rencontres en personne et de rencontres virtuelles – deviendront la « nouvelle normalité ». À mesure que nos modes de pratique évoluent, il nous incombe, en tant que communauté, d'élaborer des stratégies pour fournir les meilleurs soins possible de manière virtuelle. Vous trouverez ci-dessous plusieurs conseils pour améliorer cet aspect de votre pratique :

1. Prenez des rendez-vous vidéo au lieu de rendez-vous téléphoniques.

Les rendez-vous vidéo permettent non seulement de réaliser un examen physique modifié, mais facilitent également les interactions interpersonnelles. Pour les patients qui ont des difficultés avec la technologie, les rendez-vous vidéo demeurent possibles avec l'aide de la famille ou d'amis, dans les cliniques de santé locales lorsque la vitesse Internet à domicile est faible et après des essais avec votre personnel.

2. Élaborez des stratégies avec votre personnel administratif pour améliorer la connexion et l'environnement des soins virtuels.

Un environnement virtuel optimisé favorise de meilleurs soins cliniques. Les difficultés liées à une mauvaise connectivité, à une qualité audio/vidéo médiocre et à des lieux de rendez-vous inappropriés font perdre du temps et nuisent à la qualité des données cliniques. Les mesures prises par votre personnel pour améliorer les chances de réussite de vos rendez-vous réduiront votre stress. Voici quelques stratégies utiles :

- Préciser, dans les rappels de rendez-vous, les éléments suivants : appareils et navigateurs Web à privilégier, suggestions pour améliorer la vitesse Internet, lieux et vêtements à privilégier, conseils d'éclairage.
- Recueillir les formulaires de consentement de télésanté et les mesures des résultats signalés par les patients avant la consultation.
- Demander au patient de se connecter 15 minutes avant le rendez-vous, afin que le personnel administratif puisse résoudre tout problème technique avant que vous ne vous joigniez à la rencontre virtuelle.
- Entrer les numéros de télécopieur de la pharmacie, du laboratoire et du service d'imagerie dans le dossier médical électronique avant la consultation.

3. Devenez plus à l'aise et créatif lors des examens physiques en consultation vidéo.

Bien que de nombreuses manœuvres d'examen physique virtuel ne soient pas encore validées, elles fournissent des renseignements précieux qui influencent les décisions cliniques. Ces techniques ont souvent été mises au point par des prestataires de soins de santé qui sont à l'aise avec les soins virtuels au sein de diverses populations. Plusieurs bonnes ressources sont disponibles, notamment Bone and Joint Canada¹, la Clinique Mayo^{2,3} et des cadres pratiques fondés sur des données probantes pour l'examen musculosquelettique⁴. La SCR a également élaboré des modules interactifs agréés pour faciliter les consultations virtuelles et les examens physiques rhumatologiques, qui seront lancés au printemps.

4. Les soins virtuels sont idéaux lorsqu'ils sont intégrés dans un modèle de soins global.

En tant que rhumatologues, nous nous fions encore beaucoup aux évaluations en personne, surtout si l'examen virtuel ne permet pas de prendre des décisions. Les soins virtuels doivent être considérés comme un complément, et non comme un substitut, aux soins en personne. Les soins virtuels peuvent améliorer l'accès aux soins spécialisés et leur continuité, notamment pour les patients ayant un accès sporadique à la rhumatologie. Ils permettent de collaborer avec des praticiens au rôle élargi (c'est-à-dire des praticiens cliniciens avancés en soins pour l'arthrite [ACPAC]) dans des zones mal desservies afin d'améliorer les soins et les résultats. Des modèles créatifs recourent aux soins virtuels entre les rendez-vous pour soutenir les patients de diverses manières, notamment au moyen d'applications d'autosurveillance, de cours de formation, de cours d'injection de produits biologiques et de lignes d'assistance à accès rapide. Grâce à la créativité et à l'innovation, nous pouvons tirer parti des soins virtuels pour mieux prendre soin de nos patients dans le cadre d'un modèle de soins global complet et interdisciplinaire.

Références :

- Bone and Joint Canada. "Virtual Assessment of Musculoskeletal Conditions: How to Set Up a Program to Meet the Needs of Patients, v.1, 10 mars 2021, disponible à l'adresse : boneandjointcanada.com/virtual-care/. Consulté le 10 février 2022.
- Laskowski ER, et coll. The telemedicine musculoskeletal examination. *Mayo Clinic Proceedings*. 2020; 95:1715.
- Wainberg MC, et coll. The telemedicine hand examination. *Am J Phys Med Rehabil*. 2020; 99:883.
- Murray, T, et coll. Remote Musculoskeletal Assessment Framework: A Guide for Primary Care. *Cureus*. 2021;13(1);e12778.

Sahil Koppikar, M.D., FRCPC
Professeur adjoint, Université de Toronto
Women's College Hospital
Toronto (Ontario)

Brent Ohata, M.D., C.M., FRCPC
Professeur adjoint clinique,
Division de rhumatologie de l'UBC
Burnaby (Colombie-Britannique)

Incidence de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez les patients présentant des affections rhumatismales : une étude monocentrique

Par Amirsadegh Yazdani et Ramin Yazdani, M.D., MRCP (R.-U.), FRCPC

La pandémie de SRAS-CoV-2 a touché la vie de nombreuses personnes, directement ou indirectement. Les patients présentant des affections rhumatismales ont ressenti les effets de la pandémie plus que les personnes en bonne santé, soit en raison de leur immunodépression présumée attribuable à leurs affections sous-jacentes ou à leurs traitements. Cette crainte peut les conduire à interrompre leur traitement, à éviter de passer leurs tests de contrôle des médicaments ou à ne pas se rendre à leurs rendez-vous.

De multiples efforts ont été entrepris pour évaluer les effets de la pandémie sur les patients atteints d'affections rhumatismales. La plus importante est la Global Rheumatology Alliance, dans laquelle tout rhumatologue peut inscrire ses patients qui ont été touchés par le SRAS-Cov-2¹.

