Été 2019, volume 29, numéro 2

# CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie

## *En vedette :*

## l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR

### *Éditorial*

**W. Sutton ou W. Gretzky : réussir au présent ou préparer le futur?**

### *Hommage boréal*

**Un message de la présidente de la SCR**

**Nos entrevues avec nos lauréats :**

- **Rhumatologue émérite : Dr Edward Keystone**
- **Chercheur émérite : Dre Diane Lacaille**
- **Formateur d'enseignants : Dre Shirley Tse**
- **Chercheur émergent : Dr Glen Hazlewood**

**Les jumeaux Jay et Ed Keystone, professeurs et anciens de l'Université de Toronto, donnent au suivant**

***RheumJeopardy!* lors de l'ASA 2019 de la SCR**

**Conférence Dunlop-Dottridge : Biomarqueurs : une arme à deux tranchants**

**Le Prix Réflexion sur la pratique de la SCR :**

- **Mise en œuvre d'une liste de vérification normalisée pour l'examen des risques liés aux immunosuppresseurs**
- **L'éducation des patients : un effort commun!**

### *Des nouvelles de l'ICORA*

**Mise à jour de l'ICORA**

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

**Pleins feux sur les prix de la SCR récompensant les résumés pour 2019**

### *Arthroscope*

**SURC : Élargir le champ d'exercice – Un long chemin peu fréquenté**

**Les soins palliatifs pour le rhumatologue : à quel moment commence la fin... et pourquoi s'en soucier?**

### *Prix, nominations et distinctions*

**Les Drs Rick Adachi et Robert Rottapel**

### *Articulons nos pensées*

**Un aperçu de l'accès aux tests en rhumatologie au Canada**

### *Nouvelles régionales*

**Des nouvelles du Nouveau-Brunswick**

Le JSCR est en ligne!
Visitez notre site Web au *www.craj.ca/index_fr.php*

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

Pr taltz® (ixékizumab)

# SONGEZ À VOTRE PROCHAINE ÉTAPE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME PSORIASIQUE

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

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

**Mises en garde et précautions pertinentes :**

- Taltz peut accroître le risque d'infection et doit être administré avec prudence aux patients ayant une infection chronique ou active d'importance clinique.
- Tuberculose : Taltz ne doit pas être administré aux patients atteints de tuberculose active. Avant d'amorcer le traitement, les patients doivent se soumettre à un test de dépistage de la tuberculose. Le traitement de la tuberculose latente doit être instauré avant l'administration de Taltz. Chez les patients ayant des antécédents de tuberculose à l'état latent ou de tuberculose active pour lesquels il est impossible de confirmer l'administration d'un traitement approprié, il faut envisager d'administrer un traitement antituberculeux avant d'entreprendre un traitement par Taltz. Il faut suivre de près les patients sous Taltz afin de déceler tout signe ou symptôme de tuberculose active pendant et après le traitement.
- Des réactions d'hypersensibilité graves, y compris des cas d'anaphylaxie, d'œdème de Quincke et d'urticaire, ont été signalées chez des patients traités par Taltz.
- Il faut prescrire Taltz avec beaucoup de prudence aux patients atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin, incluant la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse; une surveillance s'impose chez les patients qui sont atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin.
- Avant d'entreprendre un traitement par Taltz, il faut envisager la possibilité d'administrer au patient tous les vaccins qui sont indiqués pour son âge; les patients traités par Taltz ne doivent pas recevoir de vaccins vivants.
- Aucune étude clinique n'a été menée auprès de femmes enceintes pour établir l'innocuité de Taltz pendant la grossesse.
- Il faut faire preuve de prudence lorsque Taltz est administré à une femme qui allaite.
- Il n'existe aucune donnée sur les effets de Taltz sur la fécondité chez l'humain.
- L'innocuité et l'efficacité de Taltz chez les enfants (< 18 ans) n'ont pas été évaluées.
- Les données sont actuellement insuffisantes pour permettre de déterminer si les patients de 65 ans ou plus répondent au traitement différemment des gens plus jeunes.

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

* La portée clinique n'a pas été établie.

**Référence : 1.** Monographie de Taltz. Eli Lilly Canada Inc., 8 janvier 2019.

MEMBRE DE MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA

CCPP

TALTZ est une marque déposée détenue ou utilisée sous licence par Eli Lilly and Company, ses filiales ou ses sociétés affiliées.
© 2019, Eli Lilly and Company. Tous droits réservés.
PP-IX-CA-0226F

Lilly

# W. Sutton ou W. Gretzky : réussir au présent ou préparer le futur?

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

On a déjà demandé au célèbre voleur de banque Willie Sutton pourquoi il ciblait les banques. Sa réponse, connue comme la loi de Sutton, fut la suivante : « Parce que c'est là que se trouve l'argent. » Cette maxime est fréquemment invoquée dans les diagnostics médicaux, avec celle du rasoir d'Occam et une citation bien connue qui parle de bruits de sabots, de chevaux et de zèbres.

À l'opposé, Wayne Gretzky est célèbre pour avoir suivi les conseils de son père, Walter : « Patine vers l'endroit où la rondelle se dirige, et non vers l'endroit où elle se trouvait. » Prédire la trajectoire de la rondelle lui donnait chaque fois de bonnes chances de compter un but, ce qui en a fait sans contredit le meilleur joueur de hockey de tous les temps.

Prédire l'avenir dans un monde incroyablement complexe est plus difficile que prédire où se dirige une rondelle de hockey dans un espace limité et contraint par les règles du sport. En tant que personnes, entreprises et organisations, nous ne pouvons prédire l'avenir avec exactitude, mais nous devons nous préparer aux changements futurs probables pour assurer notre survie et notre croissance.

Cette notion m'est revenue à l'esprit lors d'un récent voyage en Antarctique. Le dernier arrêt était prévu à Whaler's Bay, sur l'île Deception, au sud des Shetlands, à la pointe de la péninsule antarctique. Nous sommes débarqués sur une plage offrant un paysage d'allure postapocalyptique jonché de citernes rouillées, d'édifices délabrés et de vieux bateaux en bois. Maintenant inhabitée, Whaler's Bay était bourdonnante d'activité dans les années 1920, alors que les baleines franches australes étaient chassées et transformées pour fournir l'huile de baleine utilisée pour l'éclairage et comme ingrédient dans la composition du savon, de la margarine et du liquide pour transmissions automatiques. Nous avons demandé à notre guide pourquoi ce site avait été abandonné. C'est un exemple classique d'un changement brusque de paradigme. Dès le début des années 1930, les dérivés du pétrole, comme le kérosène, étaient devenus suffisamment abondants et abordables pour détrôner l'huile de baleine comme produit de base essentiel, ce qui a mené à la fermeture de Whaler's Bay. Il semble que John D. Rockefeller, souvent considéré comme un brigand monopoliste à la tête de la Standard Oil, avait indirectement sauvé la baleine franche australe de l'extinction.

L'industrie de l'huile de baleine et la Standard Oil ont disparu il y a longtemps déjà. Dans les faits, en moyenne, les grandes sociétés peinent à excéder une durée de vie de plus de 60 ans. Au cours des dernières années, Kodak, Polaroid, GE, GM, Nortel et RIM/BlackBerry sont quelques-unes des entreprises qui se sont élevées comme Icare, avant de s'écraser. Peut-être ont-elles trop extrapolé le présent, au lieu de se concentrer sur le futur et sur le fait qu'elles devaient évoluer pour survivre? En fait, la citation de Walter Gretzky a été désignée comme le cliché le plus surutilisé dans le monde des affaires dans un article paru en 2014 dans le magazine *Maclean*[1]. Dans cet article, on mentionnait que John Roth (ancien président-directeur général de Nortel) avait lui-même utilisé cette citation, ce qui a suscité la remarque suivante de la part de l'auteur : « Non seulement Nortel n'a-t-elle pas vu où se trouvait la rondelle ni même où elle se dirigeait, mais elle n'a pas vu que la rondelle était

coincée à la maison, attendant que quelqu'un offre de la conduire à l'aréna. »

Je ne connais pas la durée de vie moyenne des organisations sans but lucratif, mais leurs dilemmes sont probablement comparables. Est-ce que l'accent doit être mis sur les améliorations graduelles des activités courantes, ou sur des modifications plus radicales en préparation des futurs changements de paradigmes inévitables et plutôt imprévisibles?

Dans le cas particulier de la SCR, nous avons la chance de pouvoir compter sur des présidents, des équipes de la haute direction, des conseils et des directeurs généraux visionnaires. Des « paris » avisés, comme séparer notre rencontre annuelle de celle du Collège royal dans les années 1990 ou, plus récemment, l'achat du *Journal of Rheumatology*, ont cimenté l'avenir de notre organisation à une époque où le financement est parfois plus limité et où les canaux numériques sont de plus en plus importants.

La majeure partie de l'argent se trouve maintenant dans le nuage numérique, et non dans les coffres des banques. Willie Sutton ne pourrait s'adapter à ce nouveau paradigme, mais une nouvelle génération de voleurs numériques a assurément su en tirer profit. C'est peut-être pourquoi l'autobiographie de Sutton était intitulée *Where the Money Was* (Où se trouvait l'argent). Dans cet ouvrage, il nie être à l'origine de la citation ayant donné naissance à la loi de Sutton. D'ici 2020, le président de la SCR sera probablement un autre Sutton (n'ayant, à ma connaissance, aucun lien de parenté avec l'autre). Mon conseil serait de se tourner vers Walter et Wayne Gretzky pour obtenir des conseils, et non vers Willie Sutton.

1. Jason Kirby. Disponible au *www.macleans.ca/economy/business/why-business-people-wont-stop-using-that-gretzky-quote/*. Consulté le 10 février 2019.

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

# COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

## RÉDACTEUR EN CHEF

**Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR**
Président, Association médicale de l'Ontario (AMO), Section de rhumatologie
Scarborough (Ontario)

## CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

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

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

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

## MEMBRES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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


Le *JSCR* est en ligne!
Visitez-nous sur le Web :
**www.craj.ca/index_fr.php**
Code d'accès : **craj**

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


**ÉQUIPE DE PUBLICATION**

**Paul F. Brand**
Directeur exécutif

**Russell Krackovitch**
Directeur de la rédaction
Département des projets sur mesure

**Jyoti Patel**
Rédactrice en chef adjointe

**Catherine de Grandmont**
Rédactrice-réviseure principale (version française)

**Donna Graham**
Chef de production

**Dan Oldfield**
Directeur du design

**Mélissa Drouin**
Services financiers

**Robert E. Passaretti**
Éditeur



© STA HealthCare Communications inc., 2019. 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. Nº de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : juin 2019.

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



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

# Mise à jour de l'ICORA

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

L'ICORA a financé 92 bourses et versé 6 375 982 $ en fonds de recherche : 48 bourses sous le thème Sensibilisation/Défense des intérêts/Enseignement, 23 sous le thème Équipes de soins multidisciplinaires, 20 sous le thème Accès rapide pour les patients souffrant de maladies rhumatismales et une sous le thème Économie de la santé/Viabilité des soins de santé/Amélioration de la qualité, une nouvelle catégorie créée en 2018. Les récentes bourses ont permis de recueillir des renseignements importants.

*« Understanding the barriers to self-management support for underserved populations living with arthritis and co-morbidities and developing patient-derived tools for healthcare policy and practice »*

Cette recherche intégrera l'application des connaissances de divers professionnels et décideurs de la santé pour la conception et la réalisation de l'étude. Ce processus est essentiel à la compréhension des obstacles auxquels font face les populations atteintes de maladies musculosquelettiques et devrait mener à des changements de politiques. (Chercheure principale : Dre D. Lacaille)

*« Measuring geographic variation in access to care for rheumatoid arthritis patients and related outcomes: A patient-centred approach »*

Cette étude traduira les résultats sur l'utilisation et le coût des services de santé, ainsi que la variabilité géographique de la qualité des soins et des résultats, en recommandations.(Chercheurs principaux : Drs D. Marshall et C. Barber)

*« Quality of referrals to pediatric rheumatology in Northern Alberta and its effects on access to care »*

Cette étude est importante pour le triage et l'éducation. Le triage des demandes de consultation par l'équipe de rhumatologie pédiatrique de l'Université de l'Alberta enseigne aux résidents comment établir les priorités et effectuer le triage et permet de reconnaître en quoi consiste une bonne demande de consultation. À la suite de la collecte de données, des données probantes seront recueillies pour cibler les médecins qui dirigent des patients en rhumatologie pédiatrique afin de les renseigner sur les meilleures pratiques en matière d'orientation des patients. (Chercheur principal : Dr M. Chan)

*« Assessing the provision, patterns, and costs of waiting for rheumatology care: a step towards optimizing the care of rheumatic diseases »*

Cette étude attire l'attention sur l'accès inéquitable aux soins dans les différentes régions. Les deux tiers des patients en rhumatologie sont des femmes; ainsi, l'accès inéquitable aux soins touche les femmes de façon disproportionnée. La recherche a également permis de quantifier d'importants volumes de patients en rhumatologie, qui excèdent ceux des médecins de famille. Le fait que moins de nouveaux patients soient vus chaque année est particulièrement important, car cela implique que la capacité des cabinets de rhumatologie (nombre de cas) est saturée. Cette situation contribue à augmenter les temps d'attente et à réduire l'accès aux soins. On a relevé des différences entre les rhumatologues féminins et masculins sur le plan de l'activité clinique et de la rémunération (revenus). En moyenne, les femmes rhumatologues ont fourni moins d'évaluations et ont vu moins de patients chaque année que les hommes, ce qui s'est traduit par des revenus moins élevés. Les femmes étant plus nombreuses en rhumatologie, cela a des conséquences sur le calcul du nombre optimal de rhumatologues. (Chercheurs principaux : Drs B. Kuriya, S. Bernatsky, J. Widdifield)

*Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC*
*Professeure de médecine,*
*Chef de division,*
*Division de rhumatologie,*
*Département de médecine, St. Joseph's Health Care*
*Université Western*
*London (Ontario)*

Vous êtes invités à soumettre vos résumés en vue de leur présentation lors de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR 2019 et de la réunion annuelle de l'AHPA!