Plusieurs facteurs ont été signalés comme étant associés aux résultats les plus défavorables de l'infection par le SRAS-CoV-2, notamment le lupus érythémateux systémique (LES), une forte activité de la maladie, des stéroïdes à forte dose, le rituximab, l'abatacept et les inhibiteurs de JAK².

Toutefois, la présentation de données locales aux patients pourrait avoir plus d'effets pour apaiser leurs inquiétudes et leur fournir les réponses qu'ils recherchent. Nous présentons les personnes qui ont été touchées par l'infection par le SRAS-CoV-2 dans un centre communautaire de rhumatologie à Ottawa, au Canada, entre mars 2020 et octobre 2021.

Le nombre de visites de patients entre mars 2020 et octobre 2021 a été d'environ 4 800 (virtuelles et en personne). Les infections ont été déclarées par les patients eux-mêmes lors de leurs consultations. Trente et une personnes ont été touchées par l'infection par le SRAS-CoV-2, dont 9 hommes

et 22 femmes. L'âge de ces patients variait entre 25 et 86 ans, l'âge médian étant de 58 ans. L'IMC des patients était compris entre 19 et 51, avec un IMC médian de 30,75. Neuf personnes sont nées à l'extérieur du Canada. Trente personnes présentaient une affection rhumatismale auto-immune. Il y a eu un cas de goutte et de syndrome métabolique. Vingt-sept personnes prenaient soit des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie classiques (ARMMsc), soit des ARMM biologiques, soit les deux (voir le tableau). Six patients ont été hospitalisés en raison de l'infection par le SRAS-CoV-2 et ont été traités conformément aux directives locales. Une seule patiente est décédée des suites d'une infection par le SRAS-CoV-2. Elle était âgée de 86 ans, souffrait de goutte, de diabète sucré, d'hypertension, d'insuffisance rénale chronique de stade 3 (IRC3) et avait un IMC de 43 (elle ne prenait pas d'ARMM ni de produits biologiques). Dans notre centre, nous n'avons pas observé de mortalité accrue chez les patients atteints d'affections rhumatismales qui prennent des ARMMsc ou des ARMMb.

Références :

1. Covid-19 Global Rheumatology Alliance. Disponible à l'adresse : [rheum-covid.org](https://www.rheum-covid.org/). Consulté le 6 février 2022.
2. RheumNow. Disponible à l'adresse : [rheumnow.com](https://www.rheumnow.com/). Consulté le 6 février 2022.

Amirsadegh Yazdani
Étudiant, Ottawa (Ontario)

Ramin Yazdani, M.D., MRCP (R.-U.), FRCPC
Rhumatologue
Ottawa (Ontario)

Tableau :

Caractéristiques des patients et résultats

Sexe	Âge	Diagnostic	ARMM	IMC	Hospitalisation	Décès dû au SRAS-CoV-2
F	55	RP	Certolizumab pegol	29	Non	Non
F	57	PR, maladie de Sjögren	Étanercept, MTX	25	Non	Non
M	62	PAR	MTX, HCQ	30	Non	Non
F	64	PR, ostéoporose	HCQ	30	Non	Non
F	50	PR, dépression	MTX, CQ	33	Non	Non
M	51	RP, stéatose hépatique	MTX, léflunomide, adalimumab	26	Non	Non
F	57	PAR	MTX, HCQ	28	Non	Non
F	41	RP	MTX, adalimumab	51	Non	Non
M	58	PAR	Étanercept	38	Non	Non
F	47	Maladie indifférenciée du tissu conjonctif	Pas d'ARMM	30	Non	Non
F	60	PAR	MTX, HCQ	33	Non	Non
F	55	Lupus discoïde, fibromyalgie	Pas d'ARMM	27	Non	Non
F	70	LES, fibromyalgie,	MTX	29	Non	Non
F	68	PR séropositive érosive	Abatacept, MTX	30	Non	Non
M	52	PR séropositive, hyperuricémie	HCQ	31	Non	Non
M	59	PR séropositive, goutte	Léflunomide, HCQ, prednisone	45	Non	Non
M	56	SA	Aprémilast, sulfasalazine	25	Non	Non
M	50	PR, Maladie de Crohn	Ustékinumab, colchicine	33	Non	Non
F	64	PAR	MTX, HCQ	23	Non	Non
F	48	SA	Sécukinumab	29	Non	Non
F	76	PAR	MTX, HCQ	35	Non	Non
M	55	SA	Étanercept	40	Non	Non
F	67	PAR	SSZ, prednisone	27	Non	Non
F	25	PAR au stade précoce	Pas d'ARMM	19	Non	Non
F	58	Maladie de Sjögren	HCQ	31	Non	Non
M	67	Dermatomyosite, MPI	MMF, prednisone	26	Oui	Non
F	82	RP	MTX, sécukinumab	32	Oui	Non
F	58	PAR	MTX	25	Oui	Non
F	65	GPA, PR	RTX, MTX, prednisone	19	Oui	Non
F	63	PAR	MTX	31	Oui	Non
F	86	Goutte, HTA, diabète, IRC3, IMC élevé	Pas d'ARMM	43	Oui	Oui

RP, rhumatisme psoriasique; PR, polyarthrite rhumatoïde; MTX, méthotrexate; HCQ, hydroxychloroquine; CQ, chloroquine; ARMM, antirhumatismeux modificateurs de la maladie; LED, lupus érythémateux disséminé; SA, spondylarthrite ankylosante; SSZ, sulfasalazine; MMF, mycophénolate mofétil; MPI, maladie pulmonaire interstitielle; GPA, granulomatose avec polyangéite; RTX, radiothérapie; HTA, hypertension; IRC3, insuffisance rénale chronique de stade 3; IMC, indice de masse corporelle.

Points forts de l'ACR Convergence 2021

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Cette information vous est présentée par le Journal de la Société canadienne de rhumatologie et n'est pas commanditée par, ni ne fait partie de, l'American College of Rheumatology.

Je n'ai pas laissé mon cœur à San Francisco, où l'assemblée de l'American College of Rheumatology (ACR) 2021 devait initialement se tenir, car la pandémie a obligé à passer pour une deuxième année à un format entièrement virtuel connu sous le nom d'ACR Convergence. La programmation s'est étendue du 1^{er} au 10 novembre, avec notamment un sommet mondial de rhumatologie, une conférence sur la recherche fondamentale et clinique et le cours de révision de la SCR, ainsi qu'une réunion bien remplie. De la mi-décembre à la mi-février, il y aura également des sessions hebdomadaires post-conférence le vendredi avec des tournées d'affiches et des comptes rendus mettant en évidence les maladies rhumatismales les plus courantes.

La plateforme était robuste et comprenait des conférences préenregistrées sur VIMEO suivies de sessions de questions-réponses en direct. Des groupes d'étude et des carrefours communautaires sur tous les sujets imaginables en matière de rhumatologie ont émaillé la conférence. Les carrefours communautaires comprenaient des séances de rencontre avec des experts, ainsi que des discussions éclair avec des présentateurs d'articles et des discussions sur des cas difficiles. De nombreux thèmes ont été abordés, tels que la rhumatologie pédiatrique, le marché de la rhumatologie, les soins interprofessionnels et les enjeux en début de carrière. Il était possible d'y assister de 7 h 30 à 19 h tous les jours, bien que cela n'était pas recommandé, ni physiquement ni mentalement.

Presque toutes les présentations d'affiches et de résumés pouvaient être téléchargées en format PDF, et les résumés audio des affiches étaient pratiquement universels. L'étude ORAL-Surveillance a fait l'objet d'au moins 4 présentations (0831, 1684, 1940, 1941) et dans la session de mise à jour de la FDA, bien que l'étude complète n'ait pas encore été publiée. Les affiches tardives ont bien sûr porté sur la COVID-19, ainsi que sur les problèmes cardiovasculaires liés à l'hydroxychloroquine, la goutte et les nouvelles thérapies telles que l'avacopan pour la vascularite à anticorps cytoplasmiques antineutrophiles (ANCA), la pirféridone pour la pneumopathie interstitielle associée à la polyarthrite rhumatoïde (PR-MPI) et les produits biologiques séquentiels pour le lupus érythémateux systémique (LES) (étude BLISS BELIEVE). Un essai de phase II positif sur l'utilisation du sécukinumab dans le traitement de l'artérite à cellules géantes (ACG) (LB19) a également retenu mon attention. D'autres études clés dont les titres formaient des acronymes intéressants ont été présentées, notamment VITAL, KEEPSAKE, STOP-JIA et GLORIA. Les médias sociaux et l'interactivité étaient à l'honneur, avec des séances #ACR21 Tweet Up, des sondages, ainsi que beaucoup d'activité dans les fonctions de clavardage et de questions-réponses de la plupart des présentations.

Quelque 2 500 conférenciers et présentateurs ont participé à l'événement, ce qui pourrait constituer un nouveau record. Plus de 2 000 articles ont été présentés. La participation officielle était de 14 000 personnes provenant de 110 pays. Comme à l'accoutumée, les Canadiens ont joué un rôle prépondérant, nombre d'entre eux ayant animé des séances clés et présenté des recherches originales basées sur des cohortes et des registres canadiens. J'ai assisté à la session « *Thieves Market* » sur les cas adultes (9T115), où deux des quatre présentateurs étaient des boursiers canadiens en rhumatologie : Jehanya Jegatheeswaran de l'Université Queen's (*A Bone to Pick*) et Maria Powell de l'Université de Calgary (*The Disease that Cried Wolf*). Tous les cas étaient fascinants, avec un message clé à retenir : les maladies infectieuses peuvent se faire passer pour des affections rhumatismales (le LED n'est pas la seule maladie aux manifestations protéiformes). Comme l'a fait remarquer le présentateur gagnant, « la tuberculose peut tout provoquer, sauf la grossesse ».

Nous avons également été bien représentés lors de la remise des prix de l'ACR et de l'Association of Rheumatology Professionals (ARP), notamment par les Masters de l'ACR John Hanly (également présentateur de la session plénière sur la connectivité fonctionnelle dans le LED neurologique) et Rayfel Schneider, le lauréat du prix la SCR « Prix du chercheur émérite », Brian Feldman, et les lauréats des prix de l'ARP Debbie Feldman (« *Addie Thomas Service Award* »), Catherine Backman (« *Lifetime Achievement Award* ») et Monique Gignac (« *Ann Kunkel Award* »). Nombre d'entre eux sont présentés individuellement dans la section *Prix et distinctions* de ce numéro.

Les questions relatives à l'équité, à la diversité et à l'inclusion ont été mises en avant, comme elles le seront également lors de la prochaine ASA 2022 de la SCR. La banque d'images de rhumatologie de l'ACR a sollicité de nouvelles diapositives présentant des manifestations cutanées de maladies chez des patients de différentes couleurs de peau, par exemple.

La conférencière d'ouverture, la D^{re} Seema Yasmin, s'est exprimée de manière informelle dans le cadre d'une conversation avec le président de l'ACR, le D^r David Karp. La D^{re} Yasmin est à la fois médecin épidémiologiste et journaliste, ayant été formée à l'école Dalla Lana de l'Université de Toronto. Elle est maintenant basée à Stanford. Elle s'est exprimée sur les vaccins et les mythes médicaux, entre autres sujets. Je compte lire son dernier livre, « *Viral BS: Medical Myths and Why We Fall for Them* », lorsque j'en aurai l'occasion.