La date limite pour les soumissions est le 12 octobre 2019.

Pour plus de détails, consulter le site ***www.rheum.ca/fr/***

# Pleins feux sur les prix de la SCR récompensant les résumés pour 2019

## Prix Ian Watson du meilleur résumé de recherche sur le LÉD présenté par un stagiaire

*Commandité par la Lupus Society of Alberta*
Lauréate : Dre Alexandra Legge, Université Dalhousie
Titre du résumé : *Constructing a Frailty Index as a Novel Health Measure in Systemic Lupus Erythematosus*
Superviseur : Dr John Hanly

## Prix Phil Rosen du meilleur résumé de recherche clinique ou épidémiologique présenté par un stagiaire

*Commandité par La Société de l'arthrite – Bourse commémorative Phil Rosen*
Lauréate : Dre Lauren King, Université de Toronto
Titre du résumé : *Determinants of Opioid Analgesic Use in Patients with Advanced Knee Osteoarthritis Referred for Consideration of Total Knee Arthroplasty*
Superviseure : Dre Gillian Hawker

## Meilleur résumé présenté par un résident en rhumatologie

*Commandité par la SCR*
Lauréate : Dre May Choi, Cumming School of Medicine, Université de Calgary
Titre du résumé : *Anti-NT5c1A Autoantibodies in Systemic Lupus Erythematosus*
Superviseurs : Dr Marvin Fritzler et Dre Ann Clarke

## Meilleur résumé de recherche en sciences fondamentales présenté par un stagiaire

*Commandité par la SCR*
Lauréate : Mme Remy Pollock, Réseau universitaire de santé
Titre du résumé : *Differential Expression of Human Endogenous Retroviruses in Psoriatic Disease*
Superviseure : Dre Dafna Gladman

## Meilleur résumé par un stagiaire de recherche de niveau maîtrise ou doctorat

*Commandité par la SCR*
Lauréate : Carolina Munoz-Grajalesk, Université de Toronto
Titre du résumé : *Presence of Microparticle Containing Immune Complexes in Asymptomatic ANA+ Individuals Despite the Absence of Inflammation*
Superviseure : Dre Joan E. Wither

## Meilleur résumé sur les initiatives concernant la qualité des soins rhumatologiques

*Commandité par la SCR*
Égalité pour la 1re place
Colauréate : Dre Cheryl Barnabe, Cumming School of Medicine, Université de Calgary
Titre du résumé : *Participant-Reported Effect of an Indigenous Health Continuous Professional Development Education Initiative*
Colauréate : Dre Ines Colmegna, Université McGill
Titre du résumé : *High Dose Influenza Vaccine in Seropositive Rheumatoid Arthritis Patients: Results of a Randomized Controlled Trial*

## Meilleur résumé présenté par un étudiant de médecine

*Commandité par la SCR*
Lauréat : M. Leonardo Calderon, Université d'Ottawa
Titre du résumé : *Methotrexate for Giant Cell Arteritis*
Superviseure : Dre Nataliya Milman

## Meilleur résumé présenté par un étudiant de premier cycle

*Commandité par la SCR*
Lauréate : Andrea Carboni-Jimènez, Université McGill
Titre du résumé : *Caregiving Intensity and Perceived Burden Among Informal Caregivers of Persons with Systemic Sclerosis Compared to Other Chronic Medical Conditions*
Superviseur : Dr Brett D. Thombs

## Meilleur résumé de recherche par un stagiaire en rhumatologie de 2e ou 3e cycle

*Commandité par la SCR*
Lauréat : Andre Luquini, Université de la Colombie-Britannique
Titre du résumé : *Identifying Determinants of Presenteeism in Workers with Inflammatory Arthritis*
Superviseure : Dre Diane Lacaille

## Meilleur résumé de recherche présenté par de jeunes professeurs

*Commandité par la SCR*
Lauréate : Dre Bindee Kuriya, Université de Toronto, Réseau universitaire de santé
Titre du résumé : *The Risk of Acute Mental Illness Service Use in Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis: A Population-Based Cohort Study*

# Message de la présidente

## Un message de la présidente de la SCR, la Dre Vandana Ahluwalia

Alors que j'amorce ma deuxième année comme présidente de la SCR, je suis enthousiasmée par l'année à venir et par la multitude d'initiatives et de projets qui devraient prendre leur envol à mesure que nous nous rapprochons du 75e anniversaire de notre association, en 2021. Aujourd'hui, je fais un retour en arrière sur une année incroyable axée sur les membres, marquée par les nombreux efforts de collaboration entre les différents comités et les diverses organisations partenaires.

S'appuyant sur l'excellent travail accompli par ma prédécesseure, la Dre Joanne Homik, et orientant ses efforts sur les priorités stratégiques de la SCR, notre association est parvenue à relever différents défis auxquels elle fait face. Nous nous efforcerons de comprendre nos membres et de répondre à leurs besoins et attentes en fonction de leur genre, de leurs caractéristiques démographiques et du stade de leur carrière.

Les communications et la collaboration, tant à l'interne qu'à l'externe, demeurent primordiales pour notre association. Nos priorités en matière de communications ont été nombreuses, qu'il s'agisse du transfert de connaissances et du soutien accordé dans le cadre de notre initiative sur les compétences en santé autochtone (un programme exclusif aux membres), de la communication des pénuries de médicaments, de l'élaboration de l'énoncé de position sur le cannabis à usage médical et de la mise à jour de l'énoncé de position sur les biosimilaires. Le Comité des ressources humaines a également accueilli de nouvelles coprésidentes l'an dernier, qui se penchent sur les enjeux continus se rapportant à la gestion des effectifs et s'affairent à préparer l'édition 2020 du sondage « Levez-vous pour être compté ». Les efforts de collaboration déployés au cours de la dernière année préparent le terrain en vue d'un partenariat avec les organisations nationales et internationales pour l'élaboration de lignes directrices dynamiques ou « vivantes », ainsi que pour la création d'un groupe d'intérêt spécial en soins musculosquelettiques pédiatriques au sein de la Société canadienne de pédiatrie. Le Comité de mobilisation des partenaires, récemment créé, se consacrera principalement à bâtir des liens et à faire entendre la voix de la SCR. Grâce à cette voix, je suis certaine que nous pourrons guider nos membres relativement aux nouvelles questions controversées et en évolution.

Dans cette nouvelle ère où les technologies évoluent et le financement va sans cesse en diminuant, des occasions et des défis se présentent alors que nous travaillons à donner plus de moyens à la SCR et à ses membres. Nous devons continuer à tirer parti des nouveaux partenariats formés et exploiter l'expertise de nos membres pour ouvrir de nouvelles portes tout en demeurant au premier plan de la conversation et du traitement de l'arthrite.

Pour les membres qui participeront à la réunion de l'American College of Rheumatology (ACR), en novembre, nous espérons que nous pourrons vous rencontrer lors de la prochaine Soirée du Canada annuelle, à Atlanta. J'attends aussi avec impatience de vous rencontrer tous du 26 au 29 février 2020 à Victoria, en Colombie-Britannique, à l'occasion de notre 74e Assemblée scientifique annuelle. J'espère que vous prévoyez participer à l'un des nouveaux événements le 26 février : le cours de mise à jour de la SCR pour les rhumatologues praticiens ou la Journée de la recherche de la SCR/Société de l'arthrite pour la communauté de la recherche sur l'arthrite.

*Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC*
*Présidente,*
*Société canadienne de rhumatologie*
*Ancienne chef de la direction corporative du service de rhumatologie*
*Système de santé William Osler*
*Brampton (Ontario)*

# Prix du rhumatologue émérite : Dr Edward Keystone

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

Après une année de recherche en laboratoire sur la polyarthrite rhumatoïde (PR) dans le cadre de ma bourse de recherche en allergologie, les docteurs Murray Urowitz, Hugh Smythe et Metro Ogryzlo m'ont invité à entrer dans le domaine de la rhumatologie. Je n'ai pas pu résister. Qui aurait pu? C'est la meilleure décision que j'aie jamais prise.

**Pourquoi est-il important pour vous de travailler comme consultant auprès de l'industrie pharmaceutique et biotechnologique et comme membre de nombreux conseils consultatifs biopharmaceutiques?**

Malgré le concept voulant que l'industrie soit le « côté obscur », j'en suis venu à réaliser que c'était l'industrie pharmaceutique et biotechnologique qui générait toutes les nouvelles thérapies qui allaient révolutionner le domaine. J'adorais l'idée d'être à l'avant-garde de la nouvelle vague de thérapies qui allaient améliorer considérablement la vie de nos patients.

**Vous avez reçu de nombreuses distinctions au cours de votre carrière, y compris le titre d'« Alumnus of Influence » (ancien élève influenceur) du Collège universitaire de l'Université de Toronto en 2012 et celui de « Rhumatologue de l'année » de l'Ontario Rheumatology Association en 2014. Quelle a été votre première pensée lorsque vous avez appris que vous remportiez ce prix de la SCR?**

J'ai été ravi que mes pairs m'aient choisi comme chef de file au sein d'un groupe de collègues respectés qui se consacrent à améliorer la vie des patients.

**En 2003, vous avez créé le Rebecca Macdonald Centre for Arthritis and Autoimmune Disease, un centre consacré à la recherche en génomique ainsi qu'aux traitements et aux résultats dans le domaine des maladies articulaires inflammatoires auto-immunes. En tant que directeur du centre et chef de la division des traitements de pointe, qu'est-ce qui vous a amené à concentrer vos recherches sur les nouveaux traitements de la PR?**

Au moment où j'ai choisi de me lancer dans le domaine de la thérapeutique, je me suis rendu compte qu'avec l'avènement des produits biologiques, le domaine de la rhumatologie était en pleine mutation. En tant qu'immunologiste, j'ai été particulièrement enthousiasmé par le concept de ciblage sélectif des molécules inflammatoires spécifiques à l'origine de la maladie dans la PR.

**De concert avec la Dre Katherine Siminovitch, vous travaillez actuellement à développer le Centre for Excellence in Personalized Medicine in Arthritis and Autoimmune Disease à l'Hôpital Mount Sinai. Qu'espérez-vous du développement de ce programme et quel sera son impact sur le domaine de la rhumatologie?**

Je crois qu'une meilleure compréhension des influences génétiques de nos maladies auto-immunes est la seule façon de mieux comprendre la pathogenèse de ces maladies en vue de prédire qui en sera atteint, quelle en sera l'issue et, surtout, quelle est l'approche à privilégier pour choisir le bon médicament pour la bonne personne et au bon moment, grâce à une médecine personnalisée.

**Quels changements majeurs dans le paysage de la rhumatologie avez-vous observés au cours de votre carrière?**

J'ai eu beaucoup de chance d'être témoin de la naissance du concept de ciblage sélectif des molécules pathogènes dans l'arthrite au moyen de produits biologiques et de nouvelles petites molécules ciblées sous la forme d'inhibiteurs des kinases JAK. Il s'agit de l'événement le plus incroyable de l'histoire du traitement des maladies rhumatismales. Nous sommes passés de 40 lits réservés aux patients hospitalisés en rhumatologie dans les hôpitaux de Toronto dans les années 70 à seulement 3 lits réservés dans la ville en 2019. Voilà qui en dit long.

**Quel est le défi organisationnel et professionnel le plus important auquel vous avez été confronté et comment êtes-vous parvenu à le surmonter?**

Recueillir suffisamment de fonds pour créer un programme de médecine personnalisée à notre centre d'excellence de l'Hôpital Mount Sinai. Jamais je n'ai renoncé, et j'ai relevé le défi!

**Comment votre travail a-t-il aidé à façonner le domaine de la rhumatologie ici et ailleurs?**

Mon travail a été consacré à améliorer l'acquisition de nouvelles thérapies au Canada et à enseigner à mes collègues la

façon d'optimiser les meilleures méthodes pour améliorer les résultats.

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

J'estime qu'il est très difficile d'inciter les rhumatologues canadiens à se lancer dans la recherche fondamentale en laboratoire sur le terrain en raison de la diminution des ressources provenant du gouvernement et d'ailleurs. Avec l'avènement des biosimilaires, le financement de l'industrie est également érodé au détriment des études initiées par les chercheurs et des bases de données d'observation.

### Compte tenu de votre longue expérience du domaine des maladies rhumatismales, à votre avis, quels changements connaîtra la recherche clinique au cours de la prochaine décennie?

La recherche translationnelle du laboratoire au chevet du patient pour comprendre les principes fondamentaux du processus pathologique à l'origine des maladies et la mise en application de ces principes pour améliorer les résultats en utilisant des approches médicales personnalisées.

### Votre jumeau identique est également un médecin de renommée mondiale. Comment cette relation a-t-elle influencé votre carrière médicale?

Ma carrière a été fortement influencée par mon frère qui m'a convaincu que je pouvais être professeur dans le domaine médical. Nous avons réussi des cours de premier cycle en travaillant ensemble et en essayant de rivaliser l'un avec l'autre au plus haut niveau. En tant que médaillé d'or de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto et récipiendaire de l'Ordre du Canada, mon frère Jay m'a imposé des normes élevées à respecter. En fin de compte, nous sommes tous les deux devenus éducateurs dans le domaine de la thérapeutique. C'est à la fois étonnant et très gratifiant.

### Deux « règles de Keystone » sont souvent citées lorsqu'on discute des résultats des essais sur la PR. Comment avez-vous créé ces règles? Est-ce que des traitements permettront un jour d'améliorer les résultats cités dans ces règles? Si oui, lesquels?

Les « règles de Keystone » sont nées de mon intérêt pour la thérapeutique. Alors que je parcourais la littérature portant sur les nouvelles thérapies, j'ai réalisé que ces règles s'appliquaient aux réponses à tous les nouveaux agents. Ce fut vraiment une révélation! Les plus récents inhibiteurs des kinases JAK amélioreront les résultats établis par les règles fondamentales. J'en suis fort heureux!

### On sait que vous vous intéressez beaucoup aux animaux, en particulier aux chevaux. Avez-vous appris quelque chose des animaux qui vous aide dans votre vie quotidienne de médecin?