Le grand débat mettait en scène la D^{re} Michelle Petri et le D^r Brad Kovic, qui débattaient des mérites du belimumab par rapport à la voclosporine, cette dernière étant développée par une société canadienne, pour le traitement de la néphropathie lupique. La D^{re} Petri a remporté la victoire avec 70 % des voix.

D'excellentes conférences ont été données, notamment la conférence Gluck sur Le rôle des os dans l'arthrose, par le D^r Marc Hochberg, la conférence Arend par le D^r Gary Firestein sur la maladie anciennement connue sous le nom

Si vous recherchez l'innovation, elle viendra

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



Dans la dernière édition, j'ai mentionné que l'arthrite avait besoin d'innovation. Eh bien, il s'avère qu'il y a beaucoup d'innovateurs qui veulent aider les personnes atteintes d'arthrite.

Qu'il s'agisse de chercheurs, d'entrepreneurs ou de cliniciens, le nombre d'esprits créatifs travaillant sur des solutions qui pourraient améliorer la vie des personnes devant composer avec l'arthrite m'inspire.

Au cours de sa première année, près de 50 demandes ont été soumises à notre nouveau programme de **subventions Stimuler la recherche** et nous sommes ravis d'avoir pu financer neuf d'entre elles. Les projets vont de l'étude de minuscules particules du sang pouvant prédire la réponse au méthotrexate à l'étude de lésions de la moelle osseuse chez les personnes atteintes d'arthrose afin d'approfondir notre compréhension de cette maladie – et tous ces projets pourraient donner des résultats formidables.

De même, en décembre, nous avons été surpris par le nombre et la qualité des candidatures en lien avec nos deux programmes : **Découpler les retombées sociales et Idéateur de la Société de l'arthrite**. Les candidatures provenaient de partout au pays et allaient des applications aux appareils fonctionnels en passant par les programmes de dépistage.

Pour soutenir ce projet, nous avons recruté plus de 30 « ambassadeurs à l'innovation ». Nos ambassadeurs, qui sont atteints d'arthrite, ont testé des produits et des technologies, rencontré des entrepreneurs et prêté leur voix à l'évaluation



des candidatures. Quatre projets – incluant le prix du public – seront sélectionnés afin de participer au concours, qui se tiendra dans le cadre du Labo d'idéation sur l'arthrite, qui aura lieu le 21 avril 2022. Joignez-vous à nous pour cette présentation énergisante sur l'innovation. Nous découvrons des idées dynamisantes qui changeront l'avenir de l'arthrite et permettront de l'éradiquer! Pour de plus amples renseignements, consultez le www.arthrite/innovation.

Points forts de l'ACR Convergence 2021 (suite de la page 22)

de PR, la conférence Klemperer par le Dr Peter Gregersen sur quarante ans de travail dans un paysage de recherche en évolution, de la PR à l'endométriose, et la conférence Dubois par la Dr^{ce} Aimee Hersh sur la définition des priorités de recherche dans le lupus pédiatrique. Qui savait que les facteurs de nécrose tumorale (TNF), l'IL-1 et l'IL-6 étaient mis en cause dans la pathogenèse de l'endométriose? Ce n'est qu'un des faits fascinants que j'ai relevés.

Le bilan de l'année était en format traditionnel, avec des segments de science fondamentale et cliniques. La session de clôture était différente, avec un modérateur et quatre intervenants discutant sans diapositives. Les participants ont souligné les nouvelles données présentées sur la pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR)/artérite à cellules géantes (ACG), le syndrome inflammatoire multisystémique chez l'enfant (SIME) lié à l'infection par la COVID-19 chez les patients pédiatriques, la réadaptation et l'emploi dans les maladies rhumatismales, les interactions environnement-génétique qui

influencent sur la pathogenèse des maladies, le microbiome, les compléments alimentaires tels que l'huile de poisson, la vitamine D et les oméga-3, la rhumatologie gériatrique et les répercussions du changement climatique et de la pollution sur l'auto-immunité.

Autres faits marquants : le « Knowledge Bowl », le pendant de *RheumJeopardy!* de l'ACR, a été remporté par les « Gulls of Galveston », basés au Texas. Des renseignements supplémentaires ont été présentés par le Accelerating Medicines Partnership (AMP), qui travaille au développement de nouvelles thérapies en rhumatologie. Le Dr Kenneth Saag a été officiellement nommé 85^e président de l'ACR.

Il est prévu que l'ACR 2022 se déroule en direct à Philadelphie, mais une réunion hybride avec une composante virtuelle reste très probable.

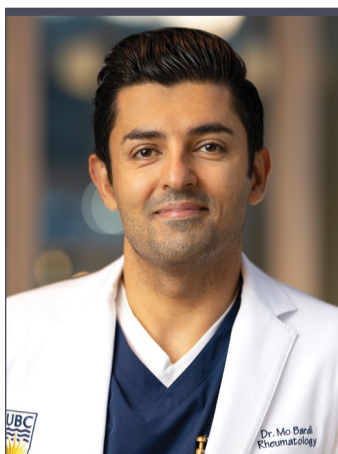
Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP
Rédacteur en chef, JSCR, Scarborough (Ontario)



D^{re} Catherine Backman – Prix « Lifetime Achievement Award » de l'ACR/ARP

Le prix « Lifetime Achievement Award » de l'American College of Rheumatology/Association of Rheumatology Professionals (ACR/ARP) est décerné à un membre de l'ARP qui a apporté une contribution durable au domaine de la rhumatologie. Catherine Backman, Ph. D., FCAOT, a reçu le prix lors de l'assemblée « ACR Convergence » en novembre 2021. Elle est actuellement professeure au Département d'ergologie et d'ergothérapie de l'Université de la Colombie-Britannique, et chercheuse principale au Centre canadien de recherche sur l'arthrite.