Ma femme m'a fait connaître les chevaux pendant que je travaillais en recherche à Londres, en Angleterre. Nous avons appris à sauter, mais je passais au-dessus de la barre plus que mon cheval, ce qui m'a beaucoup appris sur l'humilité. L'équitation a été une grande source de détente (une fois que j'ai eu appris à monter) et un moyen de me réfugier à la campagne pour échapper à la foule.

### Qu'aimez-vous le plus du fait de vivre en Ontario?

La possibilité de vivre à proximité de la ville tout en profitant de la beauté de la campagne.

### Quelle est votre destination de vacances de rêve?

Simplement vivre sur ma ferme, avec ma famille, et m'amuser avec mes trois chiens, mes deux chats et mon cheval qui courent partout.

### Quel livre emporteriez-vous sur une île déserte?

Je n'irais pas sur une île déserte. Je suis un mauvais nageur, mais j'adore l'idée.

P.S. Je ne lis jamais de livres outre ceux portant sur la médecine – je n'ai pas le temps!

*Edward C. Keystone, M.D., FRCPC*
*Professeur de médecine,*
*Université de Toronto*
*Directeur,*
*The Rebecca MacDonald Centre for Arthritis and Autoimmune Disease*
*Consultant rhumatologue,*
*Mount Sinai Hospital*
*Toronto (Ontario)*

# Les jumeaux Jay et Ed Keystone, professeurs et anciens de l'Université de Toronto, donnent au suivant

Par Edward C. Keystone, M.D., FRCPC et Jay S. Keystone, CM, M.D., M.Sc. (CTM), FRCPC

*Les professeurs de médecine Jay et Ed Keystone, ayant tous deux reçu les titres de bachelier en sciences en 1965 et de docteur en médecine en 1969, sont des cliniciens, chercheurs, éducateurs et mentors estimés, ainsi que des sommités dans leurs domaines respectifs. Jay, spécialiste de la médecine des voyageurs et de la médecine tropicale au sein du Réseau universitaire de santé, est membre de l'Ordre du Canada, alors qu'Ed détient le titre de « Master » de l'American College of Rheumatology. Ils se remémorent les gens qui les ont aidés à devenir ce qu'ils sont aujourd'hui et s'interrogent sur la signification de l'expression « donner au suivant ».*

Le Dr Jay Keystone (à gauche) et le Dr Ed Keystone (à droite).

En 1943, nous avions été « colocs » dans le ventre de notre mère pendant à peine sept mois avant de venir au monde, pesant à nous deux six livres. Plus tard, notre passage à l'école publique a été jalonné d'échecs, pas parce que nous manquions d'intérêt, mais parce que nous n'étions pas très intelligents. Nous sommes les mêmes étudiants à qui le directeur de l'école secondaire a affirmé qu'ils n'iraient jamais à l'université. Les mêmes étudiants médiocres du secondaire qui, grâce à leur travail acharné, ont terminé plus tard parmi les meilleurs de leur classe de médecine (à l'Université de Toronto) et qui ont connu depuis des carrières universitaires fructueuses à la faculté de médecine d'une excellente université.

Vous vous demandez sûrement : à quoi veulent-ils en venir? Nous voulons en venir à ceci : l'endroit où vous commencez n'a pas d'importance, ni même votre succès à vos débuts. C'est l'aboutissement de vos efforts qui importe. De même, en reconnaissance de l'aide apportée par les personnes à qui vous devez ce succès, il vous revient de donner à ceux qui viendront après vous.

Donc, comment deux étudiants médiocres ont-ils pu se frayer un chemin dans le monde concurrentiel de la médecine? Nous avons commencé nos carrières universitaires en commerce et en finance à l'Université de Toronto, avant de quitter ce programme au début de la deuxième année. Nous avions reçu les conseils d'un médecin récemment diplômé de l'Université du Michigan, notre cousin, Jay Allen Keystone.

« Pourquoi ne pas étudier la médecine? », avait-il demandé.

« Parce que seuls les étudiants voués à ces études dès leur apprentissage de la propreté et les lauréats du Mérite scolaire de l'Ontario sont acceptés en médecine », avons-nous répondu.

Sa réponse a changé notre vie : « En médecine, la détermination est importante lorsque vous terminez vos études, pas lorsque vous les commencez. »

Par cette leçon tirée de son expérience comme nouveau médecin, il a donné au suivant.

Les établissements universitaires ne sont pas homogènes, pas plus que les départements qui les composent. L'une des premières leçons que nous avons apprises sur la médecine universitaire est que, outre la capacité, il existe deux façons de réussir : vous pouvez écraser ou passer par-dessus vos collègues dans votre quête du sommet, ou vous pouvez être bienveillant et juste à l'égard de ceux avec qui vous travaillez.

Traiter nos collègues sur un pied d'égalité et avec gentillesse est l'une des règles que nous avons suivies avec diligence tout au long de nos carrières. Cette philosophie nous a rapporté d'énormes dividendes. On nous a offert des possibilités inattendues dans des positions de leadership au sein de nos sociétés de spécialité et de l'université. Pas parce que nous sommes brillants (nous ne le sommes pas), mais parce que nous traitons nos collègues, qu'ils soient spécialistes ou non, avec respect et avons toujours été solidaires et attentifs à leurs demandes d'aide.

Une anecdote marquante nous vient à l'esprit : lorsque Jay a reçu une greffe de cellules souches de son « clone donneur de pièces de rechange », son frère Ed, au centre de cancérologie de l'Hôpital Princess Margaret, il a reçu la visite de plusieurs collègues du Toronto General Hospital et, de façon inattendue, mais tout aussi appréciée, d'un préposé à l'entretien qui, après avoir appris qu'il était malade, venait offrir son soutien. De même, lors de ses multiples admissions au Toronto General Hospital au cours de cette même année, les infirmières administratrices

principales, avec qui il avait travaillé il y a de nombreuses années au sein des services de médecine générale, lui ont apporté un soutien inestimable. Traitez bien les gens et ils vous traiteront bien en retour.

À titre d'éducateurs médicaux, c'est notre travail de former les membres de la prochaine génération afin qu'ils soient de meilleurs médecins que nous. Essentiellement, nous formons ceux qui nous poussent vers la sortie.

De nombreux merveilleux enseignants nous ont précédés. À l'Université de Toronto, Arthur Scott, docteur en médecine de la promotion 1953, nous a enseigné comment régler un problème médical à partir de principes de base fondés sur la physiologie élémentaire. Hugh Smythe, docteur en médecine de la promotion 1950, a enseigné les fondements de l'examen physique en rhumatologie. Grâce à lui, Ed peut maintenant former ses pairs rhumatologues de partout dans le monde afin qu'ils deviennent des experts de l'examen des articulations. Joe Marrotta, un neurologue clinicien exceptionnel de l'Hôpital St. Michael, nous a enseigné comment évaluer les événements neurologiques, d'abord sur le plan anatomique, puis sur le plan fonctionnel à l'époque où la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique n'étaient pas encore envisagées. Son collègue Peter Kopplin, docteur en médecine de la promotion 1963 et interniste accompli, attentionné et professionnel, nous a démontré, avec son calme habituel, l'importance de la relation docteur-patient.

Et finalement, Bob Goldsmith, un expert en médecine tropicale de l'Université de la Californie (San Francisco), encourageait ses collègues (principalement Jay) à se retirer des positions de leadership « plus tôt que plus tard » pour permettre aux cliniciens plus jeunes de prendre la relève et de laisser leur marque. Il est très important, mais souvent très difficile, de savoir quand se retirer pour laisser la place à la prochaine génération, une façon plus subtile de donner au suivant.

Quelqu'un a déjà écrit : « Une bonne éducation peut changer n'importe qui, mais un bon professeur peut tout changer. » Nous avons tenté de faire profiter la génération suivante de notre expérience et de nos connaissances, en nous inspirant de ces cliniciens exceptionnels qui nous ont précédés.

La leçon que nous désirons transmettre à tous ceux qui lisent cet article est qu'il faut penser à ceux qui vous ont marqués ou qui ont été vos mentors, et aux façons de donner au suivant.

*Edward C. Keystone, M.D., FRCPC*
*Professeur de médecine, Université de Toronto*
*Directeur, The Rebecca MacDonald Centre for Arthritis and Autoimmune Disease*
*Consultant rhumatologue, Mount Sinai Hospital*
*Toronto (Ontario)*

*Jay S. Keystone, C.M., M.D., M.Sc. (CTM), FRCPC*
*Professeur de médecine, Université de Toronto*
*Directeur, Toronto Medisys Travel Health Clinic*
*Unité des maladies tropicales, Hôpital général de Toronto*
*Toronto (Ontario)*

Reproduit avec la permission des Drs Ed et Jay Keystone et du Département de médecine légale de l'Université de Toronto. Mai 2019. Tous droits réservés.

CRA SCR AHPA

## ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE ANNUELLE 2020

VICTORIA (C.-B.) • 26-29 FÉV 2020

### À noter à votre agenda!

La SCR aimerait annoncer que l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) 2020 de la SCR et de l'Association des professionnels de la santé de l'arthrite (APSA) se déroulera du 26 au 29 février 2020 dans la superbe ville de Victoria, Colombie-Britannique

### Nouveau : Cours de révision et Journée de la recherche

Nous sommes enchantés de vous présenter deux nouveaux programmes parallèles, un Cours de révision et une Journée de la recherche qui seront offerts avant notre ASA à Victoria, C.-B., le 26 février 2020.

### Cours de révision

Le Cours de révision sera offert à tous les rhumatologues en exercice qui souhaitent mettre leurs connaissances à jour et il portera sur des sujets chauds du domaine de la rhumatologie.

### Journée de la recherche

En collaboration avec la Société d'arthrite, la Journée de la recherche réunira des scientifiques et des experts du Canada entier et fera le point sur les plus récentes innovations dans le domaine de l'arthrite et des maladies rhumatismales.

**Pour de plus amples renseignements sur la conférence et les dates importantes, visitez le site *rheum.ca/fr/***

Au plaisir de se voir à Victoria!

# Prix du chercheur émérite : Dre Diane Lacaille

**Vous êtes reconnue comme une pionnière dans l'utilisation des données administratives pour améliorer la qualité des soins et la recherche pharmacoépidémiologique. Qu'est-ce qui vous a amenée à vous concentrer sur ces domaines d'intérêt?**

Les questions de recherche auxquelles je tente de répondre dans le cadre de mon programme de recherche sont habituellement inspirées par ma pratique clinique. J'ai commencé à exercer en 2000, à une époque où de nouveaux traitements et de nouvelles approches ont complètement changé le paysage de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et ouvert la porte à de nouvelles possibilités de maîtriser cette terrible maladie et de prévenir les dommages articulaires, d'une manière qui n'avait jamais été possible auparavant. Mais, ce qui m'a frappée, dès le départ, c'est que certains patients ont été complètement exclus du jeu. Ils accédaient aux soins trop tard. Il ne sert à rien de disposer des médicaments les plus efficaces si les patients n'ont pas accès aux soins. C'est ce qui m'a incitée à m'intéresser à l'évaluation de la qualité des soins à l'échelle de la population, à la capacité d'examiner tous les patients à l'échelle de la province, et pas seulement ceux que nous voyons régulièrement en consultation.

Je m'attendais à ce que les soins ne soient pas parfaits, mais j'ai été choquée lorsque j'ai reçu les résultats de ma première étude, qui montraient que seulement la moitié des patients de la Colombie-Britannique désignés comme étant atteints de PR par leur médecin de famille étaient dirigés vers des rhumatologues ou commençaient à prendre un antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM). Au début, je ne croyais pas à ces résultats. Toutefois, peu de temps après en avoir pris connaissance, je me souviens d'avoir vu, dans une clinique d'une région rurale, un patient présentant des difformités caractéristiques de la PR avancée qui n'avait jamais pris d'agent modificateur de la maladie. Je savais que je tenais quelque chose de réel. Depuis, d'autres ont constaté des résultats semblables dans d'autres provinces. Les choses vont mieux maintenant, mais la situation n'est pas optimale. Le problème, c'est qu'on ne connaît pas ce qu'on ne voit pas. Nous devons concevoir des méthodes pour mesurer systématiquement la qualité des soins reçus par tous si nous voulons comprendre les lacunes dans les soins et améliorer les choses.

**En quoi ces travaux ont-ils eu une incidence sur le paysage local de la PR au Canada?**

Je pense que ces résultats ont ouvert les yeux de nombreuses personnes. En Colombie-Britannique, le ministère de la Santé et les intervenants du domaine de l'arthrite se sont lancés dans une stratégie de prise en charge de maladie chronique pour l'arthrite. Des lignes directrices locales sur la PR à l'intention des médecins de famille ont été élaborées. Ces résultats ont joué un rôle déterminant dans la sélection de la PR comme cible d'un programme provincial de soutien à la pratique, qui intègre des outils utiles dans la pratique des médecins afin d'appuyer la prise en charge de la PR par les médecins de famille. À l'échelle nationale, nos recherches et celles d'autres intervenants, qui ont permis de cerner des lacunes semblables en matière de soins, ont suscité de l'intérêt pour l'élaboration d'autres modèles de soins et de systèmes permettant d'évaluer l'incidence de ces modèles de soins. L'Alliance de l'arthrite du Canada a fait beaucoup de travail à cet égard.

**Vous avez exploré l'impact de la recherche communautaire (p. ex. auprès des communautés des Premières nations) pour élaborer et évaluer des programmes sur l'arthrite conformes aux approches autochtones en matière de santé. Pourquoi la recherche « communautaire » est-elle importante dans le domaine de la PR?**

Lorsqu'on travaille en partenariat avec les communautés autochtones, une approche communautaire en recherche est absolument essentielle. Pour que la recherche ait un impact réel et réponde adéquatement aux besoins de la communauté, il faut que la recherche menée soit acceptée. Pour ce faire, la communauté doit participer activement tout au long du processus : établir les priorités de recherche, déterminer les besoins, formuler des commentaires et s'assurer que les services créés pour les patients atteints d'arthrite sont conformes à leurs valeurs et priorités. Ces relations prennent du temps à établir et doivent être fondées sur la confiance et le respect. Il est à espérer que des services rhumatologiques conformes aux approches autochtones en matière de santé contribueront à réduire les inégalités en matière de santé observées dans les collectivités des Premières nations.

**Pourquoi vous êtes-vous concentrée sur l'emploi et sur le développement de *Making it Work*[MC], le premier programme complet visant à prévenir l'incapacité au travail chez les personnes atteintes d'arthrite inflammatoire?**

En tant que rhumatologue, je constate que les personnes atteintes d'arthrite ont souvent de la difficulté à continuer à travailler et je sais à quel point le travail est important pour nos patients. C'est bien plus qu'une source de revenus. C'est une partie importante de leur identité, de leur sens de la contribution à la société, de leurs interactions sociales et bien plus encore! Je suis constamment émerveillée par la capacité des gens à aller de l'avant malgré les défis qu'ils rencontrent au travail. Les gens sont si débrouillards! Leur résilience est ce qui m'inspire à poursuivre mes recherches et à trouver des moyens de leur permettre de continuer à travailler parce que cet aspect très important pour eux.

**Quelles orientations futures souhaitez-vous poursuivre dans votre propre recherche? Quelles avancées générales aimeriez-vous voir dans le domaine de la rhumatologie et des soins de l'arthrite?**

Je veux continuer à concevoir et à évaluer des stratégies pour améliorer la prestation des soins aux patients atteints d'arthrite et d'autres maladies qui surviennent comme complications de l'inflammation. Je pense que nous devons tirer parti de la technologie pour améliorer les soins à l'échelle individuelle, en utilisant les technologies de télésanté afin que les gens puissent participer davantage à leurs soins, comme l'application que nous avons conçue pour permettre aux personnes atteintes de PR de surveiller elles-mêmes l'activité de leur maladie, ainsi qu'à l'échelle du système, en tirant parti des dossiers médicaux électroniques et d'autres sources de données pour mesurer et donner une rétroaction en temps réel, afin d'améliorer continuellement la qualité. Je pense que la technologie de la télésanté va transformer la façon dont nous fournissons des soins dans une mesure que nous ne pouvons même pas imaginer pour l'instant.

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

Je dirais que c'est une carrière très enrichissante. Oui, cela exige beaucoup de travail et de persévérance et il y a de nombreux défis à relever, surtout dans le contexte de financement actuel. Il faut apprendre à ne pas se laisser abattre par les demandes de bourse qui sont rejetées et les manuscrits qui doivent être soumis à nouveau. Il faut essayer d'en tirer des leçons, puis aller de l'avant et essayer à nouveau. Il est également essentiel d'avoir un bon mentor, quelqu'un qui peut vous aider à naviguer dans le système et vous donner des conseils judicieux; quelqu'un qui a votre meilleur intérêt à cœur et peut vous ouvrir des portes. Finalement, il est très important de ne pas trop s'engager dans le travail clinique. Les patients passent toujours en premier, mais il faut se garder du temps pour la recherche pour réussir.

Mais malgré tous les défis, cela en vaut la peine! Je trouve mon travail toujours stimulant et intellectuellement enrichissant. J'adore la diversité de mes journées. Lorsque les projets se concrétisent enfin, il est très satisfaisant de voir ou de ressentir l'impact du travail accompli. Certains de mes moments les plus mémorables ont été d'entendre des participants du programme *Making it Work* décrire à quel point ce programme avait changé leur vie et à quel point il était important pour eux.

La Dre Diane Lacaille recevant son prix de la Dre Vandana Ahluwalia.

**Quel est votre plaisir coupable à la télévision?**

Je ne regarde jamais la télé! Seulement les Jeux olympiques et les bulletins d'information.

**Quel est votre endroit préféré pour voyager?**

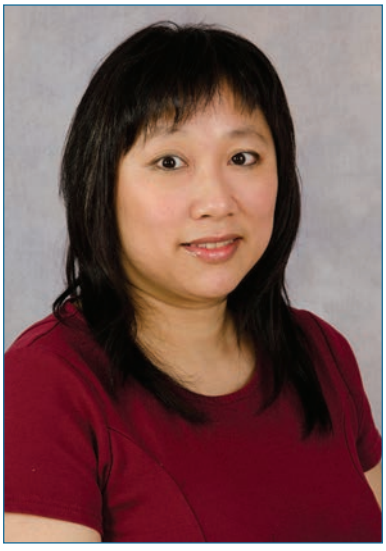
Ce que je préfère, c'est de partir sur notre voilier vers le nord, le long de la côte, vers des endroits où seuls les bateaux peuvent aller, loin des routes, où l'on n'entend aucune voiture. Je chéris le moment où nous coupons le moteur, laissons le vent remplir les voiles et ne faisons qu'un avec l'océan. Peu importe où nous sommes, j'adore être à l'ancre la nuit dans une baie tranquille, regarder la nuit tomber et les étoiles apparaître dans le ciel.

**John Esdaile et Kam Shojania ont fait jouer une vidéo hilarante au Gala de la SCR pour présenter votre prix. Quel genre de collègues de travail sont-ils?**

Ils sont extrêmement intelligents, aussi rapides et pleins d'esprit que dans la vidéo et d'un soutien incroyable! Je n'aurais pas pu demander un meilleur mentor et un chef de division plus solidaire.

*Diane Lacaille, M.D., FRCPC, MHSc*
*Chaire de rhumatologie Mary Pack–Société de l'arthrite*
*Professeure de rhumatologie,*
*Université de la Colombie-Britannique*
*Chercheuse scientifique principale,*
*Directrice scientifique associée,*
*Arthritis Research Canada*
*Richmond (Colombie-Britannique)*

# Prix du formateur d'enseignants : Dre Shirley Tse



### D'où croyez-vous que provient votre passion pour la formation médicale?

J'ai toujours aimé côtoyer des apprenants de tous les niveaux et pas seulement pour les aider à acquérir de nouvelles connaissances, mais également pour apprendre d'eux. Je peux dire humblement que mes stagiaires me gardent jeune et dans le coup. J'ai pu transposer cette expérience dans mon rôle de directrice de programme pour le programme de formation en rhumatologie pédiatrique à l'hôpital SickKids de l'Université de Toronto. Mon rôle de directrice de programme et ma participation au *Education Scholars Program* m'ont permis de faire preuve d'innovation et de créativité dans l'élaboration de programmes, l'enseignement interactif, l'évaluation des apprenants, le mentorat et l'utilisation de la technologie en enseignement.

### Vous avez remporté de nombreux prix prestigieux en enseignement, mais quelle a été votre première pensée lorsque vous avez appris que vous remportiez ce prix? Êtes-vous toujours surprise d'avoir gagné?

Je ne le savais absolument pas et j'ai été très surprise lorsque j'ai appris que j'avais remporté ce prix. En fait, j'étais en train de donner un atelier sur la compétence par conception et je recevais sans cesse des messages de mes collègues en rhumatologie (les personnes extraordinaires qui ont soumis ma candidature) me demandant de vérifier mes courriels. Ce fut un sentiment incroyable et un véritable honneur d'être reconnue, considérée et récompensée par ce prestigieux prix en enseignement.

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

Il y a toujours des moments propices à l'enseignement, même dans un environnement clinique occupé. Il n'y a pas de mauvaise question, et les apprenants doivent sentir qu'ils peuvent sans crainte poser leurs questions ou tenter de comprendre le raisonnement qui sous-tend la réponse. La clé pour que les apprenants retiennent ce qui leur est enseigné est de simplifier et de promouvoir la compréhension plutôt que la mémorisation. Ce principe est illustré à merveille par un grand nombre de nos professeurs talentueux qui enseignent l'immunologie à nos stagiaires. Il s'agit de l'un des sujets les plus difficiles à maîtriser, mais essentiel pour tous les stagiaires en rhumatologie et les meilleurs éducateurs l'enseignent avec passion, clarté et simplicité à l'aide d'applications cliniques associées (« causeries » tenues par des experts/professeurs versés en immunologie). En même temps, j'ai appris des meilleurs éducateurs qu'il faut reconnaître ses propres limites et accepter de ne pas connaître la réponse, même si on est membre du corps enseignant. Toutefois, vous pouvez établir un plan avec vos apprenants pour explorer la question, examiner la littérature publiée, vous regrouper et en discuter de nouveau. Il est tout aussi important de faire preuve de flexibilité dans son enseignement et de tenter de l'adapter au style d'apprentissage qui convient le mieux aux stagiaires. L'objectif final est de développer la pensée critique et autonome et d'amener les apprenants à donner le meilleur d'eux-mêmes, tout en leur rappelant qu'il est important de partager leurs connaissances avec d'autres.

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

J'ai eu la chance d'être entourée d'une multitude d'extraordinaires et talentueux éducateurs tout au long de ma formation et de ma carrière. À la manière d'un anthropologue lors d'une sortie sur le terrain, j'aime prendre le temps d'observer et d'assimiler les méthodes utilisées par les éducateurs érudits pour enseigner et produire des recherches, et je tâche d'intégrer leurs précieux conseils à ma pratique.

### Vous participez actuellement à l'élaboration des activités professionnelles confiables (APC) et des jalons à l'échelle nationale par l'intermédiaire du Collègue royal, en préparation de la mise en œuvre de la compétence par conception (CPC). Pouvez-vous nous expliquer en quoi consistent les APC et quelle sera leur incidence sur l'environnement de formation médicale?

Les APC sont en phase avec les concepts de médecine de précision ou de médecine personnalisés dans les soins aux patients. Les APC s'éloignent de l'approche temporelle pour passer à une compétence plus personnalisée sur le plan des connaissances, des compétences et des habiletés clés que les résidents acquièrent à mesure qu'ils progressent tout au long des étapes de développement de leur programme de formation en rhumatologie. À chaque étape, il y aura des tâches précises, ou APC, dont les résidents devront faire la démonstration de façon autonome. Chaque APC est séparée en plusieurs petites tâches, ou jalons, que les résidents peuvent perfectionner pour rendre le processus plus facile à gérer et obtenir une rétroaction et un encadrement, mais également pour progresser en fonction de

leur compétence. En parallèle, j'aiderai les enseignants et les évaluateurs à se concentrer sur les activités cliniques précises et sur les compétences que doit posséder le résident en fonction de son stade de formation et à personnaliser le soutien et les attentes en fonction du développement, de la progression et de la compétence de chaque résident. Finalement, les APC visent à s'assurer que les résidents diplômés sont compétents, possèdent les aptitudes nécessaires et adoptent les comportements voulus pour répondre aux besoins en évolution des patients et optimiser les résultats chez les patients.

### Quels sont les projets qui vous enthousiasment actuellement et quels sont les projets que vous aimeriez entreprendre dans le futur?

Je travaille actuellement à différents projets cliniques, éducatifs et d'amélioration de la qualité. Dans le domaine éducatif, je m'intéresse beaucoup à l'utilisation de la technologie pour enseigner à différents apprenants, y compris les stagiaires en médecine, les fournisseurs de soins de santé ainsi que les patients et leurs familles. Ainsi, mes projets éducatifs comprennent des modules d'apprentissage de la rhumatologie pédiatrique en ligne, l'élaboration et l'utilisation de vidéos éducatives et l'exploration de la réalité virtuelle dans l'environnement d'apprentissage clinique. Je m'intéresse également à l'utilisation de la ludification comme outil d'apprentissage et à l'amélioration de l'engagement de l'apprenant.

### Depuis que vous êtes devenue directrice de programme dans le cadre du programme de formation en rhumatologie pédiatrique à l'Université de Toronto en 2007, comment la nature de la formation des médecins dans ce domaine a-t-elle changé?

Les domaines de la rhumatologie et de la formation médicale ont été très fluides et le programme de formation s'est adapté pour répondre aux avancées et aux changements continus. Le programme d'enseignement et l'environnement clinique ont été transformés pour garder les stagiaires au fait des changements, notamment en assurant une meilleure compréhension des maladies rhumatismales (p. ex. élargissement du spectre des maladies auto-inflammatoires), des cibles thérapeutiques (y compris les agents biologiques et les petites molécules), des applications d'imagerie novatrices (p. ex. techniques d'imagerie vasculaires, IRM du corps entier, échographie POCUS) et de l'intégration de la médecine personnalisée et de précision (utilité des données, biomarqueurs, gènes, entrevues motivationnelles, prise de décisions partagée). En ce qui concerne la formation médicale, nous avons créé une structure visant la formation de médecins complets par l'intermédiaire des compétences CanMEDS du Collège royal, en portant attention à l'amélioration de la qualité et aux initiatives favorisant la sécurité des patients, pour éventuellement passer à une nouvelle approche de CPC. En outre, pour nos apprenants autochtones « numériques », nous avons mis en œuvre une variété de technologies dans l'environnement clinique et de formation, y compris l'apprentissage en ligne, des vidéos éducatives, des ressources en rhumatologie en ligne, des simulateurs d'injection intra-articulaire, des plateformes de santé en ligne

La Dre Shirley Tse recevant son prix de la Dre Vandana Ahluwalia.

et des applications médicales. Nous avons également multiplié les occasions pour les stagiaires de poursuivre leurs travaux en recherche clinique, en recherche fondamentale/translationnelle, en formation/enseignement, en amélioration de la qualité, en échographie musculosquelettique et en leadership au cours de leur programme postdoctoral de base ou des années de formation supplémentaires.

### Avez-vous un talent caché que peu de gens connaissent?

J'adore faire des activités avec ma famille. Nous faisons du karaté en famille depuis près de 12 ans maintenant. Nous sommes tous ceinture noire troisième dan, et oui, je sais me servir de toutes les armes utilisées par les Tortues ninjas. J'ai même remporté la première place lors d'un tournoi de karaté... dans la catégorie des femmes d'âge mûr, mais le trophée est toujours fièrement exposé dans mon bureau.