Au fil de ses quarante ans de carrière, Catherine a particulièrement apprécié le travail d'équipe inhérent à la pratique, à l'éducation et à la recherche en rhumatologie, y compris avec les patients collaborateurs et les étudiants diplômés. Ses recherches portent sur l'incidence de l'arthrite sur la participation au travail rémunéré et non rémunéré, et sur des études qualitatives et à méthodes mixtes sur la perturbation du travail, l'équilibre professionnel et l'effet des interventions de réadaptation.



D^r Mo Bardi – Prix « Innovation Award » de la BCSR/de l'UBC

Le D^r Mo Bardi est rhumatologue et membre de la division de rhumatologie de l'Université de la Colombie-Britannique. Il a suivi une formation sur l'utilisation des ultrasons dans le cadre du programme de l'Ultrasound Society of North America Rheumatologists (USSONAR) et a poursuivi son perfectionnement en Norvège et au Royaume-Uni sur l'utilisation de l'échographie vasculaire dans les cas d'artérite à cellules géantes (ACG).

La British Columbia Society of Rheumatologists lui a décerné le Prix « Innovation Award » pour avoir introduit l'évaluation par ultrasons comme outil diagnostique de l'ACG dans le cadre d'une clinique d'accès rapide. Les patients atteints d'ACG sont ainsi vus rapidement et reçoivent un diagnostic sans délai, ce qui permet d'améliorer les soins.



D^r Daniel Ennis – Prix d'enseignement de la BCSR/de l'UBC

Je suis honoré de cette reconnaissance. Je dois mes compétences en tant qu'enseignant au département et à la communauté dont je fais partie, et à mes formidables collègues, qui m'ont transmis leurs connaissances et leur savoir-faire.

J'éprouve une profonde gratitude à l'égard de nos stagiaires exceptionnels, qui me permettent de participer à leur formation. Ils me poussent à mener une réflexion sur mon raisonnement clinique et à m'améliorer. J'ai hâte de poursuivre notre formation ensemble.

Le D^r Daniel Ennis est rhumatologue et clinicien spécialiste de la vascularite au Vancouver General Hospital, au St. Paul's Hospital. Il a été résident en chef au St. Paul's Hospital.



D^{re} Debbie Ehrmann Feldman – Prix « Addie Thomas Service Award » de l'ARP

Debbie Ehrmann Feldman, P.T., Ph. D., professeure à l'École de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, a reçu cette année le prix « Addie Thomas Service Award » de l'Association of Rheumatology Professionals (ARP). La D^{re} Feldman mène des recherches sur les services de santé liés aux maladies musculosquelettiques et à l'arthrite, en examinant l'accès aux soins de réadaptation ainsi que les façons optimales d'établir l'ordre de priorité des soins pour les patients atteints de troubles musculosquelettiques chroniques et d'arthrite. Elle a notamment participé à des recherches et défendu la cause des patients de rhumatologie pédiatrique et adulte. La D^{re} Feldman a encadré de nombreux étudiants diplômés et stagiaires, dont bon nombre ont collaboré aux recherches en rhumatologie et occupent aujourd'hui des postes de professeur en physiothérapie et en ergothérapie à l'université.



D^{re} Monique Gignac – Prix « Ann Kunkel Award » de l'ARP

Nous avons le plaisir d'annoncer que Monique Gignac est la lauréate 2021 du prix « Ann Kunkel Award » de l'Association of Rheumatology Professionals (ARP). L'ARP est une division de l'American College of Rheumatology. Le prix « Ann Kunkel Award » est décerné à un membre de l'ARP ayant rendu un service extraordinaire pour défendre la cause des patients atteints d'arthrite et de maladies rhumatismales.

La D^{re} Gignac est directrice scientifique et chercheuse principale à l'Institute for Work & Health, et professeure à l'école de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto. De 2008 à 2014, elle a été codirectrice scientifique du Réseau canadien de l'arthrite, un réseau de centres d'excellence regroupant plus de 200 chercheurs sur l'arthrite et des personnes atteintes d'arthrite. Elle a été présidente du Conseil consultatif de l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des Instituts de recherche en santé du Canada de 2011 à 2016 et de 2017 à 2020. Elle est membre du comité consultatif scientifique de la Société de l'arthrite depuis 2011. En 2018, elle a été témoin devant le Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées de la Chambre des communes du Canada.



D^r John G. Hanly – Prix Master de l'ACR

En novembre 2021, le D^r John Hanly a reçu le titre de Master de l'American College of Rheumatology (ACR), l'une des plus hautes distinctions décernées par l'ACR à ses membres émérites, qui récompense les contributions scientifiques exceptionnelles au domaine de la rhumatologie par le biais des soins cliniques, de l'éducation, de la recherche et du leadership au fil de toute une carrière. Le D^r Hanly, ancien directeur de la Division de rhumatologie de l'Université Dalhousie et du Queen Elizabeth II Health Sciences Center à Halifax, est un clinicien, un enseignant et un chercheur clinique respecté. Il est actuellement professeur de médecine et de pathologie à l'Université Dalhousie.

Ses recherches ont porté sur les mécanismes pathogènes du lupus érythémateux disséminé (LED) et leurs conséquences cliniques, en particulier les effets du lupus sur le cerveau et d'autres parties du système nerveux. Le D^r Hanly est l'ancien président des Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) et a reçu plusieurs prix récompensant ses avancées dans la recherche sur le lupus, notamment le prix « Edmund L. Dubois Memorial Award » de l'ACR et le prix « Ira Goldstein Honoree Award » de l'Université de New York.



Dr Nigel Haroon – Nommé chef de la division de rhumatologie (Système de santé Sinai et Réseau universitaire de santé)

Nous sommes ravis d'annoncer qu'à la suite d'un processus ouvert, le Dr Nigel Haroon a été choisi comme nouveau chef de la division de rhumatologie du Système de santé Sinai et du Réseau universitaire de santé dans le cadre d'un mandat de cinq ans. Il entrera en fonction le 1^{er} avril 2022.