### Quel est le premier concert de musique auquel vous avez assisté?

Je dois avouer que j'ai un faible pour les « *boy bands* ». C'est depuis toujours ma musique de prédilection pour étudier, écrire ou simplement me détendre. Mon premier concert de « *boy band* » a été celui du groupe canadien Glass Tiger. Il ne m'a fallu que 20 ans de plus pour finalement applaudir les célèbres New Kids on the Block et Backstreet Boys (tournée NKOTBSB). Heureusement, à ce stade plus avancé de ma vie, j'avais les moyens de m'asseoir dans les premières rangées, près la scène.

*Shirley Tse, M.D., FRCPC*
*Professeure agrégée,*
*Département de pédiatrie,*
*Université de Toronto*
*Rhumatologue et directrice de programme,*
*The Hospital for Sick Children*
*Toronto (Ontario)*

# Tofacitinib : le premier inhibiteur des protéines JAK

Pr XELJANZ MD XR
(citrate de tofacitinib)
libération prolongée • comprimés à 11 mg

## FORMULATION À PRISE
## UNE FOIS PAR JOUR **PRATIQUE** | 11 mg 1 f.p.j.[1,2]

XELJANZ/XELJANZ XR (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou sévère qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ/XELJANZ XR (tofacitinib) en monothérapie[1].

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf et la mise à jour importante sur l'innocuité à l'adresse http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2019/69336a-fra.php pour obtenir des renseignements importants sur :

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

# pour la polyarthrite rhumatoïde[3*]

Pr XELJANZ MD
(citrate de tofacitinib)
comprimés à 5 mg

## VASTE **EXPÉRIENCE MONDIALE**
### DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

- Offert au Canada depuis **plus de 5 ans**[4].
- **Plus de 9 000 patients canadiens** atteints de polyarthrite rhumatoïde se sont inscrits au programme de soutien eXel[MC 3].
- Le tofacitinib a été prescrit à **plus de 160 000 patients** dans plus de 80 pays du monde entier[3].
- **Plus de 500 médecins** canadiens ont prescrit XELJANZ par l'intermédiaire du programme de soutien eXel[MC], et la majorité d'entre eux (87 %) ont renouvelé l'ordonnance[3†].

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

JAK = Janus kinase; f.p.j. = fois par jour
* La portée clinique comparative n'a pas été établie.
† Les données relatives aux ordonnances et aux médecins ont été obtenues au moyen des formulaires d'inscription au programme de soutien eXel[MC], de juin 2014 à novembre 2018.


**Références :**
**1.** Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR. 4 février 2019.
**2.** Santé Canada. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ XR.
**3.** Pfizer Inc. Données internes. 2018.
**4.** Santé Canada. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V.
Pfizer Canada SRI, licencié
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2019 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5


Pr XELJANZ MD (citrate de tofacitinib) comprimés à 5 mg

Pr XELJANZ MD XR (citrate de tofacitinib) libération prolongée • comprimés à 11 mg

PP-XEL-CAN-0390-FR

# Prix du chercheur émergent : Dr Glen Hazlewood

**Qu'est-ce qui vous a inspiré à concentrer vos recherches sur l'efficacité des médicaments et les préférences des patients en matière de traitement?**

Premièrement, mes formidables mentors! J'ai découvert mon intérêt pour la recherche lors de ma participation aux lignes directrices sur la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR) de la SCR. J'ai commencé à travailler à cette initiative alors que j'étais *fellow* et je me suis intéressé au processus décisionnel entourant le traitement, tant dans le contexte des lignes directrices que chez les patients individuels. Cela m'a permis de constater à quel point nous étions peu renseignés sur les décisions que nous prenons tous les jours.

**Récemment, vous avez reçu une bourse sur quatre ans pour mener un essai clinique multicentrique contrôlé à répartition aléatoire sur la réduction des médicaments chez les patients atteints de PR qui ont obtenu une rémission clinique soutenue. Quels sont vos espoirs et vos attentes concernant les résultats de cette étude?**

Nous espérons que cette étude démontrera qu'il est possible de réduire sans danger les doses de médicaments chez un grand nombre de patients qui se portent bien (en rémission). Fait important, cet essai est conçu pour être aussi « pragmatique » que possible, c'est-à-dire qu'il reflète la façon dont la réduction de la dose serait réalisée dans la pratique réelle. Nous espérons que les résultats aideront les patients et les rhumatologues à décider si une réduction graduelle de la dose est appropriée ou non une fois que les patients ont obtenu une rémission.

**Comment faites-vous pour travailler comme professeur adjoint en plus de diriger vos programmes de recherche?**

En fait, quand les choses vont bien, cela me facilite la tâche! De plus, cela me permet de rester à jour.

**Vous avez établi une collaboration entre plusieurs groupes internationaux, dont Cochrane et l'American College of Rheumatology, dans le but de mener des revues des données vivantes. Quels types de résultats émergents avez-vous remarqués et quelle sera l'incidence de ces résultats sur l'éventail de traitement de la PR?**

Un des principaux défis entourant l'élaboration des lignes directrices est le fait qu'on doit se tenir au courant des données, qui évoluent rapidement. Il y a également beaucoup d'efforts déployés en double. Nous espérons que, dans le cadre de ce projet, les groupes responsables des lignes directrices pourront collaborer à l'aspect relatif à l'examen des données lors de l'élaboration des lignes directrices et maintiendront cet effort à plus long terme. Une des premières leçons tirées de ces travaux est qu'une collaboration efficace est bénéfique pour tous.

**Vous avez déjà de nombreux projets de recherche à long terme en cours, mais à quels autres intérêts aimeriez-vous vous consacrer dans le futur? Quels sont vos espoirs pour l'orientation générale du développement dans le domaine de la rhumatologie?**

Les choix de traitement sont de plus en plus complexes. Nous disposons de plus de traitements, et nous assisterons à une multiplication des données pour orienter le choix de traitement, dont des données typiques (études avec et sans répartition aléatoire) et de nouveaux diagnostics de précision. Un défi important consistera à déterminer comment intégrer ces données à une prise de décisions thérapeutiques centrée sur le patient. J'espère que nous pourrons relever ces défis en tenant compte du processus décisionnel dans son ensemble au moment d'établir les priorités et de concevoir des études de recherche.

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

L'aspect le plus gratifiant (et le plus difficile) de la médecine universitaire est que vous accumulez constamment de petites récompenses (et de petites déceptions). Établir un équilibre

entre la vie clinique, universitaire et familiale est également difficile, mais c'est ce qui me garde les pieds sur terre. Si un de mes articles est refusé, mes enfants s'en fichent complètement!

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

**Quel conseil donneriez-vous aux personnes qui désirent se spécialiser en rhumatologie et poursuivre une carrière en recherche?**
Foncez, même si vous avez des doutes. Je n'avais jamais songé à la rhumatologie jusqu'à ce que j'essaie, juste avant que le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) me le propose et je n'avais jamais pensé à la recherche avant ma formation postdoctorale.

**Votre succès pour obtenir du financement en recherche est digne de mention alors que vous avez obtenu plus d'un million de dollars à titre d'investigateur principal. Avez-vous des conseils à offrir pour soumettre une demande de bourse solide?**
Gardez les choses simples, ajoutez un élément de nouveauté et ne vantez pas excessivement vos travaux. Demandez à une personne objective de lire et de commenter votre demande et continuez à essayer, car cela tient beaucoup à la chance.

**Si vous ne meniez pas une carrière en recherche, que feriez-vous?**
Je travaillerais en rhumatologie clinique, un domaine que j'aime encore beaucoup! Et je prendrais probablement plus de vacances. Attendez un peu, ça semble être une très bonne idée…

**Êtes-vous plutôt matinal, ou nocturne?**
Matinal, mais ça dépend des jours!

**Combien de tasses de café vous faut-il pour avoir une journée productive?**
Au moins trois.

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

Le Dr Glen Hazlewood recevant son prix de la Dre Vandana Ahluwalia.

*Glen Hazlewood, M.D., FRCPC*
*Professeur adjoint,*
*Départements de médecine et des sciences de la santé communautaire,*
*Cumming School of Medicine,*
*Université de Calgary,*
*Calgary (Alberta)*

# *RheumJeopardy!* lors de l'ASA 2019 de la SCR

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Le Dr Philip Baer, hôte de *RheumJeopardy!* 2019, photographié avec la Dre Valérie Leclair (capitaine de l'équipe de l'Est), la Dre Jennifer Reynolds (capitaine de l'équipe de l'Ouest) et la DreRosie Scuccimarri (présidente de l'événement cette année).

« Bâtir des ponts » était le thème de l'ASA 2019 de la SCR, thème soutenu par la ludification dans le cadre du jeu *RheumJeopardy!*, qui a réuni plus de 200 participants le vendredi après-midi de l'ASA, qui s'est tenue au Fairmont Reine Elizabeth, à Montréal. Une fois de plus, les participants ont été répartis en deux équipes, l'équipe de l'Est et l'équipe de l'Ouest, la limite entre les deux zigzaguant dans la région du Grand Toronto. Mon cabinet de Scarborough et mon domicile de North York m'ont valu d'être affecté à l'équipe de l'Est, mais mes chaussettes Est-Ouest m'ont permis de démontrer à l'auditoire ma neutralité. Notre présidente était la Dre Rosie Scuccimarri, capitaine de l'équipe de l'Est l'an dernier, qui avait remporté la victoire. Elle a animé la soirée après une dure nuit sur appel. En 2018, elle a impressionné par sa collection ahurissante de chandails d'équipes sportives de l'Est. Cette année, elle a montré sa neutralité en amorçant le jeu dans un chandail des Jets de Winnipeg, supposé représenter le centre du Canada, mais a fini par dévoiler son vrai visage en arborant un chandail du Canadien de Montréal. De nouveaux capitaines étaient en poste cette année : Valérie Leclair, de l'Hôpital général juif de Montréal, pour l'Est et Jennifer Reynolds, du St. Paul's Hospital, pour l'Ouest.

Merci à Mark Atkinson et à son équipe audiovisuelle exceptionnelle, grâce à qui nous n'avons eu aucun problème technique cette année. Tous les membres de l'auditoire pouvaient participer à l'aide de l'application *PollEverywhere*. En raison de fautes de frappe, j'ai accidentellement inventé une nouvelle maladie, la « dermatomyosotis », et j'ai constaté que j'étais atteint d'une forme de dyslexie me faisant inverser les lettres D et J lorsque j'ai massacré le nom du célèbre Dr van der Heijde. Ce genre d'erreur saute aux yeux lorsque vous utilisez une taille de police de 60 pour créer vos diapositives! Toutefois, mes collègues n'étaient pas à l'abri des erreurs : dans une question posée cette année, on montrait une radiographie de la colonne vertébrale d'un patient atteint de spondylarthrite ankylosante, alors que la légende indiquait qu'il s'agissait d'une image d'arthrose du genou tirée d'une édition imprimée en 2016 de la publication de l'ACR, *The Rheumatologist*.

Les catégories choisies cette année étaient bien connues : *Rheum Potpourri*, *Rheum Art*, *Old Drugs New Tricks*, *OA*, *Sight Diagnosis* et *Numbers*. Comme les scores étaient faibles au terme de l'édition de 2018, nous avons joué uniquement à Jeopardy double cette année, la valeur des points variant ainsi entre 200 et 1 000. Les thèmes communs à plusieurs questions comprenaient les syndromes auto-inflammatoires, la rhumatologie pédiatrique, les maladies/mutations qui protègent contre d'autres maladies et les médicaments utilisés en rhumatologie qui ont été reconvertis pour traiter des maladies non rhumatismales.

Après la présentation par Rosie de photos montrant le coup de grâce porté à David Robinson au cours du match de 2018, j'ai passé en revue des nouvelles de 2018 sur Jeopardy, notamment les rumeurs voulant qu'Alex Trebek prenne sa retraite. C'est sur cette information que se fondait notre exemple de question portant sur ses remplaçants potentiels. La réponse était Laura Coates, une commentatrice juridique américaine, à ne pas confondre avec Laura Coates, auteure de l'étude TICOPA en rhumatologie et connue pour son travail sur l'activité minimale de la maladie.

Nous sommes ensuite passés au jeu proprement dit, qui s'est déroulé à un rythme soutenu et a donné lieu à des scores très élevés. Après nous avoir appris que le trait drépanocytaire protège contre la malaria et que le HLA-B27 assure une protection contre le VIH, les questions posées cette année ont révélé que la fièvre méditerranéenne familiale protège contre la peste bubonique et qu'un gène qui protège contre les engelures prédispose les personnes porteuses à l'arthrose.

Encore une fois, nous avons découvert que les médicaments antipaludiques sont les couteaux suisses de la rhumatologie. Non seulement servent-ils à prévenir et à traiter la malaria et à traiter la polyarthrite rhumatoïde (PR), le lupus érythémateux disséminé (LED) et de nombreuses autres maladies rhumatismales, mais ils pourraient également être efficaces contre le virus Zika et protéger contre le VIH (à l'aide d'un implant vaginal développé à l'Université de Waterloo). Est-ce que les médicaments antipaludiques sont efficaces contre l'arthrose? La réponse à cette question pourrait être révélée lors d'un prochain jeu *RheumJeopardy!* (pour ceux qui ne peuvent attendre, consultez les résultats de l'étude HERO en ligne).

Comme à l'habitude, j'ai tenté de mettre en valeur des recherches canadiennes. Nous avons découvert que l'équipe chargée de définir les poussées de PR dans le cadre de l'étude OMERACT, dirigée par la Dre Vivian Bykerk, n'a pas inclus les articulations tuméfiées dans la définition de poussée et s'est basée uniquement sur les résultats liés aux patients. Nous avons également découvert que bien qu'elles soient des chercheuses prolifiques, les Dres Janet Pope et Dafna Gladman ne font pas partie de la catégorie des auteurs « hyperprolifiques », qui publient en moyenne un article scientifique tous les cinq jours, selon un article paru récemment dans le magazine Nature. Deux rhumatologues européens font partie de cette liste : le Dr Maxime Dougados et le Dr van der Heijde, que j'ai mentionné précédemment.