Nigil est un clinicien-chercheur travaillant pour le Réseau universitaire de santé. Il est professeur agrégé de médecine à l'Université de Toronto et chercheur principal au Krembil Research Institute ainsi qu'au Schroeder Arthritis Institute. Ses travaux de recherche clinique et de recherche translationnelle, lesquels font sa renommée, portent principalement sur la spondylarthrite ankylosante. Nigil a fait ses études et sa résidence en médecine en Inde. Il a poursuivi sa spécialisation en rhumatologie à l'Université de Toronto et est également titulaire d'un doctorat de cet établissement. Il a récemment terminé une maîtrise en administration des affaires à la Rotman School of Business de l'Université de Toronto. Nigil occupe des rôles de direction au sein de la Société canadienne de rhumatologie, de l'Association of Kerala Medical Graduates et du Spondyloarthritis Research and Treatment Network.



Dr Rayfel Schneider – Prix Master de l'ACR

Nous avons le plaisir d'annoncer que le Dr Rayfel Schneider, membre de l'American College of Rheumatology (ACR), a reçu en 2021 le prix Master de l'association. Le titre de Master est l'une des plus hautes distinctions décernées par l'American College of Rheumatology et récompense les contributions scientifiques exceptionnelles au domaine de la rhumatologie par le biais des soins cliniques, de l'éducation, de la recherche et du leadership au fil de toute une carrière.

Le Dr Schneider a été directeur de programme et chef de la Division de rhumatologie pédiatrique au Hospital for Sick Children et à l'Université de Toronto, et plus récemment vice-président (éducation) du département de pédiatrie. Sous sa direction, le programme de formation a acquis une dimension internationale considérable. Il a apporté une contribution importante à la prise en charge des patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) systémique, grâce à ses études sur le pronostic, à la réalisation d'études cliniques internationales et à l'élaboration de directives thérapeutiques. Il a siégé au comité spécial de l'ACR sur la rhumatologie pédiatrique, a été vice-président de la Société canadienne de rhumatologie pédiatrique, a été membre fondateur du programme de mentorat AMIGO et est membre du comité consultatif du Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group (PRCSG).



Dr Stuart Seigel – Prix de l'action sociale de la BCSR

Je suis honoré d'être récompensé pour avoir contribué au développement de la discipline de la rhumatologie à Kelowna. Lors des réunions, j'ai mis notre région en avant. J'ai encouragé la mise en place de stages facultatifs et proposé ainsi aux stagiaires une expérience éducative positive. Nos assistants ont tout mis en œuvre pour que les stagiaires se sentent bien. Résultat : trois stagiaires sont revenus travailler ici après leur stage facultatif. Qu'avons-nous appris? Il faut adapter la clinique pour accueillir les stagiaires et leur faire sentir qu'ils sont les bienvenus. Une expérience exceptionnelle fera d'eux des ambassadeurs. Les stages facultatifs en rhumatologie bénéficient désormais d'un financement dans les villes mal desservies par le biais de BC Rheum-2Grow. Je félicite mes collègues, qui ont amélioré le processus de recrutement en rhumatologie là où cela s'est avéré nécessaire.

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS

Le JSCR souhaite reconnaître les contributions de ses lecteurs au domaine médical et à leurs communautés locales. Pour que de telles récompenses, nominations ou distinctions soient annoncées dans un prochain numéro, veuillez envoyer les noms des récipiendaires, les détails pertinents et un bref compte rendu de ces honneurs à l'adresse jsyotip@sta.ca. Les soumissions de photos sont vivement encouragées.

Résultats de sondage : réflexions sur la rhumatologie

À l'occasion du 75^e anniversaire de la SCR, nous avons demandé à nos membres de nous faire part de leurs réflexions personnelles sur la rhumatologie.

La première question du sondage était : « Pourquoi la rhumatologie vous est-elle importante? » De nombreux répondants ont mentionné les liens significatifs tissés avec les patients et le caractère stimulant de cette médecine.

Un répondant a écrit : « La rhumatologie m'a offert une carrière stimulante dans une spécialité en pleine évolution et très soudée, ainsi que la possibilité de travailler longitudinalement avec des patients pour améliorer leur vie. La sphère de la rhumatologie au Canada est collégiale, solidaire et accueillante. »

Un autre a indiqué : « L'humble lentille sous laquelle la rhumatologie voit le monde est inclusive, vaste, respectueuse et attentive à tous les rouages du corps humain, ce qui la distingue de toutes les autres spécialités. »

L'un des répondants a commenté : « La rhumatologie est un art et une science; c'est une spécialité tout à fait gratifiante, car nous voyons nos efforts thérapeutiques se traduire par d'excellents résultats chez nos patients. »

La deuxième question était la suivante : « Quelle est, en rhumatologie, la plus grande avancée que vous avez vécue? » Voici certaines des réponses :

- Avènement des produits biologiques (mentionné dans plusieurs réponses)
- Approche de traitement à objectif quantifié de la polyarthrite rhumatoïde (PR)
- Amélioration de la description des phénotypes de la myosite
- Progrès dans les domaines de l'imagerie diagnostique et des analyses de laboratoire
- Mise sur pied et évolution de la Société canadienne de rhumatologie
- Élaboration de mesures de résultats convenues
- Déconstruction de la douleur et de son attribution

Un répondant a résumé les plus grandes avancées comme suit : « 1. Produits biologiques et autres thérapies avancées : ces découvertes ont révolutionné les soins aux patients et ont rendu la rhumatologie plus attirante en tant que spécialité. 2. L'approche de traitement à objectif quantifié de la PR : Même si nos



mesures cibles sont toutes imparfaites, elles garantissent une meilleure stratégie thérapeutique. C'est ce qu'illustrent les citations de l'éminent physicien Lord Kelvin : "Si vous ne pouvez pas le mesurer, vous ne pouvez pas l'améliorer", et du gourou de la gestion Peter Drucker : "Vous ne pouvez pas gérer ce que vous ne pouvez pas mesurer." »