Parmi les questions qui ont laissé les deux équipes perplexes, mentionnons le titre d'anticorps antinucléaires utilisé comme critère d'inclusion dans les critères de classification du LED de

*Lire la suite à la page 25*

# Biomarqueurs : une arme à deux tranchants

Par Gilles Boire, conférencier Dunlop-Dottridge

*Ce fut un honneur de faire une présentation dans le cadre de la Conférence Dunlop-Dottridge de 2019, à Montréal. Je suis rhumatologue pour adultes dans un hôpital universitaire (je traite également des enfants atteints de maladies rhumatismales) et chercheur à Sherbrooke (Québec). Mes mentors, André Lussier et Henri H. Ménard, à Sherbrooke, ainsi que Joe Craft et John Hardin, à l'Université Yale, m'ont fait connaître la rhumatologie scientifique. Mes recherches ont évolué, passant de travaux fondamentaux sur le système autoantigène/anticorps à la recherche translationnelle sur les biomarqueurs pronostiques en présence d'une polyarthrite inflammatoire d'apparition récente.*

## L'ABC des biomarqueurs

Les biomarqueurs sont des variables qui peuvent être mesurées objectivement à partir de liquides (comme le sang ou l'urine), de cellules, de tissus, d'images ou même d'une montre intelligente. Ils sont utilisés à des fins diagnostiques, pronostiques ou pathogéniques ou pour assurer la surveillance de l'activité d'une maladie, de la réponse à un traitement ou de la toxicité. Les variables qui décrivent les sentiments, le bien-être ou l'état fonctionnel d'un patient ne sont PAS des biomarqueurs. Un biomarqueur peut être constitué d'une variable unique ou résumer plusieurs variables (on parlera alors de biomarqueurs composites). Le biomarqueur idéal oriente la prise en charge clinique et est sûr, facile à mesurer, sensible, précis, reproductible, uniforme entre les sexes et les groupes ethniques et rentable. Les biomarqueurs sont souvent mis en corrélation (p. ex. protéine C-réactive [PCR] et vitesse de sédimentation [VS]) et les renseignements qu'ils génèrent peuvent être redondants.

## Biomarqueurs actuels

Des problèmes surviennent lorsqu'on donne préséance à la présence ou l'absence d'un biomarqueur plutôt qu'aux caractéristiques cliniques. Des personnes saines peuvent être déclarées à risque de présenter une maladie, générant ainsi une anxiété et un préjudice potentiels. À l'inverse, l'absence de biomarqueurs peut retarder le diagnostic exact. Certains biomarqueurs pointent dans la mauvaise direction. Il est donc essentiel d'examiner attentivement toutes les observations cliniques au moment de demander des analyses de biomarqueurs et d'en interpréter les résultats, comme le suggère la campagne *Choisir avec soin*.

Des changements non reliés dans la pratique peuvent modifier l'évolution de la maladie et la pertinence de certains biomarqueurs; de même, un biomarqueur largement utilisé peut entraîner des changements dans les soins susceptibles d'atténuer ses répercussions initiales. Finalement, les biomarqueurs ne représentent pas l'ensemble des patients réels : rappelez-vous l'importance des variables dérivées des patients.

## Biomarqueurs computationnels de prochaine génération

Les biomarqueurs computationnels sont issus des données extrêmement riches générées par des technologies moléculaires de plus en plus efficaces, comme le séquençage de l'ADN à très haut rendement, l'expression génétique de cellules uniques et les études sur le microbiome et l'épigénétique. Pour donner un sens à un volume de données aussi important (mégadonnées), il faut recourir à des méthodes et techniques statistiques qui vont bien au-delà de la compréhension du clinicien type. Le recours à de multiples paramètres soulève la possibilité de corrélations cachées (p. ex. microbiote et génétique de l'hôte), ce qui complique leur utilisation en association avec les biomarqueurs actuels ou les biomarqueurs de prochaine génération (multiomique), les paramètres cliniques et les résultats liés aux patients.

Ma présentation visait à décrire dans quelle mesure les biomarqueurs axés sur la technologie diffèrent des biomarqueurs simples utilisés actuellement et comment leur évaluation devrait être similaire.

La principale différence est que les biomarqueurs computationnels peuvent fournir plus de renseignements que les outils d'évaluation clinique peu sophistiqués, ce qui mène à une meilleure compréhension de l'interaction complexe des gènes et de l'environnement à l'origine du dérèglement associé à la maladie sous-jacente. Ils aident à répartir les patients dans des groupes plus restreints et plus homogènes, ouvrant la voie à une médecine personnalisée adaptée aux personnes plutôt qu'aux groupes, rendant ainsi la prévention et la guérison plus accessibles.

La similitude est qu'une évaluation incomplète des biomarqueurs computationnels peut faire plus de mal que de bien. Les leçons tirées du passé nous révèlent que les biomarqueurs sont sujets à la manipulation, ce qui peut mener à des résultats défavorables malgré une augmentation des coûts. Nous devrons évaluer les utilisations proposées des biomarqueurs candidats de prochaine génération dans des cohortes bien caractérisées et suivies pendant une longue période pour nous assurer qu'ils sont appropriés et permettent d'obtenir des résultats supérieurs.

On peut dire avec certitude que la prochaine génération de biomarqueurs fondés sur les mégadonnées laisse présager une ère nouvelle et excitante, mais aussi controversée, en rhumatologie.

*Gilles Boire, M.D., M.Sc., FRCPC*
*Rhumatologue, Départment de médecine, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke*
*CIUSSS de l'Estrie-CHUS*
*Sherbrooke (Québec)*

OR

# Prix Réflexion sur la pratique de la SCR : Les Drs Jason Kur, Kam Shojania et Ken Blocka

## Mise en œuvre d'une liste de vérification normalisée pour l'examen des risques liés aux immunosuppresseurs

La complexité des soins aux patients atteints d'une maladie rhumatismale a grandement augmenté au cours des dernières années. L'avènement des médicaments immunodépresseurs et immunomodulateurs au cours des deux dernières décennies s'est traduit par d'immenses bienfaits pour les patients atteints de maladies inflammatoires, mais ces médicaments sont associés à des risques potentiels.

Selon les données Pharmacare en Colombie-Britannique, l'utilisation des médicaments biologiques ne cesse de croître. Un grand nombre des traitements de pointe de la polyarthrite rhumatoïde (PR) soulèvent des préoccupations d'ordre général, par exemple, la réactivation de la tuberculose et l'augmentation du risque d'infection. Dans d'autres domaines de la médecine, comme le diabète, l'anesthésie et l'insuffisance cardiaque congestive, des cliniques, des listes de vérification et des examens des soins ont été mis en œuvre avec succès, ce qui a mené à une amélioration des résultats chez les patients fondée sur des données probantes. Il est également bien connu que les patients atteints d'arthrite ont recours plus souvent (13 %) aux services des établissements de santé que les patients atteints d'autres maladies chroniques (10 %) et que la population générale (5 %) .

En 2012, des rhumatologues de la C.-B. ont financé la mise en œuvre d'un outil d'examen des immunosuppresseurs. Cette liste de vérification, élaborée par les Drs Kam Shojania, Ken Blocka et Jason Kur (et mise à jour en 2017), explore les facteurs de risque chez les patients et les complications potentielles des traitements par la prednisone, les antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) et les agents biologiques. La liste de vérification des immunosuppresseurs contribue à réduire l'exposition non désirée au risque et à améliorer la promotion de la santé par des discussions et la documentation d'activités, comme les voyages et la vaccination.

Cet outil peut être utilisé annuellement chez les patients atteints de maladie inflammatoire (généralement la PR). Il permet aux rhumatologues de s'assurer systématiquement que les patients reçoivent les conseils les plus appropriés.

L'outil d'examen des immunosuppresseurs a été mis en œuvre avec succès dans toutes les cliniques de rhumatologie de la C.-B. Compte tenu de son adoption généralisée en une courte période de temps, nous espérons que cet outil contribuera à améliorer les résultats à long terme chez nos patients et rehaussera la qualité des soins en rhumatologie.

Le Dr Jason Kur (au centre) recevant le Prix Réflexion sur la pratique – Or des Drs Vandana Ahluwalia (à gauche) et Raheem Kherani (à droite).

1. Arthritis in British Columbia. Préparé par l'Arthritis Community Research and Evaluation Unit (ACREU) pour la Société de l'arthrite, avril 2010.

*Jason Kur, M.D., FRCPC*
*Professeur clinique adjoint, Université de la Colombie-Britannique*
*Directeur médical, Artus Health Centre*
*Président, B.C. Society of Rheumatologists*
*Vancouver (Colombie-Britannique)*

*Kam Shojania M.D., FRCPC*
*Professeur clinicien et directeur,*
*Division de rhumatologie, Université de la Colombie-Britannique*
*Directeur médical, Mary Pack Arthritis Program*
*Vancouver (Colombie-Britannique)*

*Ken Blocka, M.D., FRCPC*
*Rhumatologie, Faculté de médecine,*
*Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique*
*Vancouver (Colombie-Britannique)*

# Prix Réflexion sur la pratique de la SCR : Dre May Choi

ARGENT

## L'éducation des patients : un effort commun!

L'éducation des patients joue un rôle important dans l'établissement de relations patient-médecin solides et dans l'amélioration de l'observance thérapeutique. En me remémorant ma spécialisation en rhumatologie, j'ai réalisé que j'aimais offrir à mes patients un enseignement sur leur arthrite; toutefois, je sentais souvent que le temps en clinique était limité et que le patient bénéficierait grandement d'une approche interdisciplinaire. C'est ainsi qu'est né le nouveau programme d'éducation multidisciplinaire des patients appelé « *It's a Joint Effort* », qui vise à combler les lacunes dans la compréhension du patient de sa maladie. Ce programme est le fruit d'une collaboration entre moi-même et une travailleuse sociale (Jennifer Nguyen), une physiothérapeute (Carolyn Johns), une pharmacienne clinique (Alex Charlton), une étudiante au doctorat en pharmacie (Sharon Falk) et une infirmière enseignante (Melissa DeBelser).

Ce programme, d'une durée de quatre heures, est offert une fois par mois à la clinique de rhumatologie du Richmond Road Diagnostic and Treatment Centre à Calgary, en Alberta. Il s'adresse à tous les patients qui fréquentent la clinique ou qui sont des résidents de Calgary. Nous encourageons les patients à venir accompagnés d'un membre de leur famille ou d'un ami à cette formation qui est conçue pour les patients ayant récemment reçu un diagnostic d'arthrite inflammatoire. Chaque membre de l'équipe discute pendant environ une heure de son domaine d'expertise en lien avec l'arthrite. On explique notamment ce qu'est l'arthrite inflammatoire ainsi que le rôle des médicaments, de l'alimentation, de l'abandon du tabagisme, de la protection des articulations et de l'activité physique. Nous discutons de ressources importantes, comme les services sociaux et les programmes de soutien destinés aux patients atteints d'arthrite. Autre aspect important, le programme donne aux patients l'occasion d'interagir entre eux et de rencontrer des personnes aux prises avec la même maladie.

Les Drs Vandana Ahluwalia et Raheem Kherani remettent le Prix Réflexion sur la pratique – Argent à la Dre May Choi (au centre).

Depuis notre première séance en novembre 2018, nous avons présenté cinq cours et enseigné à 45 patients. Les patients ont rempli un questionnaire avant et après la séance pour cibler les besoins futurs en matière d'apprentissage, évaluer les répercussions du programme et fournir une rétroaction. Avant la séance, la plupart des patients disaient avoir une mauvaise compréhension de leur diagnostic et de la prise en charge de leur maladie. Après la séance, les patients ont affirmé que la formation avait fourni des réponses à un grand nombre de questions et leur avait permis d'avoir une meilleure compréhension générale de leur maladie.

Nous sommes réellement honorées d'avoir reçu le Prix Réflexion sur la pratique de la Société canadienne de rhumatologie. Les fonds seront utilisés pour optimiser l'expérience des patients au cours des séances et encourager la participation. Nous espérons que notre histoire encouragera d'autres personnes à créer des programmes d'éducation multidisciplinaires similaires à l'échelle du pays et à y faire participer des stagiaires en rhumatologie.

(De gauche à droite) : Alex Charlton, Melissa DeBelser, Carolyn Johns, May Choi et Jennifer Nguyen

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

# SURC : Élargir le champ d'exercice

## Un long chemin peu fréquenté

Par Abraham Chaiton, M.D., M.Sc., FRCPC, RhMSUS, Maggie Larché, MBChB, MRCP(UK), Ph.D., Johannes Roth, M.D., Ph.D., FRCPC, RhMSUS et Michael Stein, M.D., FRCPC

### Le projet italien : les premières années

En 2009, un groupe de rhumatologues canadiens souhaitant explorer le rôle que l'échographie pourrait jouer dans leur pratique et leur recherche se sont retrouvés dans une petite ville d'Italie, près de la côte Adriatique, accueillis par un groupe de rhumatologues échographistes italiens enthousiastes et passionnés. Deux groupes de 10 à 12 cliniciens débutants ont passé chacun une semaine à Jesi, en Italie, à l'invitation des docteurs Walter Grassi et Emilio Filippucci.

Un noyau de convertis a entrepris de former une société canadienne sans but lucratif dont le mandat était de favoriser l'utilisation de l'échographie dans l'enseignement, l'éducation et la recherche en rhumatologie.

### La SURC et son mandat : des défis croissants

Grâce à des subventions à l'enseignement sans restriction offertes par l'industrie, la Société pour l'ultrasonographie en rhumatologie au Canada a vu le jour un an plus tard, en 2010.

Peu de temps après, un modèle de formation a été élaboré, qui consistait initialement en un cours de base dispensé par des moniteurs experts canadiens et internationaux. Le programme canadien s'est distingué en offrant un enseignement sur plusieurs fins de semaine, une anatomie intégrée et des rétroactions sur les échographies sous supervision électronique pendant un an. Le programme se déroulait à l'Université McMaster.

Comme les diplômés du programme de base exigeaient une formation plus poussée, une progression vers des cours de niveau intermédiaire avant et après les réunions annuelles de la SCR a rapidement suivi.

Notre noyau d'instructeurs et nos nouveaux diplômés ont commencé à participer à des projets de recherche, qui comprenaient des évaluations échographiques.

Des tournées de conférences par des échographistes musculosquelettiques renommés ont été organisées dans de nombreux établissements canadiens sur une base annuelle.

Parmi les faits saillants, mentionnons le Grand Débat 2012 de la SCR : « Doit-on utiliser l'échographie dans les cabinets médicaux en rhumatologie? » Les D$^{res}$ Larché et Roth étaient en faveur de ce projet, alors que les D$^{rs}$ Penney et Collins se sont prononcés contre l'idée.

Les participants au premier cours de base à l'Université McMaster en 2011.

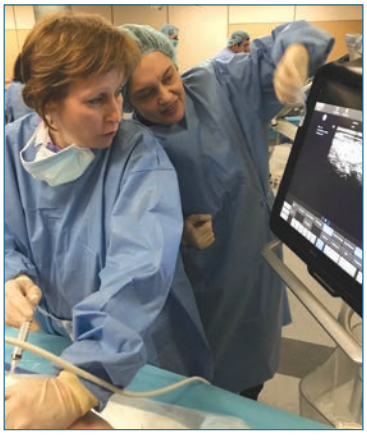
Il faut mentionner que tous les quatre sont en fait des utilisateurs avides de l'échographie dans leur cabinet.

Parmi les autres activités, mentionnons une formation en échographie qui a été intégrée aux programmes de formation postdoctorale de plusieurs universités canadiennes.

Enfin, les demandes de l'étranger (Arabie saoudite et Koweït) pour des programmes d'enseignement structurés par la SURC ont validé les normes et la qualité élevées de notre programme canadien de formation en échographie.

### La fréquence des échographies gagne en profondeur : brève chronologie des événements

- **2014-2015 :** L'enseignement de l'échographie est inclus dans le programme de base en rhumatologie de plusieurs universités.
- **2016 :** Des subventions de recherche ont été accordées par la SURC pour des projets de recherche qui utilisaient l'échographie au point de service comme composante. Le comité de recherche de la SURC continue d'octroyer des bourses dans le cadre d'un concours annuel.
- **2017 :** La SURC fait la promotion de l'utilité de l'échographie des vaisseaux temporaux dans les cas de CGA après le retour d'un contingent participant à un programme intensif, parrainé par le D$^{r}$ Andreas Diamantopoulos, à Kristiansand, en Norvège.
- **2018 :** Les cours d'interventions échographiques sont adoptés dans des centres de simulation d'Ottawa, de Vancouver et de Montréal en tant qu'activité suivant la réunion de la SCR.



Le cours d'interventions guidées par ultrasonographie avec formation pratique sur des cadavres 2019 de la SURC a eu lieu à Montréal au Centre de simulation et d'apprentissage interactif Steinberg.

### La fin du commencement : le CRMCC dans la mire

Dès le début, le rôle de la SURC dans la certification des compétences de ses stagiaires a fait

Des membres du groupe canadien en visite à Jesi, en Italie, en juillet 2009.

Le 1er prix de recherche décerné par la SURC à la Dre Lihi Eder en octobre 2016.

l'objet d'un débat. Devions-nous adopter le format d'examen actuellement en place à l'ACR (American College of Rheumatology) et à l'EULAR (European League Against Rheumatism) ou choisir une approche indépendante en recourant aux services du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)?

Le Collège royal était en train de décerner des diplômes dans des domaines de pratique spécialisés qui ne justifiaient pas la création d'une nouvelle spécialité (*www.royalcollege.ca/rcsite/specialty-discipline-recognition/categories/discipline-recognition-areas-focused-competence-afc-programs-f*). Nous avons pensé que cette approche serait idéale et unique, en plus de fournir une validation éminemment nécessaire pour que l'échographie puisse être reconnue dans le cadre de la pratique de la rhumatologie. Les candidats qui satisfont aux exigences supplémentaires en matière de formation et qui acquièrent des habiletés et des compétences complémentaires recevraient la qualification additionnelle de diplomé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Cette décision a eu pour effet de faire appel à notre patience dans un processus qui dure maintenant depuis plus de six ans.

## DCC (diplôme) en échographie neuro-musculo-squelettique au Canada

Peu de progrès liés à la pratique ont captivé l'imagination des rhumatologues cliniciens comme l'application de l'échographie à la pratique quotidienne. Cet article retrace dix années d'apprentissage, d'enseignement et d'efforts en vue d'obtenir l'agrément pour le recours à l'échographie dirigée au chevet du patient dans la pratique médicale quotidienne au Canada. Le diplôme de domaine de compétence ciblée (DCC) du Collège royal pourrait, ultimement, soutenir la croissance de notre spécialité grâce à des normes d'excellence nationales.

*Abraham Chaiton, M.D., M.Sc., FRCPC*
*Maggie Larché, MBChB, MRCP(UK), Ph.D.*
*Johannes Roth, M.D., Ph.D., FRCPC, RhMSUS*
*Michael Stein, M.D., FRCPC*

## *RheumJeopardy!* lors de l'ASA 2019 de la SCR

*(suite de la page 20)*

l'ACR-EULAR (réponse : 31:80), et une question portant sur le calcul de la dose quotidienne totale de naproxène et d'ibuprofène qu'un patient a prise lorsqu'il a mélangé par erreur Advil 12 heures, Advil Douleurs arthritiques, Motrimax et Aleve.

Nous avions répondu à 15 des 30 questions qui figuraient au tableau de jeu lorsque l'heure de la question finale est arrivée. La catégorie était « Célèbres rhumatologues pédiatriques canadiens ». La question portait sur un patient présentant un syndrome caractérisé par des éruptions cutanées, des douleurs articulaires, une rougeur des yeux et des migraines, et dont la maladie n'avait pas encore été diagnostiquée au moment de la naissance de sa fille, qui présentait un tableau clinique comparable. Le patient a recherché la cause à l'aide de "Dr" Google et a ensuite communiqué avec le Dr Ron Laxer (la réponse à la question finale de Jeopardy), qui a confirmé un diagnostic de syndrome de Muckle-Wells, une forme de syndrome périodique associé à la cryopyrine induit par un inflammasome pyrine défectueux. Cette histoire a été racontée sur les ondes de Radio-Canada par le Dr Brian Goldman dans le cadre de la série White Coat, Black Art. Le Dr Laxer était présent dans la salle pour savourer ce moment de gloire, alors que les deux équipes ont donné la bonne réponse en choisissant son nom.

La marque finale a été de 13 200 pour l'équipe de l'Est et de 10 400 pour l'équipe de l'Ouest. Nous prendrons peut-être notre revanche à Victoria, lors de l'ASA 2020 de la SCR. Merci à tous les participants.

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

## Dr Rick Adachi – *Médaille Herbert A. Fleisch ESCEO-IOF*

Le professeur Jonathan D. Adachi a reçu la prestigieuse médaille Herbert A. Fleisch ESCEO-IOF au Congrès mondial sur l'ostéoporose, l'arthrose et les maladies musculosquelettiques. La médaille porte le nom du regretté professeur Herbert A. Fleisch, un chercheur renommé dont les travaux novateurs ont contribué au développement du domaine des connaissances scientifiques sur les maladies osseuses métaboliques et leur traitement. Ce prix est décerné chaque année par la European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis et Musculoskeletal Diseases (ESCEO) et l'International Osteoporosis Foundation (IOF) à un chercheur qui s'est distingué dans la recherche sur les os et l'ostéoporose.

Le Dr Adachi est professeur de médecine à l'Université McMaster. Il a contribué à des essais cliniques et à des recherches épidémiologiques, notamment l'étude CaMos (*Canadian Multicentre Osteoporosis Study*) financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) portant sur l'examen des facteurs de risque de perte osseuse, l'établissement de la densité osseuse normale chez les hommes et les femmes et la mise au point d'outils canadiens d'évaluation du risque de fractures. Il a aussi contribué à la recherche en imagerie dans le domaine de l'ostéoporose et de l'arthrite au moyen de différentes techniques d'imagerie. Il attribue une grande partie de son succès aux nombreux étudiants et collègues avec qui il a collaboré. Le Dr Adachi a publié plus de 500 articles évalués par des pairs et est un chef de file respecté de la recherche sur les os au Canada et à l'étranger.

## Dr Robert Rottapel – *Prix Eaton Basic Science Researcher of the Year*

Le Dr Robert Rottapel est rhumatologue à l'Hôpital St. Michael et scientifique principal au Princess Margaret Cancer Centre, où il est titulaire de la chaire de recherche sur le cancer Amgen. Il est professeur de médecine, d'immunologie et de biophysique médicale à l'Université de Toronto. Il fait aussi partie de l'exécutif national de l'Institut de recherche Terry Fox et occupe les fonctions de directeur de programme au Ontario Institute for Cancer Research.

Le laboratoire du Dr Rottapel se concentre sur les voies de signalisation qui régulent les réseaux immunitaires dans l'arthrite, les troubles auto-inflammatoires monogéniques et l'auto-immunité déclenchée par les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires chez les patients atteints de cancer. Il est l'un des membres fondateurs de Northern Biologics, une société de biotechnologie établie à Toronto, qui développe de nouveaux traitements à base d'anticorps contre la fibrose et en oncologie.

Le Dr Rottapel est un flûtiste passionné et a siégé au conseil d'administration du Toronto Symphony Orchestra, de SoundStreams Canada et du Toronto Bach Festival.

Le prix Eaton Basic Science Research of the Year est décerné à un membre du département de médecine (Université de Toronto) qui a fait preuve d'une excellence soutenue en tant que scientifique et de modèle à suivre pendant plusieurs années.

## PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS

Le *JSCR* aimerait reconnaître les contributions de ses lecteurs au domaine médical et à leurs communautés locales. Pour que de tels prix, nominations ou distinctions soient annoncés dans un prochain numéro, veuillez faire parvenir les noms des récipiendaires, les détails pertinents et un bref compte rendu de ces distinctions à l'adresse *jyotip@sta.ca*. Les soumissions de photos sont grandement encouragées.

# Les soins palliatifs pour le rhumatologue : à quel moment commence la fin... et pourquoi s'en soucier?

Par Alexandra Saltman, B.A. (Hons), M.D., FRCPC

À quelle fréquence (le cas échéant) dirigez-vous un patient atteint d'une maladie rhumatismale limitant l'espérance de vie vers des services de soins palliatifs spécialisés?

Le feriez-vous si votre patient avait des symptômes non maîtrisés, présentait une détresse spirituelle, psychologique ou sociale causée par sa maladie ou avait une espérance de vie réduite et avait besoin d'aide pour la planification des soins avancés?

Dans quelle mesure seriez-vous à l'aise de repérer les patients qui pourraient tirer des bienfaits d'une approche de soins palliatifs dans votre pratique? Et comment présenteriez-vous cette approche à votre patient?

Lorsque nous pensons aux soins palliatifs, nous pensons souvent aux soins des patients mourants au cours de leurs derniers jours, de leurs dernières semaines ou de leurs derniers mois de vie. Cependant, en 2019, les soins palliatifs vont bien au-delà de cette définition limitée. La soi-disant « troisième vague » de soins palliatifs cherche à intégrer une approche palliative à des traitements adaptés à la maladie dans le cadre d'un continuum de soins. Cette approche vise à améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie qui limite leur espérance de vie par la prévention et le soulagement de la souffrance, la maîtrise des symptômes et la prise en charge de la détresse physique, psychosociale et spirituelle.

Cette approche est soutenue par un nombre croissant de données probantes qui démontrent une amélioration de la satisfaction du patient à l'égard des soins, une réduction du fardeau des symptômes et, dans certains cas, une prolongation de la survie lorsque l'approche de soins palliatifs est intégrée rapidement dans la trajectoire de la maladie du patient[1,2,3,4,5,6,7].

Au cours de la dernière décennie, nous avons été témoins de progrès majeurs dans le traitement des maladies rhumatismales généralisées, qui se sont traduits par une réduction de la morbidité et de la mortalité pour un grand nombre de nos patients. Toutefois, une population de patients est toujours touchée : les patients atteints de vascularite systémique, de sclérodermie généralisée et de myosite inflammatoire et ceux présentant des poussées graves de lupus érythémateux disséminé et de polyarthrite rhumatoïde. Chez ces patients, la maladie limite toujours l'espérance de vie et s'accompagne de symptômes lourds et, souvent, d'un pronostic sombre. Néanmoins, ces patients n'ont pratiquement jamais accès aux soins palliatifs et il existe peu de données sur leurs besoins à cet égard[8,9,10,11,12].

Parallèlement, les avancées récentes en oncologie ont créé une deuxième population de patients à l'intersection de ces deux champs. En « réveillant le système immunitaire », les nouveaux traitements ciblés contre le cancer métastatique (essentiellement, les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires) ont entraîné l'apparition de nouvelles maladies auto-immunes appelées événements indésirables rhumatismaux liés au système immunitaire, qui touchent environ un tiers de ces patients. Ce phénomène a donné naissance à une autre population de patients ayant des besoins en soins rhumatologiques et palliatifs.

Dès mes premières expériences cliniques, j'ai gravité vers les soins aux patients atteints de maladies chroniques complexes. J'étais attirée par les zones de chevauchement naturelles entre la rhumatologie et les soins palliatifs, du fait que les deux domaines sont axés sur la prise en charge de la douleur et des symptômes, les interventions liées à la qualité de vie, les relations longitudinales avec les patients et les familles et la prise en charge de maladies chroniques complexes. Toutefois, pour ces patients, je n'ai constaté que peu d'occasions, voire aucune, d'accéder à des soins palliatifs au cours de ma formation, sans compter que la nature de leurs maladies et les traitements reçus rendaient souvent la prise en charge des symptômes et la planification des soins de fin de vie particulièrement difficiles pour les médecins traitants. C'est pour ces raisons que j'ai décidé d'adopter un double rôle de rhumatologue et de médecin en soins palliatifs.