La dernière question du sondage était la suivante : « D'après vous, que réserve l'avenir de la rhumatologie? »

Voici certaines des réponses :

- Plus de soins en équipe
- Affinement de la pratique de la rhumatologie dans les cas de maladies inflammatoires
- Amélioration des parcours de soins pour les patients
- Recours accru aux soins virtuels et asynchrones le cas échéant
- Médecine de précision
- Personnalisation des soins et des schémas thérapeutiques
- Augmentation du nombre de rhumatologues et de la diversité parmi ceux-ci
- Meilleure compréhension des maladies que nous traitons
- Mesures d'amélioration de la qualité visant à utiliser judicieusement nos ressources existantes tout en ayant conscience de leurs limites
- Recours accru aux ultrasons en rhumatologie
- Meilleure compréhension des cibles thérapeutiques
- Acceptation plus large des modèles de soins interprofessionnels visant l'obtention de résultats optimaux/de rémissions et la rentabilité
- Traitement efficace de l'arthrose

Pour citer un répondant, « l'avenir de la rhumatologie passe par la ruralisation des soins rhumatologiques. Nous devons collaborer avec les infirmières, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les pharmaciens et les médecins de famille en poste dans les régions rurales du Canada pour offrir la même excellence de soins que dans les régions urbaines. Pour y parvenir, nous aurons besoin de dispositifs de collecte de données à distance, de technologies d'échographie émergentes qui permettent de réaliser des examens et des rapports grâce à des techniques d'intelligence artificielle de même que de tous les outils que la télémédecine peut offrir. »

La SCR aimerait connaître vos réflexions sur la rhumatologie. Pour toute question et tout commentaire sur ce sondage, veuillez contacter Kevin Bajjnauth à l'adresse Kbajjnauth@rheum.ca.

Hommage au Dr Tom Hunter

Par Barry Koehler, M.D., FRCPC

Thomas Hunter (1943-2022) est décédé le 11 janvier 2022. Célibataire endurci, Tom laisse derrière lui son frère Alec, Trish, la femme d'Alec, et sa nièce Linsey, tous de Newton-hill, en Écosse.

Tom est né en Écosse. Il a obtenu son diplôme de la Charing Cross Hospital de l'Université de Londres en 1967. Il a effectué son internat à l'Université de Toronto, ainsi qu'une année à l'unité nationale des lésions médullaires de l'hôpital de Stoke-Mandeville. Il est devenu membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en médecine interne en 1973, puis en rhumatologie en 1974.

Après avoir terminé sa formation, il a rejoint la division de rhumatologie de l'Université du Manitoba. Il a été nommé directeur de l'unité des maladies rhumatismales en 1982. Il s'est particulièrement intéressé à la spondylarthrite ankylosante. Il a rejoint l'Université de la Colombie-Britannique en 1986, où il a continué à poursuivre ses intérêts dans la recherche, les soins cliniques et l'enseignement. Pendant cette période, il a agi en tant qu'examineur en rhumatologie pour le Collège royal de 1994 à 1997. Au Manitoba, il a créé, avec le Dr Ross Petty, une clinique pour faciliter la transition des patients qui passent des soins pédiatriques aux soins pour adultes pour le traitement de leur arthrite. Lorsqu'il s'est installé à Vancouver, il a créé avec Ross une clinique similaire.

Tom a mis fin à sa carrière médicale en 1997 et est retourné en Écosse pour s'occuper de ses parents âgés. N'étant jamais du genre à rester inactif ni à s'éloigner complètement de la médecine, il s'est inscrit à l'Université d'Édimbourg et a obtenu son MBA en 1998, son sujet de thèse étant « Une analyse des procédures utilisées par les directeurs d'hôpitaux du service national de santé pour gérer les plaintes des patients ». Il a également commencé, et terminé, un roman de fiction policière. Sa frustration a été de ne pas trouver d'éditeur.

Après le décès de ses parents, il a choisi de retourner à Vancouver en 2013, avec l'intention de poursuivre sa carrière d'écrivain. Il a terminé le programme de l'Université Simon Fraser en écriture créative en 2015 et était bien avancé dans la rédaction de son deuxième roman. Malheureusement, Dame Nature lui a joué un mauvais tour, alors qu'on lui a diagnostiqué une tumeur maligne de la jonction gastro-œsophagienne à l'été 2016. Malgré la chimiothérapie et la chirurgie résectrice, la propagation de la tumeur s'est poursuivie au cours des années suivantes. La fatigue l'a contraint à réduire considérablement ses écrits. Malgré cela, il a réalisé une autre de ses ambitions, en visitant



1943–2022

la Chine. Il l'a fait en 2018 en tant que membre du programme d'enseignement annuel en rhumatologie de la division de rhumatologie de l'UBC pour les étudiants en médecine de la Zhongshan School of Medicine de l'Université Sun Yat-sen, avec ses collègues, Simon Huang et Ian Tsang. Malgré son attachement à un régime alimentaire véritablement anglais, Tom s'est adapté et a appris à apprécier cette culture différente et sa cuisine.

Ses collègues se souviennent de Tom pour son grand sens de l'éthique et pour son engagement envers ses patients. Sa vie l'a conduit sur des chemins sinueux qu'il a parcourus avec persévérance et avec une étincelle dans les yeux.

*Barry Koehler, M.D., FRCPC
Professeur clinique émérite,
Division de rhumatologie,
Département de médecine,
Université de la Colombie-Britannique*

T.-N.-L.

Des nouvelles de Terre-Neuve-et-Labrador

Par le D^r Sean Hamilton, M.D., FRCPC

À l'instar de la majeure partie du Canada, nous sommes au cœur de l'hiver, comme en témoigne mon jardin enneigé. Notre unité sanitaire de rhumatologie poursuit ses activités, s'adaptant fréquemment aux caprices de la COVID-19 et, plus récemment, à une cyberattaque directe contre notre établissement.

Lorsque j'ai rédigé mon dernier commentaire depuis Terre-Neuve en novembre 2019, j'étais loin, comme tout le monde, de me douter de ce qui allait arriver. Tout d'abord, nous avons eu une terrible tempête de neige à St. John's en janvier 2020, l'une des pires que nous ayons connues à l'époque : plus de cent centimètres de neige, ce qui a nécessité l'intervention de l'armée. Avec le recul, cette tempête n'était qu'un flocon de neige sur une pelle, comparativement aux événements liés à la COVID-19.



La pandémie a eu des répercussions sur les soins aux patients, principalement en prolongeant les temps d'attente et en nécessitant des consultations virtuelles. J'en suis venu à prendre conscience que l'appel téléphonique (une invention des années 1800), aussi insatisfaisant soit-il, restait le mode de consultation virtuelle le plus pratique – les consultations vidéo, qui paraissent géniales sur le papier, étant peu pratiques d'un point de vue logistique et compte tenu du volume de patients à évaluer.

Je ne m'étendrai pas davantage sur le sujet.

L'unité sanitaire de rhumatologie d'Eastern Health, à St. John's, couvre toute la province de Terre-Neuve-et-Labrador. Nous comptons trois rhumatologues, un physiothérapeute, un ergothérapeute, deux infirmières praticiennes en rhumatologie et un pharmacien clinique, sans oublier notre très serviable personnel de bureau et de secrétariat. Nous procédons à un triage central en rhumatologie à l'aide d'un formulaire d'orientation normalisé, qui s'est avéré un ajout très utile. Malheureusement, notre liste d'attente reste trop longue.

Nous avons toutefois la chance de pouvoir compter sur deux rhumatologues, que nous présentons sur cette page, qui exercent en pratique privée à plein temps à St. John's.

Snowmageddon 2020



Dans notre unité, le D^r Rahman a joué un rôle majeur en tant que responsable de la modélisation pour la province dans la lutte contre la COVID-19. Son travail de longue haleine a été indispensable pour permettre à notre province de réagir à la pandémie aussi bien qu'ailleurs. Nous remercions et félicitons le D^r Rahman pour ses efforts.

Avant de conclure, prenez note que notre unité sanitaire de rhumatologie cherche à recruter un rhumatologue, voire deux si nous avons de la chance. Il est peu probable que je sois au rendez-vous de la prochaine rubrique « Des nouvelles de Terre-Neuve-et-Labrador » du JSJR, car mon départ à la retraite approche. Tandis que nous passons par les canaux de recrutement habituels, je voudrais très humblement faire la promotion du centre Eastern Health de l'Université Memorial. Je peux honnêtement dire que Terre-Neuve a été un endroit formidable pour exercer la rhumatologie au cours des 35 dernières années. Tout au long de mon parcours, les défis n'ont pas manqué, comme cela aurait le cas n'importe où dans ce vaste monde, mais les aspects positifs l'ont emporté de loin sur les aspects négatifs.

Sean Hamilton, M.D., FRCPC

Chef de la division de rhumatologie, Eastern Health/Université Memorial
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)

Par la D^{re} Natalie Pittman et la D^{re} Shaina Goudie

Les docteurs Natalia Pittman et Shaina Goudie exercent actuellement ensemble à St. John's dans une clinique communautaire de rhumatologie pour adultes. La D^{re} Pittman s'intéresse particulièrement aux maladies rhumatismales pendant la grossesse et la D^{re} Goudie assure régulièrement une clinique combinant dermatologie et rhumatologie. Elles participent à l'enseignement médical de premier cycle et des cycles supérieurs. En dehors du travail, elles sont toutes deux mères de deux enfants actifs. La D^{re} Pittman prend part à des compétitions de patinage synchronisé, et la D^{re} Goudie s'occupe à son chalet.



La D^{re} Goudie (à droite) et la D^{re} Pittman (à gauche)

Shaina Goudie, M.D., FRCPC
Rhumatologue,
Grace Medical Specialists
St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador

Natalia Pittman, M.D., FRCPC
Rhumatologue
Grace Medical Specialists
St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador

SIMPONI®

Efficacité démontrée. Profil d'innocuité démontré.

DEPUIS 2009



DEPUIS 2009



DEPUIS 2009



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 coccidioidomycose 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.

AUTRES MISES EN GARDE ET

PRÉCAUTIONS PERTINENTES :

- Risque de réactivation du virus de l'hépatite B.
- Risque d'affections malignes.
- Risque d'aggravation ou d'apparition d'une insuffisance

EFFICACITÉ
DÉMONTRÉE

une fois par mois
Simponi[®]
golimumab

PLUS
DE **10** ANS
D'EXPÉRIENCE

DEPUIS 2016



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



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

* Toutes indications confondues.

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.

© 2021 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence.
Janssen Inc. | 19 Green Belt Drive | Toronto, (Ontario) | M3C 1L9
www.janssen.com/canada/fr | CP-203649F

MEMBRE DE
MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA



janssen

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson



Il faut de l'engagement...

Pfizer Canada cherche à avoir des répercussions profondes sur la santé des Canadiens grâce à la découverte, à la mise au point et à la distribution de médicaments et de vaccins.

Nous croyons en l'importance de soutenir les personnes des collectivités dans lesquelles nous travaillons et vivons grâce à des partenariats d'investissement communautaire. Nous fournissons des médicaments essentiels aux personnes vulnérables et tendons la main aux plus démunis.

Grâce à nos partenariats, nous permettons aux personnes de vivre dans un monde en meilleure santé.



[pfizer.ca](https://www.pfizer.ca)

M.D. de Pfizer Inc., utilisée sous licence par Pfizer Canada.