Après avoir suivi une formation clinique avancée dans les deux domaines de spécialité dans le cadre du programme de formation surspécialisée en rhumatologie du Collège royal à l'Université de Toronto, suivie d'une formation postdoctorale en médecine palliative auprès du Réseau universitaire de santé, j'ai créé un créneau à l'intersection de ces deux spécialités.

*Lire la suite à la page 29*

# Un aperçu de l'accès aux tests rhumatologiques au Canada

Par la Dre Shirley Lake, au nom du sous-comité « Choisir avec soin » de la SCR

Au cours des dernières années, la prescription de certains tests et traitements médicaux est devenue plus restreinte. La SCR a envoyé un sondage ce printemps pour comprendre les effets de ce changement sur les rhumatologues partout au pays. Les 132 répondants (environ 22 % des membres) nous ont appris qu'il existe une grande variabilité des modalités d'accès à ces test, tant entre les milieux universitaires et communautaires qu'au sein de ceux-ci dans les différentes provinces. De plus, les restrictions sont souvent propres à un site et ne s'appliquent pas à l'ensemble de la province.

Le test de détection des anticorps antinucléaires (AAN) et le test de détection des anticorps anti-peptide cyclique citrulliné (anti-CCP) ont été identifiés comme des exemples de cette variation. La fréquence des tests de détection des AAN peut être limitée, entre une fois par mois et une fois tous les deux ans. Une province impose des restrictions sur le test de détection des AAN en fonction de critères cliniques. Le test de détection des anticorps anti-CCP est restreint dans de nombreuses provinces, en ce sens qu'il n'est accessible qu'aux patients qui acceptent de payer pour le test. Dans certaines provinces, le test ne peut être demandé que par un rhumatologue ou un autre spécialiste.

Une version abrégée des résultats de l'enquête pour ces deux tests est fournie ci-dessous. Le tableau complet des données pour l'ensemble des provinces et des territoires est accessible à l'adresse *craj.ca*.

Les membres ont fait de nombreux commentaires intéressants. Un des thèmes communs était que certaines restrictions étaient pertinentes, car les tests ne sont pas tous fondés sur des données probantes, comme les scintigraphies osseuses dans les cas d'arthrite inflammatoire. Des commentaires ont été formulés quant aux moyens les plus efficaces de réduire les tests inappropriés, à savoir si l'éducation pourrait être plus efficace que la restriction, ou si on pourrait permettre aux spécialistes de demander certains tests, comme les tests de détection de l'antigène leucocytaire humain B27 (HLA-B27) et des anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA). Un autre répondant a fait remarquer que même si certains des tests de laboratoire sont inappropriés, leurs répercussions ne sont pas aussi importantes que les tests d'imagerie inappropriés (par exemple, l'imagerie par résonance magnétique [IRM] pour l'arthrose du genou) ou la chirurgie arthroscopique pour l'arthrose du genou.

Compte tenu de la demande croissante à l'égard des soins de santé et de l'augmentation insoutenable des dépenses en santé, la SCR doit aider à orienter l'élaboration d'autres stratégies rentables, tout en continuant à maintenir le plus haut niveau de soins pour nos patients. D'autres données probantes sur les meilleures stratégies à adopter pour prescrire ces tests pourraient aider à uniformiser les soins partout au Canada afin d'assurer des soins efficaces, efficients, équitables, opportuns, sûrs, axés sur le patient et de la plus haute qualité.

Pour un accès complet aux données de l'enquête sur les tests restreints (anticorps antinucléaires [AAN], antigène nucléaire extractible [ENA], vitesse de sédimentation [VS], vitamine D, anticorps anti-CCP, ANCA, aspartate aminotransférase [AST], HLA-B27, densité minérale osseuse [DMO], débridement arthroscopique du genou, injection d'acide hyaluronique, scintigraphies osseuses, IRM et autres), veuillez visiter le site *craj.ca*. Nous vous invitons également à nous faire parvenir toute mise à jour ou correction concernant ces renseignements, car ils sont fondés sur les connaissances et l'expérience des répondants et peuvent ne pas refléter pleinement la situation actuelle dans une province ou un milieu de pratique donné. Ces mises à jour ou corrections peuvent être envoyées à *sranta@rheum.ca*.

## Restrictions appliquées au test de détection des AAN (varie d'un site à l'autre, selon les personnes interrogées) :

| Test | Milieu de pratique | N.-É. | Qc | Ont. | Alb. | C.-B. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AAN | Université (U) | Pas de répétition < tous les 3 mois | Pas de répétition < 1 mois sauf si demandé par un rhumatologue < tous les 3 mois | Pas de répétition < 2 ans; les comités d'experts des maladies du tissu conjonctif recommandent le dépistage des AAN +; certains antigènes nucléaires extractibles (résultat positif ou négatif seulement) | Critères cliniques requis dans certains centres; d'autres ne signalent aucune restriction | Aucune restriction signalée |
| | Communauté (C) | Aucune restriction signalée | Pas de répétition < 1 an | Aucune restriction signalée | Aucune restriction signalée | Pas de répétition < 1 an |

**Aucune restriction signalée :** T.-N.-L.-U; N.-B.-U et C; Man.-U et C; Sask.-U et C; Nt-C; aucune réponse : T.-N.-L.-C; Î.-P.-É.-U et C; Nt-U; T.N.-O.-U et C

## Restrictions appliquées au test anti-CCP (varie d'un site à l'autre, selon les personnes interrogées) :

| Test | Milieu de pratique | T.-N.-L. | N.-É. | Ont. | Alb. | C.-B. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Anti-CCP | Université (U) | Rhumatologues seulement | Rhumatologues seulement | Réservé aux patients vus dans une clinique d'un hôpital universitaire | Les patients paient si le test n'est pas prescrit par un rhumatologue ou un spécialiste | Pas de réponse |
| | Communauté (C) | Pas de réponse | Spécialistes seulement | Les patients paient | Les patients paient si le test n'est pas prescrit par un rhumatologue ou un spécialiste | Les patients paient |

**Aucune restriction signalée :** N.-B.-U et C; Qc-U et C; Man.-U et C; Sask.-U et C; C.-B.-U et C; aucune réponse : T.-N.-L.-C; Î.-P.-E.-U et C; Nt-U; T.N.-O.-U et C

Alb. = Alberta; C.-B.= Colombie-Britannique; N.-B. = Nouveau-Brunswick; T.-N.-L = Terre-Neuve-et-Labrador ; N.-É. = Nouvelle-Écosse; T.N.-O. = Territoires du Nord-Ouest; Nt = Nunavut; Ont. = Ontario; Î.-P.-É. = Île-du-Prince-Édouard; Qc = Québec; Sask. = Saskatchewan

## Des nouvelles du Nouveau-Brunswick – *par la Dre Sylvie Ouellette*

Maintenant qu'il ne nous reste que deux membres à temps plein, on peut dire que les réunions à la Division de rhumatologie de l'Hôpital de Moncton sont plutôt des tête-à-tête. Le Dr Peter Docherty sort de sa retraite deux ou trois jours par semaine pour aider à faire face à la charge clinique. Nous gardons espoir de parvenir à recruter un nouveau membre à temps plein et nous aimerions dire à toute personne intéressée à quel point Moncton est un endroit où il fait bon vivre, travailler et élever une famille.

## Les soins palliatifs pour le rhumatologue : à quel moment commence la fin... et pourquoi s'en soucier?

*(suite de la page 27)*

Pour piloter ce modèle de soins palliatifs surspécialisés intégrés et prolongés en rhumatologie, j'ai mis sur pied deux nouvelles cliniques à l'Hôpital Mount Sinai, à Toronto :

**(1) la clinique de prise en charge avancée de la douleur et des symptômes en rhumatologie,** axée sur la prise en charge des symptômes complexes, la planification des soins palliatifs et les soins de fin de vie pour les patients atteints de maladies rhumatismales généralisées chroniques, complexes et limitant l'espérance de vie;

**(2) la clinique de rhumatologie et d'immuno-oncologie,** axée sur la prise en charge des patients présentant des événements indésirables liés au système immunitaire causés par des inhibiteurs de point de contrôle immunitaire administrés pour le traitement de cancers avancés, d'autres complications auto-immunes liées à l'immunothérapie et des arthropathies liées au cancer.

N'hésitez pas à diriger des patients vers l'une ou l'autre des cliniques pour une consultation en personne (ou en télémédecine si le patient est éloigné géographiquement et si cette modalité est appropriée sur le plan clinique). Envoyez vos demandes par télécopieur au 416-586-8766 (à mon attention) ou par courriel à l'adresse : *alexandra.saltman@sinaihealthsystem.ca.*

*Alexandra Saltman, B.A. (Hons), M.D., FRCPC*
*Rhumatologue, Hôpital Mount Sinai*
*Médecin en soins palliatifs, Hôpital Princess Margaret*
*Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario)*

Références :

1. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et coll. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. J Clin Oncol 2015; 33(13):1438-1445.
2. Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, et coll. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. Lancet Respir Med 2014; 2(12):979-987.
3. Hospice and Palliative Care–Facts and Figures 2005. *hospiceinformation.info/factsandfigures.asp*
4. Lynn J. Caring at the end of our lives. NEJM 1996;335: 201–202.
5. Miller SC, Lima JC, Intrator O, et coll. Palliative care consultations in nursing homes and reductions in acute care use and potentially burdensome end-of-life transitions. J Am Geriatr Soc 2016; 64(11):2280-2287.
6. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, et coll. Cost savings associated with U.S. hospital palliative care consultation programs. Arch Intern Med 2008; 168(16):1783-1790.
7. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et coll. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010; 363:733-742.
8. Bourgarit A, Le Toumelin P, Pagnoux C, Cohen P, Mahr A, Le Guern V, et coll. Deaths occurring the first year after treatment onset for polyarteritis nodosa, microscopic polyangiitis and Churg-Strauss syndrome. Medicine 2005; 84:323-330.
9. Cho J, Lo D, Mak A, Zhou J, Tay SH. High Symptom Prevalence and Under-Utilisation of Palliative Care at End-of-Life of Patients with Systemic Rheumatic Diseases [résumé]. Arthritis Rheumatol. 2016; 68 (suppl 10). *https://acrabstracts.org/abstract/high-symptom-prevalence-and-underutilisation-of-palliative-care-at-end-of-life-of-patients-with-systemic-rheumatic-diseases/.* Consulté le 14 novembre 2018.
10. Crosby V & Wilcock A. End of life care in rheumatology: Room for improvement. Rheumatology 2011;50:1187-1188.
11. Pagnoux C, Guillevin L. How can patient care be improved beyond medical treatment? Best Pract Res Clin Rheumatol 2005;19:337-344.
12. Simon S., Schwartz-Eywill M & Bausewein C. Palliative Care In Rheumatic Diseases: A First Approach. Journal of Palliative Care. 2008;24(4):270-273.

# Olumiant[MD]: Maintenant offert au Canada

# Une nouvelle option pour traiter la polyarthrite rhumatoïde

Olumiant[MD] baricitinib) est indiqué en association avec le méthotrexate (MTX) pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou sévère chez les patients adultes qui ont obtenu une réponse insatisfaisante à un ou plusieurs antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM).
Olumiant[MD] peut être utilisé en monothérapie en cas d'intolérance au MTX.

**Pour de plus amples renseignements :**
Veuillez consulter la monographie du produit à http://pi.lilly.com/ca/fr/olumiant-ca-pm-fr.pdf pour obtenir de l'information sur les contre-indications, les mises en garde et les précautions, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et les conditions d'usage clinique.

Vous pouvez aussi vous procurer la monographie du produit en composant le 1-888-545-5972.

**Référence :** Monographie d'Olumiant[MD] (baricitinib), Eli Lilly Canada Inc., 14 août 2018.

Olumiant[MD] est une marque de commerce détenue ou utilisée sous licence par Eli Lilly and Company ou l'une de ses filiales ou sociétés affiliées.
© Eli Lilly Canada Inc. 2018

Pr olumiant[MD] (baricitinib) comprimés

CCPP

MEMBRE DE MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA

PP-BA-CA-0067F

Lilly

**XELJANZ : le premier inhibiteur des protéines JAK pour la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrite psoriasique[1]***

PrXELJANZMD
(citrate de tofacitinib)

MAINTENANT INDIQUÉ POUR

# L'ARTHRITE PSORIASIQUE

ÉVOLUTIVE[2,3]

UNE POSOLOGIE PRATIQUE, PAR VOIE ORALE,
DEUX FOIS PAR JOUR[2]

Le programme de soutien eXelMC aide les patients à se procurer XELJANZ rapidement.
Inscrivez vos patients au **1-855-XEL-EXEL (1-855-935-3935)**.

## POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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

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

## ARTHRITE PSORIASIQUE

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

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

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

- les contre-indications chez les femmes enceintes, les femmes qui allaitent et les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère;
- les mises en garde et précautions les plus importantes concernant le risque d'infections graves et de cancers;
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes concernant les patients présentant une sténose digestive sévère préexistante traités par XELJANZ XR, les patients exposés à un risque de perforation du tube digestif, le risque de réactivation virale, le risque de cancer, de trouble lymphoprolifératif et de cancers de la peau non mélaniques, le risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques, les patients atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, la prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque, le risque d'infection et d'immunodépression lorsque le médicament est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants, l'administration préalable de tous les vaccins recommandés (conformément aux directives d'immunisation en vigueur), le vaccin vivant contre le zona, les femmes en âge de procréer, les enfants, les personnes âgées, les patients atteints de diabète, les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire chronique, le nombre de lymphocytes, les patients d'origine asiatique, la hausse des taux de créatine kinase, la réduction de la fréquence cardiaque et la prolongation de l'intervalle PR, et les élévations des taux d'enzymes hépatiques;
- les conditions relatives à l'usage clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques.

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

JAK = Janus kinase
* La portée clinique comparative est inconnue.

**Références :**


1. Pfizer Inc. Données internes, 2018.
2. Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR. 3 octobre 2018.
3. Santé Canada. Avis de conformité relatif à XELJANZ (arthrite psoriasique).



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2019 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5


MEMBRE DE MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA

CCPP

PrXELJANZMD
(citrate de tofacitinib)

PP-XEL-CAN-0342-FR